

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.342-002.45-089

П. Н. Ромащенко¹, Н. А. Майстренко¹, А. Е. Коровин², С. А. Сибирев³,
П. А. Сидорчук¹

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

¹ Кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова (зав. — академик РАМН проф. Н. А. Майстренко),

² НИЛ военной терапии (нач. — канд. мед. наук Д. А. Синячкин) НИО экспериментальной медицины НИЦ,

³ Центральная патологоанатомическая лаборатория (нач. — проф. В. С. Чирский)

Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург

Ключевые слова: перфоративная дуоденальная язва, перитонит, *Helicobacter pylori*, стволовая ваготомия, лапароскопическое ушивание язвы, психофизиологический профиль

Введение. Лечение больных с перфоративной дуоденальной язвой (ПДЯ) до настоящего времени остается непростой задачей неотложной абдоминальной хирургии. Причин тому несколько. Во-первых, несмотря на возможности современной гастроэнтерологии и фармации, стабильно высокими остаются как первичная заболеваемость язвенной болезнью (ЯБ) — до 2000 случаев на 100 тыс. населения, так частота ее осложнения в виде перфоративной язвы — до 15% наблюдений [9, 20]. Во-вторых, в хирургических стационарах существуют различные подходы к определению тактических решений и выбору варианта оперативного вмешательства [9, 22]. Существующий в настоящее время в Санкт-Петербурге порядок диагностики и лечения больных с ПДЯ, регламентированный «Протоколами организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости», упорядочил ситуацию, но требует уточнений [2]. В-третьих, известные сведения о патогенетических механизмах ульцерогенеза и осложнений диктуют необходимость их учета при определении программы диагностики и лечения таких больных. Кроме этого, отдавая дань фундаментальным исследованиям прошлых лет, в том числе и проведенным

в нашей клинике, мы не можем не учитывать существование признанных механизмов развития ЯБ — повышенной желудочной секреции, недостаточности защитной функции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, дефицита протективных простагландинов, а также влияния высшей нервной деятельности на патогенез данного заболевания [4, 6, 10, 17]. Также известно, что врожденные особенности темперамента, преобразующиеся при взаимодействии с социальной средой в тип личности, являются еще одним из этиологических факторов язвообразования [3, 8]. Наконец, открытие в 1984 г. В. Marshall и J. Warren этиологической роли *Helicobacter pylori* (HP) в развитии ЯБ не позволяет на современном этапе рассматривать данное заболевание без учёта инфекционного фактора [15, 23].

В связи с этим нами была определена цель исследования — обоснование рационального системного подхода к лечению больных с ПДЯ с учётом современных достижений лабораторной и инструментальной диагностики, а также возможностей малоинвазивной хирургии.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 152 больных с ПДЯ. Среди них мужчин было 132 (86,8%), женщин — 20 (13,2%). Возраст больных колебался от 16 до 84 лет, в среднем составил (39±5,4) года.

Физикальное обследование основывалось на изучении жалоб больных, анамнестических сведений и объективном обследовании пациентов. На основании полученных дан-

Сведения об авторах:

Ромащенко Павел Николаевич (e-mail: romashchenko@rambler.ru), Майстренко Николай Анатольевич (e-mail: nik.m.47@mail.ru),

Сидорчук Павел Анатольевич (e-mail: lovki_hobot@mail.ru), кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова;

Коровин Александр Евгеньевич (e-mail: korovinmartomyll@rambler.ru), научно-исследовательская лаборатория электронной микроскопии и гистохимии, научно-исследовательский отдел экспериментальной медицины Научно-исследовательского центра;

Сибирев Сергей Александрович (e-mail: sasibirev@pochta.ru), Центральная патологоанатомическая лаборатория,

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 37

ных, осуществляли оценку риска летальности больных по прогностической шкале J. Воеу, включающей наличие или отсутствие следующих показателей: поздние сроки (более 24 ч) поступления от момента перфорации, наличие субкомпенсированной сопутствующей патологии и снижение систолического артериального давления ниже 100 мм рт. ст. [19].

С учетом тяжести перитонита и наличия сопутствующих заболеваний у больных с ПДЯ оценку оперативно-анестезиологического риска проводили в соответствии с классификацией Американской ассоциации анестезиологов (ASA) [24].

Особое значение в диагностике ПДЯ принадлежало рентгенологическому обследованию, направленному на выявление свободного газа в брюшной полости. В сомнительных случаях исследование повторялось после инсuffляции воздуха при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) [9, 21].

Лабораторные исследования крови и мочи проводили по общепринятым методикам, но учитывая их неспецифичный характер, они не подвергались в данном исследовании статистической обработке [6, 22].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) осуществляли по скрининговой методике [13]. Основной задачей исследования ставили выявление свободной жидкости в анатомических областях брюшной полости, как показателя распространённости перитонита, и паретического расширения петель кишечника, как признака токсической его фазы.

ФГДС выполнялась с целью визуализации самой язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК), оценки размеров перифокальной инфильтрации, а также выявления сочетанных осложнений — рубцово-язвенного стеноза и язвенного кровотечения [14, 16].

