

УДК 616.33-002.45-089

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Н.А. Никитин, Е.П. Колеватых, А.А. Головизнин, М.А. Онучин, Н.С. Дюпина,
 ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

*Никитин Николай Александрович, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой
 факультетской хирургии Кировской ГМА – раб. тел.: (8332) 23-65-10.*

Представлен анализ хирургического лечения 1214 больных перфоративными гастродуоденальными язвами, 827 из них выполнено ушивание перфорации, 387 – резекция желудка. У 142 больных изучена микробная обсемененность перитонеального экссудата в различные сроки от момента перфорации, выделены интервалы низкого (до 12 часов), умеренного (от 12 до 24 часов) и высокого (свыше 24 часов) рисков по бактериальному перитониту для выполнения резекции желудка. Уточнены абсолютные показания к резекции желудка и условия для ее выполнения. Показано, что технические аспекты резекции желудка должны включать в себя интраоперационную диагностику и обоснованную коррекцию хронических нарушений дуоденальной проходимости, адекватный выбор способа и типа резекции желудка, способа обработки дуоденальной культуры. Резекция желудка, выполняемая по абсолютным показаниям при наличии условий и соблюдении необходимых технических аспектов, дает сравнимые с ушиванием перфорации результаты.

Ключевые слова: перфоративная гастродуоденальная язва, микробная обсемененность перитонеального экссудата, резекция желудка.

Surgical treatments of 1214 patients with perforated gastroduodenal ulcers were studied. Of them, 827 patients underwent simple closure of perforation. Gastric resections were performed in 387 patients. In 142 patients, microbial contamination of peritoneal fluid was studied at different times after perforation was performed. Risk intervals for gastric resection were determined depending on the stage of development of bacterial peritonitis. They included a low risk interval (within 12 hours), a moderate risk interval (between 12 and 24 hours), and a high risk interval (over 24 hours). Absolute indications and conditions for gastric resection were determined more precisely. Technical aspects of gastric resection should include intraoperative diagnosis, reasonable correction of chronic disorders of duodenal passage ability, adequate choice of method and type of gastric resection and types of duodenal stump processing. Gastric resection performed according to absolute evidences and conditions and technical requirements have results similar to simple closure of perforation.

Key words: perforated gastroduodenal ulcer, microbial contamination of peritoneal fluid, gastric resection.

В настоящее время в связи с достижениями современной фармакотерапии хирургия язвенной болезни (ЯБ) всё больше становится хирургией urgentных осложнений [1, 2, 3, 4]. При этом на долю перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ) приходится более половины всех оперативных вмешательств при ЯБ. Частота развития перфорации составляет 7-15% от общего числа больных ЯБ [5], а послеоперационная летальность варьирует от 6 до 19% [2, 5, 6]. Особенностью современных ПГДЯ, отмечаемой практически всеми авторами, является высокая встречаемость сочетанных с перфорацией других осложнений ЯБ, язв больших и гигантских размеров, каллезных язв, повторных перфораций, в совокупности достигающая 40–50-процентного показателя [5, 7, 8]. В подобных ситуациях при выборе хирургического пособия необходимо строгое соблюдение принципа индивидуального подхода, включающего анализ показаний, технических трудностей и условий для выполнения той или иной операции [3, 6, 9, 10]. Широко распространенная и трактуемая как спасительная для больного операция – ушивание перфорации (УП) – в ее классических вариантах в указанных случаях часто просто невыполнима. Ряд авторов, продолжая совершенствовать технические аспекты этой операции, предлагают новые способы ушивания подобных ПГДЯ, как правило, пластического характера [9, 11, 12].

Однако и эти способы, во-первых, не всегда применимы, а во-вторых, не лишены общих недостатков паллиативного вмешательства: рецидив ЯБ после УП достигает 80%, развитие стеноза происходит в 15% наблюдений, повторные перфорации развиваются у 16% пациентов [1, 7, 10, 13]. В указанных случаях резко сужаются и показания к выполнению различных вариантов органосохраняющих операций [6, 7, 8]. В большинстве таких ситуаций резекция желудка (РЖ) остается единственной абсолютно показанной операцией, являясь в то же время радикальным вмешательством, позволяющим излечить пациента от ЯБ. Однако выполнение РЖ зачастую ограничивается отсутствием необходимых условий, важнейшим из которых являются сроки с момента перфорации [6, 7, 14]. Согласно классическим представлениям, РЖ может быть выполнена только в первые 6–8 часов заболевания, т. е. в стадии химического перитонита, хотя отдельные авторы считают возможным расширять временной интервал для ее выполнения до 12 и даже 24 часов [2, 14, 15]. Основным критерием перехода химического перитонита в бактериальный при ПГДЯ является степень микробного обсеменения экссудата брюшной полости. Как показывают микробиологические исследования отдельных авторов, перитонеальный экссудат в сроки до 12 часов с момента перфорации остается стерильным в 55–78% случаев, а в сроки

