

Н.А. Никитин, А.А. Головизнин, Т.П. Коршунова, М.А. Онучин  
**ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВАХ**

N.A. Nikitin, A.A. Goloviznin, T.P. Korshunova, M.A. Onuchin  
**MEANS OF PERFORMING AND TECHNICAL ASPECTS  
OF GASTRIC RESECTION IN CASE OF PERFORATED ULCERS**

ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава», г. Киров

Представлен анализ хирургического лечения 1214 больных перфоративными 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 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 культи. Резекция желудка, выполняемая по строгим показаниям при наличии условий и соблюдении необходимых технических аспектов, дает сравнимые с ушиванием перфорации результаты.

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

Surgical treatment of 1214 patients with perforated ulcers was studied. 827 of them underwent simple closure of perforation. Gastric resections were performed in 387 patients. Microbial dissemination of peritoneal fluid in different periods after perforation was investigated in 142 patients. Risk intervals for gastric resection were defined 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). Indications and conditions for gastric resection were specified. It is revealed that technical aspects of gastric resection should include intraoperative diagnosis, reasonable correction of chronic disorders of duodenal permeability, adequate method choice, type of gastric resection and duodenal stump processing. A gastric resection performed according to absolute evidences, conditions and technical requirements gives results similar to simple closure of perforation.

**Key words:** perforated ulcers, microbial contamination of peritoneal fluid, gastric resection.

### **Введение**

Хирургия язвенной болезни (ЯБ) всё больше становится хирургией ургентных осложнений. [3, 7, 8, 13]. При этом на долю перфоративных язв (ПЯ) приходится более половины всех оперативных вмешательств при ЯБ [3, 7, 12]. Особенностью современных ПЯ 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 [1, 4, 12].

В указанных случаях резко сужаются показания к ушиванию перфорации (УП) и выполнению различных вариантов органосохраняющих операций. В большинстве таких ситуаций резекция желудка (РЖ) остается операцией выбора, являясь в то же время радикальным вмешательством, позволяющим излечить пациента от ЯБ [1, 2, 4]. Однако результаты РЖ нельзя назвать

удовлетворительными: частота ранних и поздних послеоперационных осложнений достигает 30-40%, летальность варьирует от 6% до 19% и выше, качество жизни оперированных больных остается низким [1, 2, 11]. Кроме того, выполнение РЖ зачастую ограничивается отсутствием необходимых условий, важнейшим из которых, по мнению большинства авторов, являются сроки с момента перфорации. 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 [7, 9, 11].

Ситуация дополнительно осложняется и отсутствием единого мнения относительно частоты встречаемости при ПЯ хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП), а также подходов к их дифференцированной интраоперационной диагностике и обоснованной хирургической коррекции, несмотря на то, что развивающийся на их почве дуоденогастральный рефлюкс признан современной концепцией язвообразования одним из основных факторов агрессии [5, 6, 10].

Сказанное требует более четкой конкретизации показаний и условий для выполнения РЖ и дальнейшего совершенствования технических аспектов этой операции при ПЯ [1, 10].

**Цель исследования:** Конкретизировать показания к РЖ, условия и технические аспекты ее выполнения при ПЯ.

### **Материалы и методы исследования**

На базе Северной городской клинической больницы (СГКБ) г. Кирова за период с 1997 по 2007 гг. оперировано 1214 больных ПЯ 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%). Желудочная локализация ПЯ была у 84 (6,9%) больных, при этом в 38 случаях она локализовалась в пилорическом канале, а в 3 наблюдениях сочеталась с язвой двенадцатиперстной кишки (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 379 (31,2%) больных. УП выполнено 827 (68,1%) пациентам, РЖ – 387(31,9%).

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, бактериологическим 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.

Клиническую оценку тяжести перитонита проводили по Мангеймскому перитонеальному индексу (МПИ). Значение МПИ в 20 баллов является пограничным для выполнения радикального оперативного вмешательства [2, 12].

Диагностику ХНДП при выполнении РЖ проводили на основе алгоритма, предложенного Н.А. Никитиным [6], по критериям, представленным в табл. 1.

