

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОСТОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ И РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

*С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев*

Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

Произведен сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения 69 пациентов с прободной пилородуоденальной язвой, перенесших резекцию желудка или простое ушивание перфорации. Отдаленные результаты хирургического лечения оценивалось при помощи специально разработанного опросника КОЛЕДЖ. Отдаленные показатели здоровья у пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу перфоративной пилородуоденальной язвы достоверно хуже показателей здоровья контрольной группы, состоявшей из здоровых респондентов. Качество жизни пациентов в отдаленном периоде после первично-радикальной резекции желудка достоверно лучше, чем после простого ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы.

**Ключевые слова:** пилородуоденальная язва, хирургическое лечение, ушивание, перфорация, резекция желудка

Прободная гастродуоденальная язва сохраняет высокую социальную значимость [2].

В ходе операции по поводу прободной пилородуоденальной язвы перед хирургом нередко встает дилемма: ограничиться простым ушиванием перфоративного отверстия или выполнить радикальную операцию – резекцию желудка. Помимо известных определяющих факторов, как, например, тяжесть состояния пациента или наличие перитонита, важным критерием выбора объема операции является достижение удовлетворительных отдаленных результатов вмешательства. Наиболее существенным недостатком простого ушивания перфорации считается высокая вероятность рецидива язвенной болезни, которая может достигать 60-70% и является основной причиной неудовлетворительных отдаленных результатов [3,5,8]. У значительной части этих пациентов течение язвенной болезни вновь приобретает осложненный характер, 27-54% больных с рецидивом язвы нуждаются в повторном оперативном вмешательстве [4,13].

В связи с внедрением в клиническую практику высокоэффективных анти-секреторных препаратов в литературе появились сообщения о возможности достижения приемлемого уровня качества жизни среди пациентов, перенесших простое ушивание прободной язвы. Отдаленные результаты становятся сопоставимыми с результатами первично-радикальных оперативных вмешательств, таких как резекция желудка [9,11]. Основным условием безрецидивного отдаленного периода авторы считают постоянное наблюдение и лечение у гастроэнтеролога [6,7,12].

Возможность эффективно улучшить отдаленные результаты ушивания прободной язвы путем противоязвенной терапии ряд ученых подвергает сомнению.

Например, у 62% оперированных больных, несмотря на амбулаторные и стационарные курсы противоязвенного лечения, возник рецидив язвы, подавляющему большинству больных потребовалась радикальная операция [4]. Кроме того, около 90% больных с осложненной язвенной болезнью просто не могут позволить себе адекватную фармакотерапию, соблюдение диеты и режима [1].

Таким образом, вопрос преимущества простого ушивания прободной пилорoduodenальной язвы или первичной резекции желудка в контексте достижения наилучших отдаленных результатов остается открытым. Целью нашего исследования явилось сравнительное изучение качества жизни пациентов, перенесших эти два вида операции, а также выявление основных гастроэнтерологических синдромов, представленных в отдаленном послеоперационном периоде.

### **Материал и методы**

Изучены результаты хирургического лечения 69 пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу перфоративной пилорoduodenальной язвы. Выборочные совокупности пациентов были сформированы методом случайного отбора. Пациенты были разделены на 2 группы: группа I – имеющие в анамнезе ушивание перфоративной язвы, группа II – перенесшие резекцию желудка. Все больные были мужского пола, возраст колебался от 28 до 46 лет, срок с момента операции составил от 2 до 8 лет (табл. 1).

*Таблица 1*

#### ***Характеристика пациентов по возрасту и сроку с момента операции***

	Контрольная группа	I группа	II группа
Количество пациентов (n)	30	38	31
Возраст (M±m)	37,02±5,32	37,41±4,59	35,16±5,28
Срок с момента операции (M±m)	-	3,88±1,77	4,19±1,75

Критериями исключения явились тяжелые сопутствующие заболевания, которые существенно ухудшали качество жизни пациента: суб- и декомпенсированный сахарный диабет, хронический алкоголизм, онкологические заболевания.

