

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SHORT-TERM OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTRODUODENAL PERFORATED ULCERS

**M. Tsoroeva
D. Tsoroeva
J. Khasanova
M. Karkaeva
A. Alpatskaya
I. Abdullaev**

Summary. The prevalence of peptic ulcer disease, according to various literary sources, is about 1.5–3% among the population. One of the formidable complications of peptic ulcer disease is perforation, accompanied by high mortality, especially in the group of patients of the older age group with comorbid pathology. The article analyzes the structure of patients, as well as the experience of surgical treatment of 216 patients with secondary peritonitis resulting from perforation of an ulcerative defect.

Keywords: perforated gastric ulcer, perforated duodenal ulcer, *Helicobacter pylori*, peritonitis.

Цороева Мадина Беслановна

Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова
mtsoroyeva@list.ru

Цороева Дали Беслановна

Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова
tsoroeva.dali@mail.ru

Хасанова Джамиля Денесовна

Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова
khasanova.dzhamilia@yandex.ru

Каркаева Минаят Ризвановна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
karkaevamr@gmail.com

Алпацкая Алена Дмитриевна

Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова
a.alpatskaia@mail.ru

Абдуллаев Иршад Алиярович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
abdullaev@gmail.com

Аннотация. Распространенность язвенной болезни, по данным различных литературных источников, составляет порядка 1,5–3% среди населения. Одним из грозных осложнений язвенной болезни является перфорация, сопровождающаяся высокой летальностью, особенно в группе пациентов старшей возрастной группы с коморбидной патологией. В статье проанализирована структура пациентов, а также опыт хирургического лечения 216 больных с вторичным перитонитом, возникшим вследствие прободения язвенного дефекта.

Ключевые слова: прободная язва желудка, прободная язва двенадцатиперстной кишки, *Helicobacter pylori*, перитонит.

Введение

Язвенная болезнь представляет собой повреждение внутренней оболочки желудка или начальных отделов тонкой кишки, и по данным литературы, распространенность данной патологии составляет 1,5–3% среди населения. У лиц младше 40 лет язвы двенадца-

типерстной кишки встречаются в 4 раза чаще, обратная тенденция наблюдается в отношении язв желудочной локализации. К ведущим этиологическим факторам, ассоциированным с язвенной болезнью, относят прием нестероидных и стероидных противовоспалительных препаратов, а также персистенция *Helicobacter pylori*. Среди прочих факторов отводится роль курению, при-

ему алкоголя, хронической почечной и печеночной недостаточности, гиперпаратиреозу и т.д. [1]. Нередким жизнеугрожающим осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является перфорация, следствием которой может стать перитонит, переходящий в септический шок. [2]. Прободная язва является собой дефект в стенке полого органа, приводящий к проникновению воздуха и излитию желудочно-кишечного содержимого в брюшинную полость. [3]. Считается, что дефект, находящийся на расстоянии не менее 2–3 см выше привратника, является язвой желудка. К ключевым патофизиологическим механизмам, приводящим к перфорации, относятся повреждение слизистого барьера и гиперпродукция соляной кислоты.

По данным различных исследований, летальность в данной группе пациентов достигает 10–40%. [4, 5]. К факторам, оказывающим влияние на высокую смертность, относят быстрое наступление септического шока, почечную недостаточность, цирроз печени, иммунодепрессивные состояния, возраст старше 70 лет, а также хирургическое пособие, оказанное позже 12 часов от начала развития симптоматики. [6].

Лечение язвенной болезни вышло на гораздо более прогрессивный уровень с момента изобретения антагонистов H₂-гистаминовых рецепторов в 70-х годах прошлого столетия, а далее — ингибиторов протонной помпы и открытия *Helicobacter pylori* как главного этиологического фактора. Несмотря на значительные успехи, которые демонстрируют фармакологические методы лечения, перфорация по-прежнему является частой причиной местного или распространенного перитонита, сепсиса и сопровождается высокой смертностью. [7]. Разработка современных алгоритмов оказания помощи данной группе пациентов по-прежнему является особо актуальной задачей абдоминальной хирургии.

Цель

В данной статье представлена структура пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, а также проанализирован многолетний опыт хирургического лечения.

Материалы и методы

В ретроспективное исследование были включены 216 пациентов хирургического стационара с вторичным перитонитом, возникшим вследствие прободения язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Нами проанализированы показатели, отражающие как особенности клинической картины, так и хирургического пособия, оказанного пациентам.