Таблица 1

## Интраоперационная диагностика ХНДП

Признак	Стадия ХНДП			
	Нет ХНДП	Ком-пенсация	Субком-пенсация	Деком-пенсация
Наличие препятствия для дуоденальной эвакуации	отсутствует	имеется	имеется	имеется
Ширина ниже-горизонтальной части ДПК	3,0 - 3,5см	3,5 – 4,5см	4,5 – 6,0см	$>$ 6,0см
Различие диаметров ниже-горизонтальной части ДПК и начального отдела тощей кишки	$<$ 1,0см	1,0 – 1,5см	1,5 – 2,5см	$>$ 2,5 см
Степень уменьшения диаметра ниже-горизонтальной части ДПК в ответ на механическое раздражение	на 1/3-1/2 первоначально й величины (нормокинетический ответ)	$>$ чем на 1/2 первоначально й величины (гиперкинетический ответ)	$<$ чем на 1/3 первоначально й величины (гипокинетический ответ)	не изменяется (акинетический ответ)

Категорию сложности мобилизации пилородуоденальной зоны оценивали на основании разработанной в клинике классификации. К 0-й категории

сложности относим язвы желудочной локализации (за исключением язв пилорического канала), при которых не возникает трудностей при мобилизации пилородуоденальной зоны. К 1-й категории – язвы пилорического канала, язвы проксимального отдела луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК), передние язвы дистального отдела луковицы без воспаления, пенетрации, с невыраженным перипроцессом; ко 2-й категории – язвы пилорического канала, язвы проксимального отдела луковицы, передние язвы дистального отдела луковицы с воспалением, умеренным перипроцессом, стенозированием, без пенетрации или в стадии препенетрации, а также задние язвы дистального отдела луковицы без воспаления и пенетрации; к 3-й категории – язвы пилорического канала и язвы проксимального и дистального отделов луковицы с выраженным периульцерозным воспалением, грубым рубцовым перипроцессом, стенозированием, пенетрацией; к 4-й категории – язвы постбульбарного отдела ДПК.

Язвы с 3-й и 4-й категориями сложности мобилизации пилородуоденальной зоны трактуем как «трудные».

Изучение качества жизни в отдаленном периоде у пациентов после РЖ проводили путем анкетирования с помощью опросника Gastrointestinal quality life index (GIQLI), русифицированного и адаптированного МЦИКЖ, являющегося специфичным для гастроинтестинальной хирургии.

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,  $\chi^2$  с поправкой Йейтса и точного критерия Фишера. Статистически значимыми считали различия при  $p \leq 0,05$ .

### **Результаты и их обсуждение**

Обсемененность перитонеального экссудата аэробной микрофлорой представлена в таблице 2. Положительный результат отмечен в 99 (69,7%) наблюдениях, отрицательный – в 43 (30,3%). Микробное загрязнение (КОЭ  $10^5$  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%). 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 ( $p < 0,05$ ).

## Обсемененность перитонеального экссудата 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 <sup>3</sup>	6 (0)	6,9	5 (4)	31,3	4 (1)	23,5	3 (0)	13,6	18 (5)	12,7
10 <sup>3</sup> -10 <sup>4</sup>	43 (11)	49,4	7 (7)	43,8	10 (9)	58,8	2 (2)	9,1	62 (29)	43,6
10 <sup>5</sup> 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<sup>5</sup> и > для 1-й, 2-й, 3-й групп отдельно и в совокупности в сравнении с 4-й группой  $p < 0,05$ .

Между числом видов микроорганизмов в ассоциациях и сроками с момента перфорации прослеживается достоверная прямая зависимость, представленная в таблице 3.

Три и более вида микроорганизмов в сроки до 6 часов встречаются в 9,1% наблюдений, позднее 24 часов – в 81,3%. Различие достоверно ( $p < 0,05$ ).

Таблица 3

## Количество видов аэробных микроорганизмов в ассоциации

Кол-во видов	Время с момента перфорации				ВСЕГО
	1 группа (до 6 час.)	2 группа (6-12 час.)	3 группа (12-24 час.)	4 группа (> 24 час.)	
2	10(90,9%)	9(75%)	7(58,3%)	3(18,7%)	29(56,9%)
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 по их совокупности в сравнении с 4-й группой  $p < 0,05$ .

Обсемененность перитонеального экссудата анаэробной микрофлорой представлена в таблице 4.

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 (КОЭ 10<sup>5</sup> 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%). Различие достоверно ( $p < 0,05$ ).

