

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ромашенко П.Н., Майстренко Н.А., Сидорчук П.А.

ФГБОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

(С.-Петербург, ул. Академика Лебедева д. 6)

89650734291 SidW@mail.ru

Резюме

Проанализированы результаты обследования и лечения 152 больных перфоративной дуоденальной язвой с целью обоснования системного подхода к их оперативному лечению с учётом современных достижений лабораторной и инструментальной диагностики, а также возможностей малоинвазивной хирургии. Результаты проведённого клинического исследования свидетельствуют, что для постановки правильного дооперационного диагноза и выбора рационального варианта лечения больных перфоративными дуоденальными язвами необходимо проведение целенаправленного комплексного обследования, включающего оценку общесоматического состояния и операционно-анестезиологического риска больных, изменений пилородуоденальной зоны и тяжести перитонита, прогнозирования летальности. Выполнение диагностического алгоритма позволяет установить диагноз перфоративной дуоденальной язвы до операции и выбрать адекватный объём оперативного вмешательства. Установлено, что интегральная оценка результатов обследования и хирургического вмешательства, определение титра антител к ульцерогенным штаммам *Helicobacter pylori*, изучение психофизиологического профиля пациента позволяют обосновать комплексную программу медикаментозной терапии в послеоперационном периоде, обеспечивающей ремиссию язвенной болезни.

Ключевые слова: перфоративная дуоденальная язва, перитонит, *Helicobacter pylori*, стволовая ваготомия, лапароскопическое ушивание язвы, психофизиологический профиль.

SURGICAL TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH PERFORATED DUODENAL ULCER

Romashchenko P.N., Maystrenko N.A., Sidorchuk P.A.

Military-medical Academy, St.-Petersburg

Сидорчук Павел Анатольевич 89650734291 SidW@mail.ru

Abstract

The results of examination and treatment of 152 patients with perforated duodenal ulcer in order to support a systematic approach to their surgical treatment with the modern achievements of laboratory and instrumental diagnostics, as well as opportunities for minimally invasive surgery. The results of clinical studies show that for the correct preoperative diagnosis and the choice of a rational treatment option to patients with perforated duodenal ulcers need a focused survey, including assessment of somatic condition and operating-anesthetic risk patients, pyloroduodenal zone changes and the severity of peritonitis, predicting mortality. The diagnostic algorithm can diagnose perforated duodenal ulcer before operation and to choose an adequate amount of surgery. Found that the integral evaluation of test results and surgery, determination of antibody titer to ulcerogenic strains of *Helicobacter pylori*, the study of the psycho-physiological profile of the patient can justify a comprehensive program of medical therapy in the postoperative period, providing remission of peptic ulcer.

Key words: perforated duodenal ulcer, peritonitis, *Helicobacter pylori*, truncal vagotomy, laparoscopic suture of ulcer, psycho-physiological profile.

Введение. Лечение больных перфоративной дуоденальной язвой (ПДЯ) до настоящего времени остается непростой задачей неотложной абдоминальной хирургии. Причин тому несколько. Во-первых, несмотря на возможности современной гастроэнтерологии и фармации, стабильно высокими остаются как первичная заболеваемость язвенной болезнью (ЯБ) – до 2000 случаев на 100 тыс. населения, так частота ее осложнения в виде перфоративной язвы – до 15% наблюдений [8,20]. Во-вторых, в хирургических стационарах существуют различные подходы к определению тактических решений и выбору варианта оперативного вмешательства [8,22]. Существующий в настоящее время в Санкт-Петербурге порядок диагностики и лечения больных с ПДЯ, регламентированный «Протоколами организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости», упорядочил ситуацию, но требует уточнений [2]. В-третьих, известные сведения о патогенетических механизмах ulcerogenesis и осложнений, диктуют необходимость их учета при определении программы диагностики и лечения таких больных. Кроме этого, отдавая дань фундаментальным исследованиям прошлых лет, в том числе и проведенным в нашей клинике, мы не можем не учитывать существование признанных механизмов развития ЯБ – повышенной желудочной секреции, недостаточности защитной функции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, дефицита протективных простагландинов, а также влияния высшей нервной деятельности на патогенез данного заболевания [3,5,9,18]. Также известно, что врожденные особенности темперамента, преобразующиеся при взаимодействии с социальной средой в тип личности, являются еще одним из этиологических факторов язвообразования [7,19]. Наконец, открытие в 1984 г. В.Marshall и J.Warren этиологической роли *Helicobacter pylori* (HP) в развитии ЯБ не позволяет на современном этапе рассматривать данное заболевание без учёта инфекционного фактора [14,23].

