

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(3)-17

УДК: 616.33/.342-002.44-089

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ

Покидько М.І., Форманчук Т.В., Гончаренко О.В., Форманчук А.М., Кацал В.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:
e-mail: mityk_t@ukr.net

Статтю отримано 5 липня 2018 р.; прийнято до друку 15 серпня 2018 р.

Анотація. Мета - поліпшити безпосередні результати хірургічного лікування хворих з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладненої перфорацією, шляхом використання мініінвазивної корекції та застосування комплексного лікування. Проаналізовано результати лікування 253 пацієнтів з перфоративною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги з 2013 року по червень 2018 року. Серед виразок шлунка хронічних виявлено у 82 (32%) випадках, гострих - у 42 (17%) випадках. Хронічних виразок дванадцятипалої кишки було 94 (37%), гострих - 35 (14%). Діагностична лапароскопія виконана 13 (5%) пацієнтам, при цьому 8 (3%) хворим перфоративний отвір ушито лапароскопічно, а у 5 (2%) проведена конверсія. У 45 (18%) пацієнтів проводився абдоміноцентез з доопераційним дренажуванням черевної порожнини з постановкою дренажу, через який після виходження ексудату вводили 200 мл Декасану. У 119 посівах ексудату з черевної порожнини, у яких висіялася патогенна мікрофлора, серед монокультури домінував *Enterococcus faecalis* - у 31 пацієнта (26%). Серед ускладнень у післяопераційному періоді спостерігали неспроможність кишкових швів у 4 (1,5%) хворих. Післяопераційна летальність становила 11,5%. Причиною летальності у 17 (59%) пацієнтів було прогресування поліорганної недостатності. Таким чином, термін від моменту перфорації до початку оперативного втручання не може слугувати єдиним критерієм у виборі методу оперативного втручання, і недостатній для розцінювання, як абсолютний показник до можливості виконання так званих радикальних оперативних втручань (резекція шлунка). Лапароскопічне ушивання перфоративної пілородуоденальної виразки безумовно має переваги перед операцією з лапаротомного доступу.

Ключові слова: перфоративна гастродуоденальна виразка, перитоніт, оперативне лікування.

Вступ

Незважаючи на значний прогрес у сучасній фармакології і широкий арсенал методів медикаментозної корекції виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки проблема перфоративних гастродуоденальних виразок залишається актуальною в ургентній хірургії [1, 4, 5, 10]. Проблема вибору методу оперативного втручання у пацієнтів з перфоративними гастродуоденальними виразками часто зустрічається в літературі [11, 12]. Ряд авторів звертають увагу на багатофакторність вибору методу оперативного втручання при перфоративних гастродуоденальних виразках [8].

П.В. Гарелік з співав. проаналізували власний досвід лікування 116 пацієнтів з перфоративними гастродуоденальними виразками. Автори проводили вибір методу оперативного лікування, враховуючи ряд факторів, таких як тривалість виразкового анамнезу і результати медикаментозного лікування, локалізацію виразки, стадію розвитку перитоніту, супутні захворювання. Основним методом вибору було ушивання перфоративного отвору, виконане в 62,9% випадках перфорацій гастродуоденальних виразок [2].

А.А. Козлов на основі аналізу лікування 605 пацієнтів з перфоративними гастродуоденальними виразками рекомендує розширювати показання до радикального оперативного втручання і вважає форму перитоніту і час з моменту перфорації недостатніми факторами при виборі обсягу оперативного втручання [6].

С.А. Совцов в результаті аналізу хірургічного лікування 646 пацієнтів з перфоративними гастродуоденальними виразками показав вплив на вибір способу хірургічного лікування ряду факторів, таких як наявність шоку, супутніх захворювань, термінів від моменту захворювання до госпіталізації, ступеня бактеріальної контамінації черевної порожнини, розмірів виразкового дефекту, виразкового анамнезу. Автор прийшов до висновку, що виконання одного виду хірургічного лікування веде до незадовільних результатів у віддаленому періоді, що часто стає причиною повторних оперативних втручань [7].