Таблица 4

## Обсемененность перитонеального экссудата анаэробной флорой

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

Таблица 5

## Микробный спектр перитонеального экссудата

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

**Примечание:** \* в скобках указано число случаев встречаемости данного вида аэробных бактерий в ассоциациях с другой аэробной флорой; \*\* в скобках указано число случаев встречаемости данного вида анаэробов в ассоциациях с аэробной флорой.

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.

Проведенное микробиологическое исследование с учетом максимальных данных по обеим группам микроорганизмов показало, что развитие истинного бактериального перитонита при ПЯ 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 позиций развития бактериального перитонита возможность выполнения РЖ при ПЯ 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%.

Микробиологические результаты у 40 больных, у которых были изучены оба спектра микрофлоры, сопоставлены с показателями МПИ. Получены следующие данные: в сроки до 12 часов МПИ менее 20 баллов отмечен у 18 из 20 больных (90%), в сроки от 12 до 24 часов – у 7 из 10 (70%), позднее 24 часов – у 3 из 10 (30%), т.е. прослеживается прямая корреляция между микробиологической и клинической оценками тяжести перитонита при ПГДЯ.

Таким образом, на основании результатов микробиологических исследований перитонеального экссудата у больных ПЯ и их сопоставления с показателями МПИ 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 ПЯ 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 ПЯ мы предлагаем терминологически трактовать как «сложные» и считать их показаниями к выполнению РЖ, а ПЯ, не вошедшие в указанный перечень, обозначать термином «простые».

Необходимыми условиями для выполнения РЖ при ПЯ 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 и отсутствие противопоказаний по сопутствующим заболеваниям.

С этих позиций операцию УП при наличии показаний к РЖ, но отсутствии условий для ее выполнения следует трактовать как вынужденную, а РЖ, выполняемую в интервале высокого риска по бактериальному перитониту, необходимо рассматривать как операцию отчаяния.

УП в качестве вынужденной операции на 827 наблюдений выполнено в 98 (11,9%) случаях; РЖ в качестве операции отчаяния на 387 наблюдений выполнена в 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 применялась индивидуализированная интраоперационная тактика, включающая диагностику и обоснованную коррекцию ХНДП, зависимость выбора способа РЖ от их наличия и выраженности, оценку категории сложности мобилизации пилородуоденальной зоны и в зависимости от этого выбор типа РЖ и оптимального способа обработки дуоденальной культи при ее формировании. РЖ по Бильрот-I (Б-I) выполнена в 11 случаях, из них с термиолатеральным анастомозом – в 5; по Бильрот-II (Б-II) с вертикальным поперечным анастомозом – в 152 и по Ру – в 4. Таким образом, формирование дуоденальной культи 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 культи не ставился в прямую зависимость от категории сложности мобилизации пилородуоденальной зоны. Резекция желудка по Б-I выполнена в 37 случаях, из них с термиолатеральным 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 культи 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 периеюнит – у 13 (10,9%), их сочетание – у 57 (48,0%) больных. У 1 (0,8%) больного причиной ХНДП явилась артериомезентериальная компрессия (АМК) 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 терминолатеральным 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 энтероэнтероанастомозами при РЖ по Ру считаем расстояние в 35-40см.

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 РЖ выполнен у 143 (85,6%) больных 1-й и 200 (90,9%) больных 2-й групп, экстерриторизирующий – у 24 (14,4%) и 20 (9,1%) больных соответственно. Различие незначимо ( $p>0,05$ ).

При выборе способа ушивания дуоденальной культи использовали классификацию, предложенную Н.А. Никитиным [6]. 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 категория 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%). Различие 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%). Различие 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%). Различие достоверно ( $p < 0,05$ ). В сроки до 6 часов осложнения в 1-й группе отмечены в 0,7% (1 из 141) случаев, во 2 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). Различие достоверно только для подгрупп до 6 часов ( $p < 0,05$ ), для остальных подгрупп различие недостоверно ( $p > 0,05$ ). Релапаротомия потребовалась в 1-й группе 1 (0,6%) больному, во 2-й – 10 (4,5%). Различие достоверно ( $p < 0,05$ ).

Летальность в 1-й группе составила 1,2% (2 случая), во 2-й – 7,2% (16 случаев). Различие 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 группе – 43,8%. Различие достоверно только для подгрупп до 6 часов с момента перфорации ( $p < 0,05$ ), для остальных подгрупп различие 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).

