

УШИВАНИЕ ИЛИ ИССЕЧЕНИЕ ПРОБОДНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ?

В.Л. Полуэктов¹, В.Н. Никитин¹, В.М. Ситникова¹, К.К. Пархоменко²,
М.В. Ганенков³, А.С. Вяльцин¹

¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Российская Федерация, 644099, г. Омск, ул. Ленина, д. 12

² БУЗ ОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2»,
Российская Федерация, 644021, г. Омск, ул. Лизы Чайкиной, д. 7

³ БУЗ ОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1»,
Российская Федерация, 644112, г. Омск, ул. Перелета, д. 9

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов ушивания перфорации и иссечения язвы с радикальной дуоденопластикой при операциях по поводу прободной дуоденальной язвы.

Материал и методы. В открытое когортное проспективное контролируемое исследование были включены 68 пациентов, распределенные на две сопоставимые по возрасту группы. В основную группу вошли 33 пациента (48,5%), которым было выполнено иссечение язвы с дуоденопластикой двухуровневым непрерывным швом. Оперативное пособие включало в себя верхнесрединную лапаротомию, поперечную дуоденотомию через перфоративное отверстие, экстерриторизации и обработки язвенного кратера, при пенетрации в гепатодуоденальную связку; иссечение язвы в пределах перифокального отека, ушивание раны кишки двухуровневым непрерывным швом, санации и дренирования брюшной полости. Группу сравнения составили 35 (51,5%) пациентов, которым было выполнено ушивание перфоративного отверстия двухуровневым непрерывным швом.

Результаты. Разработанный способ иссечения язвы с дуоденопластикой двухуровневым непрерывным швом позволяет сократить количество рецидивов через 1 год после операции с 42,1 до 4,5%, за счет лучшего восстановления барьерной функции слизистого слоя кишки, что в целом способствует большей удовлетворенности пациентов результатом операции.

Заключение. Результаты проспективного исследования доказывают эффективность применения иссечения прободной язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в сравнении с простым ушиванием перфорации. Предложенный способ позволяет снизить вероятность рецидива язвенной болезни в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: прободная язва, двенадцатиперстная кишка, пенетрация, дуоденопластика.

Конфликт интересов: авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Для цитирования: Полуэктов В.Л., Никитин В.Н., Ситникова В.М., Пархоменко К.К., Ганенков М.В., Вяльцин А.С. Ушивание или иссечение прободной дуоденальной язвы? *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*. 2020;23(1):48–57.
doi 10.17223/1814147/72/05

SEWING OR EXCEPTION OF A PERMANENT DUODENAL ULCER?

V.L. Poluektov¹, V.N. Nikitin¹, V.M. Sitnikova¹, K.K. Parhomenko²,
M.V. Ganenkov³, A.S. Vyaltzin¹

¹Omsk State Medical University,
12, Lenin st., Omsk, 644099, Russian Federation

² City Clinical Emergency Hospital №2,
7, Liza Chaykina st., Omsk, 644021, Russian Federation

³ City Clinical Emergency Hospital №1 in Omsk
9, Pereleta st., Omsk, 644112, Russian Federation

Goal. Comparative analysis of the results of suturing perforation and excision of the ulcer with radical duodenoplasty in operations for a perforated duodenal ulcer.

Material and methods. The open cohort prospective controlled trial included 68 patients divided into two age-identical groups. The main group included 33 (48.5%) patients who underwent ulcer excision with duodenoplasty using a two-level continuous suture. Operational manual included upper-middle laparotomy, transverse duodenotomy through the perforated hole of extrateritorial and treatment of ulcer crater, with penetration in hepatoduodenal ligament; excision of the ulcer within perifocal edema, wound closure bowel duplex with a continuous suture, sanitation and drainage of abdominal cavity. The comparison group consisted of 35 (51.5%) patients who underwent two-level continuous suturing of a perforated hole.

Results. The developed method of excision of ulcers with duodenoplasty with a two-level continuous suture reduces the number of relapses after 1 year after surgery from 42.1 to 4.5%, due to better restoration of the barrier function of the intestinal mucosa, which in General contributes to greater patient satisfaction with the result of the operation.

Conclusion. The results of a prospective study prove the effectiveness of excision of a perforated ulcer of the anterior wall of the duodenal bulb in comparison with simple suturing of the perforation, reducing the likelihood of recurrence of peptic ulcer disease in the long-term postoperative period.

Keywords: *perforated ulcer, duodenum, penetration, duodenoplasty.*

Conflict of interest: the authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this paper.

Financial disclosure: no author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

For citation: Poluektov V.L., Nikitin V.N., Sitnikova V.M., Parhomenko K.K., Ganenkov M.V., Vyaltsin A.S. Sewing or excision of a permanent duodenal ulcer? *Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2020;23(1):48–57.
doi 10.17223/1814147/72/05

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных мировых медицинских и социальных проблем настоящего времени в неотложной хирургии являются прободные язвы [1–4]. Согласно данным из доклада главного хирурга Минздрава России А.Ш. Ревитшвили, представленного на заседании Профильной комиссии по хирургии 14 декабря 2019 г., частота перфоративных язв в нашей стране составляет 17,1 случая на 100 тыс. взрослого населения. При снижении оперативной активности при прободных язвах с 99% в 2010 г. до 93,2% в 2018 г. отмечен ежегодный рост послеоперационной летальности соответственно с 7,5 до 9,2%. В первую очередь, это обусловлено увеличением доли поздних госпитализаций – с 18,6% в 2010 г. до 25,7% – в 2018 г. [5]. Однако на высокие показатели послеоперационной летальности оказывают влияние и другие факторы: выраженность сопутствующей патологии, преклонный возраст, гипоальбуминемия [3]. Индивидуализация выбора метода оперативного пособия в каждом конкретном случае позволяет улучшить