от 12 до 24 часов – в 23% [16, 17]. Однако такие исследования не носят повсеместного систематического характера, достаточно противоречивы и поэтому скептически воспринимаются приверженцами классических представлений о патогенезе перитонита при ПГДЯ: они по-прежнему в сроки, превышающие 6-8 часов с момента перфорации, считают показанным паллиативное вмешательство – УП [1]. Кроме того, далеки от окончательного разрешения и требуют дальнейшего совершенствования и разработок технические аспекты РЖ при ПГДЯ [7, 10]. Ситуация дополнительно осложняется и отсутствием единого мнения относительно частоты встречаемости при ПГДЯ хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП), а также подходов к их дифференцированной интраоперационной диагностике и обоснованной хирургической коррекции [10, 18, 19].

Таким образом, особенности современных ПГДЯ, характеризующиеся тенденцией к постоянному увеличению числа форм, требующих выполнения РЖ, диктуют необходимость дальнейшего изучения вопроса о возможностях (показания и условия) выполнения, а также технических аспектах этой операции.

Цель исследования: конкретизировать возможности выполнения и технические аспекты РЖ при ПГДЯ.

Материал и методы. На базе Северной городской клинической больницы (СГКБ) г. Кирова за период с 1997 по 2007 г. оперировано 1214 больных ПГДЯ в возрасте от 16 до 92 лет. Мужчин было 1073 (88,4%), женщин – 141 (11,6%). До 6 часов от момента перфорации поступили 1035 (85,3%) больных, от 6 до 12 часов – 62 (5,1%), от 12 до 24 часов – 46 (3,8%), свыше 24 часов – 71 (5,8%) больной. Желудочная локализация перфоративной язвы была у 84 (6,9%) больных, при этом в 38 случаях она локализовалась в пилорическом канале, а в 3 наблюдениях сочеталась с язвой ДПК; дуоденальная – у 1130 (93,1%), при этом в 5 случаях она сочеталась с язвой желудка. Тяжелая сопутствующая патология, способная оказать влияние на выбор объема хирургического пособия, отмечена у 251 (20,7%) больного.

Из общего числа больных у 142 на кафедре микробиологии, вирусологии и иммунологии Кировской ГМА и в отделении лабораторной диагностики СГКБ проведено микробиологическое исследование перитонеального экссудата на аэробную флору: в сроки до 6 часов с момента перфорации у 87 (61,2%), от 6 до 12 часов – у 16 (11,3%); от 12 до 24 часов – у 17 (12%); позднее 24 часов – у 22 (15,5%). При этом у 40 больных, представленных 4 группами по 10 человек в соответствии с указанными временными интервалами, дополнительно к изучению аэробной флоры проведена идентификация анаэробной. Перитонеальный экссудат забирали интраоперационно в стерильных условиях непосредственно после лапаротомии. Доставку в микробиологическую лабораторию производили в официальных транспортных коллекторах со средой Кери Блейр. Индикацию и идентификацию микроорганизмов производили бактериоскопическим, бак-

териологическим методами и методом полимеразной цепной реакции с детекцией в режиме реального времени в термоциклере IQ5 фирмы Biorad. Экссудат с числом колониеобразующих единиц (КОЕ) до 10^3 в 1 мл, согласно принятым стандартам, оценивали как стерильный, 10^3 - 10^4 – как сомнительное микробное обсеменение, 10^5 и $>$ – как микробное загрязнение, свидетельствующее о развитии истинного бактериального перитонита [20].