Цель исследования – обосновать рациональный подход к лечению больных перфоративной дуоденальной язвой с учётом современных возможностей диагностики и малоинвазивной хирургии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 152 больных с ПДЯ. Среди них мужчин было 132 (86,8%), женщин 20 (13,2%). Возраст больных колебался от 16 до 84 лет, в среднем составил $39 \pm 5,4$ года.

Физикальное обследование основывалось на изучении жалоб больных, анамнестических сведений и объективном обследовании пациентов. На основании полученных данных осуществляли оценку риска летальности больных по прогностической

шкале J. Воеу, включающей наличие или отсутствие следующих показателей: поздние сроки (более 24 часов) поступления от момента перфорации, наличие субкомпенсированной сопутствующей патологии и снижение систолического артериального давления ниже 100 мм.рт.ст. [18].

С учетом тяжести перитонита и наличия сопутствующих заболеваний у больных ПДЯ оценку операционно-анестезиологического риска проводили в соответствии с классификацией Американской ассоциации анестезиологов (ASA) [24].

Особое значение в диагностике ПДЯ принадлежало рентгенологическому обследованию, направленному на выявление свободного газа в брюшной полости. В сомнительных случаях исследование повторялось после инсуффляции воздуха при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) [8,21].

Лабораторные исследования крови и мочи проводили по общепринятым методикам, но учитывая их неспецифичный характер, они не подвергались в данном исследовании статистической обработке [5,22].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) осуществляли по скрининговой методике [12]. Основной задачей исследования ставили выявление свободной жидкости в анатомических областях брюшной полости, как показателя распространённости перитонита, и паретического расширения петель кишечника, как признака токсической его фазы.

ФГДС выполнялась с целью визуализации самой язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК), оценки размеров перифокальной инфильтрации, а также выявления сочетанных осложнений – рубцово-язвенного стеноза и язвенного кровотечения [13,15].

Интраоперационная ревизия брюшной полости (в т.ч. при диагностической лапароскопии) позволяла оценить состояние пилорoduоденальной зоны, уточнить характер, фазу и распространённость перитонита для определения Мангеймского перитонеального индекса (МПИ) и окончательно сформулировать показания к варианту оперативного вмешательства [1,2,11,17].

Для выявления патоморфологических предпосылок к несостоятельности интракорпорального шва были проведены специальные гистологические исследования иссечённых язв стенки ДПК по стандартным методикам световой микроскопии [6].

Исследование психофизиологического профиля прооперированных больных, проводили с помощью методик Спилбергера-Ханина (определение личной и ситуативной тревожности), цветового теста М. Люшера, теста смысловых ориентаций (СЖО),

сокращённой методики MMPI (СМОЛ) и индивидуального типологического опросника (ИТО) [10].

В послеоперационном периоде больным наряду с общепринятым контролем лабораторных показателей крови и мочи выполнялись серологические исследования для выявления титра антител к высокопатогенным штаммам НР, иммуноферментный анализ концентрации антигенов НР в кале, данные которых использовались в формировании программы лечения больных [14].

Статистическая обработка данных осуществлялась на IBM-совместимом персональном компьютере серии CPU INTEL Celeron 2300 с помощью программы STATISTICA for Windows. Применялись методы статистического описания переменных, корреляционного, регрессионного, дисперсионного и дискриминантного анализа. Достоверность различий переменных в выборках оценивали по Т-критериям Стьюдента и Фишера (достоверным считали различие при $p < 0,05$ и $f < 0,05$). Для обозначения размеров и числовых значений общепринятых физических величин использовали единицы СИ. Для каждого диагностического метода рассчитывали чувствительность – способность метода устанавливать наличие изменений, когда они есть.