Диагностика перфоративной язвы производилась, в первую очередь, по данным физикального обследования, вторым этапом — с использованием дополнительных методов. Важнейшую роль в диагностике перфорации язвы приобретают инструментальные методы: обзорная рентгенография, мультиспиральная компьютерная томография (при отсутствии признаков наличия свободного газа в брюшинной полости по данным рентгенографии), ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Лабораторная диагностика не является специфичной, тем не менее, ряд лабораторных показателей имеют принципиальное значение в проведении дифференциальной диагностики и оценке степени метаболического ацидоза, поэтому в обязательном порядке проводились всем пациентам: клинический анализ крови, С-реактивный белок, амилаза, липаза, альбумин, креатинин, мочевины крови, показатели кислотно-щелочного равновесия и уровень электролитов (Na, K, Cl, Mg, Ca, бикарбонат). Дифференциальная диагностика проводилась с другими состояниями, относящимися к группе «острого живота», с расслаивающей аневризмой брюшной аорты и др.

Результаты

Средний возраст больных составил 51,6 лет (минимальный — 16, максимальный — 89 лет), среди них лиц мужского пола — 128 (59,3%), женского пола — 88 (40,7%), соотношение м: ж = 1,45:1. Средний возраст мужчин составил 44,2 года, женщин — 61,5 лет. Распределение больных по возрасту выглядело следующим образом: до 18 лет — 3 (1,4%), 18–29 лет — 39 (18,1%), 30–49 лет — 85 (39,4%), 50–70 лет — 61 (28,2%), старше 70 лет — 28 (12,9%). Время, прошедшее от начала развития симптоматики: до 3 часов — 75 пациентов (34,7%), 4–8 часов — 69 пациентов (31,9%), 8–12 часов — 38 пациентов (17,6%), 12–24 часа — 21 пациент (9,7%), свыше 24 часов — 13 пациентов (6,0%).

На догоспитальном этапе перфорация полого органа диагностирована лишь у 117 пациентов (54,2%), в остальных случаях предварительный диагноз формулировался следующим образом: «острый панкреатит» — 54 (26,4%), «острый аппендицит» — 25 (11,6%), «острая кишечная непроходимость» — 10 (4,6%), «панкреонекроз» — 4 (1,8%), «острый холецистит» — 3 (1,4%), «расслаивающая аневризма аорты» — 3 (1,4%). На госпитальном этапе поставить достоверный диагноз по результатам физикального обследования и неинвазивных методов диагностики удалось в 85,1% случаев, в оставшихся случаях потребовалось проведение диагностической лапароскопии. (Табл. 1).

На наличие язвенного анамнеза (от 1 месяца до 22 лет) указывали 76 пациентов (35,2%), при этом медикаментозную терапию получали лишь 18 из них (8,3%).

Таблица 1. Выраженность клинических симптомов.

Клинический симптом	Значение (абс.)	Значение (относ.,%)
Резкие, «кинжальные» боли	216	100
Положительный ответ на медикаментозную анальгезию	14	6,5
Положительные симптомы раздражения брюшины	205	94,9
Ослабление перистальтики	189	87,5
Задержка стула	174	80,6
Признаки наличия газа в брюшинной полости (пневмоперитонеум)	195	90,3
Мышечный дефанс	201	93,1
Повышение температуры тела (выше 37 гр.)	153	70,8
Рвота	57	26,4
Метеоризм	45	20,8
Артериальная гипотензия	167	77,3
Тахикардия	121	56,0
Свободный газ на рентгенограмме	167	77,3
Повышение уровня амилазы в крови (выше 3 ВГН)	204	94,4
Повышение уровня липазы в крови (выше 3 ВГН)	187	86,6
Язвенный анамнез, лет	76	35,2

Таблица 2. Характеристика язвенных дефектов.