Великий вплив на показник виживання хворих з перфоративними гастродуоденальними виразками мають терміни від моменту госпіталізації до моменту операції. D.L. Buck на підставі аналізу результатів лікування 2668 пацієнтів з перфоративними гастродуоденальними виразками акцентує увагу на вплив затримки оперативного втручання на показник виживання хворих. Щогодини затримки з моменту госпіталізації до оперативного лікування зменшує на 2-4% показник виживання хворих з перфоративними гастродуоденальними виразками [9].

Мета роботи - поліпшити безпосередні результати хірургічного лікування хворих з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладненої перфорацією шляхом використання мініінвазивної корекції і застосування комплексного лікування.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування 253 пацієнтів з перфоративною гастродуоденальною виразкою, які отримували лікування з 2013 по червень 2018 року у клініці хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, розташованої на базі відділення хірургії та ендоскопії лікарні швидкої медичної допомоги м. Вінниці. Проаналізовано такі фактори, як гендерні та антропометричні показники, шкідливі звички, соціальний статус, анамнестичні дані. Серед усіх пацієнтів чоловіків було 172 (68%), жінок - 81 (32%). Вік пацієнтів - від 18 до 82 років, середній вік хворих з перфоративною гастродуоденальною виразкою становив $45 \pm 2,3$ роки, шлунка - $64 \pm 1,9$ роки. Важкість стану хворих та їх операційно-анестезіологічний ризик оцінювали за шкалою ASA і шкалою CEPOD. Стан у 131 (51%) пацієнта обтяжували два-три супутніх захворювання: 92 (36%) - страждали стенокардією і атеросклерозом, 54 (21%) хворих страждали на гіпертонічну хворобу, 18 (7%) хворих - ожирінням та цукровим діабетом, 5 (2%) пієло-нефритом, 3 (1%) цирозом печінки. Супутня хронічна серцево-судинна недостатність виявлена в 27 хворих (11%), дихальна - у 17 пацієнтів (7%), ниркова - у 2 (1%), печінкова - у 2 (1%) пацієнтів.

При госпіталізації хворим виконували розгорнутий аналіз крові, гематокрит, цукор крові, білірубін, загальний білок, білкові фракції, показники коагулограми, сечовини, креатиніну, електролітів крові, загального аналізу сечі та діастази. Діагностичний алгоритм включав рентгенографію органів черевної та грудної порожнин, електрокардіографію, ультразвукову графію органів черевної порожнини. При необхідності проводили фіброгастродуоденоскопію, діагностичну лапароскопію, абдоміноцентез і комп'ютерну томографію органів черевної порожнини.

Виразковий анамнез виявлено у 87 (34%) хворих, при цьому 12 (5%) хворих приймали нестероїдні протизапальні препарати та 1 (0,4%) пацієнтка приймала більше року преднізолон. У 3 (1%) пацієнтів в анамнезі були оперативні втручання на шлунку і дванадцятипалій кишці: ушивання перфоративної виразки - 2 (0,8%) випадки, резекція шлунка по Більрот-2 - 1 (0,4%).

Шлункова локалізація виразок відзначена в 124 (49%) випадках (за класифікацією D. Johnson): I тип - у 18 (7%) пацієнтів; II тип - у 4 (1,6%); III тип - у 102 (40%). Явища декомпенсованого стенозу виходу зі шлунку виявлено у 4 (1,6%) пацієнтів з виразковим процесом пілоричного відділу шлунка. У 2 (0,8%) пацієнтів перфоративна виразка малої кривизни шлунка поєднувалась зі шлунково-кишковою кровотечею з виразки.

Серед виразок цибулини дванадцятипалої кишки 73 (29%) виразки локалізувались по передній стінці, 29 (11%) виразок локалізувались по передній стінці і малій кривизні, 17 (7%) виразок - по передній стінці і великій кривизні, 6 (2%) виразок були циркулярними. Постбульбарно розташовувалися виразки у 3 (1%) пацієнтів, па-

рапалілярно - у 1 (0,4%) пацієнта. Серед виразок шлунка хронічних виявлено у 82 (32%) випадках, гострих - в 42 (16%). Хронічних виразок дванадцятипалої кишки було 94 (37%), гострих - 35 (14%).

