

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 616.342-002.44-007.251-089  
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-3-41-44

А. Н. Вачев<sup>1</sup>, В. К. Корытцев<sup>1</sup>, И. В. Антропов<sup>1, 2</sup>, В. Ю. Щербатенко<sup>2</sup>

## ПОЧЕМУ СЛЕДУЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ОПЕРАЦИИ ПРОСТОГО УШИВАНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ?

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет», г. Самара, Россия

<sup>2</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Городская клиническая больница № 1 имени Н. И. Пирогова», г. Самара, Россия

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Определить место операции простого ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки на современном этапе лечения этих больных. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проведен сравнительный анализ 2 групп больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. 1-ю группу составили 40 больных, которым выполнили простое ушивание перфоративной язвы. 2-ю группу составили 130 больных, которым выполнили иссечение краев перфоративной язвы и пилоропластику по Джадду. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Показано, что по мере увеличения времени от момента перфорации простое ушивание перфоративной язвы (1-я группа) приводит к статистически значимому ухудшению результатов. Критерий Фишера = 0,01784 ( $p < 0,05$ ). У больных 2-й группы увеличение летальности также зависело от длительности заболевания и тяжести развившегося перитонита, но это возрастание летальности оказалось статистически незначимым. Критерий Фишера = 0,11974 ( $p > 0,05$ ). **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Операция простого ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки на современном этапе развития медицины не должна являться операцией выбора у большинства больных с данной патологией.

**Ключевые слова:** перитонит, перфорация, язва двенадцатиперстной кишки

A. N. Vachev<sup>1</sup>, V. K. Koryttsev<sup>1</sup>, I. V. Antropov<sup>2</sup>, V. Yu. Shcherbatenko<sup>2</sup>

**Why should we abandon the operation of simple closure for duodenal ulcer complicated by perforation?**

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Samara State Medical University», Samara, Russia; <sup>2</sup> «City clinical hospital № 1 named after N. I. Pirogov», Samara, Russia

The OBJECTIVE is to define the place of the operation of simple closure for perforated duodenal ulcers in the modern stage of the treatment of these patients. MATERIAL AND METHODS. Comparative analysis of 2 groups of patients with perforated duodenal ulcer was made. The 1st group consisted of 40 patients who performed simple closure of perforated ulcers. The 2nd group consisted of 130 patients who fulfilled the excision of the edges of perforated ulcers and Judd pyloroplasty. RESULTS. It is shown, that the simple closure of perforated ulcer (group 1) leads to statistically significant deterioration of results according to the increasing time from the moment of perforation. Fisher criterion = 0.01784 ( $p < 0.05$ ). The increase of mortality among the patients of the 2nd group also dependent on the duration of the disease and severity of developed peritonitis, but this increase of mortality is not statistically significant. Fisher criterion = 0.11974 ( $p > 0.05$ ). CONCLUSION. The operation of the simple closure of perforated duodenal ulcer in the present stage of development of medicine should not be the operation of choice among the most of patients with this pathology.

**Keywords:** peritonitis, perforation, duodenal ulcer

**Введение.** В последнее десятилетие многие исследователи отмечают как общий рост заболеваемости населения язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК), так и увеличение числа осложненных форм язвенной болезни [1–5]. Все это наблюдается на фоне значительного сокращения плановых операций при язвенной болезни ДПК.

Следует отметить, что сегодня безусловно хорошие результаты демонстрируют гастроэнтерологи, занимающиеся консервативным лечением больных с неосложненными формами язвенной болезни. Уже показано, что не менее 80–85 % больных могут быть адекватно пролечены консервативно. Но остается группа больных, составляющая, по разным оценкам, около 10–15 % в структуре больных с язвенной патологией, у которых даже при адекватной терапии заболевание прогрессирует и развиваются осложнения, являющиеся абсолютными

показаниями к операции. Так, по мнению J. W. Freston [6], 42 % больных с пептическими язвами вообще устойчивы к современным антисекреторным лекарственным препаратам. Число же операций по поводу перфоративных язв не имеет тенденции к снижению, а, по данным большинства авторов, даже увеличивается [1, 2].

Наибольшее распространение при развитии перфорации язвы ДПК получила операция пилоропластики [7–9]. Но и операция простого ушивания перфоративной язвы по частоте ее выполнения остается в числе лидеров.

