ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ПРОГНОЗИРОВАНИЕМ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА

Облокулов Захриддин Тулкин угли – соискатель
Межрайонный Центр Политравмы и Острых Сосудистых Заболеваний Пахтачинского района, (Самарканд, Узбекситан)
Шоназаров Искандар Шоназарович – д.м.н., доцент
Самаркандский Государственный Медицинский Университет (Самарканд, Узбекистан)

Цель: *Улучшить результаты хирургического лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки оптимизацией выбора объема операции, основанного на прогнозировании тяжести течения перитонита.* ***Материал и методы:*** *В исследование были включены 234 поступивших пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, лечившихся в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2017 по 2022 годы. Критериями включения в исследование были: наличие у больного язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненного перфорацией и распространенным перитонитом; длительность от момента перфорации была больше 6 часов.* ***Результаты:*** *Таким образом, применение предлагаемой тактики, основанной на выборе объема операции в зависимости от агрессивности течения перитонита, позволило статистически значимо увеличить количество патогенетически обоснованных оперативных пособий при значительном снижении послеоперационной летальности.* ***Выводы:*** *Установлена закономерность изменений характера микрофлоры брюшной полости с показателями ее pH. При значении pH экссудата брюшной полости 6,4 и менее у 100% пациентов выявлено бациллярная микрофлора, при этом в зависимости от сроков перфорации до 24 часов у 19,4%, свыше 24 часов – 54,2%.*

Ключевые слова*: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, перфорация язвы, хирургическая тактика.*

FEATURES OF SURGICAL TACTICS FOR PERFORATED DUODENAL ULCER WITH PREDICTION OF THE SEVERITY OF PERITONITIS

Oblokulov Zahriddin Tulkin ugli – independent applicant
Interdistrict Center for Polytrauma and Acute Vascular Diseases of Pakhtachinsky District (Samarkand, Uzbekistan)
Shonazarov Iskandar Shonazarovich – D.M.Sc., associate professor
Samarkand State Medical University (Samarkand, Uzbekistan)

Objective: *To improve the results of surgical treatment of patients with perforated duodenal ulcer by optimizing the choice of surgery volume based on predicting the severity of peritonitis.* ***Material and methods:*** *The study included 234 admitted patients with duodenal ulcer complicated by perforation who were treated at the Samarkand branch of the RNCEMP in the period from 2017 to 2022. The criteria for inclusion in the study were: the presence of duodenal ulcer in the patient, complicated by perforation and widespread peritonitis; the duration from the moment of perforation was more than 6 hours.* ***Results:*** *Thus, the application of the proposed tactics based on the choice of the volume of surgery depending on the aggressiveness of the course of peritonitis allowed a statistically significant increase in the number of pathogenetically justified surgical aids with a significant decrease in postoperative mortality.* ***Conclusions:*** *A pattern of changes in the nature of the microflora of the abdominal cavity with its pH has been established. When the pH of the abdominal exudate was 6.4 or less, bacillary microflora was detected in 100% of patients, while, depending on the timing of perforation, up to 24 hours in 19.4%, over 24 hours – 54.2%.*

Keywords. *Duodenal ulcer, ulcer perforation, surgical tactics.*

ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИ ПЕРФОРАЦИЯСИДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ПЕРИТОНИТ КЕЧИШИНИНГ ОҒИРЛИГИНИ БАШОРАТЛАШ

Облоқулов Заҳриддин Тўлқин ўғли – мустақил изланувчи
Туманлараро Политравма ва Ўткир Қон Томир Касалликлари Маркази, Пахтачи тумани (Самарқанд, Ўзбекистон)
Шоназаров Искандар Шоназарович – т.ф.д., профессор
Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети (Самарқанд, Ўзбекистон)