Перебіг захворювання і ускладнень, обсяг терапії, ефективність лікування цілодобово контролювали за даними лабораторних показників. Ультрасонографію органів черевної порожнини і плевральних порожнин виконували один раз в 3 дні, комп'ютерну томографію виконували при відсутності позитивної динаміки в післяопераційному періоді.

Стан виразкового ураження шлунка та дванадцятипалої кишки вивчали під час виконання операцій, релaparотомій і ендоскопічних мініінвазивних діагностичних і лікувальних маніпуляцій, фіброгастроскопії. Мікробіологічний склад ексудату черевної порожнини вивчався у всіх пацієнтів під час оперативного втручання, що дозволяло підтвердити інфікування черевної порожнини і вивчити чутливість висіяних мікроорганізмів до антибактеріальних засобів.

Статистична обробка результатів проведена за стандартними методами варіаційної статистики з використанням пакетів комп'ютерних програм Statistica 6.0 for Windows і QuattroPro 12.0 for Windows. Імовірність різниці оцінювали за критерієм Ст'юдента при $p < 0,05$ [3].

Результати. Обговорення

Від початку захворювання до 6 годин госпіталізовано 169 (67%) пацієнтів, через 6-12 годин - 36 (14%) пацієнтів, через 12-24 годин - 27 (11%) пацієнтів, пізніше 24 годин - 21 (8%). У приймальному відділенні діагноз перфоративної виразки був поставлений 220 (87%) пацієнтам, при цьому у 24 (9%) пацієнтів для верифікації діагнозу проведена фіброгастродуоденоскопія з повторною оглядовою рентгенографією органів черевної порожнини.

У зв'язку з відсутністю чіткої картини перфоративної виразки 15 (6%) хворим з діагностичною метою проведено лапароцентез з постановкою "пошукового катетера" - виділення через катетер повітря і серозно-гнійного ексудату підтвердило діагноз перфоративної виразки. Діагностична лапароскопія виконана 13 (5%) пацієнтам, при цьому у 8 хворих перфоративний отвір ушито лапароскопічно, а у 5 проведена конверсія у зв'язку з локалізацією перфоративного отвору по малій кривизні, по великій кривизні пілоричного відділу шлунка - у 2.

Пацієнти, оперовані відразу після проведення передопераційної підготовки, яка проведена протягом 1 години у 214 (84%) пацієнтів, протягом 2,5 годин у 34 (13%) пацієнтів у зв'язку з явищами гострої серцево-судинної, дихальної і ниркової недостатності. Після 24 годин від моменту надходження оперовані 8 (3%) хворих у зв'язку з атиповою картиною перфоративної виразки і пізньою діагностикою захворювання.

Більша частина пацієнтів - 167 (66%) хворих були

прооперовані в терміни до 6 годин з моменту початку захворювання, 35 (14%) хворих оперовані в проміжок від 6 до 12 годин від початку захворювання, 23 (9%) хворих - в термін від 12 до 24 годин і 28 (11%) хворих - в терміни більше 24 годин, що було пов'язано або з пізньою госпіталізацією хворих, або з труднощами діагностики (прикрита виразка).

Передопераційну підготовку проводили введенням розчинів електролітів, глюкози, перед операцією проводили декомпресію шлунка. З метою зниження компартмент-синдрому і зменшення токсичного всмоктування перитонеального ексудату у 45 (18%) пацієнтів проводився абдоміоцентез на 2 см нижче пупка в точці Калька з доопераційним дренажуванням черевної порожнини трубчастим дренажем діаметром 5-7 мм, через який після виходження ексудату вводили 200 мл розчину Декасану. Передопераційна підготовка з використанням ще до операції розчину Декасан для санації черевної порожнини сприяла в поєднанні з інфузійною терапією стабілізації стану пацієнтів.