Диагностику ХНДП при выполнении РЖ проводили с использованием алгоритма, предложенного Н.А. Никитиным [19]. Категорию сложности мобилизации пилорoduоденальной зоны оценивали на основании предложенной нами для язв пилорoduоденальной локализации и опубликованной ранее классификации [21], предусматривающей выделение четырех категорий. В рамках настоящего исследования данная классификация дополнена 0-й категорией, к которой отнесены язвы желудочной локализации (за исключением язв пилорического канала), при которых не возникает трудностей при мобилизации пилорoduоденальной зоны. Язвы с 3-й и 4-й категориями сложности мобилизации трактуем как «трудные» пилорoduоденальные язвы.

Статистическая обработка полученных данных выполнена на ПЭВМ в среде Windows XP в программах Statistica 6 и Biostat. Оценка достоверности проводилась с использованием t-критерия Стьюдента, χ^2 с поправкой Йейтса и точного критерия Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Обсемененность перитонеального экссудата аэробной микрофлорой представлена в таблице 1. Положительный результат отмечен в 99 (69,7%) наблюдениях, отрицательный – в 43 (30,3%). Микробное загрязнение (КОЕ 10^5 и $>$) аэробной флорой в группах до 24 часов на 120 исследований отмечено в 4 (3,3%) случаях, свыше 24 часов – на 22 исследования в 15 (68,2%) случаях. Различие достоверно ($p < 0,05$). Монокультуры аэробных бактерий из 99 позитивных исследований были выделены у 48 (48,5%) больных, 39 (81,3%) из которых госпитализированы в первые 6 часов. Ассоциации аэробных микроорганизмов выделены у 51 (51,5%) больного: в сроки до 6 часов у 11 (22,0%) из 50, в группах после 6 часов – у 40 (81,6%) из 49. Различие достоверно ($p < 0,05$). Между числом видов микроорганизмов в ассоциациях и сроками с момента перфорации прослеживается достоверная прямая зависимость, представленная в таблице 2: три и более вида микроорганизмов в сроки до 6 часов встречаются в 9,1% наблюдений, позднее 24 часов – в 81,3%. Различие достоверно ($p < 0,05$).

Обсемененность перитонеального экссудата анаэробной микрофлорой представлена в таблице 3. Рост анаэробов выявлен в 32 (80%) наблюдениях из 40, из них в 8 случаях без аэробной флоры, в 24 – в ассоциации с аэробами, при этом прослеживается связь увеличения числа случаев ассоциаций со сроками от момента перфорации. Микробное

загрязнение (КОЕ 10^5 и $>$) при исследовании на анаэробную флору в сроки до 24 час на 30 исследований суммарно отмечено в 5 (16,7%) случаях, свыше 24 часов – на 10 исследований в 6 (60,0%) случаях. Различие достоверно ($p < 0,05$).

ТАБЛИЦА 1.

Обсемененность перитонеального экссудата больных ПГДЯ аэробной флорой

КОЕ	Время с момента перфорации								ВСЕГО	
	1-я группа (до 6 час.)		2-я группа (6-12 час.)		3-я группа (12-24 час.)		4-я группа (> 24 час.)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Роста нет	37	42,5	3	18,7	1	5,9	2	9,1	43	30,3
<10 ³	6(0)	6,9	5(4)	31,3	4(1)	23,5	3(0)	13,6	18(5)	12,7
10 ³ -10 ⁴	43(11)	49,4	7(7)	43,8	10(9)	58,8	2(2)	9,1	62(29)	43,6
10 ⁵ и >	1(0)	1,2	1(1)	6,2	2(2)	11,8	15(14)	68,2	19(17)	13,4
ИТОГО	87	100	16	100	17	100	22	100	142	100

Примечание: в скобках указано количество ассоциаций.

При КОЭ 10^5 и $>$ для 1-й, 2-й, 3-й групп отдельно и в совокупности в сравнении с 4-й группой $p < 0,05$.

ТАБЛИЦА 2.

Количество видов аэробных микроорганизмов в ассоциации

Кол-во видов	Время с момента перфорации				ВСЕГО	
	1-я группа (до 6 час.)	2-я группа (6-12 час.)	3-я группа (12-24 час.)	4-я группа (> 24 час.)		
	2	10 (90,9%)	9 (75%)	7 (58,3%)	3 (18,7%)	29
3 и >	1 (9,1%)	3 (25%)	5 (41,7%)	13 (81,3%)	22	(43,1%)
ИТОГО	11 (100%)	12 (100%)	12 (100%)	16 (100%)	51	(100%)

Примечание: для 1-й, 2-й, 3-й групп отдельно и в совокупности в сравнении с 4-й группой $p < 0,05$.