Мақсад: *Перитонитнинг кечиш оғирлигини башорат қилиш асосида операция ҳажмини танлашни оптималлаштириш орқали ўн икки бармоқли ичак яраси тешилган беморларни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш.* ***Материаллар ва усуллар:*** *Тадқиқотда 2017–йилдан 2022–йилгача бўлган даврда РШТЁИМ Самарқанд филиалида даволанган ўн икки бармоқли ичак яраси билан оғриган 234 бемор ишрок этди. Тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилар эди: беморда ўн икки бармоқли ичак ярасининг мавжудлиги, тешилиш ва тарқалган перитонит билан асоратлашиши; тешилиш пайтидан бошлаб давомийлиги 6 соатдан ошганлиги.* ***Натижалар:*** *Шундай қилиб, перитонит кечишининг агрессивлигига қараб операция ҳажмини танлашга асосланган таклиф қилинган тактикани қўллаш операциядан кейинги ўлимнинг сезиларли пасайиши билан патогенетик асосли жарроҳлик ёрдамлари сонининг статистик жиҳатдан сезиларли ўсишига имкон берди.* ***Хулоса:*** *Қорин бўшлиғи микрофлораси табиатининг pH қиймати билан ўзгариши схемаси ўрнатилди. Қорин бўшлиғи экссудатининг pH қиймати 6,4 ёки ундан кам бўлганида, беморларнинг 100 фоизида бацилляр микрофлора аниқланди, тешилиш вақтига қараб, 24 соатгача 19,4%, 24 соатдан ортиқ – 54,2%.*

Калит сўзлар: *ўн икки бармоқли ичак яраси, яра касаллиги тешилиши, жарроҳлик тактикаси.*

Актуальность. В мире язвенной болезнью ежегодно заболевает не менее 4 миллионов человек, а перфорация язвы происходит у 5% из них (1,3). Перфорация хронической язвы возникает у 15% больных с язвенной болезнью (7,10). Несмотря на появление современных противоязвенных препаратов в последнее десятилетие был отмечен как общий рост заболеваемости населения язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, так и увеличение количества осложненных форм язвенной болезни (2,8).

Летальность при перфорации язвы колеблется от 1,3 до 29,4%. Среди пациентов с рецидивом язвенной болезни после операции ушивания перфоративной язвы резистентность к антисекреторным препаратам отмечена у 7,7 – 42% больных (4,9).

Одной из основных нерешенных задач в лечении больных с перфоратив– ными язвами является вопрос выбора объема первичной операции. Одни авторы предлагают выполнять простое ушивание перфорационного отверстия (5,6). Другие – осуществлять иссечение язвы с пилоропластикой, а третьи авторы – резекцию желудка.Это связано с тем, что выраженность перитонита влияет на выбор способа первичной операции при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, а прогрессирование перитонита у каждого пациента происходит по– разному. До настоящего времени не существует объективных признаков агрессивности течения перитонита, и поэтому нет единого мнения о возможных сроках выполнения патогенетически обоснованного оперативного пособия у этих больных.

Таким образом, несмотря на многолетний опыт лечения больных с перфорацией дуоденальной язвы, вопросы выбора объема оперативного пособия у каждого конкретного больного еще ждут своего решения.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки оптимизацией выбора объема операции, основанного на прогнозировании тяжести течения перитонита.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 234 поступивших пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, лечившихся в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2017 по 2022 годы. Критериями включения в исследование были: наличие у больного язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненного перфорацией и распространенным перитонитом; длительность от момента перфорации была больше 6 часов.

Все пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составили 130 пациентов, результаты лечения которых оценивали ретроспективно. Основную группу составили 104 пациента, лечение которых осуществляли на основании разработанных принципов. Эту часть исследования проводили проспективно.

Среди этих пациентов 190 пациентов обратились за медицинской помощью в сроки от 6 до 24 часа от начала заболевания (81,2%), а остальные 44 пациента (18,8%) обратились за медицинской помощью позднее 24 часов от начала заболевания. Преобладали мужчины – 76,1%, женщины – 23,9%.

У 91 пациентов (38,9%) язвенный анамнез отсутствовал и перфорация была первым проявлением язвенной болезни.

У всех пациентов перитонит был распространенным. Распределение пациентов по характеру выпота в брюшной полости представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение пациентов по характеру выпота в брюшной полости

Характер выпота	Количество пациентов
Серозный	107 (45,7%)
Серозно–фибринозный	82 (35,1%)
Гнойно–фибринозный	37 (15,8%)
Гнойный	6 (2,5%)
Всего	234 (100%)

Степень тяжести перитонита оценивали по Мангеймскому индексу перитонита (1987). Распределение больных в зависимости от степени тяжести перитонита представлено в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение больных в зависимости степени тяжести перитонита по Мангеймскому индексу

Степень тяжести перитонита	Количество больных
I степень	193 (82,5%)
II степень	37 (15,8%)
III степень	4 (1,7%)
Всего	234 (100%)

Всем без исключения пациентам выполняли обзорную рентгеноскопию брюшной полости и срочное фиброгастродуоденоскопическое исследование. 143 больным выполняли ультразвуковое исследование, при котором обращали особое внимание на наличие или отсутствие свободной жидкости в брюшной полости, ее количество и место расположения.

