

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Трухалев В.А.<sup>1</sup>, Гомозов Г.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Цель исследования:** оценить влияние противоязвенной терапии в раннем послеоперационном периоде на отдалённые результаты после ушивания перфоративной язвы. **Материалы и методы:** В ходе исследования выделены две группы пациентов, которым было выполнено ушивание перфоративной язвы за период с 2000 по 2005 г. Первую группу составили 60 пациентов, получавшие в раннем послеоперационном периоде трехкомпонентные схемы эрадикационной терапии, либо двухкомпонентные схемы, содержавшие ингибитор протонной помпы. Группу сравнения составили 98 пациентов, которым противоязвенная терапия в соответствии с Маастрихтским консенсусом не проводилась. По основным признакам группы сопоставимы. Для оценки отдалённых результатов использована шкала Visick. **Результаты:** В ходе оценки отдалённых результатов установлено, что в основной группе преобладали отличные и хорошие результаты, составив 92%, при полном отсутствии неудовлетворительных результатов. В то же время в группе сравнения отличные и хорошие результаты отмечены лишь у 30% пациентов, а у 10% больных выявлены неудовлетворительные результаты. **Выводы:** Применение многокомпонентных схем эрадикационной терапии в раннем послеоперационном периоде после ушивания перфоративной язвы позволяет добиться отличных и хороших отдалённых результатов у большинства пациентов.

Ключевые слова: перфоративная язва, эрадикационная терапия, отдалённые результаты.

## LATE FATE OF CLOSURE OF PERFORATED PEPTIC ULCER OF STOMACH AND DUODENUM

Trukhalev V.A.<sup>1</sup>, Gomozov G.I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> State State-Financed Educational Institution of Higher Professional Education "Nizhny Novgorod State Medical Academy" of the Russian Federation Ministry of Public Health

**Research objective:** to evaluate influence of antiulcer treatment at early postoperative period on late fate after closure of perforated ulcer. **Materials and methods:** Two groups of patients who had closure of perforated ulcer from the year 2000 up to the year 2005 were chosen. First group included 60 patients who had triple eradication therapy at the early postoperative period or dual therapy using proton pump inhibitor. Experimental group included 98 patients who had no antiulcer treatment in accordance with Maastricht Consensus Report. Groups may be compared by dominances. Visick scale was used to evaluate late fate. **Results:** During late fate evaluation it was found out that excellent and good results (92%) dominated in the treatment group and unsatisfactory results were absent. At the same time, excellent and good results showed only 30% of patients from the experimental group and 10% of patients had unsatisfactory results. **Conclusion:** Multiple therapy using eradication therapy at the early postoperative period after closure of perforated ulcer allows to reach excellent and good late fate with the majority of patients.

Keywords: perforated ulcer, eradication therapy, late fate

### Введение

Широкое применение современных противоязвенных препаратов позволило уменьшить число плановых операций по поводу язвенной болезни [5]. Но одновременно отмечен рост количества осложнений и экстренных оперативных вмешательств. Так, ряд авторов отмечает увеличение числа осложнённых форм хронических язв в 3 – 4 раза в течение последних 15 лет. Количество больных с перфоративными язвами увеличилось в 1,5 – 2 раза [5].

Несмотря на то, что впервые операция по поводу перфоративной язвы была выполнена Heussner в 1892 г., до настоящего времени вопрос выбора оперативного вмешательства при данной патологии остаётся актуальным.

После резекции желудка осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развиваются у 37 % больных, а летальность варьирует от 1,3 до 17 % [2, 8]. В отдалённом периоде отмечается низкий процент рецидива язв 1 – 7 %, но распространённость «болезни оперированного желудка» достигает 46 % [4]. После выполнения различных видов ваготомий и дренирующих операций отмечается более низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности, составляющий 23 % и 2,5 % соответственно [6, 7]. Но в то же время остаётся высоким процент рецидива язвообразования в отдалённом периоде, отмечаемый у 10 – 17 % оперированных больных [6]. Развитие рецидива язвы требует выполнения повторных операций, сопровождающихся высокой летальностью (до 8 %), а в 4% случаев не приводящих к полному выздоровлению [3].