Интраоперационная ревизия брюшной полости (в том числе при диагностической лапароскопии) позволяла оценить состояние пилорoduоденальной зоны, уточнить характер, фазу и распространённость перитонита для определения Мангеймского перитонеального индекса (МПИ) и окончательно сформулировать показания к варианту оперативного вмешательства [1, 2, 12, 18].

Для выявления патоморфологических предпосылок к несостоятельности интракорпорального шва были проведены специальные гистологические исследования иссечённых язв стенки ДПК по стандартным методикам световой микроскопии [7].

Исследование психофизиологического профиля прооперированных больных проводили с помощью методик Спилберга—Ханина (определение личной и ситуативной тревожности), цветового теста М. Люшера, теста смысловых ориентаций (СЖО), сокращённой методики ММРІ (СМОЛ) и индивидуального типологического опросника (ИТО) [11].

В послеоперационном периоде больным, наряду с общепринятым контролем лабораторных показателей крови и мочи, выполняли серологические исследования для выявления титра антител к высокопатогенным штаммам НР, иммуноферментный анализ концентрации антигенов НР в кале, данные которых использовались в формировании программы лечения больных [15].

Результаты и обсуждение. Наибольшая частота ПДЯ установлена у больных трудоспособного возраста (молодого и зрелого) — 141 (92,8%) случай, что свидетельствует

об актуальности вопроса их реабилитации. Наименьшая частота перфораций выявлена у пациентов старше 60 лет (пожилой и старческий возраст) — 11 (7,2%) больных. Отмечено, что 103 (67,8%) больных поступили в первые 6 ч с момента перфорации, 43 (28,2%) — от 6 до 12 ч, а 6 (4,0%) — позднее 12 ч.

Целенаправленный респрос позволил установить язвенный анамнез с длительностью у 96 (63,2%) больных, а у остальных 36,8% — его отсутствие. Анализ жалоб показал, что только у трети больных отсутствовал «кинжальный» характер боли. При физикальном обследовании «доскообразный живот» выявили у 114 (75,0%) больных, при этом отсутствие печеночной тупости наблюдалось только у 101 (66,5%) пациента. У половины больных (51,3%) наблюдался лейкоцитоз, скорость оседания эритроцитов в большинстве случаев (71,1%) была в пределах нормальных показателей либо незначительно повышена. Следовательно, методичный сбор анамнестических данных и объективная оценка пациента с «острым животом» позволяют в $\frac{2}{3}$ случаев заподозрить у него перфорацию полого органа.

Атипичное течение заболевания, обусловленное прикрытием перфорации, выявили у 2,0% больных. С одной стороны, это затрудняло диагностический процесс, с другой — при своевременном выявлении служило предпосылкой для более благоприятных условий хирургического лечения вследствие меньшей выраженности перитонита.

Оценка по прогностической шкале J. Воеу позволила отнести 3 (2%) из 152 больных к группе с крайне высоким риском летальности (2–3 балла) (рис. 1).

Обзорная рентгенография живота выполнена у 138 (90,8%) больных. При первичном исследовании свободный газ на рентгенограммах определили у 110 (72,4%) пациентов. После ФГДС, инсuffляции воздуха свободный газ в брюшной полости выявили ещё у 25 (16,4%) обследованных (рис. 2).

ФГДС в предоперационном периоде выполнили у 112 (73,7%) больных, что позволило выявить: локализацию язвы; наличие рубцово-язвенной деформации пилорoduоденальной зоны у 61 (40,1%) пациента; второй язвы на задней стенке ДПК — у 7 (4,6%) больных, которая у 3 из них являлась источником кровотечения; диаметр ПДЯ более 1 см — у 10 (6,6%) больных; ширину зоны перифокального инфильтрата более 0,5 см — у 126 (82,9%) пациентов.

При УЗИ свободная жидкость в брюшной полости была выявлена у 122 (80,3%) больных. Локализация свободной жидкости в 3 анатомиче-

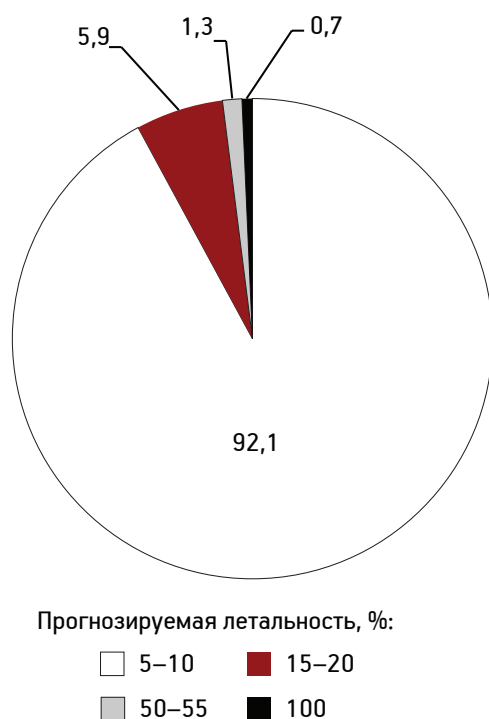


Рис. 1. Диаграмма распределения больных по прогностическому риску летальности J. Воеу

ских областях и более, отсутствие перистальтики и дилатация петель тонкой кишки более 3,0 см в диаметре в совокупности с анамнестическими и физикальными данными позволили предположить распространённый перитонит в токсической фазе у 12,1% больных, а у остальных — местный неотграниченный или распространённый перитонит в реактивной фазе (рис. 3).