Характер выполненных операций у больных основной и контрольной групп представлен в таблице 3.

Таблица 3.

Характер выполненных операций у больных основной и контрольной группы

Вид операции	Количество операций	
	Контрольная группа	Основная группа
Ушивание перфорации	27 (20.7%)	–
Иссечение язвы с пилоропластикой по Джадду	24 (18,4%)	22 (21.1%)
Иссечение язвы с пилоропластикой по Джадду и стволовой ваготомией	51 (39.2%)	50 (48,1%)
Резекция 2/3 желудка, антрумрезекция	28 (21.5%)	32 (30.8%)
Всего	130 (100%)	104 (100%)

У 79.1% пациентов контрольной группы и у 100% пациентов основной группы во время операции был удален морфологический субстрат заболевания – иссечена язва. При этом операции, направленные еще и на патогенетически обоснованное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, достигли показателя 60,7% в контрольной группе и 78,9% в основной группе пациентов.

Результаты оперативных вмешательств в зависимости от способа операции представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Результаты оперативных вмешательств в зависимости от способа операции

Подгруппа больных	Количество вмешательств		Количество летальных исходов		Летальность	
	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа
Ушивание перфорации	27	0	6	0	22,2%	0
Пилоропластика по Джадду	24	22	2	2	8,3%	9,1%

Пилоропластика по Джадду со стволовой ваготомией	51	50	1	0	1,9%	0
Резекция 2/3 желудка, антрумрезекция	28	32	3	2	10,7%	8,3%
Всего	130	104	12	4	9,3%	3,8%

При анализе данной таблицы следует отметить, что летальность при простом ушивании перфорации в контрольной группе больше на 11,5%, чем при операции резекции 2/3 желудка и эта разность в показателях летальности статистически значима. X^2 Пирсона составил 0,112 (p = 0,738). В тоже время при простом ушивании перфорации в контрольной группе летальность выше на 13,9%, чем при операции иссечения язвы с пилоропластикой без стволовой ваготомии. Оба эти способа операции как правило выполняют у больных с выраженными явлениями перитонита. Эта разность в показателях летальности оказалась статистически значима. X^2 Пирсона с поправкой Иейтса составил 4,79 (p = 0,029). В основной группе летальность при иссечении язвы с пилоропласти– кой по Джадду составила 9,1%, что выше на 0,8% аналогичного показателя в контрольной группе. Это связано с отказом от выполнения операции простого ушивания перфорационного отверстия у пациентов основной группы. При сравнении показателей летальности при паллиативных оперативных вмешательствах оказалось, что они составили 15,6% в контрольной группе и 9,1% в основной группе. X^2 Пирсона с поправкой Иейтса составил 0,002 (p = 0,961). Разница в показателях статистически незначима. Разница в показателях летальности при выполнении операции резекции желудка между пациентами основной и контрольной групп также оказалась статистически незначимой. Критерий Фишера Б = 1,00 (p > 0,05).

Было отмечено возрастание показателей летальности по мере увеличения сроков обращения за медицинской помощью. Так, среди 190 пациентов, обратившихся за медицинскую помощью в первые сутки, умерло 5 больных. Летальность составила 2,7%. А из 44 пациентов, обратившегося за медицинской помощью позднее 24 часов от начала заболевания, умерло 11 человек. Летальность составила 25%.

После операции резекции желудка у 3 пациентов развилась несостоятельность анастомозов и у 1 пациента несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки. Больной с несостоятельностью культи двенадцатиперстной кишки лечился консервативно с выздоровлением. Все пациенты с несостоятельностью анастомоза после резекции 2/3 желудка по способу Бильрот–1 были оперированы повторно. Им была выполнена перерезекция желудка по способу Бильрот–11. 2 пациента умерли и 1 пациент выздоровел.

Желудочно–кишечное кровотечение в послеоперационном периоде развилось у 3 пациентов в контрольной группе. Пациент после антрумрезекции с кровотечением из острой язвы и эрозий культи желудка умер. 2 больных после операции простого ушивания перфорации с кровотечением из оставленной язвы двенадцатиперстной кишки получали консервативное лечение и выздоровели.

