

УДК 616.33-002.44-07-089+616.342-002.44-07-089+579.842.1/2



І. В. Колосович¹, Б. Г. Безродний¹, В. О. Красовський²,
П. В. Чемоданов¹, М. О. Мірошніченко², М. Г. Джурко²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² Київська міська клінічна лікарня № 4

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕЛІКОБАКТЕР-АСОЦІЙОВАНИХ ПЕРФОРАТИВНИХ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Мета роботи — поліпшити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування хворих на гелікобактер-асоційовану гастродуоденальну перфоративну виразку.

Матеріали і методи. У дослідження залучено 158 пацієнтів з гелікобактер-асоційованими перфоративними пілородуоденальними виразками, яких було розподілено на дві групи. Хворі основної групи (82 (51,89 %) особи) в післяопераційний період отримували антибактеріальну терапію перитоніту та інгібітори протонної помпи, хворі контрольної групи (76 (48,10 %)), крім зазначеної терапії, — пероральну антигелікобактерну терапію. Запропоновано методики гастродуоденопластики при гігантських перфоративних дуоденальних виразках, зокрема поєднаних з тубулярним стенозом дванадцятипалої кишки.

Результати та обговорення. У 74,42 % хворих, прооперованих за запропонованими методиками, з 7—10-ї доби післяопераційного періоду спостерігали порушення моторно-евакуаторної функції гастродуоденального переходу легкого ступеня, у 23,58 % — порушення середнього ступеня за відсутності симптоматики. Через 4—6 міс нормальні показники зафіксовано у 83,72 % пацієнтів. Ерадикації *Helicobacter pylori* досягнуто у 70 (85,37 %) хворих основної групи та у 67 (88,15 %) — контрольної. Ускладнення антибактеріальної терапії розвинулися у 34,15 і 78,94 % пацієнтів відповідно.

Висновки. Використання вдосконалених методик гастродуоденопластики дало змогу знизити частоту розвитку тяжких розладів моторно-евакуаторної функції вихідного відділу шлунка на 24,32 %. Застосування загальноприйнятих схем антибактеріальної терапії перитоніту в комбінації з інгібіторами протонної помпи в ранній післяопераційний період не поступається за ефективністю ерадикації *Helicobacter pylori* за рахунок додаткового призначення стандартного антигелікобактерного лікування, водночас сприяючи зниженню частоти розвитку побічних ефектів на 44,79 %.

■

Ключові слова: перфоративна виразка, перитоніт, *Helicobacter pylori*.

Проблема лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) залишається однією з найважливіших у сучасній абдомінальній хірургії. Частота розвитку ускладнень цього захворювання не лише не знижується, а й має тенденцію до зростання [1, 2]. Незважаючи на широкий спектр оперативних втручань, розроблених для лікування виразкової хвороби шлунка і ДПК, досі остаточно не визначено тактику хірургічного лікування перфоративних великих та гігантських виразок ДПК, зокрема ускладнених стенозом ДПК. Використання загальноприйнятих методик (субциркулярна або циркулярна дуоденопластика, резекція шлунка) в умовах перитоніту та набряку стінки нерідко призводить до розвитку гнійно-

септичних ускладнень у результаті неспроможності швів.

Обов'язковою умовою успішного лікування гелікобактер-асоційованої виразкової хвороби ДПК, зокрема протирецидивного лікування після операцій з приводу її перфорації, вважають проведення ефективного курсу ерадикаційної терапії [9, 10]. Однак додаткове застосування комбінації кількох антибіотиків, особливо на тлі проведення курсу антибактеріальної терапії перитоніту, часто призводить до розвитку тяжких побічних реакцій [7, 8]. Необхідно розробити інформативніші методи діагностики *Helicobacter pylori* та нові підходи до проведення антигелікобактерної терапії в післяопераційний період. Практично не вивчено вплив

Колосович Ігор Володимирович, д. мед. н., проф., професор кафедри 03110, м. Київ, вул. Солом'янська, 17. Тел. (44) 275-57-44. E-mail: kolosovich_igor@mail.ru

© І. В. Колосович, Б. Г. Безродний, В. О. Красовський, П. В. Чемоданов, М. О. Мірошніченко, М. Г. Джурко, 2013

стандартної антибактеріальної терапії перитоніту при перфоративній виразці шлунка та ДПК на *H. pylori*.