До настоящего времени наиболее распространённым хирургическим вмешательством является ушивание перфоративных язв с последующим назначением противоязвенной терапии [10].

Летальность и количество осложнений после ушивания перфоративной язвы остаются высокими и достигают 16,6% и 20,9 % соответственно, что связано с такими факторами, как поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью, наличие у больных выраженной сопутствующей патологии. В данном случае выполнение радикальных операций пациентам противопоказано [10].

Но до настоящего времени данные о рецидиве язвообразования после ушивания перфорации колеблются от 50 % и более [6] до 4 – 14 % [1, 5, 9] по данным различных авторов.

### **Цель исследования**

Оценить влияние противоязвенной терапии в раннем послеоперационном периоде на отдалённые результаты после ушивания перфоративной язвы.

### **Материалы и методы**

В период с 2000 по 2005 годы в клинике факультетской хирургии НижГМА находился на лечении 161 пациент по поводу перфоративной язвы, которые были оперированы с положительным исходом. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрасту

	До 45 лет (%)	45 – 59 лет (%)	60 – 74 года	75 – 90 лет (%)	Более 90 лет	Всего (%)
--	------------------	--------------------	-----------------	--------------------	-----------------	--------------

			(%)		(%)	
Мужчин	104	31	6	0	0	141
(%)	(64,6)	(19,3)	(3,7)			(87,6)
Женщин	11	3	1	5	0	20
(%)	(6,8)	(1,9)	(0,6)	(3,1)		(12,4)
Итого	115	34	7	5	0	161
(%)	(71,4)	(21,2)	(4,3)	(3,1)		(100,0)

Медиана возраста составила 33 года, 25-й перцентиль – 24 года, 75-й перцентиль – 46 лет. 118 (73,3%) пациентов были оперированы в ранние сроки от момента начала заболевания при отсутствии клинической картины перитонита. Желудочная локализация язв была отмечена у 66 пациентов (41%), дуоденальная у 95 (59%). Ушивание перфоративной язвы выполнено 158 (98,1%) пациентам. У 3 пациентов выполнение данного оперативного вмешательства было невозможно. В этих случаях была выполнена дистальная резекция 2/3 желудка. Пациенты после резекции желудка были исключены из исследования.

Противоязвенная терапия проводилась пациентам с первых суток после оперативного вмешательства путём внутривенного введения ингибиторов протонной помпы или H<sub>2</sub>-блокаторов.

В последующем, пациент начинал пероральный приём противоязвенных препаратов. Терапия проводилась до выписки больных из стационара. Характер противоязвенной терапии представлен в таблице 2.

Таблица 2. Характер пероральной противоязвенной терапии в послеоперационном периоде

Антисекреторный препарат	Антибактериальный препарат-1	Антибактериальный препарат-2	Количество больных	%
Омепразол	Амоксициллин	Кларитромицин	7	4,4
Омепразол	Амоксициллин	Метронидазол	20	12,7
Омепразол	Метронидазол	Кларитромицин	5	3,2
Фамотидин	Амоксициллин	Кларитромицин	1	0,6
Фамотидин	Амоксициллин	Метронидазол	2	1,3
Фамотидин	Метронидазол	Кларитромицин	2	1,3
Ранитидин	Амоксициллин	Метронидазол	1	0,6
Ранитидин	Метронидазол	Тетрациклин	5	3,2
Всего получали трёхкомпонентную терапию			43	27,2
Омепразол	Амоксициллин	-	9	5,7
Омепразол	Кларитромицин	-	1	0,6