Комбинация физикального, рентгенологического, эндоскопического и сонографического исследований в 98,0% случаев позволила выявить язву ДПК, осложнённую перфорацией.

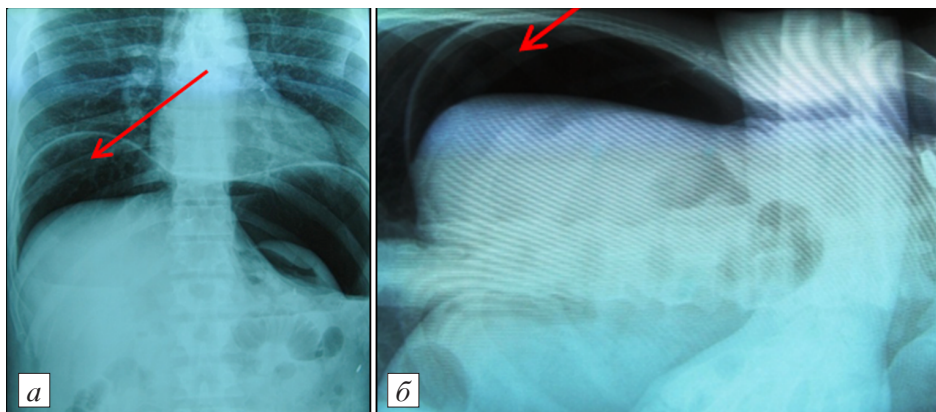


Рис. 2. Обзорные рентгенограммы брюшной полости.

Стрелками указан свободный газ: а — под куполом диафрагмы; б — в брюшной полости, выявленный после ФГДС (атеропозиция)

Интраоперационная ревизия брюшной полости, выполненная как открытым, так и лапароскопическим способом, явилась завершающим этапом в уточнении характера изменений пилорoduodenальной зоны, а также оценке распространенности и тяжести перитонита. Так, лапароскопия, как диагностический этап, позволила идентифицировать прикрытую ПДЯ у 3 (2%) из 152 больных при недостаточной информативности неинвазивных методов. Локализация ПДЯ на передней стенке (типичная) была у 150 (98,7%) больных, на переднелатеральной (нетипичная) — у 2 (1,3%). Нетипичное расположение характеризовалось пенетрацией язвы в печечно-двенадцатиперстную связку. Диаметр перфорационного отверстия со стороны серозной оболочки свыше 1 см установлен только у 5 (3,3%) пациентов, что не соответствовало изменениям со стороны слизистой оболочки ДПК по данным ФГДС (табл. 1).

Ширина зоны перифокальной инфильтрации более 0,5 см при ревизии выявлена у 56 (36,8%) оперированных, в то же время соответствующие изменения при эндоскопическом исследовании отмечены у 126 (82,9%) обследованных. Следует подчеркнуть, что наличие рубцово-язвенной деформации пилорoduodenальной зоны со стороны серозной оболочки установлено только у 23 (15,1%) больных, что не соответствовало изменениям со стороны слизистой оболочки при дооперационной ФГДС — у 61 (40,1%). Полученные данные свидетельствуют о целесообразности выполнения обязательной ФГДС перед оперативным вмешательством для оценки не только степени рубцово-язвенной деформации пилорoduodenальной зоны, но и внутреннего диаметра ПДЯ, ширины зоны перифокального инфильтрата со стороны слизистой оболочки, а также выявления таких сочетанных осложнений, как кровотечение (2,0%).

Ревизия брюшной полости установила распространённый перитонит (РП) у 135 (88,8%) больных, местный — у 17 (11,2%). РП в реактивной фазе диагностирован у 123 (78,3%) пациентов, токсической — у 19 (12,1%). Полученные данные соответствовали дооперационным результатам объективного и сонографического исследований (табл. 2).

Вместе с этим, установлено, что РП в реактивной фазе характеризовался наличием в брюшной полости серозного или серозно-фибринозного, а в токсической — серозно-фибринозного или гнойного экссудата. Выявление при лапароскопии распространенного фибринозно-гнойного перитонита и пареза кишечника считали показанием к конверсии доступа. Учитывая относительную однородность пациентов по показателям шкалы МПИ (возраст, пол, источник перитонита, длительность перфорации, характер экссудата и его локализация), выявление более 12 баллов у 8 (5,3%) пациентов с распространенным гнойным перитонитом создавало необходимость осуществлять минимальные жизнеспасующие оперативные вмешательства.