Мета роботи — поліпшити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування хворих на гелікобактер-асоційовану перфоративну виразку пілоричного відділу шлунка і дванадцятипалої кишки шляхом удосконалення методів діагностики *Helicobacter pylori*, хірургічних втручань та схем ерадикації *Helicobacter pylori* у ранній післяопераційний період.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовано результати обстеження та лікування 158 пацієнтів з гелікобактер-асоційованою виразковою хворобою із 384 хворих на ускладнену перфорацією виразку пілоричного відділу шлунка (ПВШ) та ДПК, прооперованих у період з 2004 до 2012 р. у клініці кафедри хірургії № 2 Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця.

У ранній післяопераційний період залежно від обраної лікувальної тактики хворі були розподілені в основну (82 (51,89 %) осіб) та контрольну (76 (48,10 %) осіб) групи. Чоловіків в основній групі було 63 (76,83 %), жінок — 19 (23,17 %), у контрольній групі — 59 (77,63 %) та 17 (22,37 %) відповідно. Вік хворих — від 17 до 91 року, середній вік — $(34,2 \pm 2,4)$ року. Як в основній, так і в контрольній групі значну частину становили хворі з тривалим (понад 3 роки) виразковим анамнезом (55 (67,08 %) та 45 (59,21 %) осіб відповідно). Середня тривалість періоду від моменту перфорації до госпіталізації у стаціонар становила $(5,80 \pm 0,48)$ год.

Усі хворі з перфоративними виразками ПВШ та ДПК були прооперовані. Операцією вибору була дуодено- або гастродуоденопластика. У ранній післяопераційний період проведено курс протирецидивного медикаментозного лікування.

Для дослідження закономірностей розвитку запального та інфекційного процесів у черевній порожнині після перфорації здійснено бактеріологічне дослідження вмісту черевної порожнини та визначення його рН у хворих, госпіталізованих у різні терміни від моменту перфорації. Посіви виконували на тверді середовища за загальноприйнятими методиками, паралельно проводили посіви матеріалу на середовища із заданим рН (рН — 2; 5; 7 та 9).

Під час операції виконували біопсію слизової оболонки антрального відділу шлунка для проведення прямого уреазного тесту з метою експресдіагностики наявності *H. pylori*. У разі позитивного результату тесту біопсійний матеріал підлягав бактеріологічному дослідженню на предмет інфікованості шлунка *H. pylori* або супутньою умовно-патогенною флорою.

У післяопераційний період хворим основної групи застосовували антибактеріальну терапію, спрямовану на боротьбу з перитонітом, яка перед-

бачала внутрішньовенне або внутрішньом'язове введення антибактеріальних препаратів широкого спектра дії та парентеральну антисекреторну терапію інгібіторами протонної помпи у стандартних дозах. Додаткової пероральної антигелікобактерної терапії хворі цієї групи не отримували. Пацієнти контрольної групи, крім зазначеної терапії, з 4—7-ї доби післяопераційного періоду отримували пероральну антигелікобактерну терапію згідно з рекомендаціями маастрихтських консенсусів 1—4. Критерієм початку пероральної антигелікобактерної терапії було відновлення кишкової перистальтики та видалення шлункового зонда.

У ранній післяопераційний період для дослідження динаміки запального процесу в черевній порожнині контролювали зміну рівня лейкоцитів, лейкоцитарного індексу інтоксикації, формули крові, ШОЕ, динаміку нормалізації температури тіла та відновлення перистальтики (аускультативно). З метою діагностики порушень співвідношень нормальної мікрофлори товстого кишечника, які можуть розвинути внаслідок проведення антибактеріальної терапії, проводили дослідження фекалій на дисбактеріоз згідно з МУ 04—723/3, 1984 р., МРН2500—81.