245 (97%) пацієнтам з перфоративною гастродуоденальною виразкою виконували серединну лапаротомію (з них у 5 (2%) випадків конверсія після лапароскопії). У 8 (3%) виконано лапароскопічне ушивання перфоративного отвору передньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки. Під час операції проводили ревізію черевної порожнини, визначали локалізацію перфоративного отвору, його розміри, характер і поширеність ексудату. За поширеністю ексудату у 154 (61%) пацієнтів був виявлений поширений перитоніт, у 78 (31%) місцевий необмежений перитоніт, у 21 (8%) пацієнта місцевий обмежений перитоніт.

Під час оперативного втручання визначали характер ексудату. У 154 (61%) випадках визначався фібринозно-гнійний ексудат, серозно-фібринозний - у 35 (14%) пацієнтів, серозний - у 35 (14%) і гнійний - у 29 (11%) оперованих. Виконувалася аспірація ексудату, санація черевної порожнини стерильним 0,9% фізіологічним розчином до "чистої води", з подальшим застосуванням розчину Декасан. При фібринозно-гнійному або серозно-фібринозному перитоніті крім аспірації ексудату максимально видаляли фібринозні нашарування на очеревині і внутрішніх органах, які є осередками інфекції та можуть служити причиною міжпетлевих абсцесів або прогресування перитоніту в післяопераційному періоді.

При бактеріологічному дослідженні ексудату з черевної порожнини ріст патологічної мікрофлори не був виявлений у 134 пацієнтів (53%). У 119 (47%) пацієнтів в посівах ексудату з черевної порожнини був виявлений ріст мікрофлори. Відсутність росту патогенної мікрофлори у більшій частині оперованих пояснюється тим, що кислий шлунковий сік, який потрапляє в черевну порожнину в перші години після перфорації, ще деякий час має свої бактерицидні властивості. Тому посіви ексудату, взяті в найближчі години після перфорації виразки є стерильними. У міру втрати своїх бактерицидних

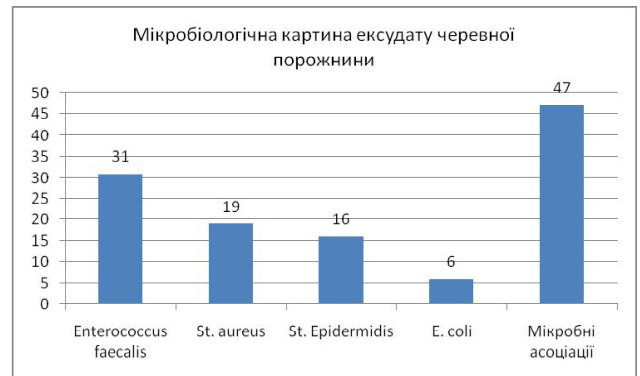


Рис. 1. Частота збудників, що зустрічаються в ексудаті черевної порожнини у пацієнтів з перфоративною гастродуоденальною виразкою.

властивостей з часом і залуження шлункового соку при його змішуванні з вмістом черевної порожнини створюються оптимальні умови для розвитку патогенної мікрофлори.

У 119 посівах ексудату з черевної порожнини, у яких висіялася патогенна мікрофлора, домінували Enterococcus faecalis - 31 пацієнт (26,1%), St. aureus - у 19 (15,9%), St. Epidermidis - у 16 (13,5%), E. coli - у 6 (5%), мікробні асоціації у 47 оперованих (39,5%) (рис. 1).

Аналіз результатів бактеріологічного дослідження ексудату черевної порожнини в залежності від термінів від початку захворювання до початку оперативного втручання показував, що до 6 годин ріст патогенної мікрофлори виявлено у 78 (46%) хворих, до 12 годин - у 22 (61%) хворих, до 24 годин - у 21 (78%) хворих і більше 24 годин - у 21 (100%) хворого.