Анализ результатов дооперационного обследования и интраоперационной ревизии позволил нам установить ведущие критерии, влияющие на

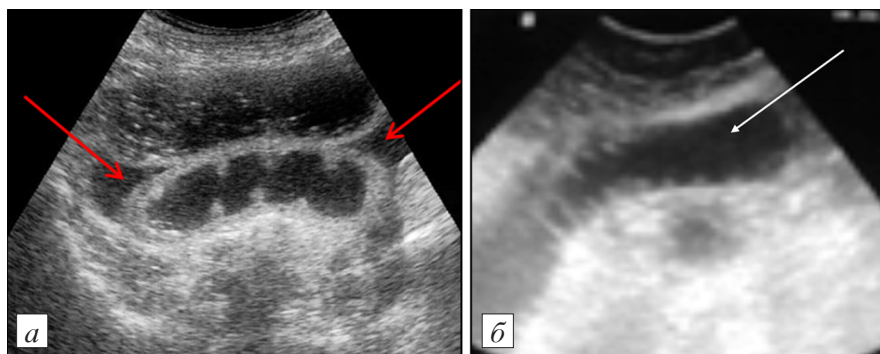


Рис. 3. Сонограммы брюшной полости у больной К.

Стрелками указаны: а — свободная жидкость между петель тонкой кишки; б — расширение петли тонкой кишки

выбор варианта оперативного вмешательства при ПДЯ (табл. 3).

На основании этих критериев, были выполнены следующие варианты оперативных вмешательств при ПДЯ: 1) иссечение и ушивание перфоративной язвы эндовидеохирургическим способом у 26 (17,1%) больных; 2) стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею и иссечением язвы — у 118 (77,6%); 3) иссечение и ушивание перфоративной язвы открытым спосо-

Таблица 1

Сопоставление изменений пилородуоденальной зоны со стороны слизистой и серозной оболочек при ПДЯ

Метод исследования	Характеристика изменений пилородуоденальной зоны							
	Диаметр перфорационного отверстия более 1 см		Ширина зоны перифокальной инфильтрации вокруг перфоративной язвы более 0,5 см		Признаки рубцово-язвенной деформации		Наличие второй язвы на задней стенке	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
ФГДС (n=112)	10	6,6	126	82,9	61	40,1	7/3*	4,6
Интраоперационная ревизия (n=152)	5	3,3	56	36,8	23	15,1	—	—

* В том числе язва, осложненная кровотечением.

Таблица 2

Характеристика перитонита при ПДЯ (n=152)

Признаки распространённости и тяжести перитонита			
Распространённость	Фаза	Характер	Мангеймский перитонеальный индекс, баллы
Распространённый — 88,8%	Реактивная — 78,3%	Серозный — 13,5%	10–11
		Серозно-фибринозный — 64,8%	10–11
	Токсическая — 12,1%	Серозно-фибринозный — 6,8%	≥12
		Гнойный — 5,3%	>12
Местный — 11,2%		Серозный — 6,2%	<10
		Серозно-фибринозный — 5,0%	<10
Соответствуют дооперационным данным объективного и сонографического исследований		Оценивается только интраоперационно	Определяется как интегральный показатель

Таблица 3

Критерии, определяющие выбор варианта оперативного вмешательства при ПДЯ

Критерии	Вариант оперативного вмешательства		
	Иссечение и ушивание перфоративной язвы лапароскопическим способом	Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею и иссечением язвы	Иссечение и ушивание перфоративной язвы открытым способом
Операционно-анестезиологический риск по ASA, баллы	I–III	I–III	IV
Прогностический индекс летальности по шкале J. Воеу, баллы	0	0–1	2–3
Мангеймский перитонеальный индекс	< 12	<12	>12
Наличие сочетанных осложнений (рубцово-язвенная деформация пилорoduodenальной зоны или язвенное кровотечение)	Отсутствие	Наличие	Критерии имеют второстепенное значение
Диаметр перфоративной язвы, см	<1,0	>1,0	
Ширина зоны перифокальной язвенной инфильтрации, см	<0,5	>0,5	

бом — у 8 (5,3%). Во всех случаях выполнялась санация и дренирование брюшной полости. При эндовидеохирургических вмешательствах конверсия потребовалась у 2 из 26 пациентов вследствие технической сложности ушивания ПДЯ, находящейся вблизи печеночно-двенадцатиперстной связки. Выполнение стволовой ваготомии и пилоропластики по Финнею с иссечением ПДЯ у больных, имеющих рубцово-язвенную деформацию ДПК, диаметр перфоративного отверстия более 1 см и ширину зоны перифокальной язвенной инфильтрации более 0,5 см обеспечивало оптимальные условия для предупреждения сужения пилорoduodenальной зоны, профилактики несостоятельности швов в послеоперационном периоде и являлось патогенетическим лечением ЯБ, что соответствует литературным сведениям [4, 10, 22]. Необходимо подчеркнуть, что на фоне хронического течения ЯБ у 3 (2%) человек было подтверждено сочетание перфорации язвы передней стенки с кровотечением из язвы задней стенки, которое было остановлено прошиванием при выполнении пилоропластики.