Таким образом, при перфорации язвы ДПК вопрос выбора адекватного объема операции продолжает оставаться предметом дискуссии [2, 10–12].

**Цель исследования** – определить место операции простого ушивания перфоративной язвы ДПК на современном этапе лечения этих больных.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах лечения 204 пациентов с язвенной болезнью ДПК, осложненной перфорацией. Это были больные, последовательно, без какой-либо выборки поступавшие в стационар. Поводом к включению в данное исследование являлось лишь наличие у больного язвенной болезни ДПК, осложненной перфорацией. Женщин было 49, мужчин – 155. Средний возраст больных составил (43,7±7,2) года.

188 (92,2 %) больных обратились за медицинской помощью в первые 24 ч от начала заболевания, а еще 16 больных – позднее 24 ч. У 149 (73,0 %) пациентов язвенный анамнез отсутствовал, и перфорация была первым проявлением язвенной болезни. Все больные были оперированы. У всех пациентов перитонит был распространенным. По характеру выпота в брюшной полости пациенты распределились следующим образом: серозный – 95 (46,6 %), серозно-фибринозный – 72 (35,3 %), гнойно-фибринозный – 32 (15,7 %), гнойный – 5 (2,4 %).

При поступлении всем без исключения больным проводилось тщательное физикальное обследование. Из лабораторных тестов выполняли обязательное исследование общего анализа крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, группы крови и резус-фактора, развернутого биохимического анализа крови. Всем пациентам выполнялась обзорная рентгеноскопия брюшной полости. Если свободного газа не выявляли, то при обоснованном подозрении на перфорацию больному проводили фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), после чего вновь повторяли обзорную рентгеноскопию брюшной полости. Предоперационная подготовка была стандартной и заключалась в инфузионной терапии в объеме не менее 1 л кристаллоидных растворов, антибиотикотерапии. Отличие в лечении больных, вошедших в данное исследование, заключалось лишь в характере выполненных оперативных вмешательств.

В зависимости от выполненного оперативного вмешательства пациенты были разделены на группы.

У 34 человек операция была выполнена в объеме резекции  $2/3$  желудка. Эти больные были из дальнейшего исследования исключены, и это требует отдельного пояснения. Дело в том, что ситуация, когда хирург при перфорации язвы ДПК выполнял операцию резекции в объеме  $2/3$  желудка, возникала, если у больного находили другие осложнения язвенной болезни (выраженный стеноз, кровотечение, пенетрация в окружающие органы) или больной ранее уже был оперирован по поводу язвенной болезни. Именно в таких ситуациях мы считали показанным выполнение первичной операции в объеме резекции  $2/3$  желудка. Так как цель данной работы заключается в определении места операции простого ушивания язвы ДПК при ее перфорации, эти 34 больных были исключены из дальнейшего исследования.

Оставшиеся 170 больных, которым выполняли такие операции, как ушивание перфорации или иссечение язвы с пилоропластикой, были разделены на 2 группы.

1-ю группу составили 40 пациентов, которым было выполнено ушивание перфоративной дуоденальной язвы. Отличием было то, что иссечение краев язвы не проводилось. 2-ю группу составили 130 больных, у которых было выполнено иссечение перфоративной язвы с пилоропластикой по Джадду.

Для выявления различий между сравниваемыми группами использовали нулевую гипотезу. Расчет проводили с использованием четырехпольной таблицы. Рассчитывали критерий  $\chi^2$  Пирсона. При этом если хотя бы в одной ячейке ожидаемое значение было от 5 до 9, то критерий  $\chi^2$  Пирсона рассчитывали с поправкой Йейтса. Если же хотя бы в одной ячейке ожидаемое значение было меньше 5, то для анализа использовали точный критерий Фишера. Статистические различия считали значимыми при  $p < 0,05$ . Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программы «Statistica 6.0».

Все пациенты и добровольцы, участвовавшие в научном и клиническом исследовании, дали на это письменное добровольное информированное согласие. Исследование выполнено в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (в ред. 2013 г.).

**Результаты.** Как и подавляющее большинство авторов, мы отметили возрастание показателей летальности по мере увеличения сроков обращения за медицинской помощью. Так, среди 156 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в 1-е сутки, погибли 3 больных. Летальность составила 1,9 %. А из 14 пациентов, обратившихся за медицинской помощью позднее 24 ч от начала заболевания, погибли 4 человека. Летальность составила 29 %.