Результаты и их обсуждение. Наибольшая частота ПДЯ установлена у больных трудоспособного возраста (молодого и зрелого) – 141 случай (92,8%), что свидетельствует об актуальности вопроса их реабилитации. Наименьшая частота перфораций выявлена у пациентов старше 60 лет (пожилой и старческий возраст) – 11 (7,2%) больных. Отмечено, что 103 (67,8%) больных поступили в первые 6 часов с момента перфорации, 43 (28,2%) – от 6 до 12 часов, а 6 (4,0%) - позднее 12 часов.

Целенаправленный расспрос позволил установить язвенный анамнез с длительностью у 96 (63,2%) больных, а у остальных 36,8% – его отсутствие. Анализ жалоб показал, что только у трети больных отсутствовал “кинжальный” характер боли. При физикальном обследовании “доскообразный живот” выявили у 114 (75,0%) больных, при этом отсутствие печеночной тупости наблюдалось только у 101 (66,5%) пациента. У половины больных (51,3%) наблюдался лейкоцитоз, скорость оседания эритроцитов в большинстве случаев (71,1%) была в пределах нормальных показателей либо незначительно повышена. Следовательно, методичный сбор анамнестических данных и объективная оценка пациента с «острым животом» позволяют в 2/3 случаев заподозрить у него перфорацию полого органа.

Атипичное течение заболевания, обусловленное прикрытием перфорации, выявили у 2,0% больных. С одной стороны это затрудняло диагностический процесс, с другой – при

своевременном выявлении служило предпосылкой для более благоприятных условий хирургического лечения вследствие меньшей выраженности перитонита.

Оценка по прогностической шкале J. Воеу позволила отнести 3 (2%) из 152 больных к группе с крайне высоким риском летальности (2-3 балла).

Обзорная рентгенография живота выполнена у 138 (90,8%) больных. При первичном исследовании свободный газ на рентгенограммах определили у 110 (72,4%) пациентов. После ФГДС инсуффляции воздуха свободный газ в брюшной полости выявили ещё у 25 (16,4%) обследованных.

ФГДС в предоперационном периоде выполнили у 112 (73,7%) больных, что позволило выявить: локализацию язвы; наличие рубцово-язвенной деформации пилорoduodenальной зоны у 61 (40,1%) пациента; второй язвы на задней стенке ДПК у 7 (4,6%) больных, которая у троих из них являлась источником кровотечения; диаметр ПДЯ более 1 см у 10 (6,6%) больных; ширину зоны перифокального инфильтрата более 0,5 см у 126 (82,9%) пациентов.

При УЗИ свободная жидкость в брюшной полости была выявлена у 122 (80,3%) больных. Локализация свободной жидкости в 3 и более анатомических областях, отсутствие перистальтики и дилатация петель тонкой кишки более 3,0 см в диаметре в совокупности с анамнестическими и физикальными данными позволили предположить распространённый перитонит в токсической фазе у 12,1% больных, а в остальных местный неотграниченный или распространённый перитонит в реактивной фазе.

Комбинация физикального, рентгенологического, эндоскопического и сонографического исследований в 98,0% случаев позволила выявить язву ДПК, осложнённую перфорацией.

Интраоперационная ревизия брюшной полости, выполненная как открытым, так и лапароскопическим способом, явилась завершающим этапом в уточнении характера изменений пилорoduodenальной зоны, а также оценке распространенности и тяжести перитонита. Так, лапароскопия, как диагностический этап позволила идентифицировать прикрытую ПДЯ у 3 (2%) из 152 больных при недостаточной информативности неинвазивных методов. Локализация ПДЯ на передней стенке (типичная) была у 150 (98,7%) больных, на переднелатеральной (нетипичная) – у 2 (1,3%). Нетипичное расположение характеризовалось пенетрацией язвы в печечно-двенадцатиперстную связку. Диаметр перфорационного отверстия со стороны серозной оболочки свыше 1 см установлен только у 5 (3,3%) пациентов, что не соответствовало изменениям со стороны слизистой ДПК по данным ФГДС (табл.1).

Таблица 1

**Сопоставление изменений пилородуоденальной зоны
со стороны слизистой и серозной оболочки при ПДЯ**

Метод исследования	Характеристика изменений пилородуоденальной зоны							
	Диаметр перфорационного отверстия более 1 см		Ширина зоны перифокальной инфильтрации вокруг перфоративной язвы более 0,5 см		Признаки рубцово-язвенной деформации		Наличие второй язвы на задней стенке	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ФГДС (n=112)	10	6,6	126	82,9	61	40,1	7/3*	4,6%
Интраоперационная ревизия (n=152)	5	3,3	56	36,8	23	15,1	-	-

/* - в т.ч. язва, осложненная кровотечением.