результаты хирургического лечения прободных дуоденальных язв [6]. Ушивание перфорации в современных условиях выполняется у 94% больных с прободной язвой [7]. Улучшению результатов раннего послеоперационного периода способствуют мини-доступные и эндовидеоскопические технологии [6, 8, 9], доля которых растет с каждым годом и в 2018 г. в России составила 9,4%, при этом в С.-Петербурге – 31,8%, в Москве – 55,4% [5]. Отдаленный послеоперационный период при ушивании перфорации характеризуется большим количеством рецидивов язвенной болезни (ЯБ), по разным данным, от 6,6 до 62,9% [4, 9–11].

Значительно реже выполняется иссечение перфоративной язвы, по данным В.П. Сажина и соавт., – у 2–11% больных [7]. При иссечении язвы количество рецидивов ЯБ, по сведениям С.А. Вавринчука и соавт. (2013), в 4 раза меньше, чем после ушивания [12]. Высокая частота рецидивов ЯБ после ушивания побуждает к дальнейшему анализу их причин, свидетельствует о необходимости пересмотра тактических подходов при выборе способа хирургического

лечения и требует разработки дифференцированного подхода к отбору пациентов для радикального хирургического лечения ЯБ [2, 4, 11].

Цель исследования: сравнительный анализ результатов лечения прободных дуоденальных язв посредством ушивания перфорации и иссечения язвы с дуоденопластикой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В открытое когортное проспективное контролируемое исследование были включены 68 пациентов (64 мужчины (94,1%) и 4 женщины (5,9%), оперированных в хирургических отделениях БУЗ ОО «ГК БСМП № 1» и «ГК БСМП № 2» г. Омска по поводу прободных дуоденальных язв в период с февраля 2015 г. по ноябрь 2019 г. Возраст пациентов варьировал от 23 до 58 лет, средний возраст – 37,6 лет (95%-й доверительный интервал 35,8; 40,7) года.

Критерии включения пациентов в исследование: возраст до 60 лет, локализация язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК), без вовлечения в патологический процесс пилоруса; длительность заболевания до 12 ч, согласие пациента на включение в исследование.

Критерием исключения являлась декомпенсация сопутствующей патологии.

В сроки от 1 до 6 ч после перфорации поступили 25 (36,8%) пациентов, от 6 до 12 ч от начала заболевания – 43 (63,2%) больных. Преобладающее количество перфораций (у 48 (70,6%) пациентов) произошло в весенне-осенний период.

Наличие компенсированной сопутствующей патологии, выявленной у 32 человек (47,1%), не повлияло на течение послеоперационного периода.

Все пациенты были оперированы через верхнесрединную лапаротомию в течение 2 ч от момента поступления в стационар. После ревизии органов брюшной полости и верификации перфоративной язвы луковицы ДПК определяли объем оперативного пособия.

Пациентам основной группы – 33 человека (48,5%), средний возраст – 39,3 (36,1; 42,6) года – было выполнено иссечение язвы с дуоденопластикой двухуровневым непрерывным швом (патент РФ на изобретение № 2654272 от 17.05.2018). Показаниями к избранному объему вмешательства являлись, согласно Национальным клиническим рекомендациям [7]: прорезывание швов (в случае невозможности ушить прободное отверстие) у 17 (51,5%) пациентов, пенетрация язвы в гепатодуоденальную связку – у 15 (45,5%) больных. У одного пациента (3%) прободная язва осложнилась состоявшимся кровотечением, подтвержденным эндоскопически (ФПС).

Способ заключается в следующем: после верхнесрединной лапаротомии, ревизии брюшной полости, выявления прободной язвы передней стенки луковицы ДПК и определения объема оперативного вмешательства, производили мобилизацию ДПК по Кохеру, далее выполняли поперечную дуоденотомию через центр перфоративного отверстия, краниально и каудально до границы перифокальной инфильтрации (рис. 1).