Иссечение и ушивание перфоративной язвы открытым способом выполнено пациентам с высоким операционно-анестезиологическим риском (ASA IV), распространённым гнойным перитонитом в токсической фазе (МПИ $\geq$ 12) и высокой прогнозируемой летальностью по шкале J. Воеу — 2–3 балла. С целью декомпрессии кишечника завершали оперативное вмешательство назогастроинтестинальной интубацией. Невозможность одномоментной санации во время первичной операции у 3 (2,0%) пациентов требовала формирования лапаростомы для

проведения программных (3–4 раза) санирующих вмешательств.

Во время оперативных вмешательств осложнений не отмечено. Послеоперационные осложнения после открытых оперативных вмешательств (n=126) выявлены у 13 (10,3%) больных. После стволовой ваготомии и пилоропластики по Финнею с иссечением язвы развилось внутрипросветное кровотечение из области анастомоза у 2 (1,7%) пациентов, ранняя послеоперационная непроходимость — у 2 (1,7%), нагноение послеоперационной раны — у 2 (1,7%), пневмония — у 2 (1,7%). Случаев несостоятельности швов анастомоза не было. После иссечения и ушивания ПДЯ наиболее частым осложнением было нагноение послеоперационной раны — у 3 из 8 больных, еще у 1 — диагностировали внутрибрюшное кровотечение из вены малого сальника. Высокая частота осложнений у лиц этой группы в определенной степени объяснима распространённым гнойным перитонитом в токсической фазе у лиц пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском (МПИ $\geq$ 12 баллов, ASA IV).

Анализ непосредственных результатов лапароскопических вмешательств позволил выявить как положительные, так и отрицательные их стороны. С одной стороны, сохраняются преимущества малоинвазивных операций (сокращение сроков госпитализации, снижение количества наиболее частых осложнений и летальности). С другой стороны — несколько увеличивается продолжительность операции вследствие большей технической сложности, а в ряде случаев — определяющих несостоятельности шва [9, 12, 17]. В наших наблюдениях несостоятельность