Оцінку моторно-евакуаторної функції (МЕФ) гастродуоденального переходу протягом перших 2—4 діб післяопераційного періоду (до видалення назогастрального зонда та початку прийому рідини *per os*) проводили за допомогою запропонованого нами способу діагностики дуодено-гастрального рефлюксу (ДГР) тяжкого ступеня у ранній післяопераційний період (Деклараційний патент на корисну модель U46697). Суть способу полягає у тому, що наявність ДГР визначають шляхом занурення в ємність з аспірованим кризь назогастральний зонд шлунковим вмістом смужки проявленої (засвіченої, закріпленої) рентгенівської плівки на 20 хв. У разі наявності ДГР тяжкого ступеня плівка стає прозорою (внаслідок розчинення желатинового шару плівки під впливом трипсину підшлункової залози). Чутливість методу — 87 %, специфічність — 96 %. З 7—10-ї доби післяопераційного періоду стан МЕФ гастродуоденального переходу оцінювали за допомогою УЗД за методикою В. Н. Горбунова та Е. В. Столярчука (1996) у модифікації клініки (з використанням еховісту).

Через 4—6 тиж після закінчення курсу антибактеріальної терапії для контролю ефективності ерадикації *H. pylori* хворим обох груп проводили фіброгастродуоденоскопію з біопсією слизової оболонки антрального відділу шлунка для дослідження на предмет інфікованості *H. pylori*.

Для оцінки віддалених результатів хірургічного лікування хворих на перфоративну пілородуоденальну виразку використовували класифікацію Visik, модифіковану Ю. М. Панциревим та О. А. Грінбергом (1979).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз результатів бактеріологічного дослідження ексудату черевної порожнини виявив, що із 165 хворих, прооперованих у терміни до 6 год від моменту перфорації, у 107 (64,84 %) посіви були стерильними. У решти хворих мікрофлора була представлена грампозитивними коками (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pneumoniae*), грамнегативними паличками (*Klebsiela pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Morganella morganii*, *Escherichia coli*) та грибами з роду *Candida*. Мікрофлора була представлена як монокультурою (у 37 (22,42 %) хворих), так і асоціаціями (у решти хворих). Серед пацієнтів, прооперованих у терміни від 6 до 12 год від моменту перфорації, зростання мікрофлори не виявлено у 14 (23,73 %), а у решти склад мікрофлори не мав істотних відмінностей від такої першої групи. У монокультурі мікрофлора була представлена у 7 (15,56 %) хворих, в асоціаціях — у решти. Серед оперованих у терміни понад 12 год з моменту перфорації в усіх випадках мікрофлора була представлена асоціаціями. Окрім згаданих мікроорганізмів, виявляли ентеробактерії, умовно-патогенну флору (*Proteus vulgaris*, *Proteus cornioliola*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter cloacae*, *Enterococcus faecalis*) і *Candida albicans*.

Аналіз дослідження рівня рН вмісту черевної порожнини засвідчив, що кислотність перитонеального ексудату була в межах від 7,0 до 7,7 незалежно від давнини прориву, розміру перфоративного отвору, ступеня вираження та поширеності перитоніту. Аналіз результатів бактеріологічного дослідження з використанням середовищ з різними рівнями рН виявив, що 100 % позитивних результатів посівів отримано при значенні рН середовища 7,0. Отже, можна припустити, що за цього рівня рН відтворюються оптимальні умови для розвитку флори, яку висівають з ексудату при перфоративній виразці ПВШ та ДПК.

При аналізі динаміки перебігу післяопераційного запалення у черевній порожнині хворих на перфоративну виразку ПВШ та ДПК на основі вивчення середніх термінів нормалізації температури тіла хворого, вмісту лейкоцитів у периферичній крові, лейкоцитарного індексу інтоксикації та відновлення перистальтики встановлено, що у хворих на перфоративні гастродуоденальні виразки у перші 3—5 діб післяопераційного періоду триває запальний процес (перитоніт) у черевній порожнині. При порівнянні значених критеріїв у хворих з однаковими (за поширеністю та характером ексудату) формами перитоніту не виявлено клінічно значущих відмінностей щодо тяжкості стану та динаміки перебігу перитоніту між пацієнтами з позитивними результатами бактеріологічного дослідження ексудату черевної порожнини та хворими, у яких не спостерігали росту мікрофлори. Таким чином, вже протягом години після перфорації відбувається

нейтралізація кислого шлункового вмісту, який потрапив крізь перфоративний отвір у черевну порожнину, та відтворюються оптимальні умови для розвитку патогенної мікрофлори. Тому термін з моменту перфорації не може бути показником ступеня запалення (бактеріальної контамінації) очеревини, а отже, абсолютним критерієм при вирішенні питання про розширення обсягу хірургічного втручання (ваготомія, резекція шлунка). Перевагу потрібно віддавати більш щадним методам радикальних оперативних втручань (дуоденопластики).