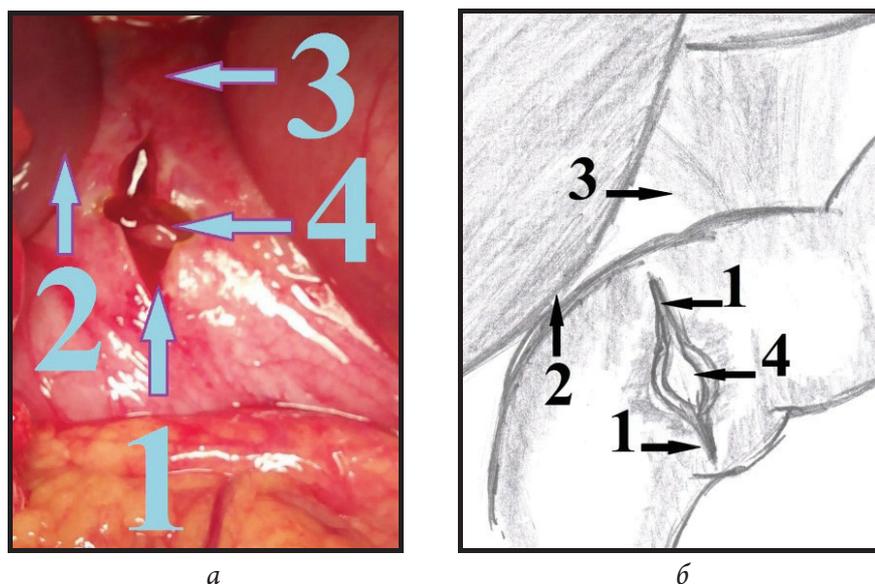


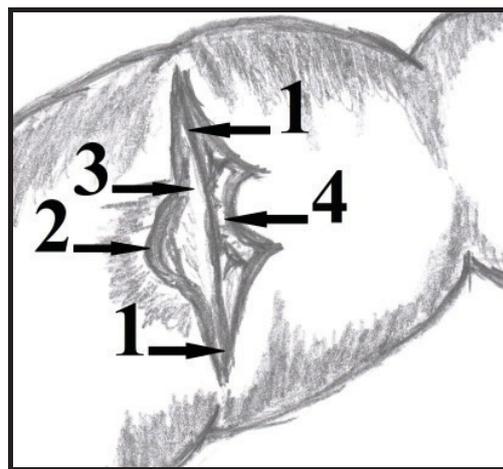
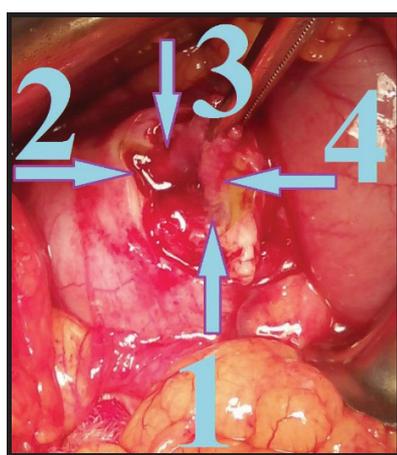
Рис. 1. Этап поперечной дуоденотомии через центр перфоративного отверстия прободной язвы ДПК (а – фото, б – схема): 1 – линия поперечной дуоденотомии, 2 – край печени, 3 – гепатодуоденальная связка, 4 – перфоративное отверстие

Fig. 1. Stage of transverse duodenotomy through the center of the perforated hole of the perforated duodenal ulcer (а – photo, б – scheme): 1 – line of transverse duodenotomy, 2 – edge of the liver, 3 – hepatoduodenal ligament, 4 – perforated hole

При пенетрации язвы в гепатодуоденальную связку выполняли экстерриторизацию и обработку язвенного кратера с мукоклазией остатков слизистой в зоне язвенного поражения. Производили иссечение язвенного дефекта на передней стенке орально и аборально, под визуальным контролем до границы периульцерарного отека (рис. 2, 3).

Зашивание раны передней стенки луковицы ДПК производили двухуровневым непрерывным швом. Сначала (рис. 4, а) использовали непрерывный обвивной серозно-мышечно-подсли-

зистый шов (викрил 3/0) в поперечном направлении к оси луковицы ДПК: первый стежок непрерывного шва делали на краниальном углу образовавшейся кишечной раны, завязывали первый узел-«фиксатор», далее накладывали 4–5 стежков непрерывного обвивного вворачивающего серозно-мышечно-подслизистого шва, не проникающего в просвет кишки, последний стежок производили на каудальном углу образованной кишечной раны, нить затягивали до соприкосновения тканей и формировали второй узел-«фиксатор».

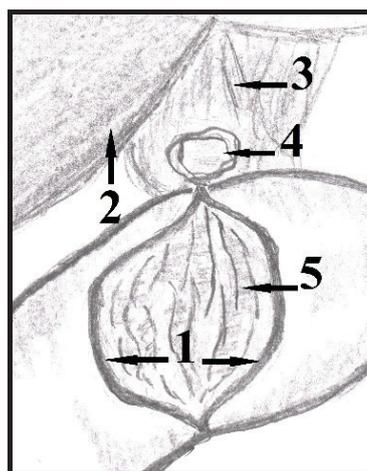
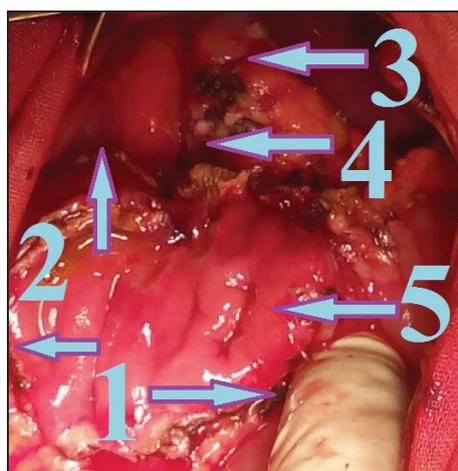


а

б

Рис. 2. Этап иссечения язвенного дефекта на передней стенке вместе с перфоративным отверстием (а – фото, б – схема): 1 – граница иссечения пораженных тканей передней стенки луковицы ДПК, 2 – полуокружность перфоративного отверстия, 3 – просвет луковицы ДПК, 4 – язвенный кратер передней стенки луковицы ДПК

Fig. 2. The stage of excision of a ulcerative defect on the front wall together with the perforated hole (а – photo, б – scheme): 1 – the border of the excised tissue of the anterior wall of the duodenal bulb, 2 – the semicircle of the perforated hole, 3 – the lumen of the duodenal bulb, 4 – ulcer crater of the anterior wall duodenal bulb