Несостоятельность наложенных швов после простого ушивания перфорации развилась у 6 больных контрольной группы. Все они были повторно оперированы. Резекции желудка были выполнены 4 больным, 2 пациентов умерли и 2 выздоровели. Остальным 2 пациентам было повторно выполнено ушивание зоны несостоятельности. Оба эти пациента умерли.

У 2 пациентов развилась эвентрация, которая была ушита. У 4 пациентов развилось нагноение раны, которое было купировано консервативными мероприятиями.

Таким образом, у 8 из 27 пациентов после операции простого ушивания перфорационного отверстия в ближайшем послеоперационном периоде развились осложнения – у 6 несостоятельность и у 2 кровотечения. Следовательно, осложнения, связанные с областью операции, развились у 29,6% пациентов после операции простого ушивания перфорационного отверстия. Эти осложнения можно было предотвратить, если бы во время операции была удалена язва и фиброзная ткань вокруг язвы с помощью операции иссечения язвы с пилоропластикой.

Были изучены результаты посева экссудата брюшной полости на флору у 102 пациентов контрольной группы. Результаты посева экссудата брюшной полости в зависимости от времени развития перфорации представлены в таблице 17.

Таблица 5.

Результаты посева экссудата брюшной полости в зависимости от времени развития перфорации

Характер микрофлоры	Количество больных		Достоверность
	до 24 часов	свыше 24часов	
Микрофлора не высеяна	27 (40,3%)	3 (8,6%)	F = 0,00062 (p < 0,05)

Грибковая микрофлора	6 (8,9%)	3 (8,6%)	F = 1,00000 (p > 0,05)
Кокковая микрофлора	18 (26,9%)	5 (14,3%)	X Йейтса _1,43 (p = 0,233)
Бациллярная микрофлора	13 (19,4%)	19 (54,2%)	F = 0,00060 (p < 0,05)
Миксты возбудителей	3 (4,5%)	5 (14,3%)	F = 0,11919 (p > 0,05)
Всего	67 (100%)	35 (100%)	–

В первые 24 часа от момента перфорации экссудат в брюшной полости оставался стерильным в 40,3% наблюдений, у 35,8% пациентов были высеяны грибы рода Candida или кокковая микрофлора. Только у 19,4% пациентов была высеяна бациллярная микрофлора. У 4,5% больных были высеяны миксты возбудителей, которые были представлены в виде сочетания грибковой и кокковой микрофлоры – грибы рода Candida высевали вместе с бактериями рода Streptococcus или Staphylococcus. При давности заболевания свыше 24 часов у 54,2 % пациентов была высеяна бациллярная микрофлора, еще у 14,3% пациентов были высеяны миксты.

У больных с давностью перфорации свыше 24 часов было отмечено статистически значимое увеличение количество бациллярной микрофлоры на 34,8% (F = 0,00060 (p < 0,05)) и статистически значимое снижение количества отрицательных результатов посева на 31,7% (F = 0,00062 (p < 0,05)).

Полученные данные свидетельствуют о том, что после 24 часов от момента перфорации происходит качественное изменение состава микрофлоры в экссудате брюшной полости.

Среди 102 пациентов контрольной группы, которым было проведено измерение pH экссудата брюшной полости, 90 пациентов выздоровели и 12 умерли.

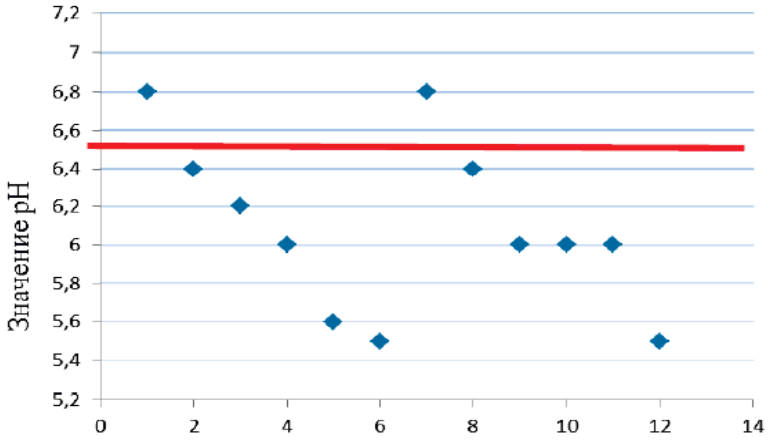


Рис. 1. **Данные pH экссудата брюшной полости умерших пациентов контрольной группы**

При расчете среднего значения pH экссудата брюшной полости умерших пациентов было получено 6,09 ± 0,44. У 83% умерших пациентов значение pH экссудата было 6,4 и менее. При значении pH экссудата брюшной полости 6,4 и менее у всех пациентов в экссудате были высеяны анаэробные возбудители.