ТАБЛИЦА 3.

Обсемененность перитонеального экссудата больных ПГДЯ анаэробной флорой

КОЕ	Время с момента перфорации				ВСЕГО
	1-я группа (до 6 час.)	2-я группа (6-12 час.)	3-я группа (12-24 час.)	4-я группа (> 24 час.)	
роста нет	4	2	2	-	8
<10 ³	4 (2)	3 (1)	3 (3)	-	10 (6)
10 ³ -10 ⁴	1 (1)	4 (3)	2 (1)	4(3)	11 (8)
10 ⁵ и >	1 (1)	1 (1)	3 (3)	6 (5)	11 (10)
ИТОГО	10 (4)	10 (5)	10 (7)	10 (8)	40 (24)

Примечание: в скобках указано количество ассоциаций с аэробной микрофлорой. При КОЭ 10^5 и $>$ для 1-й и 2-й групп отдельно и в совокупности в сравнении с 4-й группой $p < 0,05$; для 3-й группы в сравнении с 4-й – $p > 0,05$.

Частота встречаемости различных аэробных и анаэробных микроорганизмов представлена в таблице 4. В монокультурах аэробов преобладали бактерии семейства Enterobacteriaceae – 25 (52,1%) наблюдений и Micrococcaceae – 12 (25,0%) наблюдений из 48. В ассоциациях наиболее часто встречалась комбинация бактерий семейства Enterobacteriaceae со Staphylococcus и Streptococcus. В группе анаэробов чаще других выделялись бактерии рода Bifidobacterium – 14 наблюдений, что составило 43,8%. При определении чувствительности к антибиотикам отмечена низкая чувствительность аэробной

флоры к ампициллину и гентамицину; высокая чувствительность к амоксициллину клавуланату, рифампицину и цефалоспорином III-IV поколений.

ТАБЛИЦА 4.

Микробный спектр перитонеального экссудата больных ПГДЯ

Аэробы (99 позитивных исследований)		
Род бактерий	Частота выделения	
	абс.	%
Enterobacteriaceae	75 (50)*	75,8
Staphylo- и Streptococcus	31 (26)*	31,3
Proteus	16 (14)*	16,2
Micrococcaceae	12 (0)*	12,1
Candida	10 (8)*	10,1
Klebsiella	4 (2)*	4
Providentia	4 (4)*	4
Citrobacter	3 (3)*	3
Morganella	2 (2)*	2
Edwardsiella	1 (1)*	1
Yersinia	1 (1)*	1
Bacillus	1 (1)*	1
Анаэробы (32 позитивных исследования)		
Род бактерий	Частота выделения	
	абс.	%
Bifidobacterium	14 (11)**	43,8
Bacteroides	8 (6)**	25
Pepto- и Peptostreptococcus	8 (6)**	25
Fusobacterium	8 (4)**	25
Clostridium	7 (6)**	21,9
Lactobacterium	5 (3)**	15,6
Veilonella	4 (3)**	12,5
Eubacterium	2 (1)**	6,3
Leptotrichia	2 (2)**	6,3

Примечание: * в скобках число случаев встречаемости данного вида аэробных бактерий в ассоциации с другой аэробной флорой;

** в скобках число случаев встречаемости данного вида анаэробов в ассоциациях с аэробной флорой.

Проведенное микробиологическое исследование с учетом максимальных данных по обеим группам микроорганизмов показало, что развитие истинного бактериального перитонита при ПГДЯ в сроки до 12 часов происходит в 10% случаев (показатель по анаэробной флоре), 12–24 часа – в 30% (показатель по анаэробной флоре). Позднее 24 часов истинный бактериальный перитонит отмечается в 68,2% наблюдений (показатель по аэробной флоре). Таким образом, с позиции развития бактериального перитонита возможность выполнения РЖ при ПГДЯ в сроки до 12 часов с момента перфорации находит микробиологическое подтверждение у 90% больных, от 12 до 24 часов – у 70%, а позднее 24 часов – у 31,8%. Следовательно, интервал до 12 часов с момента перфорации по бактериальному перитониту следует трактовать как интервал низкого риска для выполнения РЖ, от 12 до 24 часов – как интервал умеренного риска, а позднее 24 часов – как интервал высокого риска.