а

б

Рис. 3. Вид раны передней стенки луковицы ДПК после иссечения прободной язвы, пенетрирующей в гепатодуоденальную связку (а – фото, б – схема): 1 – оральный и аборальный края раны передней стенки луковицы ДПК после иссечения язвы, 2 – край печени, 3 – гепатодуоденальная связка, 4 – язвенный кратер, пенетрирующий в гепатодуоденальную связку, 5 – просвет луковицы ДПК

Fig. 3. View of the wound of the anterior wall of the duodenal bulb after excision of the perforated ulcer, penetrating into the hepatoduodenal ligament (а – photo, б – scheme): 1 – oral and aboral edges of the wound of the anterior wall of the duodenal bulb after excision of the ulcer, 2 – liver edge, 3 – hepatoduodenal ligament, 4 – ulcerative crater penetrating into the hepatoduodenal ligament; 5 – lumen of the duodenal bulb

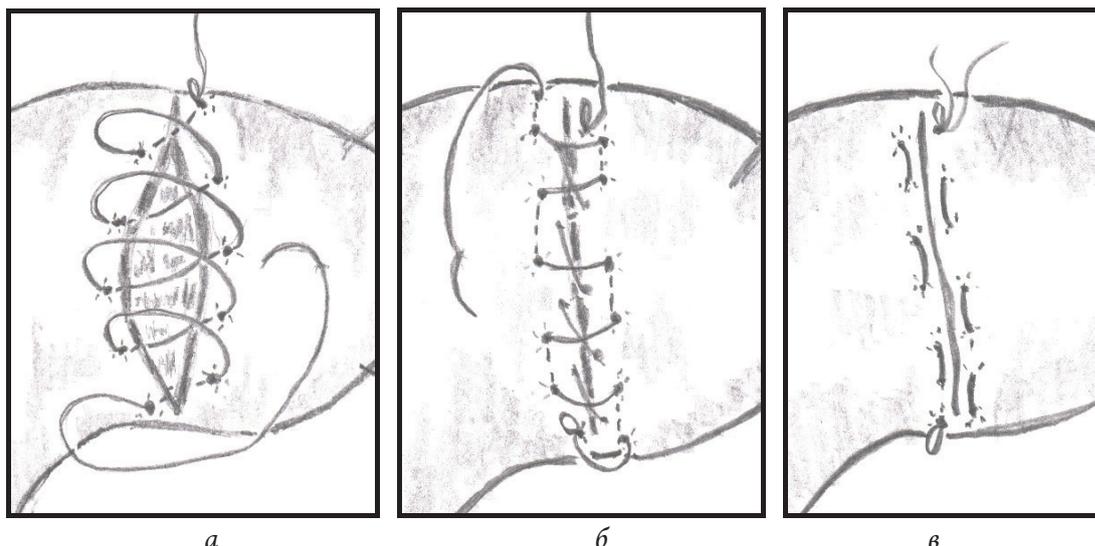


Рис. 4. Схема зашивания раны передней стенки луковицы ДПК после иссечения прободной язвы двухуровневым непрерывным швом: а – наложение первого уровня шва, б – наложение второго уровня шва, в – завершающий вид зашитой раны стенки кишки

Fig. 4. Scheme for suturing the wound of the anterior wall of the duodenal bulb after excision of the perforated ulcer with a two-level continuous suture: а - application of the first level of the suture, б - application of the second level of the suture, в - final view of the sewn wound on the intestinal wall

Второй уровень шва (рис. 4, б) производили этой же нитью в обратном направлении на расстоянии 0,5 см от линии шва первого уровня, погружая последнюю челночным серо-серозным швом, нить затягивали до соприкосновения тканей и связывали конец нити с нитью первого узла-«фиксатора» (рис. 4, в).

Группу сравнения составили 35 (51,5%) пациентов, которым выполнено ушивание перфоративного отверстия двухуровневым непрерывным швом [13]. Средний возраст больных этой группы – 37,8 (34,7; 40,9) года.

После иссечения язвы или ушивания перфорации и санации брюшной полости производили дренирование (в зависимости от распространенности перитонита: диффузный распространенный у 47 (69,1%) больных, разлитой – в 21 случае (30,9%)) и послойное зашивание лапаротомной раны. Лечение в ближайшем послеоперационном периоде выполнялось всем пациентам однотипно и включало антисекреторную и эрадикационную фармакотерапию [7].

Сравнительный анализ групп пациентов предусматривал сравнительную оценку: 1) продолжительности операции; 2) послеоперационных осложнений; 3) длительности стационарного лечения; 4) эндоскопической картины и удовлетворенности пациентов результатом лечения через 1 год после операции.

Наблюдение отдаленных результатов (через 1 год после операции) проводилось в амбулаторно-поликлинических условиях: обследован 41 пациент (60,3%), в том числе 22 (66,7%) больных основной группы и 19 (54,3%) – группы

сравнения. Результаты оценивали по данным фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), а также в соответствии с рекомендациями экспертов Всемирной организации здравоохранения, с расчетом составляющих качества жизни (КЖ) по русскоязычной версии общего опросника SF-36 (Short Form) [14].

Исследование выполнено в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации и одобрено локальным этическим комитетом Омского государственного медицинского университета (протокол №83 от 14.10.2016).

Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью прикладных компьютерных программ Microsoft Office Excel и Statistica 6,0 на операционной платформе Windows XP. Исследуемые показатели имели нормальное распределение, результаты приведены в их среднем значении со стандартным отклонением ($M \pm \sigma$), с учетом 95%-го доверительного интервала. Для установления статистической значимости различий в показателях основной и сравниваемой групп применялся параметрический t-критерий Стьюдента. Для непараметрического анализа использован критерий однородности хи-квадрат (χ^2). Статистически значимыми считали различия показателей при значении коэффициента $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравниваемые группы пациентов были сопоставимы по демографическому составу,

тяжести состояния и давности перфорации ($p > 0,05$).