Отдаленные результаты хирургического лечения оценивалось при помощи специально разработанного опросника КОЛЕДЖ [10], который предложен для измерения отдаленных результатов после вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке. В ходе обследования пациенты самостоятельно заполняли анкету, состоящую из 6 разделов. Каждый раздел содержал вопросы, позволяющие оценить вклад определенного гастроэнтерологического синдрома в субъективную оценку состояния здоровья: AP – болевой синдром, DS – диспептический, RF – гастроэзофагеальный рефлюкс, VD – вегетативные расстройства, SD – нарушения стула, QL – оценка своего самочувствия в целом. Максимально возможное количество баллов для каждого из разделов – 20 баллов, минимальное – 0 баллов. Более высокое количество баллов соответствует большей тяжести проявлений патологического синдрома.

Для создания референтной базы стандартизованных популяционных «норм» опросника, была сформирована контрольная группа из 30 здоровых добровольцев той же возрастной категории, что и группы пациентов.

Статистическая обработка результатов выполнялась на персональном компьютере с использованием пакета анализа программы “Excel 2007”, производилось вычисление среднего значения, стандартного отклонения и критерия Стьюдента.

### Результаты и их обсуждение

Результаты тестирования респондентов показаны в таблице 2. В обеих основных группах показатели всех 6 разделов были достоверно ( $p < 0,05$ ) хуже, чем в группе контроля.

Таблица 2

#### Результаты анкетирования пациентов

	Контрольная группа (M±m)	I группа (M±m)	II группа (M±m)
AP (абдоминальная боль)	1,73±1,95	3,74±3,10	7,61±3,71 *
DP (диспептические расстройства)	1,77±2,03	3,92±2,16	5,29±3,29
RF (пищеводный рефлюкс)	1,60±2,04	3,49±3,32	3,07±2,94
VD (демпинг-синдром)	0,73±0,91	3,97±4,04	1,96±1,37*
SD (нарушения стула)	1,27±1,74	3,05±2,45	3,68±2,04
QL (оценка самочувствия в целом)	3,00±2,95	6,13±3,08	8,43±2,06*
Сумма	10,10±9,70	24,31±11,37	30,04±11,52*

\*-  $p < 0,05$  по сравнению с аналогичным показателем I группы.

В группе пациентов перенесших резекцию желудка наиболее значительной, по сравнению с контрольной группой, была разница в разделе вегетативных расстройств, характерных для демпинг-синдрома (VD) – в 5,4 раза. Показатели остальных разделов, включая показатель собственной оценки пациентом своего здоровья (QL), превышали показатели контроля в 2,2-2,4 раза.

В группе пациентов, перенесших простое ушивание перфоративной язвы, максимальное отклонение от здоровых респондентов наблюдалось в разделе, характеризующем интенсивность абдоминального болевого синдрома (AP). Среднее значение этого показателя превысило контроль в 4,4 раза. Вероятно, болевой синдром во II группе имеет кислотозависимый характер и связан с рецидивом язвенной болезни после паллиативного вмешательства. Этим же можно объяснить и большую частоту диспептических расстройств. Основной вклад в значение раздела SD (расстройства стула) обеспечили вопросы, характеризующие степень выраженности запоров.

При сравнении I и II групп статистически достоверные различия обнаружены в показателях разделов, отражающих интенсивность болей в животе (AP), выраженность симптомов демпинг-синдрома (VD) и собственную оценку пациентом своего здоровья (QL). Показатель AP I группы превышал аналогичный показатель II группы в 2 раза, что может свидетельствовать о том, что частота кислотозависи-

мых болей в желудке значительно ниже после радикальной операции, чем после простого ушивания перфорации.

Среди 38 пациентов, перенесших резекцию желудка, нами выявлено 3 случая демпинг-синдрома: У 2 пациентов, перенесших резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру, имел место демпинг-синдром легкой и средней степени тяжести. В разделе VD, они набрали, соответственно, 12 и 18 баллов. 1 пациент, с легким демпинг-синдромом, перенесший резекцию желудка по Бильрот-I, имел значение VD 13 баллов. Наличие этих пациентов обусловило превышение среднего показателя VD в 2 раза по сравнению с аналогичным показателем II-ой группы.