Ширина зоны перифокальной инфильтрации более 0,5 см при ревизии выявлена у 56 (36,8%) оперированных, в то же время соответствующие изменения при эндоскопическом исследовании отмечены у 126 (82,9%) обследованных. Следует подчеркнуть, что наличие рубцово-язвенной деформации пилородуоденальной зоны со стороны серозной оболочки установлено только у 23 (15,1%) больных, что не соответствовало изменениям со стороны слизистой при дооперационной ФГДС – у 61 (40,1%). Полученные данные свидетельствуют о целесообразности выполнения обязательной ФГДС перед оперативным вмешательством для оценки не только степени рубцово-язвенной деформации пилородуоденальной зоны, но и внутреннего диаметра ПДЯ, ширины зоны перифокального инфильтрата со стороны слизистой оболочки, а также выявления таких сочетанных осложнений как кровотечение (2,0%).

Ревизия брюшной полости установила распространенный перитонит (РП) у 135 (88,8%) больных, местный у 17 (11,2%). РП в реактивной фазе диагностирован у 123 (78,3%) пациентов, токсической у 19 (12,1%). Полученные данные соответствовали дооперационным результатам объективного и сонографического исследований (табл.2).

Характеристика перитонита при ПДЯ (n=152)

Признаки распространенности и тяжести перитонита			
Распространенность	Фаза	Характер	Мангеймский перитонеальный индекс
Распространённый – 88,8%	Реактивная – 78,3%	Серозный-13,5%	10-11 баллов
		Серозно-фибринозный –64,8%	10-11 баллов
	Токсическая – 12,1%	Серозно-фибринозный – 6,8%	≥12 баллов
		Гнойный – 5,3%	>12 баллов
Местный – 11,2%		Серозный – 6,2%	<10 баллов
		Серозно-фибринозный –5,0%	<10 баллов
Соответствуют дооперационным данным объективного и сонографического исследований		Оценивается только интраоперационно	Определяется как интегральный показатель

Вместе с этим, установлено, что РП в реактивной фазе характеризовался наличием в брюшной полости серозного или серозно-фибринозного, а в токсической – серозно-фибринозного или гнойного экссудата. Выявление при лапароскопии распространенного фибринозно-гнойного перитонита и пареза кишечника считали показанием к конверсии доступа. Учитывая относительную однородность пациентов по показателям шкалы МПИ (возраст, пол, источник перитонита, длительность перфорации, характер экссудата и его локализация), выявление более 12 баллов у 8 (5,3%) пациентов с распространенным гнойным перитонитом, создавало необходимость осуществлять минимальные жизнеспасающие оперативные вмешательства.

Анализ результатов дооперационного обследования и интраоперационной ревизии, позволил нам установить ведущие критерии, влияющие на выбор варианта оперативного вмешательства при ПДЯ (табл.3). На основании этих критериев были выполнены следующие варианты оперативных вмешательств при ПДЯ: 1) ушивание перфоративной язвы эндовидеохирургическим способом у 26 (17,1%) больных; 2) стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею и иссечением язвы – у 118 (77,6%); 3) иссечение и ушивание перфоративной язвы открытым способом – у 8 (5,3%). Во всех случаях выполнялась санация и дренирование брюшной полости. При эндовидеохирургических вмешательствах конверсия

потребовалась у 2 из 26 пациентов вследствие технической сложности ушивания ПДЯ, находящейся вблизи печеночно-двенадцатиперстной связки. Выполнение стволовой ваготомии и пилоропластики по Финнею с иссечением ПДЯ у больных, имеющих рубцово-язвенную деформацию ДПК, диаметр перфоративного отверстия более 1 см и ширину зоны перифокальной язвенной инфильтрации более 0,5 см, обеспечивало оптимальные условия для предупреждения сужения пилорoduodenальной зоны, профилактики несостоятельности швов в послеоперационном периоде, и являлось патогенетическим лечением ЯБ, что соответствует литературным сведениям [3,9,22]. Необходимо подчеркнуть, что на фоне хронического течения ЯБ у 3 (2%) человек было подтверждено сочетание перфорации язвы передней стенки с кровотечением из язвы задней стенки, которое было остановлено прошиванием при выполнении пилоропластики.