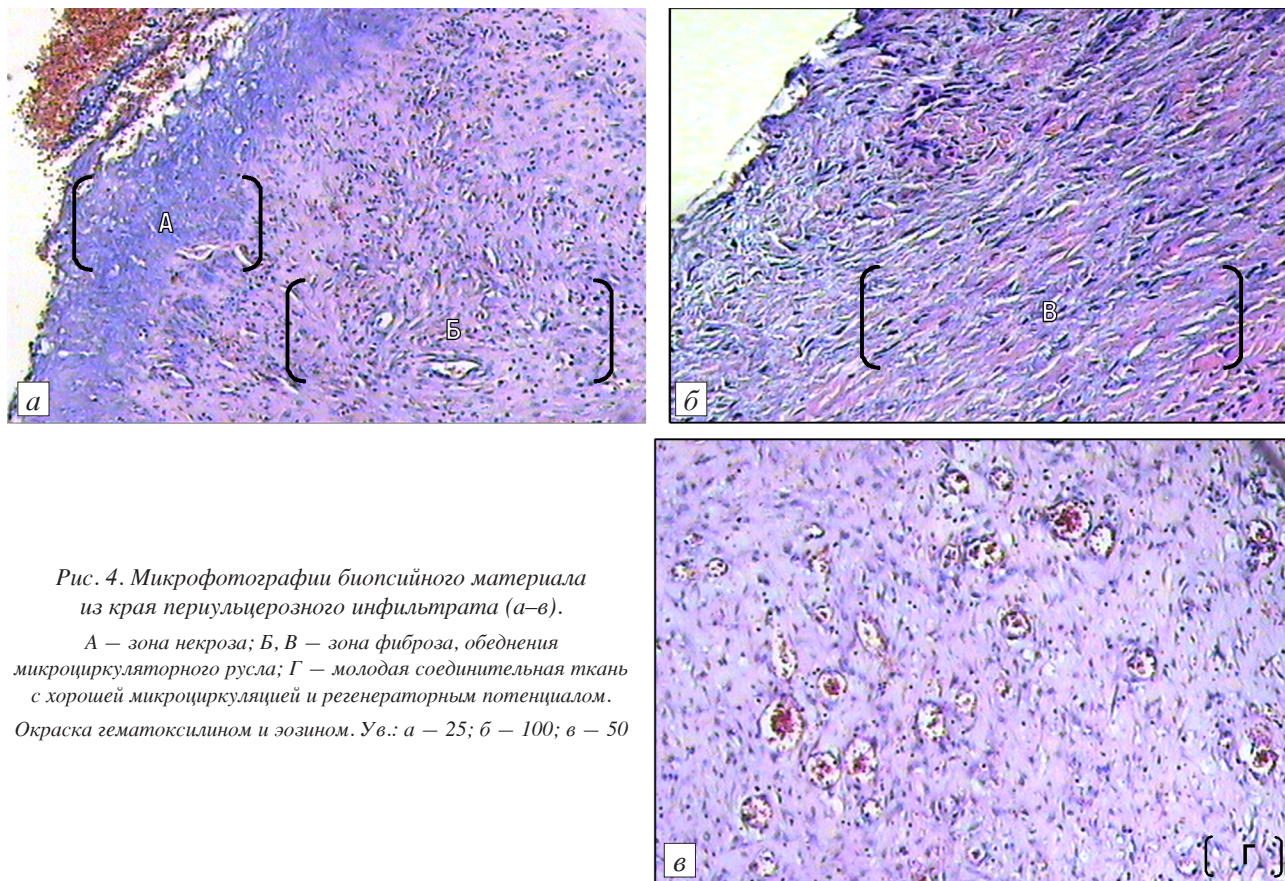


Рис. 4. Микрофотографии биопсийного материала из края перидуоденального инфильтрата (а–в).

А — зона некроза; Б, В — зона фиброза, обеднения микроциркуляторного русла; Г — молодая соединительная ткань с хорошей микроциркуляцией и регенераторным потенциалом.

Окраска гематоксилином и эозином. Ув.: а — 25; б — 100; в — 50

швов лапароскопически ушитой ПДЯ развилась у 2 пациентов, которое явилось редким, но достаточно опасным осложнением. Причиной тому послужили недооценка во время операции ширины зоны перифокальной воспалительной инфильтрации стенки ДПК в области перфоративной язвы и отказ от ее иссечения. Выполненные специальные гистологические исследования иссеченных язв стенки ДПК показали преобладание процессов фиброобразования в перидуоденальном инфильтрате (рис. 4, а–в).

Различная степень зрелости соединительной ткани по толщине стенки кишки, значительное обеднение микроциркуляторного русла значительно уменьшают регенераторный потенциал, создают предпосылки для торпидного инфекционного процесса и несостоятельности сформированного шва. Указанные факты, полученные нами, свидетельствуют о необходимости обязательного иссечения ПДЯ перед ее ушиванием при ширине зоны перифокальной язвенной инфильтрации более 0,5 см.

Общая летальность после оперативных вмешательств по поводу ПДЯ составила 1,3%: после СВ и пилоропластики по Финнею — у 1 пациента, после открытого ушивания ПДЯ — у 1. Причиной летальных исходов явилась декомпенсация сопутствующей сердечно-сосудистой

патологии у больных пожилого и старческого возраста соответственно. Следует подчеркнуть, что прогнозируемая на дооперационном этапе летальность (2% по шкале J. Воеу) практически совпала с послеоперационной.

Полученные нами данные свидетельствуют, что окончательный вариант оперативного вмешательства определяется во время интраоперационной ревизии брюшной полости (лапароскопии или лапаротомии), включающий обнаружение ПДЯ и оценки изменений гастродуоденальной зоны (в сопоставлении с данными дооперационной ФГДС) при хроническом язвенном процессе, уточнения распространенности и характера перитонита с учетом степени эндогенной интоксикации. В связи с этим лечение больных с ПДЯ, проводимое в специализированном стационаре, должно быть дифференцированным как при формировании показаний к выбору варианта оперативного вмешательства на основании установленных критериев, так и обоснования медикаментозной терапии в ближайшем послеоперационном периоде с учетом дообследования.

Обязательным элементом системного подхода после хирургического лечения ПДЯ является эмпирическая антисекреторная терапия, которую проводили всем больным для

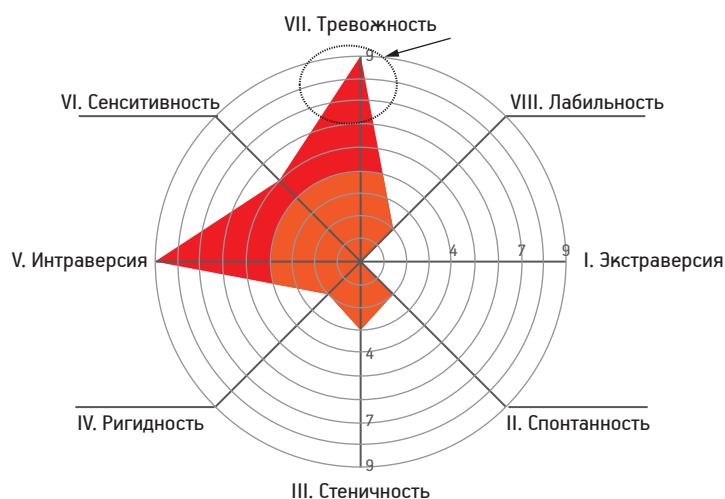


Рис. 5. Диаграмма высокого уровня тревожности у пациента В. по данным психологического обследования по методике ИТО



Рис. 6. Диаграмма, отражающая результаты выполненного психологического обследования больного Е. по методике ММРІ (СМОЛ) (стрелка — высокий показатель шкалы депрессии)