Несмотря на лучший результат в разделе VD, среднее суммарное значение шкалы в группе перенесших простое ушивание перфоративной язвы, выше ( $p < 0,05$ ) суммарного значения пациентов, имеющих в анамнезе резекцию желудка.

### Выводы

Отдаленные показатели здоровья у пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу перфоративной пилорoduodenальной язвы достоверно хуже показателей здоровья здоровых респондентов.

Качество жизни пациентов в отдаленном периоде после первично-радикальной резекции желудка достоверно лучше, чем после простого ушивания перфоративной пилорoduodenальной язвы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А. Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Лечение прободной язвы. - М.: ФГУП ИПЦ ФИНОПОЛ, 2005. - 168 с.
2. Головин Р.А. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему // Росс. мед. журнал. - 2009. - Т. 13. - № 25. - С. 11-13.
3. Ермолаев Ю.Д. Выбор способа радикальной операции после ранее ушитых перфоративных гастродуоденальных язв: автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Томск, 2003. - 35 с.
4. Жерлов Г.К. Кошель А.П., Рудая Р.С. и др. Выбор радикальной операции у больных с ушитыми перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия. - 2005. - № 3. - С. 16-20.
5. Курыгин А. А. Перегудов С. И. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв. // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 15-19.
6. Малинкин А.В. Комплексное малоинвазивное лечение перфоративных пилорoduodenальных язв: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Екатеринбург, 2007. - 24 с.
7. Милица Н.Н. Товбин Ю.В., Милица К.Н. и др. Малоинвазивная хирургия в лечении перфоративной язвы // Український Журнал Хірургії. - 2008. - № 1. - С. 51-53.
8. Мовчан К. Н. Хроническая неосложненная язва двенадцатиперстной кишки как проблема хирургии. - СПб.: Гиппократ, 1999. - 448 с.
9. Погосян Г.Э. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения осложненных пилорoduodenальных язв: автореф. дис. ... канд. мед. наук - М., 2007. - 25 с.
10. Тарасенко С.В. Зайцев О.В., Копейкин А.А., Карюхин И.В. Способ оценки результатов оперативного лечения заболеваний желудка и двенадцатиперстной

кишки. // Вестник новых медицинских технологий. - 2009. - Т. XVI. - № 2. - С. 169-171.

11. Blomgren L.G.M. Perforated peptic ulcer: long-term results after simple closure in the elderly // World Journal of Surgery. - 1997. - Т. 21. - № 4. – С. 412-415.

12. Gutiérrez C. Márquez R., Fakh F. et al. Simple closure or vagotomy and pyloroplasty for the treatment of a perforated duodenal ulcer: comparison of results // Dig. Surg. - 2000. - № 17. – С. 225-228.

13. Skarstein A. Hoisaeter P.A. Perforated peptic ulcer: a comparison of long term results following partial gastric resection or simple closure // British Journal of Surgery. - 2005. - Т. 63. - № 9 – С. 700-703.

#### **THE LONG-TERM RESULTS COMPARATIVE ANALYSIS OF SIMPLE CLOSURE THE RUPTURED PEPTIC ULCER AND THE PARTIAL GASTRECTOMY**

S.V.Tarasenko, O.V.Zaitsev

**The long-term results comparative analysis of surgical treatment 69 patients with perforated pyloroduodenal ulcer, undergone a partial gastrectomy or simple closure of perforation is made. The long-term results of surgical treatment were estimated by means of specially developed questionnaire КОЛЕДЖ. The long-term indicators of health at the patients who have transferred operative treatment due to perforated ulcer authentically are worse than indicators of health in the control group consisting of healthy respondents. Quality of life at patients after an initially-radical partial gastrectomy authentically is better, than after simple perforated ucer closure.**

**Key words:** pyloroduodenal ulcer, surgery, suturing, perforation, gastric resection

Тарасенко С.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; [root@ryazgmu.ryazan.ru](mailto:root@ryazgmu.ryazan.ru)

Зайцев О.В., к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; [root@ryazgmu.ryazan.ru](mailto:root@ryazgmu.ryazan.ru)