Обсяг і вид оперативного втручання залежав в кожному конкретному випадку від локалізації виразки і стадії перитоніту. Застосовували комбінований дворядний шов за способом Тупе. За характером оперативних втручань у 44 (48%) пацієнтів було виконано оперативне втручання - ушивання перфоративного отвору, в тому числі у 8 (3%) хворих було виконано лапароскопічне ушивання перфоративного отвору. Висічення виразки по Джаду-Хорслі проведено 112 (44%) хворим, за Гейнеке-Мікулічем - 69 (27%), за Фінеєм - 3 (1%). У 5 (2%) пацієнтів при наявності протистоячої пенетруючої в головку підшлункової залози виразки виконана екстеріоризація пенетруючої виразки з наступною сегментарною пілородуоденопластикою. Первинна резекція шлунка по Більрот 2 виконана 13 (5%) пацієнтам при наявності гігантських циркулярних пілородуоденальних виразок з проведенням зонду для ентерального харчування, яке починали з другої доби післяопераційного періоду з введенням глюкозо-електролітної суміші, а пізніше - сумішей для харчування. Зондове харчування проводили 4-5 діб до відновлення активної моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту. У 7 пацієнтів (3%) при високій кардіальній виразці була виконана драбинчата резекція шлунка.

Усі оперативні втручання закінчували дренажуванням черевної порожнини і постановкою спарених назогастрального і назоудоденального зондів. В післяопераційному періоді пацієнти отримували інфузійну терапію з урахуванням ступеню дегідратації, центрального венозного тиску, під контролем артеріального тиску, діурезу. Проводилась корекція водно-електролітного дисбалансу (0,9% натрію хлорид 400,0, розчин Хартмана 500 мл, розчин Рінгера 200 мл). Антибактеріальна терапія проводилась з використанням препаратів широкого спектру дії (цефтріаксон 1 г внутрішньовенно 2 рази на добу або амоксицилін + клавуланат 1,2 г внутрішньовенно 3 рази на добу протягом 5 днів або комбінація левофлоксацину 500 мг внутрішньовенно 1 раз на добу з метронідазолом 500 мг 2 рази на добу протягом 7 днів). З метою знеболювання призначали опіоїдні, пізніше - нестероїдні протизапальні засоби (5% розчин кетопрофену 2 мл в / м 2 рази на добу). Для стимуляції перистальтики в післяопераційному періоді призначали 0,5% розчин метоклопраміду 2 мл в/м 2 рази перші 2-3 доби.

Для пригнічення шлункової секреції призначалися інгібітори протонної помпи (пантопразол 40 мг) і H₂ - гістаміноблокатори (квamatел 20 мг), антацидні препарати (маалокс). Для корекції ендотеліальної дисфункції застосовували препарати гідроксietіленкрохмалю, аргінін, глутамінову кислоту, сорбілакт і реосорбілакт, використовували зондове введення ентеросгелю.

Профілактику тромбоемболічних ускладнень здійснювали призначенням надропаріну кальцію по 0,3 мл 1 раз на добу протягом 7-10 діб, еластичною компресією нижніх кінцівок.

У комплексі післяопераційного ведення пацієнтів також проводилися санація ротоглотки, дихальна гімнастика, вібромасаж грудної клітини.

Серед ускладнень в післяопераційному періоді спостерігали неспроможність кишкових швів у 4 (1,5%) хворих. В одному випадку неспроможність швів виникла на 7 добу після ушивання хронічної виразки в середній третині малої кривизни шлунка - проведена релапаротомія, первинна резекція 2/3 шлунка по Білльот 2, хвора одужала. У другому випадку на 5 добу виникла неспроможність швів куksi дванадцятипалої кишки після первинної резекції по Білльот 2. Під час релапаротомії виявлено дефект в лінії швів до 4 мм, який був вшитий і перитонізований пасмом сальника. Хворий видужав. У третьому випадку настала неспроможність швів після ушивання виразки пілоричного відділу шлунка на тлі субкомпенсованого стенозу виходу зі шлунка. Неспроможність лінії швів наступила на 5 добу. Виконана релапаротомія, ушивання місця неспроможності, формування заднього гастро-ентероанастомозу. Хворий видужав. Ще у однієї хворої на 5 добу наступила неспроможність кишкових швів після ушивання перфоративної виразки цибулини дванадцятипалої кишки. Від можливої релапаротомії хвора відмовилася, прогресували явища пол-

іорганної недостатності від яких на 4 добу після виникнення неспроможності хвора померла. У 2 (0,8%) хворих спостерігали незначну шлунково-кишкову кровотечу з лінії кишкового шва, яка була зупинена консервативно. Евентрації, які виникли в 2 (0,8%) випадках на 5 і 7 добу були ушиті.

