



ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АГРЕССИВНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Турсунова Дилнура Акрам кизи

*студентка 3 курса лечебного факультета Самаркандского
Государственного Медицинского Университета*

Актуальность: В мире язвенной болезнью ежегодно болеют 4 миллионов человек, а перфорация язвы происходит у 5% из них. Перфорация хронической язвы возникает у 15% больных с язвенной болезнью. У 0.6-5.5% больных имеют место явление повторной перфорации. Необходимо отметить, что за последнее десятилетие был отмечен как общий рост заболеваемости населения язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, так и увеличение количества осложненных форм язвенной болезни. Например летальность при перфорации колеблется от 1,3% до 29,4%.

Одной из основных нерешенных задач в лечении больных с перфоративными язвами является вопрос выбора объема первичной операции. Одни авторы предлагают выполнять простое ушивание перфорационного отверстия. 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.

Ключевые слова: язва, перитонит, агрессивность течения, Ph экссудата брюшной полости, первичное оперативное вмешательство.

Материалы и методы исследования: Исследование было выполнено на основании полученных научных результатов и выводов, которые были определены использованием достаточного количества клинического материала (312 пациентов), современных и информативных методов исследований и статистической обработки данных.

Результаты исследования: Было проведено изучение результатов лечения 312 пациентов, последовательно поступивших в стационар с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки. Критериями включения в исследование были: наличие у больного язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией и распространенным перитонитом; длительность от момента перфорации больше 6 часов. Этот срок был обусловлен тем, что в период до 6 часов от момента перфорации хирург может



выполнять любой объем оперативного пособия, а после 6 часов необходимо минимизировать объем операции. Критериями исключения из исследования были: наличие у больного язвенной болезни желудка, осложненной перфорацией; отказ от оперативного лечения; наличие у больного какой-либо другой экстренной хирургической патологии, требующей оперативного лечения. [1].

Все пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составили 260 больных, результаты лечения которых оценивали ретроспективно. В основную группу вошли 52 пациента, лечение которых осуществляли на основании разработанных принципов. Эту часть исследования проводили проспективно. Среди больных, вошедших в исследование, было 237 мужчин и 75 женщин. Средний возраст пациентов составил $52,3 \pm 6,7$ лет. 268 больных обратились за медицинской помощью в первые 24 часа от начала заболевания (85,9%), 44 (14,1%) позднее 24 часов. У 102 больных (32,7%) язвенный анамнез отсутствовал и перфорация была первым проявлением язвенной болезни. У всех больных перитонит был распространенным. Степень тяжести перитонита оценивали по Мангеймскому индексу перитонита. [2].

Для выработки критериев, на основании которых интраоперационно и индивидуально могло быть принято решение о выполнении операции, которая бы отвечала принципам, предъявляемым к операциям при перфорации язвы двенадцатиперстной кишки, у пациентов контрольной группы было проведено исследование экссудата брюшной полости. У 102 пациентов контрольной и 52 пациентов основной группы был проведен посев экссудата на рост микрофлоры. После выполнения лапаротомии брали 5 мл экссудата из брюшной полости и помещали его в стерильную пробирку. Исследование проводили в бактериологической лаборатории клиник СамГМУ. Определение pH экссудата брюшной полости выполняли с помощью pH-метра. Продолжительность исследования не превышала 10 минут и не влияла на скорость выполнения операции. [3].

По результатам исследования среди 102 пациентов контрольной группы, которым было проведено измерение pH экссудата брюшной полости, 90 пациентов выздоровели и 12 умерли. При расчете среднего значения pH экссудата брюшной полости умерших пациентов было получено $6,09 \pm 0,44$. 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.

Для обоснования минимального, но в тоже время адекватного объема оперативного вмешательства были ретроспективно сопоставлены результаты операций простого ушивания перфорационного отверстия и операций иссечения язвы с пилоропластикой по Джадду. В данную часть исследования вошли 204 пациента контрольной группы. Эти пациенты были разделены нами



на две категории – категория I и категория II. Категорию I составили 54 пациента, которым было выполнено ушивание перфорационного отверстия. Категорию II составили 150 пациентов, у которых было выполнено иссечение перфоративной язвы с пилоропластикой по Джадду. Больные анализируемых категорий были сопоставимы по времени от момента перфорации и по характеру экссудата брюшной полости. [4].

Таким образом, у больных категории I возрастание летальности было статистически значимо ($p < 0,05$), а у пациентов категории II оно было статистически незначимо ($p > 0,05$).

От операции простого ушивания перфорационного отверстия язвы двенадцатиперстной кишки у больных с прогрессирующим перитонитом целесообразно отказаться поскольку при выполнении этой операции летальность становится статистически значимо выше на 60,9%. Оптимальным вариантом в подобной ситуации следует признать операцию иссечения язвы с пилоропластикой, которая не увеличивает ни время, ни травматичность вмешательства. [5].

При сочетании перфорации язвы двенадцатиперстной кишки с пенетрацией стенозом и кровотечением оперативное пособие должно быть направлено на устранение всех выявленных осложнений. Оптимальным объемом операции в данной ситуации следует признать операцию резекции 2/3 желудка предпочтительнее по способу Бильрот. Подобная тактика привела к статистически незначимому снижению летальности на 12,4%. Применение у больных с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки тактики выбора объема первичной операции, основанной на прогнозировании агрессивности течения перитонита, на фоне статистически незначимого снижения послеоперационной летальности на 1,5% привело к статистически значимому увеличению числа выполненных патогенетически обоснованных первичных операций на 18,6% при снижении относительного риска на 16,3% и отношении шансов 5,29.

Выводы: Таким образом, полученные данные об агрессивности течения перитонита при перфорации язвы двенадцатиперстной кишки расширяют современные представления об индивидуальной диагностике при данной патологии. Представляется целесообразным проведение исследований для оценки агрессивности течения перитонита, вызванного другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Интраоперационный способ диагностики характера микрофлоры при распространенном перитоните [Текст] / Вачев А.Н., Корытцев В.К., Антропов



И.В., Щербатенко В.Ю., Скупченко С.С. // Вестник медицинского института "Реавиз": реабилитация, врач и здоровье. – 2017. – Т.30. - №6. – С. 150 – 153

2. Выбор объема операции при сочетании перфорации язвы двенадцатиперстной кишки с другими осложнениями язвенной болезни [Текст] / Вачев А.Н., Корытцев В.К., Антропов И.В. // Хирургия. – 2013. - №11. – С. 29-31.

3. Первичное прогнозирование необходимости последующих релапаротомий у больных распространенным перитонитом [Текст] / Вачев А.Н., Корытцев В.К., Щербатенко В.Ю., Антропов И.В. // Материалы IX Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием «Перитонит от А до Я». – Ярославль, 2016. – С.171-172.

4. Хирургическое лечение больных в терминальном состоянии при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки [Текст] / Корытцев В.К., Дергаль С.В., Козлов А.А., Антропов И.В., Гарин Л.П., Кочетков О.И. // Хирургия. – 2011. - №8. – С. 87-88.

5. Почему следует отказаться от операции ушивания язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией? [Текст] / Вачев А.Н., Корытцев В.К., Антропов И.В., Щербатенко В.Ю. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2018. – Т. 178. - №3. – С. 41 - 44.