При ускладнених перфорацією великих та гігантських виразках ДПК у 27 пацієнтів застосовано вдосконалений нами спосіб гастродуоденопластики (декларативний патент на корисну модель № 22425 U «Спосіб гастродуоденопластики при великих та гігантських виразках дванадцятипалої кишки»). Суть методики полягає в тому, що після радикального висічення морфологічного субстрату виразки проводять додаткове поздовжнє розсічення пілоричного сфінктера і частини передньої стінки антрального відділу шлунка. Накладають перший ряд вузлових швів у поперечному напрямку між стінкою ДПК та передньою стінкою шлунка. Потім накладають другий ряд вузлових серозно-м'язових швів. Післяопераційних ускладнень у хворих, прооперованих запропонованим способом, не спостерігали. За даними літератури, при застосуванні традиційних методик післяопераційні ускладнення (гнійно-септичні ускладнення через неспроможність швів, нагноєння рани, рефлюкс-гастрит, демпінг-синдром та ін.) розвиваються у 6,7—9,3 % випадків [3, 5].

У 16 хворих на перфоративні гігантські дуоденальні виразки, ускладнені тубулярним стенозом ДПК, застосовано вдосконалену методику гастродуоденопластики (патент України на корисну модель № 41939U). Суть методики полягає в тому, що після радикального висічення морфологічного субстрату виразки роблять додаткове поздовжнє розсічення пілоричного сфінктера та частини передньої стінки антрального відділу шлунка. Поздовжньо розсікають дистальну звужену частину ДПК. Накладають перший ряд вузлових швів між стінкою ДПК та розсіченою передньою стінкою шлунка. Потім накладають другий ряд вузлових серозно-м'язових швів. Цей спосіб забезпечує закриття дефекту ДПК без натягу стінок за рахунок використання високорухливої передньої стінки шлунка, що запобігає розвитку післяопераційних гнійно-септичних ускладнень через неспроможність швів. Післяопераційних ускладнень у хворих, прооперованих запропонованим способом, не спостерігали. За даними літератури, при застосуванні традиційних методик післяопераційні ускладнення (гнійно-септичні ускладнення через неспроможність швів, нагноєння рани, рефлюкс-гастрит, демпінг-синдром тощо) розвиваються у 5,8—23,5 % випадків [3—5].

При обстеженні хворих на наявність *H. pylori* за допомогою прямого уреазного тесту позитивний результат отримано у 304 (79,17 %) випадках. Однак при дослідженні біопатів на наявність *H. pylori* за допомогою бактеріологічного методу позитивний результат отримано лише у 162 (42,19 %) хворих. Специфічність та чутливість бактеріологічного методу діагностики *H. pylori* досягає 100 %, і його можна вважати золотим стандартом. Специфічність прямого уреазного тесту становила лише 36,03 %.

При вивченні складу мікрофлори, яка персистує на слизовій оболонці шлунка та ДПК, монокультуру *H. pylori* виявлено у 73 (45,06 %) хворих, асоціації *H. pylori* з іншими мікроорганізмами — у 89 (54,94 %). У 110 (28,64 %) пацієнтів росту культури не виявлено. Супутню мікрофлору без наявності *H. pylori* виявлено у 116 (30,21 %) хворих, з них у 106 (27,6 %) була присутня мікрофлора, яка мала власну уреазну активність (*Enterococcus faecalis*, *Streptococcus spp.* та ін.). Це пояснює велику кількість хибнопозитивних результатів прямого уреазного тесту.

При порівнянні результатів ерадикації *H. pylori* у дослідних групах встановлено, що ерадикації *H. pylori* досягнуто у 70 (85,37 %) хворих основної групи та у 67 (88,15 %) — контрольної. Різниця між результатами дослідження у двох групах була статистично недостовірною ($p > 0,05$). Згідно з критеріями консенсусу Маастрихт-2 (2000), препарат, який використовують з метою ерадикації *H. pylori*, вважається ефективним при ерадикації у більш ніж 80 % випадків. Застосування антибіотиків, які використовують для терапії бактеріального перитоніту, в комбінації з інгібіторами протонної помпи у післяопераційний період при перфоративній виразці ДПК з метою ерадикації *H. pylori* без додаткового призначення традиційних для ерадикації *H. pylori* антибіотиків повністю відповідає цьому критерію (85,37 %).