Распределение больных анализируемых групп по времени поступления от момента перфорации и по характеру перитонита показано в *табл. 1–2*.

Полученные данные свидетельствуют о том, что анализируемые группы были сопоставимы.

Результаты выполненных оперативных вмешательств в сравниваемых группах больных приведены в *табл. 3*.

При сравнении показателей летальности в двух группах точный критерий Фишера составил 0,00840 ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1

**Распределение больных 1-й и 2-й группы по времени поступления в стационар от момента перфорации**

| Время от момента поступления, ч | Группа     |              |               |
|---------------------------------|------------|--------------|---------------|
|                                 | 1-я        | 2-я          | Достоверность |
| Более 24                        | 6 (15 %)   | 8 (6,2 %)    | $p > 0,05$    |
| До 24                           | 34 (85 %)  | 122 (93,8 %) | $p > 0,05$    |
| Всего                           | 40 (100 %) | 130 (100 %)  |               |

Таблица 2

**Распределение больных 1-й и 2-й групп по характеру перитонита**

| Характер перитонита | Группа      |             |               |
|---------------------|-------------|-------------|---------------|
|                     | 1-я         | 2-я         | Достоверность |
| Серозный            | 16 (40 %)   | 57 (44 %)   | $p > 0,05$    |
| Серозно-фибринозный | 15 (37,5 %) | 48 (37 %)   | $p > 0,05$    |
| Гнойно-фибринозный  | 8 (20 %)    | 23 (18 %)   | $p > 0,05$    |
| Гнойный             | 1 (2,5 %)   | 2 (1 %)     | $p > 0,05$    |
| Всего               | 40 (100 %)  | 130 (100 %) |               |

В табл. 4 результаты выполненных оперативных пособий в группах больных сопоставлены в зависимости от времени от момента перфорации.

При этом у 2 пациентов 1-й группы развилась несостоятельность швов (5 %), что потребовало выполнения релапаротомии, а у пациентов 2-й группы несостоятельности швов не было.

**Обсуждение.** Основной задачей данного исследования было проведение сравнительного анализа результатов операций простого ушивания перфоративной язвы и операции иссечения перфорировавшей язвы с пилоропластикой по Джадду. Оба эти объема операции выполняют нередко у больных в крайне тяжелом состоянии, и данные виды операций являются самыми часто выполняемыми вмешательствами при перфорации язвы ДПК. При этом выполнение операции простого ушивания перфоративной язвы обосновывается хирургами именно желанием минимизировать объем оперативного вмешательства и сократить время операции.

Выполняя оперативное вмешательство по поводу перфоративной язвы ДПК, в идеале хирург должен решить две задачи – устранить источник перитонита, чтобы спасти жизнь больного, а при возможности – выполнить патогенетически обоснованную операцию. В некоторых клинических ситуациях выполнить вторую задачу оперативного вмешательства многими хирургами признается невозможным ввиду развивающейся полиорганной недостаточности (ПОН) из-за прогрессирования перитонита.

При этом иссечь язву при операции по поводу перфорации у большинства больных технически не представляет особых трудностей, да и времени на эту процедуру затрачивается не намного больше, чем на операцию простого ушивания перфорации.

Более того, хорошо известно, что простое ушивание перфоративной язвы нередко приводит к развитию стеноза в послеоперационном периоде и при этом не влияет на патогенез язвообразования. Кроме этого, нередко ситуации, когда при ушивании перфоративной язвы передней стенки ДПК остается незамеченной язва задней стенки. И, наконец, уже доказано, что само по себе сопоставление рубцово-измененных краев перфоративной язвы при простом ушивании может стать причиной развития несостоятельности швов [2, 13].

Полученные в выполненном исследовании результаты свидетельствуют, что по мере увеличения времени от момента пер-

Таблица 3

### Результаты оперативного лечения больных сравнимых групп

| Группа пациентов | Количество вмешательств | Число летальных исходов | Летальность, % |
|------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
| 1-я              | 40 (23,5 %)             | 5                       | 12,5           |
| 2-я              | 130 (76,5 %)            | 2                       | 1,5            |
| Всего            | 170 (100 %)             | 7                       | 4,1            |

форации простое ушивание перфоративной язвы приводит к статистически значимому ухудшению результатов (критерий Фишера = 0,01784 ( $p < 0,05$ )). У больных, которым проводили операцию иссечения краев перфоративной язвы и пилороластику по Джадду, возрастание летальности также зависело от длительности и тяжести развившегося перитонита и ПОН. Однако это возрастание летальности оказалось статистически незначимым (критерий Фишера = 0,11974 ( $p > 0,05$ )). По нашему мнению, связано это, прежде всего, с тем, что при простом ушивании перфоративной язвы снижается надежность наложенных швов на воспаленные и нередко рубцово-измененные ее края. Как следствие этого, происходит прогрессирование воспалительных изменений в окружающих язву тканях. Специальное исследование, проведенное нами по данному вопросу, полностью подтвердило это положение [13].