Летальність серед 253 пацієнтів з перфоративною гастрододенальною виразкою становила 29 (11,5%) випадків. Усі летальні випадки були госпіталізовані в стаціонар в терміни після 24 годин від моменту початку захворювання з поширеним перитонітом. Релапаротомій серед 29 летальних випадків не було. Причиною летальності у 17 (59%) пацієнтів було прогресування поліорганної недостатності. Всі ці хворі померли до 3х діб від моменту операції. Позаочеревинними ускладненнями, які привели до смерті стали - гострий інфаркт міокарду - 2 (6,8%) пацієнта, тромбоемболія легеневої артерії - 2 (6,8%), гіпостатична пневмонія - 1 (3,4%).

Кількість хворих з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки з року в рік не зменшується. При труднощах в діагностиці необхідно вдаватися до ультразвукового дослідження, лапароцентезу з постановкою "пошукового катетера", комп'ютерної томографії, діагностичної лапароскопії або лапаротомії. При відкритій операції в нашій клініці віддають перевагу органозберігаючим операціям. До первинної резекції шлунка вдаємося при неможливості провести висічення або ушивання перфоративної виразки. При проведенні лапароскопічної операції - операцією вибору є ушивання проривної виразки. Створення ваготомії в клініці замінили "медикаментозною ваготомією".

При бактеріологічному дослідженні перитонеально-го вмісту у прооперованих пацієнтів з перфоративною гастрододенальною виразкою в терміни до 6 годин з моменту перфорації, в 78 хворих (46%) виявлено ріст мікрофлори, в терміни від 6 до 12 годин ріст мікрофлори виявлено у 22 хворих (61%), з 12 год до 24 годин - у 21 хворого (78%) і пізніше 24 годин - у 21 (100%) відповідно.

Проведений аналіз показав, що фактичний час з моменту перфорації не може бути абсолютним показником ступеню вираженості запалення очеревини. Характер бактеріальної контамінації залежить від кількості вмісту шлунка в момент перфорації, діаметру перфоративного отвору, обсягу вмісту в черевній порожнині. У найкоротші терміни після перфорації відбувається нейтралізація кислого шлункового вмісту, який через перфоративний отвір потрапляє в черевну порожнину. Там же створюються оптимальні умови для розвитку патогенної мікрофлори.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Термін від моменту перфорації до початку оперативного втручання не може слугувати єдиним критерієм у виборі методу оперативного втручання, і є недостатнім для розцінювання, як абсолютний показник до можливості виконання так званих радикальних оперативних

втручань (резекція шлунка). Поліпшити результати лікування хворих з перфоративною гастродуоденальною виразкою можливо шляхом раннього звернення пацієнтів до лікарні, своєчасної постановки діагнозу і

адекватної периопераційної корекції. Лапароскопічна операція має переваги перед операцією з лапаротомного доступу та є перспективним методом лікування перфоративної гастродуоденальної виразки.