Зависимость послеоперационной летальности от сроков с момента перфорации и объема операции представлена в таблице 6.

Всего на всю анализируемую группу из 1214 больных с ПЯ послеоперационные осложнения развились у 131 (10,8%) пациента, а общая

летальность составила 5,1% (62 случая).

Таблица 6

Зависимость послеоперационной летальности  
от сроков с момента перфорации и объема операции

Интервал времени	УП	Летальность	РЖ (основная группа)	Летальность	РЖ (группа сравнения)	Летальность
До 6 час.	714	17(2,4%)	141	0 (0%)	180	7 (3,9%)
6-12 час.	37	2(5,4%)	11	0 (0%)	14	1 (7,1%)
12-24 час.	32	5(15,6%)	4	1 (25%)	10	1 (10%)
> 24 час.	44	20(45,5%)	11	1 (9,1%)	16	7 (43,8%)
ВСЕГО	827	44(5,3%)	167	2 (1,2%)	220	16 (7,2%)

Качество жизни в отдаленном периоде после РЖ изучено методом анкетирования с помощью опросника GIQLI у 85 больных основной группы (из них без ХНДП – у 26, с ХНДП – у 59) и 103 больных группы сравнения в сроки от 1 года до 10 лет. Средний индекс уровня гастроинтестинального качества жизни в 1-й группе составил  $122,3 \pm 1,4$  балла, во 2-й –  $110,9 \pm 1$ . Различие достоверно ( $p < 0,05$ ).

Среди 26 больных 1-й группы при отсутствии ХНДП показатель индекса уровня качества жизни составил  $123,8 \pm 1,3$  балла, среди 59 больных с корригированными ХНДП этот показатель составил  $120,8 \pm 1,8$ . Различие недостоверно ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, интраоперационная диагностика ХНДП и их обоснованная коррекция при выполнении РЖ при ПГДЯ обеспечивают более высокие показатели качества жизни urgentных больных с сочетанными осложнениями пилородуоденальных язв в отдаленные сроки после операции.

### Выводы:

1. При выборе объема оперативного вмешательства при перфоративных язвах необходимо учитывать временной интервал с момента перфорации и морфологическую характеристику язвенного процесса (простая или сложная перфоративная язва). Простая перфоративная язва является показанием к ушиванию перфорации, сложная – к резекции желудка при обязательном наличии необходимых условий для ее выполнения.

2. К категории сложных перфоративных язв следует относить 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 ушивания перфорации, двойную локализацию язв.

3. Согласно результатам проведенного микробиологического исследования перитонеального экссудата при перфоративных язвах с учетом аэробного и анаэробного спектра микрофлоры и их сопоставления с показателями Мангеймского перитонеального индекса, высокий риск по бактериальному

перитониту для выполнения резекции желудка 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.

4. Необходимыми условиями выполнения резекции желудка при перфоративных язвах должны выступать отсутствие высокого риска по бактериальному перитониту, т.е. сроки до 24 часов с момента перфорации; 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.

5. При выполнении резекции желудка при перфоративной язве следует соблюдать принципы индивидуализированной хирургической тактики, включающей в себя интраоперационную диагностику и обоснованную коррекцию хронических нарушений дуоденальной проходимости, адекватный выбор способа и типа резекции желудка, способа обработки дуоденальной культи.

#### Список литературы

1. Асадов С.А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных гастродуоденальных язв // Хирургия. 2002. №11. С. 64-69.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему // Русский медицинский журнал. 2005. №25. С. 3-7.
3. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2001. №1. С. 27-32.
4. Курбонов К.М., Назаров Б.О. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пенетрацией и стенозом // Хирургия. 2005. №12. С. 33-35.
5. Мартынов В.Л., Измайлов С.Г., Ильиченко В.П. и др. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости // Хирургия. 2006. №4. С. 20-23.
6. 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.
7. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. 2003. №3. С. 43-49.
8. Погосян Г.Э. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения осложненных пилородуоденальных язв: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.
9. 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.
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. Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв // Хирургия. 2001. №5. С. 24-27.
12. Чернооков А.И., Наумов Б.А., Котаев А.Ю. Хирургическое лечение больных с перфоративными пептическими язвами // Хирургия. 2007. №6. С. 34-39.
13. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials // Wld. J. Surg. 2000. Vol. 24. № 3. P. 299-306.