Виявлено значно меншу частоту розвитку побічних реакцій, пов'язаних з антибактеріальною терапією, у хворих основної групи порівняно з пацієнтами контрольної групи: 34,15 і 78,94 % відповідно ($p < 0,05$; таблиця).

Поєднання двох побічних ефектів спостерігали у 5 (6,09 %) хворих основної групи та у 13 (17,11 %) — контрольної, трьох — у 3 (3,66 %) і 15 (19,74 %) відповідно. У 26 (34,21 %) хворих контрольної групи виявлено поєднання чотирьох побічних ефектів антибактеріальної терапії.

Таким чином, додаткове призначення рекомендованих маастрихтськими консенсусами ерадикаційних схем у післяопераційний період не дає суттєвих переваг порівняно зі стандартною антибактеріальною терапією перитоніту, проте збільшує частоту розвитку побічних реакцій.

При дослідженні МЕФ гастродуоденального переходу у хворих з перфоративними великими та гігантськими дуоденальними виразками, зокрема

ускладненими тубулярним стенозом ДПК, які були прооперовані за запропонованими у клініці методиками, протягом чотирьох діб у 36 (83,72 %) хворих виявлено ДГР тяжкого ступеня. При дослідженні за допомогою УЗД з 7—10-ї доби післяопераційного періоду у 32 (74,42 %) пацієнтів спостерігали порушення МЕФ гастродуоденального переходу легкого ступеня, частота ДГР становила $3,40 \pm 0,04$ за хвилину. Робота гастродуоденальної зони була скоординованою, спостерігали ритмічне та регулярне надходження контрастної речовини зі шлунка у ДПК. В 11 (23,58 %) хворих виявлено порушення середнього ступеня за відсутністю симптоматики. Частота ДГР становила $6,30 \pm 0,04$ за хвилину. Спостерігали деяке уповільнення випорожнення шлунка при збереженні в цілому ритмічно-порційного надходження контрастної речовини зі шлунка у ДПК. Через 4—6 міс нормальні показники МЕФ гастродуоденального переходу зафіксували у 36 (83,72 %) хворих, порушення легкого ступеня — у 7 (16,28 %). Клінічних виявів, пов'язаних з порушенням МЕФ шлунка, не виявили у жодного хворого. Через 10—12 міс у всіх хворих порушення МЕФ шлунка не було. Згідно з даними літератури, після виконання стандартної гастродуоденопластики (геміпілоректомія) у 24,32 % хворих спостерігали порушення МЕФ вихідного відділу шлунка тяжкого ступеня [6].

Таким чином, при дослідженні у ранній післяопераційний період встановлено, що у хворих, прооперованих за вдосконаленими у клініці методиками гастродуоденопластики, незважаючи на лінійний перетин пілоричного жому, спостерігається повне або часткове збереження МЕФ шлунка. Це дає підставу віднести ці методики до категорії так званих пілорускоригувальних втручань.

Летальних наслідків у групах не було. Протягом року органічні ускладнення (рецидив виразки)

Т а б л и ц я
Побічні ефекти антибактеріальної терапії

Ефект	Основна група	Контрольна група
Алергійні реакції	0	3 (3,94 %)
Порушення з боку ЦНС	3 (3,65 %)	15 (19,73 %)
Диспепсичні розлади	9 (10,97 %)	26 (34,21 %)
Дисбактеріоз	14 (17,07 %)	56 (73,68 %)
Вагінальний кандидоз	3 (3,65 %)	6 (7,89 %)
Гематологічні порушення	6 (7,32 %)	33 (43,42 %)
Гепатотоксичний ефект	3 (3,65 %)	12 (15,78 %)
Загальна частота реакцій (від загальної кількості хворих)	28 (34,15 %)	60 (78,94 %)

zareestrovano y 3 (3,95%) xvorix kontrol'noyi grupy ta y 4 (4,87%) — osnovnoyi ($p < 0,05$). Цим хворим проводили консервативне лікування виразки, внаслідок чого виразка загоїлася і у 5 (71,43%) хворих у подальшому не рецидивувала. У решти пацієнтів унаслідок рецидивів загострення виразкового процесу виникла необхідність повторити протирецидивний медикаментозний курс ще двічі.