Таким образом, как морфологические [13], так и клинические исследования показали, что операции простого ушивания перфоративной язвы ДПК на современном этапе развития медицины должны быть если не полностью исключены из арсенала хирурга, то значительно ограничены в применении.

Мы полагаем, что вне зависимости от времени, прошедшего от момента перфорации, общего состояния больного (наличие или отсутствие ПОН), язва должна быть обязательно иссечена с целью удаления морфологического субстрата, а именно – воспаленных краев перфоративной язвы. Это будет являться профилактикой такого осложнения, как

Таблица 4

### Изменение показателей послеоперационной летальности в группах больных в зависимости от времени от момента перфорации

| Показатель                   | Группа                                   |            |  |            |
|------------------------------|--|------------|--|------------|
|                              | 1-я группа                               |            | 2-я группа                               |            |
| Время поступления, ч         | до 24                                    | позднее 24 | до 24                                    | позднее 24 |
| Число пациентов              | 34                                       | 6          | 122                                      | 8          |
| Количество летальных исходов | 2 (6 %)                                  | 3 (50 %)   | 1 (1 %)                                  | 1 (13 %)   |
| Достоверность                | Критерий Фишера = 0,01784 ( $p < 0,05$ ) |            | Критерий Фишера = 0,11974 ( $p > 0,05$ ) |            |

несостоятельность ушитой перфоративной язвы из-за прорезывания швов, наложенных на фиброзную воспалительную ткань периульцерозного инфильтрата. После иссечения краев перфоративной язвы следует выполнить один из общепринятых способов пилоропластики.

**Выводы.** 1. Оптимальным оперативным вмешательством при перфорации дуоденальной язвы как с морфологической, так и с клинической точки зрения следует признать операцию иссечения язвы с пилоропластикой.

2. Операция простого ушивания перфоративной язвы должна быть исключена из арсенала хирурга при перфорации дуоденальной язвы.