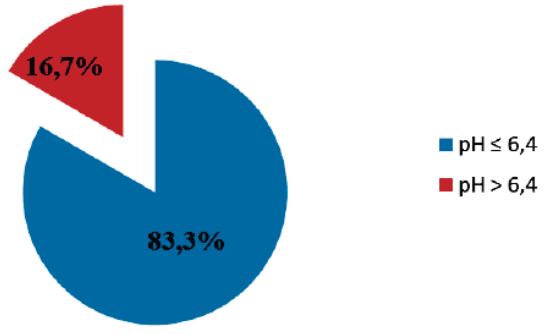


Рис. 2. **Значения pH экссудата брюшной полости умерших пациентов контрольной группы (n = 12)**

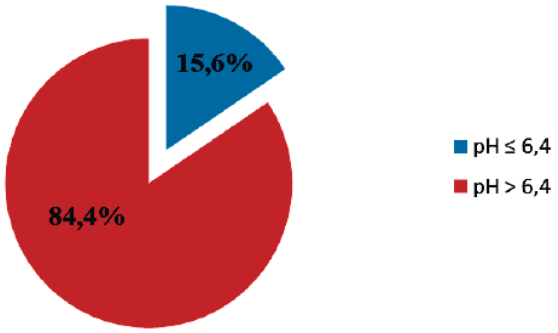


Рис. 3. **Значения pH экссудата брюшной полости выживших пациентов контрольной группы (n = 90)**

Рассчитаны специфичность и чувствительность данного признака «pH экссудата брюшной полости 6,4 и менее» для развития неблагоприятного исхода лечения. Чувствительность признака составила Бе = 83,3%. Специфичность признака составила Бр = 84,4%. Прогностичность положительного результата составила РУР = 41,7%. Прогностичность отрицательного результата составила PVW = 97,4%.

Произведено сопоставление среднего значения pH экссудата брюшной полости умерших больных со средним значением pH экссудата пациентов с разной продолжительностью заболевания (таблица 6).

Таблица 6.

Средние значения pH экссудата брюшной полости умерших больных и больных с разной продолжительностью заболевания от момента перфорации

Длительность от момента перфорации до 24 часов (n = 67)	Умершие больные (n = 12)	Длительность от момента перфорации свыше 24 часов (n = 35)
6,73 ± 0,39	6,09 ± 0,44	6,13 ± 0,56
T критерий = 4,19 (p < 0,01)		T критерий 0,79 (p > 0,05)

Среднее значение pH экссудата брюшной полости умерших пациентов статистически значимо отличалось от среднего значения pH экссудата брюшной полости пациентов с длительностью от момента перфорации до 24 часов (критическое значение T критерия Стьюдента при p = 0,05 составляет 1,992) и статистически значимо не отличалось от среднего значения pH экссудата брюшной полости пациентов с длительностью от момента перфорации свыше 24 часов (критическое значение T критерия Стьюдента при p = 0,05 составляет 2,015).

Таким образом, значение pH экссудата брюшной полости позволяет определять возможность выполнения патогенетически обоснованного первичного оперативного вмешательства у каждого конкретного пациента.

Результаты и их обсуждение. Из 234 больных, вошедших в данное исследование, умерло 16 пациентов (6,8%). При анализе летальности отмечено, что среди 16 умерших пациентов 8 человек было в возрасте моложе 65 лет и 8 человек было в возрасте старше 65 лет. При этом 3 больных были старше 70 лет.

Среди умерших было 5 пациентов с длительностью заболевания менее 24 часов и 11 пациентов было с длительностью свыше 24 часов.

Среди умерших было 6 пациентов с серозно–фибринозным перитонитом, 16 пациентов с гнойно–фибринозным перитонитом и 1 пациент с гнойным перитонитом.

Причины смерти пациентов основной и контрольной групп представлены в таблице 7.

Таблица 7.