Показаниями к РЖ при ПГДЯ в нашем исследовании служили язвы с подозрением на малигнизацию, язвы больших и гигантских размеров, каллезные язвы, наличие сочетанных с перфорацией других язвенных осложнений, повторный

характер перфорации после ранее произведенного УП, двойная локализация язв. Указанные ПГДЯ мы предлагаем терминологически трактовать как «сложные» и считать их абсолютными показаниями к выполнению РЖ. Необходимыми условиями для выполнения РЖ при ПГДЯ должны выступать отсутствие абсолютного риска по бактериальному перитониту, интенсивная периоперационная антибактериальная терапия как компонент комплексной лечебной программы с обязательным включением в ее состав препаратов, воздействующих на анаэробную составляющую бактериального спектра, отсутствие противопоказаний по сопутствующим заболеваниям и наличие в дежурной бригаде хирурга, владеющего резекционными вмешательствами на желудке. Последнее условие в крупных больницах, где в составе дежурной бригады всегда есть высококвалифицированные хирурги, как правило, значения не имеет. С этих позиций операцию УП при наличии абсолютных показаний к РЖ, но отсутствию условий для ее выполнения, следует трактовать как вынужденную, а РЖ, выполняемую в интервале высокого риска по бактериальному перитониту, необходимо рассматривать как операцию отчаяния.

УП выполнено 827 (68,1%) пациентам, из них в качестве вынужденной операции – 98 (11,9%); РЖ – 387 (31,9%) больным, из них в качестве операции отчаяния – 27 (7,0%). Всем больным в рамках интенсивного комплексного лечения проводили периоперационную антибиотикотерапию цефалоспоридами II-IV поколений в комбинации с метронидазолом. Больным после УП в послеоперационном периоде в обязательном порядке назначали современную антисекреторную терапию. Больные, которым была выполнена РЖ, представлены двумя сравнимыми группами:

1-я группа – 167 (43,2%) пациентов, у которых проводилась интраоперационная диагностика и обоснованная коррекция ХНДП, выбор способа РЖ ставился в зависимости от их наличия и выраженности, выбор типа РЖ и способа обработки дуоденальной культуры при ее формировании зависел от категории сложности мобилизации пилородуоденальной зоны. РЖ по Бильрот-I (Б-I) выполнена в 11 случаях, из них с терминаллатеральным анастомозом – в 5; по Бильрот-II (Б-II) с вертикальным поперечным анастомозом – в 152 и по Ру – в 4. Таким образом, формирование дуоденальной культуры осуществлено в 162 случаях.

2-я группа – 220 пациентов, у которых диагностика ХНДП и их коррекция не проводились, выбор способа РЖ определялся техническими возможностями и взглядами оперирующего хирурга, выбор типа РЖ и способа ушивания дуоденальной культуры не ставился в прямую зависимость от категории сложности мобилизации пилородуоденальной зоны. Резекция желудка по Б-I выполнена в 37 случаях, из них с терминаллатеральным анастомозом – в 12; по Б-II с поперечным анастомозом без соблюдения принципа его вертикальности – в 179 и по Ру – в 4. Таким образом, формирование дуоденальной культуры выполнено в 195 наблюдениях.

ХНДП интраоперационно диагностированы у 119 (71,3%) больных 1-й группы: в стадии компенсации – у 88 (73,9%), в стадии субкомпенсации – у 31 (26,1%). Причинами ХНДП явились: дистальный перидуоденит – у 48 (40,3%) больных, проксимальный переиоцит – у 13 (10,9%), их сочетание – у 57 (48,0%) больных. У 1 (0,8%) больного причиной ХНДП явилась артериомезентериальная компрессия ДПК.

По категории сложности мобилизации пилородуоденальной зоны больные распределились следующим образом: 0-я категория – 16 (9,6%) случаев в 1-й группе и 25 (11,3%) – во 2-й; 1-я – 40 (24,0%) и 60 (27,3%), 2-я – 63 (37,7%) и 71 (32,3%), 3-я и 4-я – 48 (28,7%) и 64 (29,1%) соответственно. Различия незначимы ($p > 0,05$).