Согласно табличным данным для критического уровня статистической значимости ($p = 0,05$) и количества степеней свободы ($df = 66$), критическое значение t -критерия Стьюдента составляет 1,997, что ниже значения, полученного в результате расчетов длительности операции в сравниваемых группах (табл. 1), следовательно, различие по данному признаку в сравниваемых группах является статистически значимым.

Таблица 1. Показатели длительности операции и стационарного лечения ($M \pm \sigma$)

Table 1. The duration of surgery and inpatient treatment ($M \pm \sigma$)

Параметр	Длительность операции, мин	Длительность стационарного лечения, койко-дней
Основная группа ($n = 33$)	$60,9 \pm 9,4$	$9,59 \pm 0,94$
Группа сравнения ($n = 35$)	$50,8 \pm 10,7$	$9,83 \pm 1,31$
t -критерий Стьюдента	4,1	0,36
p	$\leq 0,05$	0,05

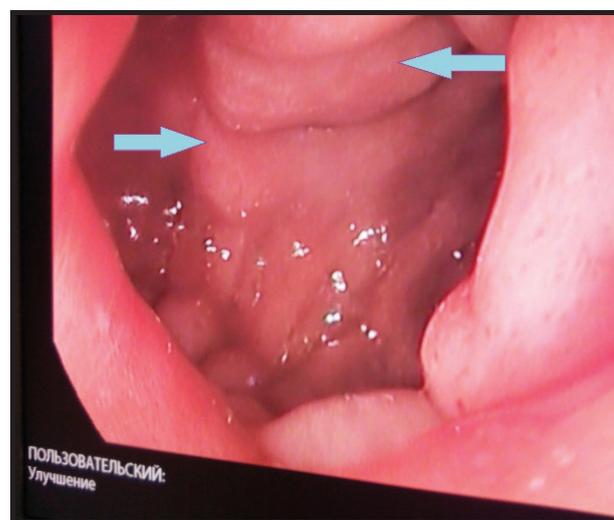
При сравнении продолжительности нахождения пациентов в стационаре (табл. 1) полученное значение критерия Стьюдента ($t = 0,36$) было ниже уровня табличного критического значения, что позволяет говорить о правомерности нулевой гипотезы, т.е. об отсутствии статистически значимых различий в сравниваемых группах по исследуемому признаку.

В раннем послеоперационном периоде осложнений (пневмония, несостоятельность швов, прогрессирующий перитонит, кишечное кровотечение), а также летальных исходов в сравниваемых группах не отмечено. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии для амбулаторного лечения и наблюдения в поликлинических условиях.

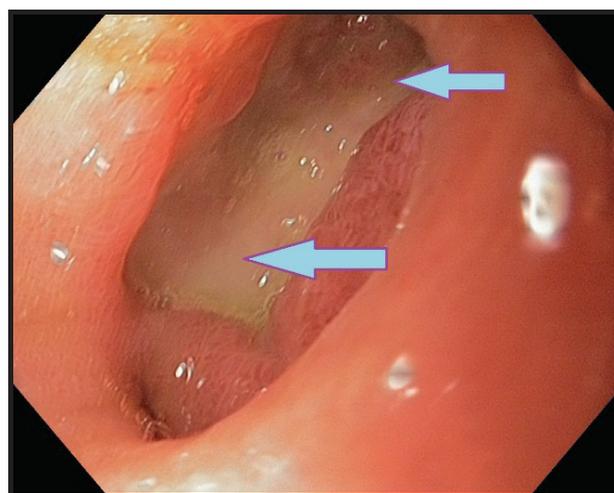
Через 1 год после операции были осмотрены 22 пациента из основной группы и 19 – из группы сравнения. Всем выполнено очное клиническое обследование, ФГДС и предоставлены для заполнения анкеты русскоязычной версии общего опросника SF-36.

Рецидив язвы через 1 год выявлен у одного пациента (4,5%) основной группы, во всех остальных случаях 21 рубец (95,5%) в зоне зашитой раны кишки (рис. 5, а) имел линейную форму с минимальными признаками воспаления и деформации просвета. В то же время у пациентов группы сравнения в 8 случаях (42,1%) при эндо-

скопическом исследовании выявлена рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки (рис. 5, б) с язвенными дефектами в центре рубца ($\chi^2 = 7.790$; $p = 0.006$).



а



б

Рис. 5. Результаты ФГДС через 1 год после операции: а – вид луковицы ДПК после иссечения прободной язвы у пациента А. 27 лет (стрелками показан линейный рубец), б – вид луковицы ДПК после ушивания прободной язвы у пациента С. 34 лет (стрелками показан обширный язвенный дефект с рубцовой деформацией просвета кишки)

Fig. 5. The results of fibrogastroduodenoscopy 1 year after surgery: а – view of the duodenal bulb after excision of a perforated ulcer in a patient A., 27 years old (arrows show a linear scar), б – view of a duodenal bulb after suturing of a perforated ulcer in a patient C., 34 years old (arrows show an extensive ulcer defect with cicatricial deformity of the intestinal lumen)

Результаты оценки качества жизни, полученные согласно опросника SF-36 у 41 пациента (60,3%) через 1 год после операции прободной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки представлены в табл. 2.