Причины смерти пациентов основной и контрольной групп

Причина смерти	Контрольная группа	Основная группа
Полиорганная недостаточность	3	2
Прогрессирование перитонита вследствие несостоятельности сформированных анастомозов	2	1
Прогрессирование перитонита вследствие несостоятельности ушитой перфорации	4	0
Инфаркт миокарда	2	1
Желудочно–кишечное кровотечение	1	0
Всего	12	4

При анализе причин летальности было отмечено, что в контрольной группе было 6 несостоятельностей. Из них 4 несостоятельности были связаны с выполнением операции простого ушивания перфорационного отверстия, что составило основную часть всех несостоятельностей. А при выполнении операции резекции желудка в контрольной группе развились только 2 несостоятельности (в контрольной группе было выполнено 27 операции простого ушивания перфорационного отверстия и 28 операций резекции желудка).

Отказ от операции простого ушивания перфорационного отверстия и выполнение патогенетически обоснованных операций на основании прогнозирования агрессивности течения перитонита в основной группе исследования привело к снижению количества несостоятельностей.

Среди умерших пациентов перфорация язвы сочеталась с пенетрацией язвы (поджелудочная железа, гепатодуоденальная связка, желчный пузырь) у 7 больных, с язвенным дуоденальным кровотечением у 3 больных, с пилородуоденальным стенозом у 2 больных.

После операции ушивания перфорационного отверстия умерло 6 пациентов, 5 больных умерло после резекционных способов операции, 5 пациентов умерло после операции иссечения язвы с пилоропластикой по Джадду.

Таким образом, у 4 умерших больных из 6 пациентов погибших после операции простого ушивания перфорационного отверстия развилась несостоятельность наложенных на кишку швов, что потребовало выполнения повторной операции в условиях прогрессирующего перитонита. Кроме того несостоятельность наложенных на кишку швов после операции простого ушивания перфорационного отверстия развилась еще у 2 пациентов, которые после выполнения повторных операций выздоровели. Следовательно, из 27 пациентов, которым была выполнена операция простого ушивания перфорационного отверстия, несостоятельность швов развилась у 6 (22%). После операции резекции 2/3 желудка несостоятельность наложенных анастомозов развилась у 3 умерших пациентов. У 1 пациента развилась несостоятельность швов на культе двенадцатиперстной кишки после операции резекции желудка по способу Бильрот–11. Этот пациент выздоровел. Таким образом, несостоятельность наложенных швов после выполнения первичной операции в объеме резекции 2/3 желудка развилась у 4 из 60 оперированных больных (6,6%). После операции иссечения язвы с пилоропластикой по Джадду несостоятельности наложенных швов отмечено не было. Снижение абсолютного риска (CAP) составило 5,5%. Снижение относительного риска (COP) составило 49,5%.

Ретроспективно были проанализированы результаты операции простого ушивания перфорационного отверстия и операции иссечения язвы с пилоропластикой по Джадду. В данную часть исследования вошли 102 пациента контрольной группы. Эти пациенты были разделены нами на две категории. Категорию I составили 27 пациента, которым было выполнено ушивание перфорационного отверстия. Отличием было то, что иссечение краев язвы не проводили. Категорию II составили 75 пациентов, у которых было выполнено иссечение перфоративной язвы с пилоропластикой по Джадду.

Результаты выполненных оперативных вмешательств у сравниваемых категорий больных представлены в таблице 8.

Таблица 8.

Результаты оперативных вмешательств сравниваемых категорий больных

Группа пациентов	Количество вмешательств	Количество летальных исходов	Летальность
Категория I	27 (26,5%)	6	22,2%
Категория II	75 (73,5%)	3	4%
Всего	102 (100%)	9	8,8%

Было отмечено возрастание показателей летальности по мере увеличения времени от момента перфорации. Однако у больных категории I это возрастание было статистически значимо, а вот у больных категории II оно было статистически незначимо. При этом у 6 пациентов категории I развилась несостоятельность швов (22%), что потребовало выполнение релапаротомии. Среди них 4 пациента умерли и 2 выздоровели. А у пациентов категории II несостоятельности швов отмечено не было. Таким образом, операция иссечения перфоративной язвы с пилоропластикой является минимальным оперативным вмешательством, которое позволяет более надежно устранить развившееся осложнение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

У 71 пациента из 130 пациентов контрольной группы во время первичной операции диагностировали другие осложнения язвенной болезни (выраженный стеноз, кровотечение, пенетрация в окружающие органы), или больной ранее уже был оперирован по поводу язвенной болезни. Именно в таких ситуациях мы считали показанным выполнение первичной операции в объеме резекции 2/3 желудка.