При выборе способа РЖ у больных 1-й группы сохранение дуоденального пассажа осуществляли только в случаях отсутствия ХНДП и «трудной» пилородуоденальной язвы. Наличие «трудной» пилородуоденальной язвы и ХНДП считали показанием для исключения ДПК из пищевого пассажа. Из 119 больных с наличием ХНДП в 110 наблюдениях выполнена их коррекция, в 9 наблюдениях при минимальных признаках ХНДП их коррекцию не проводили. В качестве корригирующей операции при РЖ по Б-II выполняли рассечение связки Трейтца (106 наблюдений). При АМК, а также при язвах медиогастральной локализации, независимо от выраженности ХНДП, выполняли РЖ по Ру с дополнительным рассечением связки Трейтца (4 наблюдения). Независимо от способа РЖ, при ПГДЯ резецируем не менее 2/3 органа. При РЖ по Б-I с терминаллатеральным анастомозом, по Б-II и Ру применяем поперечные анастомозы. Гастроэнтероанастомоз при РЖ по Б-II и Ру в 1-й группе больных ориентировали в вертикальной плоскости. Вертикальную ориентацию анастомоза обеспечивает прием энтеропликации отводящей кишки по В.И. Ручкину. Оптимальным расстоянием между гастроэнтеро- и энтероанастомозами при РЖ по Ру считаем расстояние в 35–40 см.

Известно три типа РЖ: радикальный – с полным унесением язвы, экстерриторизирующий – с оставлением дна язвы на пенетрируемом органе и выключающий – с оставлением язвы в культе ДПК. Выбор типа РЖ в 1-й группе больных определялся категорией сложности мобилизации пилородуоденальной зоны. При 0-й категории при отсутствии пенетрации медиогастральной язвы выходили на радикальный тип РЖ, при наличии пенетрации – на экстерриторизирующий. При 1-й и 2-й категориях сложности во всех случаях выполняли радикальный тип РЖ. При 3-й категории тип РЖ определялся глубиной пенетрации язвы и носил либо радикальный (при поверхностной пенетрации), либо экстерриторизирующий (при глубокой пенетрации) характер. При 4-й категории при локализации язвы на передней или боковых стенках постбульбарного отдела при отсутствии пенетрации выполняли радикальный тип РЖ за счет клиновидного иссечения стенки, несущей язву, и максимального сохранения тканей ДПК на противоположной стороне; при наличии

пенетрации, независимо от стенки, на которой располагалась язва, выходили на экстерриторизирующий тип РЖ. Ситуаций, требующих при перфорации постбульбарных язв выполнения РЖ на выключение язвы, в наших наблюдениях не встретилось. Радикальный тип резекции желудка выполнен у 143 (85,6%) больных 1-й и 200 (90,9%) больных 2-й группы, экстерриторизирующий – у 24 (14,4%) и 20 (9,1%) больных соответственно. Различия незначимы ($p > 0,05$).

При выборе способа ушивания дуоденальной культи использовали классификацию, предложенную Н.А. Никитиным [11]. Способ обработки дуоденальной культи в 1-й группе больных ставили в зависимость от категории сложности мобилизации пилородуоденальной зоны, во 2-й группе такой зависимости не было. Закрытые способы в 1-й группе применены у 96 (59,3%) больных: аппаратный – у 72 (44,4%), ручной – у 24 (14,8%). Во 2-й группе закрытая обработка культи выполнена у 142 (72,8%) больных: аппаратная – у 105 (53,9%), ручная – у 37 (19,0%). При использовании закрытых способов у большинства больных в обеих группах отмечалась 1-я и 2-я категории сложности мобилизации пилородуоденальной зоны. Третья категория в 1-й группе была у 8 (8,3%) больных, во 2-й группе – у 24 (16,9%). Четвертой категории сложности мобилизации в обеих группах при закрытой обработке дуоденальной культи не было. Открытые способы обработки дуоденальной культи выполнены в 1-й группе у 66 (40,7%) больных, во 2-й группе – у 53 (27,2%). Различия достоверно ($p < 0,05$). При этом в 1-й группе простые способы ушивания культи применены у 51 (77,2%) больного, пластические – у 12 (18,2%), атипичные – у 3 (4,6%); во 2-й группе простые способы применены у 46 (86,8%), пластические – у 2 (3,8%), атипичные – у 5 (9,4%). Различия достоверно ($p < 0,05$) для пластических способов. При применении простых способов открытой обработки дуоденальной культи предпочтение отдавали способам строго послойного ушивания ее стенок. При использовании открытых способов у большинства больных в обеих группах отмечалась 3-я категория сложности мобилизации пилородуоденальной зоны. Вторая категория сложности мобилизации была в 1-й группе у 26 (39,4%) больных, во 2-й группе – у 13 (24,5%), четвертая категория сложности мобилизации была в 1-й группе у 3 (4,5%), во 2-й группе у 5 (9,4%). Различия в использовании способов обработки дуоденальной культи в группах свидетельствуют о дифференцированном подходе к выбору способа в 1-й группе.