создания благоприятных условий эпителизации слизистой оболочки в зоне вмешательства, а также профилактики стрессорных язв, что вполне согласуется с данными литературы [2, 9, 22]. В раннем послеоперационном периоде блокаторы гистаминовых H_2 -рецепторов (квamatел) получили 99 (65,1%) больных и блокаторы протонной помпы (омепразол) — 53 (34,9%) пациента. Иммунологический анализ крови у прооперированных больных позволил установить у $2/3$ больных высокий титр специфических антихеликобактерных антител: IgG-HP (более 0,9 Е/мл), а также выявить IgG к *sagA*-HP, что подтверждало необходимость включения в программу послеоперационной реабилитации эрадикационной терапии согласно

Маастрихтским соглашениям [5]. Полученные нами сведения соответствуют исследованиям последних лет, согласно которых установлено, что инфицирование высокопатогенными штаммами HP, имеющими ген *sagA* (штаммы *sagA*+), достоверно чаще приводит к формированию язвы, чем наличие штаммов HP, не имеющих *sagA* [23].

Психологическое обследование пациентов осуществляли после операции. Установлено, что у больных с ПДЯ имеет место значительно повышенная личностная (52,6%) и ситуативная тревожность (65,8%), выявленные по методике Спилбергера — Ханина, индивидуальному типологическому опроснику (рис. 5), а также различные депрессивные расстройства (46,0%) по шкале ММРІ (рис. 6). Полученные нами данные согласуются с предложениями других исследователей по включению в программу лечения прооперированных больных седативных препаратов (персен) и анксиолитиков (грандаксин) либо их комбинированных форм (новопассит) [8, 11].

Программа реабилитации больных после окончания стационарного лечения включала: продолжение антисекреторной терапии в течение 2 нед всем пациентам; проведение трёхкомпонентной эрадикационной терапии больным, инфицированным HP или четырёхкомпонентной [при инфицировании устойчивыми, высокопатогенными (*sagA*+) штаммами HP]; приём соответствующих психотропных препаратов для коррекции нарушений эмоциональной сферы. О ремиссии ЯБ после хирургического лечения в сочетании с консервативной терапией судили по результатам контрольного обследования больных через 1 мес, включавшего анкетированный опрос для определения их комплайенса (точности соблюдения пациентов рекомендаций врача), выполнения ФГДС с целью оценки эпителизации слизистой оболочки на фоне противоязвенной терапии, исключения наличия антигена HP в кале для подтверждения эффективности эрадикационной терапии.

Таким образом, диагностика и лечение ПДЯ и сегодня представляет актуальную проблему неотложной хирургии. Результаты проведённого клинического исследования свидетельствуют, что для постановки правильного дооперационного диагноза и выбора рационального варианта лечения таких больных целесообразно проведение целенаправленного комплексного обследования.

Психосоматическая природа ЯБ ДПК и её инфекционный компонент в обязательном порядке должны находить отражение в диагностике и комплексном лечении после операции. Учитывая ряд факторов, влияющих на патогенез ЯБ ДПК, характеризующейся, как правило, хроническим рецидивирующим течением, необходимость учёта эффективности ранее проводимых лечебных мероприятий оправдано создание единого реестра подобных больных. Это обеспечит преемственность между поликлиническим звеном и хирургическими стационарами, работающими в системе оказания неотложной помощи, и позволит улучшить как результаты лечения больных с ПДЯ, так и их качество жизни.

Выводы. 1. Реализация разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволила обосновать выбор рационального варианта оперативного вмешательства у больных с ПДЯ, уменьшить число осложнений — до 9,9%, летальности — до 1,3%.

2. Лапароскопическое ушивание ПДЯ, выполненное у 17,1% больных, обосновано при отсутствии рубцово-язвенной деформации пилорoduоденальной зоны, диаметре перфоративной язвы менее 1 см, ширине зоны перифокальной язвенной инфильтрации не более 0,5 см, ASA I–III, МПИ < 12 баллов и прогнозируемой летальности 0 баллов по шкале J. Воеу.

3. Открытое ушивание ПДЯ, произведенное у 5,3% больных, обосновано у лиц с ASA IV, МПИ ≥ 12 баллов и прогнозируемой летальности 2–3 балла по шкале J. Воеу.

4. Стволовая ваготомия с пилоропластикой, выполненная у 77,6% больных, целесообразна при сочетании перфорации с рубцово-язвенным стенозом ДПК или язвенным кровотечением (наличием осложнений ЯБ в анамнезе), диаметре перфоративного отверстия более 1 см, ширине зоны перифокальной язвенной инфильтрации более 0,5 см, а также ASA I–III, МПИ < 12 баллов и прогнозируемой летальности 0–1 балл по шкале J. Воеу.

5. Интегральная оценка результатов обследования и хирургического вмешательства, определение титра антител к ульцерогенным штаммам *Helicobacter pylori*, изучение психофизиологического профиля пациента позволяют обосновать комплексную программу медикаментозной терапии в послеоперационном периоде.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: Российские Национальные рекомендации / Под ред. В. С. Савельева и Б. Р. Гельфанда. М., 2011. 98 с.