Таблица 2. Показатели шкал опросника SF-36 через 1 год после операции ($M \pm \sigma$)Table 2. The indicators of the scales of the questionnaire SF-36 1 year after surgery ($M \pm \sigma$)

Группа	Количество пациентов	Средние показатели шкалы опросника SF-36									
		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS
Основная	22	73,5 ± ± 26,4	60,0 ± ± 37,6	69,8 ± ± 23,3	53,4 ± ± 9,7	63,0 ± ± 12,5	72,5 ± ± 23,7	70,0 ± ± 18,9	67,2 ± ± 8,6	45,3 ± ± 9,9	49,0 ± ± 3,8
Сравнения	19	58,4 ± ± 18,3	44,5 ± ± 15,7	53,3 ± ± 10,9	37,1 ± ± 8,4	58,7 ± ± 8,4	47,1 ± ± 17,5	60,4 ± ± 13,9	53,2 ± ± 7,6	37,9 ± ± 5,3	40,3 ± ± 5,1
<i>t</i>	$t_{кр} (df = 39)$ 2,023	4,4	3,9	4,3	5,2	2,5	5,8	3,5	5,1	2,8	3,1
<i>p</i>	0,05	≤0,05	≤0,05	≤0,05	≤0,05	≤0,05	≤0,05	≤0,05	≤0,05	≤0,05	≤0,05

Примечание. PF (Physical functioning) – физическое функционирование; RP (Role-physical functioning) – ролевое функционирование; BP (Bodily pain) – интенсивность боли; GH (General health) – общее состояние здоровья; VT (Vitality) – жизненная активность; SF (Social functioning) – социальное функционирование; RE (Role-emotional) – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH (Mental health) – психическое здоровье; PCS (Physical component summary) – суммарный показатель физического здоровья; MCS (Mental component summary) – суммарный показатель психического здоровья.

ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе результатов исследования статистически значимых различий в сравниваемых группах по признакам длительности пребывания в стационаре и количеству послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде не получено. Результаты не превышали таковых для описанных объемов оперативных вмешательств, представленных в литературе [12]. Получены статистически значимые различия по длительности оперативного лечения, при этом средняя продолжительность оперативного лечения в основной группе составили 60,9 (57,6; 64,3) мин, в группе сравнения – 50,8 (47,1; 54,5) мин, и их разница составила около 10 мин. Этот недостаток оперативного вмешательства с иссечением язвы, производимого пациентам основной группы, может быть нивелирован при расширении показаний и количественном росте производимых оперативных пособий.

Результаты сравнительного клинического анализа выявили преимущество иссечения язвы через 1 год после операции, которое выразилось в меньшем количестве рецидивов: 4,5% случаев в основной группе против 42,1% в группе сравнения. Этот факт повлиял и на показатели оценки пациентами КЖ, по всем параметрам получены статистически значимые различия в пользу операции иссечения язвы, которая является более радикальной. Сравнение показателей КЖ с таковыми, представленными в литературных источниках [12], показало положительное восприятие пациентами результатов выполнения иссечения дуоденальной язвы при ее прободении.

По мнению А.Н. Вачева и соавт. (2018), это связано, прежде всего, с тем, что при простом ушивании дефекта снижается надежность швов, наложенных на воспаленные нередко рубцово-измененные края перфоративного отверстия, что создает условия для прогрессирования воспалительных изменений в окружающих язву тканях [2]. В дальнейшем на фоне хронического воспаления происходят необратимые дегенеративные изменения интрамурального сосудистого русла в области передней стенки луковицы ДПК, что влечет за собой локальное снижение барьерной функции слизистой кишки. Присутствие факторов агрессии, в первую очередь, гиперацидных состояний, способствует повторному возникновению язвенного дефекта в зоне рубцово-измененной стенки ДПК. При иссечении язвы и зашивании раны в результате восстановления целостности слизистой оболочки создаются хорошие предпосылки для регенерации мышечного слоя, при этом даже частичное восстановление сократительной функции мышечного слоя способно улучшить венозный отток и ускорить регресс воспаления. Таким образом, иссекая язву в пределах границы перифокального воспаления и ушивая рану, мы частично прерываем цепь патогенетических механизмов возникновения рецидива за счет лучшей трофики тканей проблемной зоны. При этом авторы статьи согласны с мнением П.В. Гарелик и соавт. (2014), рекомендующих избегать при экстренной операции различных видов ваготомии, заменив ее медикаментозной ваготомией в послеоперационном периоде [6].

Считаем, что пришло время говорить о возможности изменения парадигмы в тактических

подходах, определяющих объем оперативного вмешательства при перфоративных язвах передней стенки луковицы ДПК. Безусловно, при сохранении принципов дифференцированного подхода в отборе пациентов, подлежит обсуждению хирургического сообщества вопрос о расширении показаний к иссечению язвы передней стенки ДПК при ее перфорации.

Противопоказаниями к иссечению прободной язвы передней стенки луковицы ДПК, на наш взгляд, могут являться: 1) перфорация острых (ювенильных, симптоматических, медикаментозных) язв; 2) перфорация хронических язв, имеющих диаметр перфоративного отверстия до 0,5 см, перифокального воспаления до 1,0 см; 3) распространенный гнойный перитонит, 4) декомпенсация сопутствующей патологии. В первых двух случаях проблема может быть решена посредством эндовидеоскопического

ушивания перфорации. Два последних пункта являются дискуссионными [2], скорее следует говорить об относительных противопоказаниях, и требуют дальнейшего изучения.

ВЫВОДЫ

1. Способ иссечения язвы с дуоденопластикой двухуровневым непрерывным швом является воспроизводимым и может быть рекомендован к применению в клинической практике.