Из 71 пациента с сочетанием различных осложнений язвенной болезни 28 больным была выполнена первичная операция в объеме резекции 2/3 желудка. Эти пациенты составили I подгруппу больных. Во II подгруппу больных вошли оставшиеся 43 пациентов, которым были выполнены различные другие оперативные пособия. Этими оперативными пособиями были иссечение язвы с пилоропластикой со стволовой ваготомией или без нее.

Наиболее часто перфорация язвы двенадцатиперстной кишки сочеталась изолированно с пенетрацией язвы (50,7%), а также с пенетрацией язвы в сочетании с пилородуоденальным стенозом (29,6%). У 12,7% пациентов перфорация язвы сочеталась изолированно с пилородуоденальным стенозом. Пенетра– ция перфоратив-

ной язвы изолированно или в сочетании с другими осложнениями была отмечена у 84,5% пациентов. Сочетание перфорации язвы двенадцатиперстной кишки с кровотечением из язвы отмечено у 7% больных. У 1% пациентов было отмечено наличие всех осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки одновременно.

Результаты выполненных операций в подгруппах больных представлены в таблице 9.

Таблица 9.

Результаты выполненных операций

Подгруппа больных	Количество пациентов	Умерло	Летальность	Значимость
Подгруппа I	28	3	10,7%	X Пирсона с поправкой Йейтса = 0,560 (p = 0,455)
Подгруппа II	43	8	18,8%	
Всего	71	11	15,5%	

Снижение абсолютного риска (САР) составило 12,4%. Снижение относительного риска (СОР) составило 46,4%.

Таким образом, при сочетании нескольких осложнений язвенной болезни у пациента с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки оперативной пособие должно быть направлено на устранение всех развившихся осложнений язвенной болезни.

Представлены результаты лечения пациентов в основной и контрольной группах (табл 10).

Таблица 10.

Результаты лечения пациентов основной и контрольной групп

Группа больных	Контрольная группа	Основная группа
Количество больных	130	102
Количество летальных исходов	12	4
Летальность	9,3%	3,8%

X Пирсона с поправкой йейтса составил 0,008 (p = 0,930). Разница статистически не значима.

Снижение абсолютного риска (САР) составило 5,5%. Снижение относительного риска (СОР) составило 16,3%. Отношение шансов (ОШ) составило 5,29.

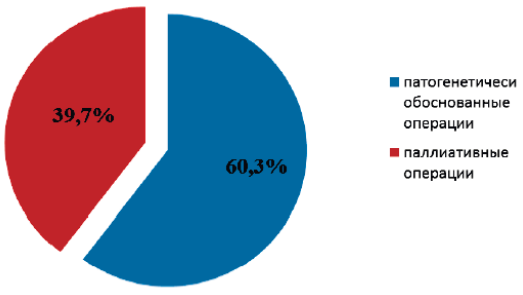


Рис. 4. **Патогенетически обоснованные и паллиативные операции у пациентов контрольной группы**

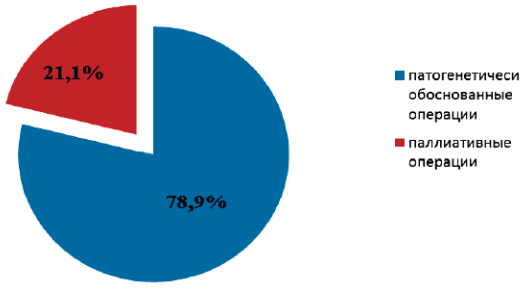


Рис. 5. **Патогенетически обоснованные и паллиативные операции у пациентов основной группы**

Отмечено статистически значимое увеличение количества патогенетически обоснованных первичных оперативных пособий у пациентов основной группы на 18,2% по сравнению с пациентами контрольной группы. X Пирсона составил 26,84 (p < 0,001). Повышение абсолютной пользы (ПАП) составило 18,2%. Повышение относительной пользы (ПОП) составило 30,8%.

Увеличение количества патогенетически обоснованных операций приводит к снижению количества рецидивов язвенной болезни, уменьшает количество осложнений язвенной болезни в отдаленном периоде. А, следовательно, снижает экономические затраты на лечение этих пациентов в дальнейшем.