Омепразол	Метронидазол	-	7	4,4
Фамотидин	Метронидазол	-	7	4,4
Фамотидин	Кларитромицин	-	1	0,6
Ранитидин	Метронидазол	-	26	16,5
Всего получали двухкомпонентную терапию			51	32,3
Омепразол	-	-	31	19,6
Фамотидин	-	-	19	12,0
Ранитидин	-	-	14	8,9
Всего получали однокомпонентную терапию			64	40,5
Итого			158	100

Все пациенты были разделены на 2 группы:

1-ю (основную) группу (60 (38,0%) пациентов) – составили больные, получавшие в раннем послеоперационном периоде терапию по следующим схемам:

1. Омепразол + Амоксициллин + Кларитромицин.
2. Омепразол + Амоксициллин + Метронидазол.
3. Омепразол + Метронидазол + Кларитромицин
4. Фамотидин + Амоксициллин + Кларитромицин.
5. Фамотидин + Амоксициллин + Метронидазол.
6. Фамотидин + Метронидазол + Кларитромицин.
7. Ранитидин + Амоксициллин + Метронидазол.
8. Ранитидин + Метронидазол + Тетрациклин.
9. Омепразол + Амоксициллин.
10. Омепразол + Кларитромицин.
11. Омепразол + Метронидазол.

2-я группа (сравнения) (98 (62,0%) пациентов) – представлена больными, получавшими в раннем послеоперационном периоде двухкомпонентные схемы, где сочетаются H<sub>2</sub>-блокатор и антибактериальный препарат, либо однокомпонентные схемы.

По полу, возрасту, локализации перфорации и её диаметру статистически значимых различий в группах не выявлено.

Для оценки эффективности проведённого противоязвенного лечения в отдалённом периоде использовалась модифицированная шкала Visick.

Отдалённые результаты оценивались по следующим критериям:

Visick I (0 – 2 балла) (отличный результат) – жалоб нет, отсутствие симптомов заболевания и негативных последствий операции, больной периодически принимает антисекреторные препараты с профилактической целью.

VisickII (3 – 6 баллов) (хороший результат) – пациент считает себя здоровым, но периодически возникают незначительные боли в эпигастрии, непостоянные диспептические расстройства, легко устраняемые изменениями в режиме питания или приёмом лекарственных средств.

VisickIII (7 – 13 баллов) (удовлетворительный результат) – больной периодически отмечает сильные боли в животе или диспептические расстройства. Язвенная болезнь рецидивирует ежегодно при несоблюдении режима питания или рекомендаций врача. Консервативное лечение эффективно. После стационарного лечения ремиссия до 3-х лет. Работоспособность не нарушена. Больной и хирург удовлетворены результатом операции.

VisickIV (14 баллов и более) (неудовлетворительный результат) – постоянные рецидивы язвенной болезни, плохо поддающиеся консервативному лечению, частые и выраженные болевые приступы, нарушается трудоспособность. Были повторные операции по поводу язвенной болезни или пациент нуждается в повторной операции. Хирург и больной не удовлетворены результатом лечения.

### Результаты и обсуждение

Отдалённые результаты в срок от 7 до 12 лет (медиана – 9 лет, 25-й процентиль – 7 лет, 75-й процентиль – 10 лет) прослежены у 138 человек (53 пациента (38,4%) основной группы, 85 (61,6%) группы сравнения).

В ходе исследования выявлен крайне низкий комплаенс пациентов. В послеоперационном периоде проходили плановое обследование 17 пациентов (12,3%), соблюдали предписанную при выписке из стационара диету 13 человек (9,4%), 40 пациентов (29%) самостоятельно периодически принимали антисекреторные препараты при появлении диспептических нарушений (изжога, боли в эпигастрии), но ЭГДС им не выполнялась.