Параметр	Значение (абс.)	Значение (относ.,%)	
Клиническое течение	Типичная форма (вытекание содержимого в свободную брюшную стенку)	192	88,9%
	Атипичная форма (дефект прикрыт сальником или соседним органом)	24	11,1%
Локализация	Пилорический отдел	47	21,8
	Кардия и дно желудка	4	1,9
	Постбульбарный отдел	8	3,7
	Малая кривизна	10	4,6
	Большая кривизна	2	0,9
	Двенадцатиперстная кишка	145	67,1
Размер дефекта	До 5 мм	133	61,6
	6–10 мм	41	18,9
	11–15 мм	27	12,5
	Свыше 15 мм	15	6,9

Все включенные в исследование пациенты подвергались хирургическому лечению. Во всех случаях доступ к брюшной полости осуществлялся посредством срединной лапаротомии. Производилась полная ревизия органов брюшной полости, оценивался размер, количество, локализация дефектов, а также выраженность и распространенность перитонита. (Табл. 2). Наиболее часто язвенный дефект локализовался в пределах двенадцатиперстной кишки (145 пациентов, 67,1%), преимущественно на передней стенке, реже — в различных участках желудка: пилорический отдел — 47 случаев (21,8%), малая кривизна — 10 случаев (4,6%), постбульбарный отдел — 8 случаев (3,7%), кардиальный отдел и дно — 4 случая (1,9%), большая кривизна — 2 случая

(0,9%). Перитонит был расценен как местный в 26 случаях (12,0%), распространенный — в 190 случаях (88,0%). Объем содержимого, находящегося в свободной брюшной полости, составил от 45 мл до 1700 мл.

Для язвенных дефектов небольшого и среднего размеров (до 1,5–2 см) производилось ушивание отверстия однорядным или двухрядным швом. В 78% случаев при таких язвах дефект дополнительно прикрывался участком сальника на ножке. Для язв, локализующихся в антральном отделе, в 12,4% случаев выполнялась пилоропластика по Гейнеке-Микуличу. Реже, в 7,8% случаев производилась частичная или субтотальная резекция желудка, в сочетании или без ваготомии. Помимо ликви-

Таблица 3. Структура осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Группа осложнений (n=37)	Значение (абс.)	Значение (относ.,%)	
Интраабдоминальные осложнения	Парез кишечника	10	4,6
	Гнойно-септические осложнения	7	3,2
	Формирование кишечных свищей	3	1,4
	Кровотечение	2	0,9
Экстраабдоминальные осложнения	Системная воспалительная реакция	9	4,2
	Нозокомиальная пневмония	3	1,4
	Острая почечная недостаточность	2	0,9
	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания	1	0,5

дации источника перитонита, производилась тщательная санация и дренирование брюшной полости.

Все пациенты получали эмпирическую антимикробную химиотерапию препаратами широкого спектра, начиная с предоперационного периода, антисекреторную терапию на протяжении 4–8 недель после операции, детоксикационную и симптоматическую терапию. Средний койко-день составил 12,5 суток (минимальный — 6, максимальный — 27).

В ближайшем послеоперационном периоде у 37 пациентов (17,2%) наблюдались осложнения. Первую группу составили интраабдоминальные осложнения: парез кишечника — 10 случаев (4,6%), гнойно-септические осложнения — 7 случаев (3,2%), формирование кишечных свищей — 3 случая (1,4%), кровотечение — 2 случая (0,9%). Во вторую группу вошли экстраабдоминальные осложнения: системная воспалительная реакция — 9 случаев (4,2%), госпитальная пневмония — 3 случая (1,4%), острая почечная недостаточность — 2 случая (0,9%), синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания — 1 случай (0,5%). (Табл. 3).

Летальный исход наступил в 13,9% случаев, преимущественно это были пациенты старше 65–70 лет. Смертность в период до 3-х суток после операции наблюдался у 17 пациентов, до 1 месяца — у 7 пациентов. У шести пациентов имел место летальный исход без проведения оперативного вмешательства. Ведущей причиной смертности по данным патологоанатомического исследования являлись перитонеальный сепсис и полиорганная недостаточность. Смертность была выше среди мужчин, соотношение м: ж = 2,5:1.

Обсуждение

Несмотря на усовершенствование подходов к лечению пациентов с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, сохраняется высокий процент

осложнений и смертности. Установлено, что лучший прогноз имеют пациенты, оперированные в течение 6–7 часов от начала перфорации. Далее наблюдается прогрессивное увеличение риска летального исхода, особенно в группе пациентов, оперированных после 12 часов от манифестации заболевания. Попадание пищи и ферментов в брюшинную полость приводит к химическому перитониту, позже присоединяется бактериальный компонент.

Большое значение в литературе уделяется инструментальным методам диагностики перфоративных язв. Обзорная рентгенография является быстрым и сравнительно недорогим методом, однако, чувствительность составляет порядка 75%. Большая чувствительность присуща мультиспиральной компьютерной томографии брюшной полости (98%), поэтому этот метод по праву считается «золотым стандартом», позволяющий с высокой степенью точности провести дифференциальную диагностику.