#### Конфликт интересов / Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / Authors declare no conflict of interest.

#### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

- Афендулов С. А., Журавлев Г. Ю., Кадиров К. М. Хирургическое лечение и реабилитация больных с прободной пилорoduodenальной язвой // Актуальные вопросы неотложной хирургии гастроэнтерологии. : Всероссийский конф. с международ. участием. Геленджик, 2010 // Вестн. хирург. гастроэнтерол. 2010. № 3. С. 38–38. [Afendulov S. A., Zhuravlev G. Yu., Kadirov K. M. Hirurgicheskoe lechenie i reabilitatsiya bol'nyh s probodnoy piloroduodenal'noy yazvoj // Aktual'nye voprosy neotlozhnoy hirurgicheskoy gastroenterologii. Vserossiyskaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiem. Gelendzhik, 2010 // Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii. 2010. № 3. P. 38–38].
- Гостищев В. К., Евсеев М. А., Головин Р. А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия. 2009. № 3. С. 10–16. [Gostishchev V. K., Evseev M. A., Golovin R. A. Radikal'nye operativnye vmeshatel'stva v lechenii bol'nyh s perforativnymi gastroduodenal'nymi yazvami // Khirurgiya. 2009. № 3. P. 10–16].
- Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. 2005. № 1. С. 58–64. [Lobanov V. M. Khirurgiya yazvennoy bolezni na rubezhe XXI veka // Khirurgiya. 2005. № 1. P. 58–64].
- Koskensalo S., Leppaniemi A. Perforated Duodenal Ulcer: Has Anything Changed? // Eur. J. Trauma and Emerg. Surg. 2010. Vol. 36, № 2. P. 145–150.
- Wysocki A., Budzynski P., Kulawik J. et al. Changes in the Localization of Perforated Peptic Ulcer and its Relation to Gender and Age of Patients throughout the Last 45 Years // Wld. J. Surg. 2011. Vol. 35, № 4. P. 811–816.
- Freston J. W. Management of Peptic Ulcers: Emerging Issues // Wld. J. Surg. 2000. Vol. 24, № 3. P. 250–255.
- Курыгин А. А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии: легенды и действительность // Вестн. хир. 2006. № 4. С. 83–86. [Kurygin A. A. Vagotomiya v hirurgicheskoy gastroenterologii: legendy i dejstvitel'nost' // Vestnik khirurgii. 2006. № 4. P. 83–86].
- Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. 2003. № 3. С. 43–49. [Pancyrev YU. M., Mihalev A. I., Fedorov E. D. Hirurgicheskoe lechenie probodnyh i krvotochashchih gastroduodenal'nyh yazv // Khirurgiya. 2003. № 3. P. 43–49].
- Резолюция Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Саратов, 25–26 сент. 2003 г. // Хирургия. 2004. № 3. С. 86–87. [Rezolyuciya Vserossiyskoj konferencii hirurgov «Sovremennye problemy ehkstreynogo i planovogo hirurgicheskogo lecheniya bol'nyh yazvennoj boleznyu zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki». Saratov, 25–26 sentyabrya 2003 g. // Khirurgiya. 2004. № 3. P. 86–87].
- Ермолов А. С., Гуляев П. А., Карнаушенко П. В. и др. Экстренная лапароскопия при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. Волгоград, 2011. С. 114. [Ermolov A. S., Gulyaev P. A., Karnauschenko P. V. i dr. EHkstreynaya laparoskopiya pri os-tryh hirurgicheskikh zabolevaniyah organov bryushnoj polosti // Materialy XI s'ezda hirurgov Rossijskoj Federacii. Volgograd, 2011. P. 114].
- Майстренко Н. А., Романенко П. Н., Сидорчук П. А. и др. Обоснование эндовидеохирургического лечения перфоративных дуоденальных язв // Альм. Ин-та хир. им. А. В. Вишневского. 2012. № 7 (1). С. 254–255. [Majstrenko N. A., Romanenko P. N., Sidorchuk P. A. i dr. Obosnovanie ehndovideohirurgicheskogo lecheniya perforativnyh duodenal'nyh yazv // Al'manah instituta khirurgii im. A. V. Vishnevskogo. 2012. № 7 (1). P. 254–255].
- Хоробрых Т. В. В продолжение дискуссии о статье проф. А. И. Черноокова и соавт. «Современный взгляд на анатомию блуждающих нервов и технику ваготомии» // Вестн. хирург. гастроэнтерол. 2009. № 2. С. 70–71. [Horobryh T. V. V prodolzhenie diskussii o stat'e prof. A. I. Chernookova i soavt. «Sovremennyy vzglyad na anatomiyu bluzhdayushchih nervov i tekhniku vagotomii» // Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii. 2009. № 2. P. 70–71].
- Вачев А. Н., Козлов А. А., Сухачев П. А. и др. Морфологическое обоснование объема иссекаемой ткани при операции по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2011. № 2. С. 21–24. [Vachev A. N., Kozlov A. A., Suhachev P. A. et al. Morfologicheskoe obosnovanie ob'ema issekaemoj tkani pri operacii po povodu perforativnoj yazvy dvenadcatiperstnoj kishki // Khirurgiya. 2011. № 2. P. 21–24].

Поступила в редакцию 27.11.2017 г.

#### Сведения об авторах:

Вачев Алексей Николаевич\* (e-mail: anvachev@mail.ru), д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой и клиникой факультетской хирургии; Корытцев Владимир Константинович\* (e-mail: kvk520@mail.ru), д-р мед. наук, доцент кафедры и клиникой факультетской хирургии; Антропов Игорь Владимирович\*\* (e-mail: a1973iv@yandex.ru), ассистент кафедры факультетской хирургии СамГМУ, заведующий хирургическим отделением № 6 Городской клинической больницы № 1 им. Н. И. Пирогова; Щербатенко Валерий Юрьевич\*\* (e-mail: scherbatenko.v@mail.ru), хирург хирургического отделения № 6; \*Самарский государственный медицинский университет МЗ РФ, 443086, г. Самара, пр. К. Маркса, 165«Б»; \*\*Городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова, 443096, г. Самара, ул. Полевая, д. 80.