Морфологический субстрат заболевания – язва – был удален у всех 100% пациентов основной группы. У пациентов контрольной группы этот показатель составил 79,1%. Таким образом, разница по этому показателю составила 20,9%.

Таким образом, применение предлагаемой тактики, основанной на выборе объема операции в зависимости от агрессивности течения перитонита, позволило статистически значимо увеличить количество патогенетически обоснованных оперативных пособий при значительном снижении послеоперационной летальности.

Выводы.

1.Установлено закономерность изменений характера микрофлоры брюшной полости с показателями ее pH. При значении pH экссудата брюшной полости 6,4 и менее у 100% пациентов выявлено бациллярная микрофлора, при этом в зависимости от сроков перфорации до 24 часов у 19,4%, свыше 24 часов – 54,2%.

2.pH экссудата брюшной полости позволяет определить возможность выполнения патогенетически обоснованного первичного оперативного вмешательства. При pH более 6,4 возможно выполнение патогенетически обоснованного хирургического вмешательства, pH менее 6,4 следует ограничиться иссечением язвы с пилоропластикой либо его ушиванием.

3.У больных с прогнозируемым тяжелым течением перитонита оптимальна операция в объеме иссечение язвы с пилоропластикой, при которой летальность на 17,8% меньше нежели при ее ушивании с нивелированием случаев несостоятельности швов (несостоятельность швов после ушивания – 22,2%). Выбор патогенетически обоснованного объема первичной операции по предложенным критериям позволяет увеличить их объем на 18,7%, уменьшает число больных с пилородуоденостенозом и язвенными кровотечениями, снижает число рецидивов.

4.Применение у больных с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки тактики выбора объема первичной операции, основанной на прогнозировании агрессивности течения перитонита привело к статистически значимому уменьшению частоты летальности с 9,3% до 3,8% и послеоперационных осложнений с 12,3% до 2,9%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bae S.H., Yoon S.H., Cho Y., Park J.M. Predictive factors for postoperative morbidity and mortality after emergency surgery for perforated peptic ulcer disease. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2019; 23(1): 103–111. DOI: 10.1007/s116 05–018–3925–9

2. Gupta R., Yadav T.D., Verma G.R., Sharma N., Thakur A. Predictive scoring systems in perforation peritonitis: A study of 200 cases. International Journal of Surgery. 2018; 60: 81–85. DOI: 10.1016 /j.ijsu.2018.11.022

3. Wysocki A., Krzyżanowski P., Kosim A., Kulawik J., Szyca R. Risk factors for morbidity and mortality after emergency surgery for perforated peptic ulcer. Polish Journal of Surgery. 2018; 90(1): 5–10. DOI: 10.5604/01.3001.0012.0654

4. Søreide K., Thorsen K., Harrison E.M., Bingener J., Møller M.H. Management of perforated peptic ulcer in a multicenter cohort. The British Journal of Surgery. 2017; 104(6): 743–753. DOI: 10.1002/bjs.10448

5. Yeganeh M.A., Safari S., Ganji R., Sehat S., Kazemnejad E. Comparison of surgical techniques in the management of perforated duodenal ulcer. World Journal of Surgery. 2020; 44(9): 2935–2941. DOI: 10.1007/s00268–020–05516–8

6. Boey J., Wong J., Ong G.B. A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. Annals of Surgery. 2016; 194(3): 287–291. DOI: 10.1097/00000658–201609000–00 009

7. de Melo M.C., de Almeida G.S., de Lima T.L., Mesquita F.J. Prognostic factors in patients with peritonitis secondary to peptic ulcer perforation. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. 2017; 30(3): 157–161. DOI: 10.1590/0102–6720201700 030015

8. Lunevicius R., Morkevicius M. Risk factors influencing the early outcome in cases of perforated peptic ulcer. Scandinavian Journal of Surgery. 2018; 107(2): 130–137. DOI: 10.1177/145749691774926

9. Thorsen K., Glomsaker T.B., von Meer A., Søreide J.A., Søreide K. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2020; 24(4): 889–898. DOI: 10.1007/s11605–019–04436–5

10. Sahu S.K., Gupta P.K., Mishra S.K., Agrawal S. Scoring systems in perforation peritonitis. International Journal of Surgery. 2018; 57: 89–94. DOI: 10.1016/j.ijsu.2018.06.029