Список посилань

1. Афендулов, С. А., Журавлев Г. Ю., & Краснолуцкий, Н. А. (2005). *Лечение прободной язвы*. Москва.
2. Гарелик, П. В., Дубровщик, О. И., Довнар, И. С., & Цилиндз, И. Т. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему выбора метода оперативного лечения. *Новости хирургии*, 22 (3), 321-25.
3. Гланц, С. (1998). *Медико-биологическая статистика*: пер. с англ. С. Гланц. Москва: Практика.
4. Гостищев, В. К., Евсеев, М. А. & Головин, Р. А. (2005). Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему. *РМЖ*, 13 (25), 1663-67.
5. Гринев, М. В., & Плотников, Ю. В. (2012). Состояние экстренной хирургической помощи в Санкт-Петербурге. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*, 171(3), 102-5.
6. Козлов, А. А. (2009). Оперативное лечение пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. *Аспирантский вестник Поволжья*, 7-8, 87-90.
7. Совцов, С. А. (2015). Выбор способа лечения прободной гастродуоденальной язвы. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 11, 41-45.
8. Цуканов, Ю. Т., & Никитин, В. Н. (2014). Результаты лечения пациентов с прободной язвой и рубцовой деформацией пилорoduоденальной зоны. *Новости хирургии*, 22 (3), 313-20.
9. Buck, D. L., Vester-Andersen, M., & Moller, M. H. (2013). Danish clinical register of emergency surgery. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. *Br. J. Surg.*, 100 (8), 1045-1049. DOI: 10.1002/bjs.9175.
10. Szabo, S., Kusstatscher, S., Sandor, Z., & Sakoulas, G. (1995). Molecular and cellular basis of ulcer healing. *Scand. J. Gastroenterol. Suppl.*, 208, 3-8. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7777801>.
11. Saccomani, G., Percivale, A., & Stella, M. (2003). Laparoscopic Billroth II gastrectomy for completely stricturing duodenal ulcer: technical details. *Scand. J. Surg.*, 92 (3), 200-2. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8252217>.
12. Svanes, C. (2000). Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment and prognosis. *Wid. J. Surg.*, 24 (3), 277-83. DOI:10.1007/s002689910045.
13. vibora metoda operativnogo lecheniya [Perforated gastroduodenal ulcers: a look at the problem of choosing the method of surgical treatment]. *Novosti hirurgii - Surgery News*, 22 (3), 321-25.
14. Glanz, S. (1998). *Medico-biologicheskaya statistika*: per. s angl. S. Glanz. [Medico-biological statistics: Per. with English. S. Glantz]. Moskva: Praktika.
15. Gostishev, V. K., Evseev, M. A., & Golovin, R. A. (2005). Perforativnye gastroduodenalnye yazvy: vzglyad na problemu [Perforated gastroduodenal ulcers: a look at the problem]. *RMJ*, 13 (25), 1663-67.
16. Grinev, M. V. & Plotnikov, U. V. (2012). Sostoyanie ekstreynnoy hirurgicheskoy pomoschi v Sankt-Peterburge [The state of emergency surgical care in St. Petersburg]. *Vestnik hirurgii im. Grekova - Bulletin of Surgery named I.I. Grekova*, 171 (3), 102-5.
17. Kozlov, A. A. (2009). Operativnoe lechenie pacientov s perforativnymi yazvami zheludka i dvenadcatiperstnoy kishki [Operative treatment of patients with perforated ulcers of the stomach and duodenum]. *Aspirantskiy vestnik Povolgya - Postgraduate Bulletin of the Volga*, 7-8, 87-90.
18. Sovcov, S. A. (2015). Vybora sposoba lecheniya probodnoy gastroduodenalnoy yazvy [The choice of treatment for perforated gastroduodenal ulcers]. *Hirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named N.I. Pirogov*, 11, 41-45.
19. Cukanov, Yu. T., & Nikitin, V. N. (2014). Rezultaty lecheniya pacientov s probodnoy yazvoj i rubcovo deformatciej piloroduodenalnoy zony [The results of treatment of patients with perforated ulcer and cicatricial deformity of the pyloroduodenal zone]. *Novosti hirurgii - Novosti hirurgii*, 22 (3), 313-20.
20. Buck, D. L., Vester-Andersen, M., & Moller, M. H. (2013). Danish clinical register of emergency surgery. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. *Br. J. Surg.*, 100 (8), 1045-1049. DOI: 10.1002/bjs.9175.
21. Szabo, S., Kusstatscher, S., Sandor, Z., & Sakoulas, G. (1995). Molecular and cellular basis of ulcer healing. *Scand. J. Gastroenterol. Suppl.*, 208, 3-8. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7777801>.
22. Saccomani, G., Percivale, A., & Stella, M. (2003). Laparoscopic Billroth II gastrectomy for completely stricturing duodenal ulcer: technical details. *Scand. J. Surg.*, 92 (3), 200-2. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8252217>.
23. Svanes, C. (2000). Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment and prognosis. *Wid. J. Surg.*, 24 (3), 277-83. DOI:10.1007/s002689910045.