При оцінюванні віддалених результатів за шкалою Visik відмінні та добрі результати виявлено у 69 (84,14%) хворих основної групи та у 63 (82,9%) — контрольної ($p > 0,05$), задовільні — у 2 (2,44%) та 4 (5,26%) відповідно ($p > 0,05$), незадовільні — у 4 (4,89%) та 16 (21,05%) ($p < 0,05$). Серед хворих з незадовільними результатами (20 осіб) було 13 хворих контрольної групи, яким було виконано гастродуоденопластику (геміпілоректомію), що призвело до виникнення тяжких функціональних порушень, та 7 хворих з рецидивом виразки.

ВИСНОВКИ

Використання вдосконалених методик гастродуоденопластики у хворих з перфоративними гігантськими дуоденальними виразками та перфоративними виразками, поєднаними з тубулярним стенозом дванадцятипалої кишки, дало змогу знизити частоту розвитку тяжких порушень моторно-евакуаторної функції вихідного відділу шлунка на 24,32%.

Термін з моменту перфорації не може бути показником ступеня запалення очеревини, а отже,

абсолютним критерієм при вирішенні питання про розширення обсягу хірургічного втручання (ваготомія, резекція шлунка). Перевагу слід віддавати більш шадним методам радикальних оперативних втручань (дуоденопластиці).

Специфічність прямого уреазного тесту щодо виявлення *H. pylori* становить 36,06%. Отже, його позитивний результат не може бути достатньою підставою для призначення хворому ерадикаційної терапії.

Використання запропонованого способу діагностики *H. pylori* та визначення його чутливості до антибіотиків дає змогу вже на 2-гу–3-тю добу призначити ерадикаційну терапію з урахуванням чутливості *H. pylori* до антибіотиків (чутливість методу — 96%, специфічність — 92%).

Застосування загальноприйнятих схем антибактеріальної терапії перитоніту в комбінації з інгібіторами протонної помпи в ранній післяопераційний період не поступається за ефективністю ерадикації *H. pylori* за рахунок додаткового призначення стандартного антигелікобактерного лікування (85,37 проти 88,15%), сприяючи водночас зниженню частоти розвитку побічних ефектів антибактеріальної терапії на 44,79%.

Використання методики діагностики дуоденогастрального рефлюксу тяжкого ступеня у ранній післяопераційний період дає змогу оцінити стан моторно-евакуаторної функції гастродуоденального переходу вже протягом першої доби післяопераційного періоду (чутливість методу — 87%, специфічність — 6%).

Література

1. Афендулов С. А., Журавлєв Г. Ю., Краснолуцкий Н. А. Лечение прободной язвы. — М., 2008. — 166 с.
2. Гостищев В. К., Евсеев М. А., Головин Р. А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия. — 2009. — № 3. — С. 10–16.
3. Жанталинова Н. А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2005. — № 12. — С. 30–32.
4. Жанталинова Н. А., Султаналиев Т. А. Большие и гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — Новгород, 2006. — 183 с.
5. Клименко В. Н., Клименко А. В., Грушка В. А. Применение дуоденопластики и селективной ваготомии в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. хирургия. — 1998. — № 5. — С. 3–5.
6. Короткий В. М., Колосович І. В., Безродний Б. Г. та ін. Особливості хірургічного лікування ускладнених підпілоричних виразок дванадцятипалої кишки // X конгрес СФУЛТ: тези доп. — Чернівці; Київ; Чикаго, 2004. — С. 476–477.
7. Мироджов Г. К., Ишанкулова Д. М., Бойматова М. Б., Негматова Ф. А. Побочные действия эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* // Клин. медицина. — 2007. — № 6. — С. 47–50.
8. Скрипник І. М., Вахненко В. А. Порівняльний аналіз ефективності та безпечності режимів першої лінії антигелікобактерної терапії у хворих на виразкову хворобу, асоційовану з *Helicobacter pylori*, із супутнім цукровим діабетом // Сучасна гастроентерол. — 2010. — № 3 (53). — С. 77–85.
9. Шепетько Є. М., Струменський Д. О. Еволюція тактики хірургічного лікування перфоративних дуоденальних виразок. — К.: Фенікс, 2012. — 128 с.
10. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report // Gut. — 2007. — N 56. — P. 772–781.