2. Иссечение язвы с дуоденопластикой в сравнении с простым ушиванием перфорации позволяет уменьшить вероятность рецидивов через 1 год после операции с 42,1 до 4,5% за счет лучшего восстановления барьерной функции слизистого слоя кишки, что в целом способствует большей удовлетворенности пациентов результатом лечения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Алыбаев Э.У., Чапыев М.Б., Алыбаев М.Э. Сравнительная оценка результатов диагностики и лечения больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. *Международный журнал прикладных фундаментальных исследований*. 2016;(6):466-469 [Alybaev E.U., Chapyev M.B., Alybaev M.E. Sravnitel'naya ocenka rezul'tatov diagnostiki i lecheniya bol'nyh s perforativnoy yazvoy zheludka i dvenadcatiperstnoy kishki [Comparative evaluation of the results of diagnosis and treatment of patients with perforated gastric and duodenal ulcers]. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnyh fundamentalnyh issledovaniy – International Journal of Applied Basic Research*. 2016;(6):466-469 (In Russ.)].
2. Вачев А.Н., Корытцев В.К., Антропов И.В., Козлов А.А. Почему следует отказаться от операции простого ушивания язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией? *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2018;9:41-44 [Vachev A.N., Korytzev V.K., Antropov I.V., Kozlov A.A. Pochemu sleduet otkazat'sya ot operacii prostogo ushivaniya yazyv dvenadcatiperstnoy kishki, oslozhnennoy perforaciey [Why should we refuse simple suturing of duodenal ulcer complicated by perforation]. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2018;9:41-44. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/hirurgia201809142>
3. Подолужный В.И. Современные представления о генезе, методах диагностики и хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2019;4(1):73-79 [Podoluzhnyi V.I. Sovremennyye predstavleniya o geneze, metodah diagnostiki i hirurgicheskogo lecheniya perforativnyh yazv dvenadcatiperstnoy kishki [Current concepts of etiology, diagnosis, and surgical treatment of perforated duodenal ulcer]. *Fundamentalnaya i klinicheskaya Medicina – Fundamental and Clinical Medicine*. 2019;4(1):73-79 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2019-4-1-73-79>
4. Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Габидуллин И.Р., Абдуллин Р.С., Хисамутдинова Р.И. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2015;10(6(60)):22-26 [Timerbulatov V.M., Mekhdiev D.I., Timerbulatov Sh.V., Gabidullin I.R., Abdullin R.S., Hisamutdinova R.I. Hirurgicheskaya taktika pri perforativnyh gastroduodenal'nyh yazvah [Surgical tactics for perforated gastroduodenal ulcers]. *Medical Bulletin of Bashkortostan*. 2015;10(6(60)):22-26 (In Russ.)].
5. Ревিশвили А.Ш. *Хирургическая помощь в РФ – основные проблемы*. Доклад главного внештатного хирурга Минздрава России акад. РАН А.Ш. Ревিশвили. Москва. 14 декабря 2019 г. <https://xn----7sbgcd3afnu7aa9ax5f.xn--p1ai/images/uploads/docs/2019-12-14/Revishvili.pdf> [Revishvili A.Sh. Hirurgicheskaya pomoshch v RF – osnovnye problemy/ Doklad glavnogo vneshtatnogo hirurga Minzdrava Rossii akad. RAN A.Sh. Revishvili. [Surgical care in the Russian Federation – the main problems. Report of the Chief Freelance Surgeon of the Ministry of Health of Russia, Academician of the Russian Academy of Sciences A.Sh. Revishvili. Moscow. December 14, 2019]. <https://xn----7sbgcd3afnu7aa9ax5f.xn--p1ai/images/uploads/docs/2019-12-14/Revishvili.pdf> (In Russ.)].
6. Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Довнар И.С., Цилиндыз И.Т. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему выбора метода оперативного лечения. *Новости хирургии*. 2014;22(3):321-325. <https://doi.org/10.18484/2305-0047.2017.6.574> [Garelik P.V., Dubrovchik O.I., Dovnar I.S., Tsilindz I.T.