Различные послеоперационные осложнения развились в 1-й группе в 6 (3,7%) наблюдениях, во 2-й – в 27 (12,3%). Различия достоверно ($p < 0,05$). В сроки до 6 часов осложнения в 1-й группе отмечены в 0,7% (1 из 141) случаев, во 2-й группе – в 6,1% (11 из 180), от 6 до 12 часов – в 9,1% (1 из 11) и в 28,6% (4 из 14), от 12 до 24 часов – в 25% (1 из 4) и в 20% (2 из 10), более 24 часов – в 27,2% (3 из 11) и в 62,5% (10 из 16). Различия достоверно только для подгрупп до 6 часов ($p < 0,05$), для остальных подгрупп различия недостоверно

($p > 0,05$). Релапаротомия потребовалась в 1-й группе 1 (0,6%) больному, во 2-й – 10 (4,5%). Различия достоверно ($p < 0,05$). Летальность в 1-й группе составила 1,2% (2 случая), во 2-й – 7,2% (16 случаев). Различия достоверно ($p < 0,05$). В сроки до 6 часов от момента перфорации в 1-й группе летальности не было, во 2-й – она составила 3,9%; от 6 до 12 часов летальности в 1-й группе также не отмечено, во 2-й она составила 7,1%; от 12 до 24 часов в 1-й группе – летальность составила 25%, во 2-й – 10%; позднее 24 часов в 1-й группе – 9,1%, во 2-й группе – 43,8%. Различия достоверно только для подгрупп до 6 часов с момента перфорации ($p < 0,05$), для остальных подгрупп различия недостоверно ($p > 0,05$).

В целом после РЖ осложнения развились в 8,5% наблюдений, летальность составила 4,6%. При этом следует отметить, что на 360 РЖ, выполненных в интервалах низкого и умеренного рисков по бактериальному перитониту, летальность составила 2,8% (10 случаев), а на 27 РЖ, выполненных в интервале высокого риска, т.е. в качестве операций отчаяния, летальность составила 29,6% (8 случаев). В то же время после УП осложнения развились в 11,9% (98 случаев из 827) наблюдений, летальность составила 5,3% (44 случая). Необходимо отметить, что на 729 УП, выполненных по показаниям, осложнения развились в 4,5% наблюдений, летальность составила 3,2% (23 случая), а на 98 вынужденных УП осложнения развились в 66,3% (65 наблюдений), летальность составила 23,1% (21 случай). Всего на всю анализируемую группу из 1214 больных с ПГДЯ послеоперационные осложнения развились у 131 (10,8%) пациента, а общая летальность составила 5,1% (62 случая).

Выводы

1. РЖ при ПГДЯ должна выполняться только по абсолютным показаниям при наличии всех необходимых условий для ее выполнения.

2. Абсолютными показаниями к РЖ при ПГДЯ должны служить язвы с подозрением на малигнизацию, язвы больших и гигантских размеров, каллезные язвы, наличие сочетанных с перфорацией других язвенных осложнений, повторный характер перфорации после ранее произведенного УП, двойная локализация язв. Указанные ПГДЯ целесообразно объединить единым термином «сложные».

3. Необходимыми условиями выполнения РЖ при ПГДЯ должны выступать отсутствие высокого риска по бактериальному перитониту, интенсивная периоперационная антибактериальная терапия как компонент комплексной лечебной программы с обязательным включением в ее состав препаратов, воздействующих на анаэробную составляющую бактериального спектра, отсутствие противопоказаний по сопутствующим заболеваниям и наличие в дежурной бригаде хирурга, владеющего резекционными вмешательствами на желудке.