І. В. Колосович¹, Б. Г. Безродний¹, В. А. Красовський²,
П. В. Чемоданов¹, М. О. Мирошніченко², Н. Г. Джурко²

¹ Національний медичний університет імені А. А. Богомольця, Київ

² Київська городська клінічна лікарня № 4

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Цель работы — улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных с хеликобактер-ассоциированными перфоративными пилородуоденальными язвами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 158 пациентов с хеликобактер-ассоциированными перфоративными пилородуоденальными язвами, которые были распределены в две группы. Пациенты основной группы (82 (51,89 %) лица) в послеоперационный период получали антибактериальную терапию перитонита и ингибиторы протонной помпы, пациенты контрольной (76 (48,10 %)) группы, кроме указанной терапии, — пероральную антихеликобактерную терапию. Предложены методики гастродуоденопластики при перфоративных гигантских дуоденальных язвах, в том числе сочетающихся с тубулярным стенозом двенадцатиперстной кишки.

Результаты и обсуждение. У 74,42 % пациентов, прооперированных с использованием предложенных методик гастродуоденопластики, с 7—10-х суток послеоперационного периода отмечали нарушения моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального перехода легкой степени, у 23,58 % — нарушения средней степени при отсутствии симптоматики. Через 4—6 мес нормальные показатели отмечены у 83,72 % пациентов. Эрадикация *Helicobacter pylori* достигнута у 70 (85,37 %) пациентов основной группы и у 67 (88,15 %) — контрольной. Осложнения антибактериальной терапии развились у 34,15 и 78,94 % пациентов соответственно.

Выводы. Использование усовершенствованных методик гастродуоденопластики позволило снизить частоту развития тяжелых нарушений моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального перехода на 24,32 %. Применение общепринятых схем антибактериальной терапии перитонита в комбинации с ингибиторами протонной помпы в ранний послеоперационный период не уступает по эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* дополнительному назначению стандартных эрадикационных схем, в то же время способствуя снижению частоты развития побочных эффектов на 44,79 %.

Ключевые слова: перфоративная язва, перитонит, *Helicobacter pylori*.

I. V. Kolosovych¹, B. G. Bezrodnyi¹, V. O. Krasovskiy²,
P. V. Chemodanov¹, M. O. Miroshnychenko², M. G. Dzhurko²

¹ O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

² Kyiv City Clinical Hospital №4

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF THE HELICOBACTER-ASSOCIATED PERFORATED PYLORODUODENAL ULCERS

The aim — to improve the immediate and long-term surgical treatment results in patients with *Helicobacter pylori* — associated perforating pyloroduodenal ulcers.

Materials and methods. The study involved 158 patients with *Helicobacter pylori*-associated perforating pyloroduodenal ulcers, which were divided into two groups. The patients of the main group (82 (51.89 %) persons) obtained antibiotics for peritonitis and proton pump inhibitors in the postoperative period, control group patients (76 (48.10 %) oral anti- *H. pylori* therapy additionally. The gastroduodeno-plasty techniques for giant perforated duodenal ulcers, including those combined with tubular stenosis of the duodenum were offered

Results and discussion. In 74.42 % of patients operated with the proposed methods of gastroduodeno-plasty, from 7—10th post-operative day the gastroduodenal passage evacuation functions violations of easy degree was noted, in 23.58 % middle degree violations was revealed in the absence of signs. In 4—6 months normal results it is noted in 83.72 %. *Helicobacter pylori* eradication was achieved in 70 (85.37 %) in the treatment group and in 67 (88.15 %) — the control group. Complications of antibiotic therapy occurred in 34.15 and 78.94 %, respectively.

Conclusions. Use of improved gastroduodeno-plasty methods reduced gastroduodenal passage evacuation functions severe violations incidence to 24.32 %. Usage of the standard schemes of antibacterial therapy of peritonitis with proton pump inhibitors in the early postoperative period doesn't concede by efficiency of *Helicobacter pylori* eradication to additional appointment of standard eradication schemes.

Key words: perforated ulcer, peritonitis, *Helicobacter pylori*.