References

1. Afendulov, S. A., Guravlev, G. U. & Krasnoluckij N. A. (2005). *Lechenie probodnoy yazvu [Treatment of perforated ulcers]*. Moskva.
2. Garelik, P. V., Dubrovshchik, O. I., Dovnar, I. S., & Cilindz, I. T. Perforativnye gastroduodenalnye yazvu: vzglyad na problemu

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Покидько М.И., Форманчук Т.В., Гончаренко О.В., Форманчук А.М., Кацал В.А.

Аннотация. Цель - улучшить непосредственные результаты хирургического лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией путем использования миниинвазивной коррекции и применения комплексного лечения. Проанализированы результаты лечения 253 пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в хирургическом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи с 2013 года по июнь 2018 года. Среди язв желудка хронических выявлено у 82 (32%) случаях, острых - в 42 (17%) случаях. Хронических язв двенадцатиперстной кишки было 94 (37%), острых - 35 (14%). Диагностическая лапароскопия выполнена 13 (5%) пациентам, при этом 8 (3%) больным перфоративное отверстие ушито лапароскопически, а у 5 (2%) проведена конверсия. У 45 (18%) пациентов проводился абдоминоцентез с дооперационным дренированием брюшной полости с постановкой дренажа, через который после удаления экссудата вводили 200 мл Декасан. У 119 посевов экссудата из брюшной полости, в которых высевалась патогенная микрофлора, среди монокультуры доминировал *Enterococcus faecalis* - у 31 пациента (26%). Среди осложнений в послеоперационном периоде наблюдали несостоятельность кишечных швов у 4

(1,5%) больных. Послеоперационная летальность составила 11,5%. Причиной летальности у 17 (59%) пациентов было прогрессирование полиорганной недостаточности. Таким образом, срок от момента перфорации до начала оперативного вмешательства не может служить единственным критерием в выборе метода оперативного вмешательства, и недостаточный для расценивания, как абсолютный показатель к возможности выполнения так называемых радикальных оперативных вмешательств (резекция желудка). Лапароскопическое ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы безусловно имеет преимущества перед операцией из лапаротомного доступа.

Ключевые слова: перфоративная гастродуоденальная язва, перитонит, оперативное лечение.

THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PERFORATED GASTRODUODENAL ULCERS

Pokydko M.I., Formanchuk T.V., Goncharenko O.V., Formanchuk A.M., Katsal V.A.

Annotation. To improve the immediate results of surgical treatment of patients with perforated gastroduodenal ulcers using minimally invasive correction and an integrated treatment. The results of 253 patients with perforated gastroduodenal ulcers who were treated from 2013 to 2018 were analyzed. Chronic ulcers were found in 82 (32%) cases among all gastric ulcers, acute ones constituted 42 (16%) cases. Chronic duodenal ulcers reached 94 (37%), acute ones constituted 35 (14%). The diagnostic laparoscopy was performed in 13 (5%) patients, in 8 (3%) patients the perforated hole was sutured laparoscopically and in 5 (2%) patients the conversion was performed. Abdominocentesis with preoperative abdominal cavity drainage was carried out in 45(18%) patients. Through this drainage after exudate evacuation 200 ml of dekasol solution was injected. In 119 cultures of abdominal exudates with determinate pathogenic microflora *Enterococcus faecalis* dominated - 31 patients (26%). Among the postoperative complications the failure of intestinal sutures was observed in 4 (1.5%) patients. Postoperative mortality was 11.5%. Progression of multiple organ failure became the cause of mortality in 17 (59%) patients. Thus, the time from the moment of perforation till the moment of surgery must not be the sole criterion in the choice of method of operative intervention, and it is insufficient as an absolute indicator for the possibility of the radical surgical procedures (gastric resection). Undoubtedly laparoscopic suturing of the perforated gastroduodenal ulcer has advantages over laparotomy.

Keywords: perforated gastroduodenal ulcer, peritonitis, surgical treatment.