К сожалению, результаты хирургического лечения не являются совершенными, сохраняется высокая летальность, особенно среди пациентов старше 65–70 лет. Одной из причин является стертость клинической картины у пожилых пациентов. Поэтому в настоящее время следует обратить усилия в сторону менее агрессивных методов лечения неосложненных язв, и, в первую очередь, это касается элиминации таких этиологических факторов как *Helicobacter pylori* и необоснованное применение нестероидных противовоспалительных препаратов.

В литературе описаны лапароскопические методики закрытия язвенного дефекта, некоторые авторы приводят показатели 30–45% лапароскопических операций в структуре пациентов с перфоративной язвой. Тем не менее, доля таких вмешательств варьирует. Было показано, что не существует достоверных различий в смертности или количестве послеоперационных ос-

ложнений между открытой и лапароскопической хирургией перфоративных язв. [8, 9].

Выбор объема операции зависит от ряда факторов, включающих размер, локализацию, количество язв, наличие признаков малигнизации и т.д. Для перфораций крупных размеров (>2 см в диаметре) или при наличии воспаленных тканей вокруг дефекта, первичное ушивание может быть небезопасным, для таких случаев предпочтительна резекция участка. Крупные дефекты чаще малигнизируются, поэтому хирургическая стратегия должна включать резекцию (дистальную гастрэктомию или резекцию желудка при подозрении на малигнизацию), сложных реконструктивных вмешательств и т.д.

Заключение

Пациенты с прободной язвой желудка и вторичным перитонитом являются исходно тяжелой группой больных, нуждающихся в экстренной хирургической помощи. К сожалению, несмотря на успехи, которые демонстрирует абдоминальная хирургия, летальность и количество осложнений остается на довольно высоком уровне. Ведущими причинами является поздняя обращаемость пациентов, пожилой возраст и наличие коморбидной патологии. С целью профилактики рекомендуется плановый скрининг пациентов с целью раннего проведения эрадикационной терапии. Необходим дальнейший научный поиск с целью оптимизации диагностическо-лечебной тактики у данных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Weledji EP. An Overview of Gastroduodenal Perforation. *Front Surg.* 2020;7:573901. Published 2020 Nov 9. doi:10.3389/fsurg.2020.573901
2. Lin TY, Chuang YC, Kao FC, et al. Early detection and intervention for acute perforated peptic ulcer after elective spine surgeries: a review of 13 cases from 24,026 patients. *BMC Musculoskelet Disord.* 2021;22(1):548. Published 2021 Jun 16. doi:10.1186/s12891-021-04443-x
3. Møller MH, Adamsen S, Wøjdemann M, Møller AM. Perforated peptic ulcer: how to improve outcome?. *Scand J Gastroenterol.* 2009;44(1):15–22. doi:10.1080/00365520802307997
4. Wysocki A, Biesiada Z, Beben P, Budzynski A. Perforated gastric ulcer. *Dig Surg.* 2000;17(2):132–137. doi:10.1159/000018815
5. Thorsen K, Glomsaker TB, von Meer A, Søreide K, Søreide JA. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *J Gastrointest Surg.* 2011;15(8):1329–1335. doi:10.1007/s11605-011-1482-1
6. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer — an update. *World J Gastrointest Surg.* 2017;9(1):1–12. doi:10.4240/wjgs.v9.i1.1
7. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet.* 2015;386(10000):1288–1298. doi:10.1016/S0140-6736(15)00276-7
8. Sanabria A, Villegas MI, Morales Uribe CH. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2): CD004778. Published 2013 Feb 28. doi:10.1002/14651858.CD004778.pub3
9. Antoniou SA, Antoniou GA, Koch OO, Pointner R, Granderath FA. Meta-analysis of laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer. *JSLs.* 2013;17(1):15–22. doi:10.4293/108680812X13517013317752

© Цороева Мадина Беслановна (mtsoroyeva@list.ru), Цороева Дали Беслановна (tsoroeva.dali@mail.ru),
Хасанова Джамиля Денесовна (khasanova.dzhamilia@yandex.ru), Каркаева Минаят Ризвановна (karkaevamr@gmail.com),
Алпацкая Алена Дмитриевна (a.alpatckaia@mail.ru), Абдуллаев Иршад Алиярович (abdullaev@gmail.com).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»