При оценке отдалённых результатов по шкале Visick получены данные, представленные в таблице 4

Таблица 4. Структура отдалённых результатов по Visick в основной группе и группе сравнения

	Основная группа		Группа сравнения		p
	Пациентов	%	Пациентов	%	
Отличные результаты	16	30	5	6	$\chi^2=13,124$ p<0,001
Хорошие результаты	33	62	20	24	$\chi^2=18,209$ p<0,001
Удовлетворительные результаты	4	8	51	60	$\chi^2=35,313$ p<0,001

Неудовлетворительные результаты	0	0	9	10	$\chi^2=4,392$ $p=0,036$
Итого	53	100	85	100	

В основной группе отмечается преобладание отличных и хороших результатов при минимальном количестве удовлетворительных и полном отсутствии неудовлетворительных результатов. В группе сравнения преобладают удовлетворительные результаты, а также отмечаются неудовлетворительные результаты у 9 пациентов.

Из 9 пациентов группы сравнения, у которых отмечены неудовлетворительные результаты, у 2 больных отмечались рецидивы язвенной болезни, потребовавшие повторного стационарного лечения, у 3 пациентов были эпизоды язвенного кровотечения, пациенты проходили курс консервативного лечения, от оперативного лечения воздерживались. У 4 пациентов были повторные перфорации, пациентам оперировано было выполнено повторно ушивание перфорации. В настоящее время пациентов беспокоят частые боли в эпигастрии, чувство тяжести в левом подреберье, снизилась их трудоспособность. Но от выполнения радикальной операции больные воздерживаются.

### **Выводы**

1. Пациенты, перенесшие перфоративную язву, имеют низкую приверженность лечению и требуют регулярного диспансерного наблюдения.
2. Применение многокомпонентных схем эрадикационной терапии в раннем послеоперационном периоде после ушивания перфоративной язвы позволяет добиться отличных и хороших отдалённых результатов у большинства пациентов.

### **Список литературы**

1. Афендулов С.А. Реабилитация больных после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / С.А. Афендулов, А.Д. Смирнов, Г.Ю. Журавлёв, Н.А. Краснолуцкий // Хирургия – 2002 - № 4 – с. 48 – 51.
2. Борисов А.Е. Хирургическое лечение при хронических гастродуоденальных язвах / А.Е. Борисов, В.П. Земляной, К.Г. Кубачев [и др.] // Вестник хирургии им. Грекова – 2002 – т. 161 - № 1 – с. 79 – 81.
3. Овчинников В.А. Выбор способа хирургического лечения пептических язв оперированного желудка / В.А. Овчинников, А.В. Меньков // Хирургия – 2000 - № 11 – с. 15 – 18.

4. Репин В.Н. Хирургическое лечение больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В.Н. Репин, А.О. Возгомент, Г.А. Осмоловский // Вестник хирургии им. Грекова – 1999- т. 158 - № 3 – с. 61 – 63.
5. Рыбачков В.В. Осложнённые гастродуоденальные язвы / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков// Хирургия – 2005 - № 3 – с. 27 – 29.
6. Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв / В.Н. Сацукевич // Хирургия – 2001 - № 5 – с. 24 – 27.
7. Шуркалин Б.К. Можно ли не ушивать перфоративную язву? / Б.К. Шуркалин, В.А. Горский, А.П. Эттингер // Вестник хирургии им. Грекова – 2001 – т. 160 - № 12 – с. 81 – 86.
8. Kujath P. Schwandner O Bruch HP. Morbidityandmortalityofperforatedpepticgastroduodenalulcerfollowingemergencysurgery// Laugenbecks Archives of Surgery – 2002 – vol. 387 – N 7 – 8 – p. 298 – 302.
9. Ng EK et al. Eradication of Helicobacter pylori prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial // Ann. Surg. – 2000 – N 231 – p. 153 – 158.
10. Siu WT et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial // Ann. Surg. – 2002 – vol. 235 – N 3 – p. 320 – 321.

**Рецензенты:**

Кукош М.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», г.Нижний Новгород.

Мухин А.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии ФПКВ ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», г.Нижний Новгород.