4. Согласно результатам проведенного микробиологического исследования перитонеального экссудата при ПГДЯ с

учетом аэробного и анаэробного спектра микрофлоры, высокий риск по бактериальному перитониту для выполнения РЖ наступает после 24 часов с момента перфорации, интервал от 12 до 24 часов является интервалом умеренного риска, а интервал до 12 часов – интервалом низкого риска. Операцию УП при ПГДЯ при наличии абсолютных показаний к РЖ, но отсутствию условий для ее выполнения следует трактовать как вынужденную, а РЖ, выполняемую в интервале высокого риска, необходимо рассматривать как операцию отчаяния.

5. Технические аспекты РЖ при ПГДЯ должны включать в себя интраоперационную диагностику и обоснованную коррекцию ХНДП, адекватный выбор способа и типа РЖ, способа обработки дуоденальной культи.

6. РЖ при ПГДЯ, выполняемая по абсолютным показаниям при наличии необходимых условий и соблюдении вышеперечисленных технических аспектов, являясь критерием индивидуализированной хирургической тактики, дает сравнимые с УП по показателям осложнений и летальности результаты.



ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. //Хирургия. 2001. № 1. С. 27–32.
2. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. //Хирургия. 2003. № 3. С. 43–49.
3. Погосян Г.Э. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения осложненных пилородуоденальных язв. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва. 2007. 24 с.
4. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials. *Wld. J. Surg.* 2000. V. 24. № 3. С. 299–306.
5. Чернооков А.И., Наумов Б.А., Котаев А.Ю. Хирургическое лечение больных с перфоративными пептическими язвами. Хирургия. 2007. № 6. С. 34–39.

6. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему. //Русский мед-й журнал. 2005. № 25. С. 3–7.

7. Асадов С.А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных гастродуоденальных язв. //Хирургия. 2002. № 11. С. 64–69.

8. Курбонов К.М., Назаров Б.О. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пенетрацией и стенозом. // Хирургия. 2005. 12. С. 33–35.

9. Негребов М.Г., Лидов П.И., Александров Л.В. и др. Применение комбинации малоинвазивных способов у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. //Анналы хирургии. 2008. № 3. С. 49–52.

10. Репин В.Н., Поляков С.Н., Артмеладзе М.С. Диагностика и выбор операции при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Пермь. 2006. 100 с.

11. Бабушкин Ф.Г. Ушивание прободных гастродуоденальных язв «П»-образными серозно-мышечными швами. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ижевск. 2007. 23 с.

12. Мидленко В.И., Чарышкин А.Л. Малоинвазивные оперативные вмешательства в лечении перфоративных гастродуоденальных язв. // Нижегородский медицинский журнал. 2006. 3. С. 47–51.

13. Ширинов З.Т., Курбанов Ф.С., Домрачев С.А. Хирургическое лечение рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных после ушивания перфоративной язвы. //Анналы хирургии. 2004. № 5. С. 35–38.

14. Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв. Хирургия. 2001. № 5. С. 24–27.

15. Поташов Л.В., Васильев В.В., Бельтюков П.П. и др. Микробиологические и биохимические особенности перитонита при перфоративной гастродуоденальной язве. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2004. № 3. С. 48–52.

16. Eckert P. Peritonitis. Stuttgart. 1989. P. 328.

17. Shinagawa N. Muramoto M., Sakurai S. A bacteriological study of perforated duodenal ulcers. *Jap. J. Surgery* 1991. V. 21. № 1. P. 1–7.

18. Мартынов В.Л., Измайлов С.Г., Ильиченко В.П. и др. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости. //Хирургия. 2006. № 4. С. 20–23.

19. Никитин Н.А. Недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки в хирургии острых осложнений язвенной болезни (причины, профилактика, лечение). Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Н. Новгород. 2001. 44 с.

20. Долгов В.В., Шабалова И.П., Миронова И.И. и др. Выпотные жидкости. Лабораторное исследование. М.-Тверь: Изд-во «Триада». 2006. 161 с.

21. Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Головизнин А.А. и др. Резекция желудка в urgentной хирургии сочетанных осложнений пилородуоденальных язв. // Казанский медицинский журнал. 2007. № 6. С. 589–594.