2. Администрация Санкт-Петербурга, Комитет по здравоохранению. Приказ № 26-П от 25.01.2001 г. // О единой хирургической тактике диагностики и лечения острых заболеваний брюшной полости. СПб., 2001. 31 с.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. 376 с.
4. Курыгин А. А. Лечение язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании с пилоропластикой: Дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1977. 351 с.
5. Маев И. В., Самсонов А. А. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *H. pylori* (материалы консенсуса Маастрихт-3) // *Consilium Medicum / Гастроэнтерология*. 2006. Т. 8, № 1. С. 3–8.
6. Майстренко Н. А., Мовчан К. Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. СПб.: Гиппократ, 2000. 360 с.
7. Микроскопическая техника: Руководство / Под ред. Д. С. Саркисова и Ю. Л. Перова. М.: Медицина, 1996. 544 с.
8. Осипова И. В., Погосова Г. В., Подъяпольская И. А. Коррекция расстройств депрессивного спектра у больных язвенной болезнью // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. 2007. № 2. С. 27–30.
9. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // *Хирургия*. 2003. № 3. С. 43–49.
10. Сацукевич В. Н., Сацукевич Д. В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. М.: Либерия, 1999. 416 с.
11. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. СПб.: Речь, 2005. 624 с.
12. Сухопара Ю. Н., Майстренко Н. А., Тришин В. М. Основы неотложной лапароскопической хирургии. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. 192 с.
13. Тимербулатов В. М., Верзакова И. В., Каланов Р. Г. Ультразвуковое исследование у больных с перитонитом // *Хирургия*. 2000. № 1. С. 22–24.
14. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / Под ред. проф. С. А. Блаженцевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 520 с.
15. Alim A., Atas A., Güneş T. et al. Comparison of antigen and antibody detection tests used for diagnosing the *Helicobacter pylori* infection in symptomatic patients // *Basic and Clinical Sciences*. 2010. Vol. 1, № 4. P. 61–70.
16. Banerjee S., Cash B. D., Dominitz J. A. et al. ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease // *Gastrointestinal Endoscopy*. 2010. Vol. 71, № 4. P. 663–668.
17. Bertleff M. J., Lange J. F. Perforated peptic ulcer disease: A review of history and treatment // *Digestive surg.* 2010. № 27. P. 161–169.
18. Billing A., Frohlich D., Schildberg F. W. Prediction of outcome using the Mannheim peritonitis index in 2003 patients. Peritonitis Study Group // *Br. J. Surg.* 1994. № 81 (2). P. 209–213.
19. Boey J., Choi S. K. Y., Poom A. et al. Risk stratification in perforated duodenal ulcers: A prospective validation of predictive factors // *Ann. Surg.* 1987. № 205. P. 22–26.
20. Canoy D. S., Hart A. R., Todd S. J. Epidemiology of a duodenal ulcer perforation: a study of hospital admissions in Norfolk, United Kingdom // *Digest of Liver Diseases*. 2002. Vol. 34, № 5. P. 322–327.
21. Chiu H. S., Chung C. H. Pneumoperitoneum on supine abdominal X-ray: case report and review of the radiological signs // *Hong Kong journal of emergency medicine*. 2005. Vol. 12, № 1. P. 46–49.
22. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trial // *World J. Surg.* 2000. Vol. 24, № 3. P. 299–306.
23. Schöttker B., Adamu M. A., Weck M. N., Brenner H. *Helicobacter pylori* infection is strongly associated with gastric and duodenal

ulcers in a large prospective study // Clinical gastroenterology and hepatology. 2012. № 10. P. 487–493.

24. William D., Owens M. D. American Society of Anesthesiologists physical status classification system is not a risk classification system // Anesthesiology. 2001. Vol. 94, № 2. P. 378.

Поступила в редакцию 06.02.2013 г.

P. N. Romashchenko, N. A. Maistrenko, A. E. Korovin,
S. A. Sibirev, P. A. Sidorchuk

NEW APPROACHES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PERFORATED DUODENAL ULCER

Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg

The results of examination and treatment of 152 patients with perforated duodenal ulcer were analyzed with the aim to make the ground of systemic approach to their surgical treatment in consideration of contemporary achievements of laboratorial

and instrumental diagnostics and the opportunities of minimally invasive surgery. The results of conducted clinical study showed that in order to establish the correct preoperative diagnosis and the choice of rational treatment of patients with perforated duodenal ulcer it is necessary to conduct a purposeful complex investigation, including an assessment of general somatic state and the operative-anaesthetic risk of patients and changes of pyloroduodenal zone and the severity of peritonitis and prediction of lethality. The diagnostic algorithm let the authors make a diagnosis of perforated duodenal ulcer before the operation and decide on an adequate volume of surgical intervention. It is established, that the integral assessment of the examination results and surgery, the evaluation of the titres of antibody to ulcerogenic strains *Helicobacter pylori*, studying of psychophysiological profile of patient can justify the complex program of medicamentous therapy in postoperative period, providing the remission of peptic ulcer.

Key words: *perforated duodenal ulcer, peritonitis, Helicobacter pylori, stem vagotomy, laparoscopic suture of ulcer, psychophysiological profile*