- Perforativnye gastroduodenalnye yazvy: vzglyad na problemu vybora operativnogo lecheniya [Perforated gastroduodenal ulcers: a view on the issue of choosing a specific surgical approach]. *Novosti Khirurgii*. 2014 May-Jun; 22(3):321-325 (In Russ.).]
7. Сажин В.П., Бронштейн П.Г., Зайцев О.В., Кондрусь И.В., Кривцов Г.А., Лобанков В.М., Совцов С.А., Прудков М.И., Федоров А.В., Хрипун А.И., Юдин В.А. Национальные клинические рекомендации «Прободная язва». *XII съезд хирургов России «Актуальные вопросы хирургии»*. Ростов-на-Дону, 7–9 октября 2015 г. [Sazhin V.P., Bronshteyn P.G., Zaytsev O.V. Nacional'nye klinicheskie rekomendacii «Probodnaya yazva». *XII S'ezd hirurgov Rossii "Aktual'nye voprosy hirurgii"*. Rostov-na-Donu, 7–9 oktyabrya 2015. 37 p. National clinical guidelines “Perforated ulcer”. *XII S'ezd hirurgov Rossii “Aktual'nye voprosy hirurgii”*. Rostov-on-Don, 7–9 october 2015. 37 p. (In Russ.).]
 8. Алекберзаде А.В., Крылов Н.Н., Рустамов Э.А., Бадалов Д.А., Поповцев М.А. Ушивание перфоративной пептической язвы: лапароскопическое или открытое? *Хирургия*. 2017;(2):45-50. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2017245-50> [Alekbierzade A.V., Krylov N.N., Rustamov E.A., Badalov D.A., Popovtsev M.A. Ushivanie perforativnoy pepticheskoy yazvy: laparoskopicheskoe ili otkrutoe? [Perforated peptic ulcer closure: laparoscopic or open?] *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*, 2017;2:P. 45-50]. (in Russ.) doi: 10.17116/hirurgia2017245-50
 9. Левчук А.Л., Абдуллаев А.Э. Сравнительная характеристика результатов лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. 2017;12(4(2)):42-46 [Levchuk A.L., Abdullaev A.E. Sravnitel'naya harakteristika pezul'tatov lecheniya bol'nyh s perforativnymi gastroduodenalnymi yazvami [Comparative characteristics of the results of treatment of patients with perforated gastroduodenal ulcers]. *Vestnik Nacionalnogo mediko-hirurgicheskogo centra im. N.I. Pirogova – Bulletin of N.I. Pirogo. the National Medical and Surgical Center*. 2017;12(4 (2)):42–46. (In Russ.).]
 10. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Аксененко А.В., Ермолаев Ю.Д., Соколов С.А., Лобачев Р.С., Медведев А.С. К вопросу выбора радикальной операции у больных после ранее ушитых перфоративных гастродуоденальных язв. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*. 2005;(1(12)):44-47. [Zherlov G.K, Koshel A.P., Akseenenko A.V., Ermolaev Yu.D., Sokolov S.A., Lobachev R.S., Medvedev A.S. K voprosu vybora radikal'noy operacii u bol'nyh posle ranee ushityh perforativnyh gastroduodenal'nyh yazv [On the choice of radical surgery in patients after previously sutured perforated gastroduodenal ulcers]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy hirurgii – Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2005;(1(12)):44-47 (In Russ.).]
 11. Хрипун А.И., Сажин И.В., Шурыгин С.Н., Махуова Г.Б. Ускоренная реабилитация при прободной язве двенадцатиперстной кишки. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2018;6:58-61. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2018658-61> [Khripun A.I., Sazhin I.V., Shurygin S.N., Makhuova G.B. Uskorennaya reabilitaciya pri probodnoy yazve dvenadcatiperstnoy kishki [Fast track rehabilitation in perforated duodenal ulcer]. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2018;6:58-61 (In Russ.).]
 12. Вавринчук С.А., Косенко П.М., Чернышов Д.С. *Современные аспекты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки*. Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2013:241 с. [Vavrinchuk S.A., Kosenko P.M., Chernyshov D.S. *Sovremennye aspekty hirurgicheskogo lecheniya perforativnoy yazvy dvenadcatiperstnoy kishki* [Modern aspects of surgical treatment of perforated ulcers of the duodenum]. Khabarovsk: Red.-izd. centr IPKSZ, 2013:241 p. (In Russ.).]
 13. Полуэктов В.Л., Никитин В.Н., Клипач С.Г. Пластическое устранение перфорации при осложненных пилородуоденальных язвах. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*. 2018;21(1):49-56 [Poluektov V.L., Nikitin V.N., Klipach S.G. Plasticheskoe ustranenie perforacii pri oslozhnennyh piloroduodenal'nyh yazvah [Plastic elimination of perforation in complicated pyloroduodenal ulcers]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy hirurgii – Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2018;21(1):49-56 (In Russ.).]
 14. Жерлов Г.К., Синько С.П. Выбор способа лечения дуоденальных язв на основании исследования качества жизни. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*. 2005;(1(12)):51-53 [Zherlov G.K., Sinko S.P. Vyor metod lecheniya perforativnyh duodenal'nyh yazv [The choice of treatment for duodenal ulcers based on a study of quality of life]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy hirurgii – Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2005;(1(12)):51-53 (In Russ.).]

Поступила в редакцию 20.11.2019, утверждена к печати 06.02.2020
Received 20.11.2019, accepted for publication 06.02.2020

Сведения об авторах:

Полуэктов Владимир Леонидович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России (г. Омск).

Никитин Вячеслав Николаевич*, канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии с курсом урологии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России (г. Омск).

E-mail: nikitin-1966@inbox.ru

Ситникова Валентина Михайловна, канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом урологии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России (г. Омск).

Пархоменко Константин Константинович, зам. главного врача по хирургии БУЗ ОО ГК БСМП № 2 (г. Омск).

Ганенков Михаил Валерьевич, зав. хирургическим отделением БУЗ ОО ГК БСМП № 1 (г. Омск).

Вяльцин Алексей Сергеевич, канд. мед. наук, доцент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России (г. Омск).

Information about authors:

Vladimir L. Poluektov, Dr. Med. sci., Professor, head of the Department of Faculty Surgery with a Course of Urology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.

Vyacheslav N. Nikitin*, Cand. Med. sci., Associate Professor, the Department of Faculty Surgery with a Course of Urology, Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation.

E-mail: nikitin-1966@inbox.ru

Valentina M. Sitnikova, Cand. Med. sci., Assistant, the Department of Faculty Surgery with a Course of Urology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.

Konstantin K. Parkhomenko, Deputy Chief Physician for Surgery, the City Clinical Emergency Hospital No. 2, Omsk, Russia.

Mikhail V. Ganenkov, head of the Surgical Department, the City Clinical Emergency Hospital No. 2, Omsk, Russia.

Alexey S. Vyaltsin, Cand. Med. sci., Associate Professor, the Department of Topographic Anatomy and Surgery, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.