Таблица 3

Критерии, определяющие выбор варианта оперативного вмешательства при ПДЯ

Критерии	Вариант оперативного вмешательства		
	Иссечение и ушивание перфоративной язвы лапароскопическим способом	Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею и иссечением язвы	Иссечение и ушивание перфоративной язвы открытым способом
Операционно-анестезиологический риск по ASA, баллы	I-III	I-III	IV
Прогностический индекс летальности по шкале J.Воеу, баллы	0	0-1	2-3
Мангеймский перитонеальный индекс	< 12	< 12	> 12
Наличие сочетанных осложнений (рубцово-язвенная деформация пилорoduodenальной зоны или язвенное кровотечение)	Отсутствие	Наличие	Критерии имеют второстепенное значение
Диаметр перфоративной язвы, см	< 1,0	> 1,0	
Ширина зоны перифокальной язвенной инфильтрации, см	< 0,5	> 0,5	

Иссечение и ушивание перфоративной язвы открытым способом выполнено пациентам с высоким операционно-анестезиологическим риском (ASA IV), распространённым гнойным перитонитом в токсической фазе (МПИ ≥ 12) и высокой прогнозируемой летальностью по шкале J. Voeu – 2-3 балла. С целью декомпрессии кишечника завершали оперативное вмешательство назогастроинтестинальной интубацией. Невозможность одномоментной санации во время первичной операции у 3 (2,0%) пациентов требовало формирования лапаростомы для проведения программных (3-4 раза) санирующих вмешательств.

Во время оперативных вмешательств осложнений не отмечено. Послеоперационные осложнения после открытых оперативных вмешательств (n=126) выявлены у 13 (10,3%) больных. После стволовой ваготомии и пилоропластики по Финнею с иссечением язвы развилось внутрипросветное кровотечение из области анастомоза у 2 (1,7%) пациентов, ранняя послеоперационная непроходимость – у 2 (1,7%), нагноение послеоперационной раны – у 2 (1,7%), пневмония – у 2 (1,7%). Случаев несостоятельности швов анастомоза не было. После иссечения и ушивания ПДЯ наиболее частым осложнением было нагноение послеоперационной раны – у 3 из 8 больных, еще у одного диагностировали внутрибрюшное кровотечение из вены малого сальника. Высокая частота осложнений у лиц этой группы в определенной степени объяснима распространённым гнойным перитонитом в токсической фазе у лиц пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском (МПИ ≥ 12 баллов, ASA IV).

Анализ непосредственных результатов лапароскопических вмешательств позволил выявить как положительные, так и отрицательные их стороны. С одной стороны, сохраняются преимущества малоинвазивных операций (сокращение сроков госпитализации, снижение количества наиболее частых осложнений и летальности). С другой стороны несколько увеличивается продолжительность операции, вследствие большей технической сложности, а в ряде случаев определяющих несостоятельности шва [8,11,16]. В наших наблюдениях несостоятельность швов лапароскопически ушитой ПДЯ развилось у 2 пациентов, которое явилось редким, но достаточно опасным осложнением. Причиной тому послужила недооценка во время операции ширины зоны перифокальной воспалительной инфильтрации стенки ДПК в области перфоративной язвы и отказ от ее иссечения.

Общая летальность после оперативных вмешательств по поводу ПДЯ составила 1,3%: после СВ и пилоропластики по Финнею у 1 пациента, после открытого ушивания ПДЯ – у 1. Причиной летальных исходов явилась декомпенсация сопутствующей сердечно-сосудистой патологии у больных пожилого и старческого возраста соответственно. Следует подчеркнуть, что прогнозируемая на дооперационном этапе летальность (2% по шкале J. Воеу) практически совпала с послеоперационной.

Полученные нами данные свидетельствуют, что окончательный вариант оперативного вмешательства определяется во время интраоперационной ревизии брюшной полости (лапароскопии или лапаротомии), включающий обнаружение ПДЯ и оценки изменений гастродуоденальной зоны (в сопоставлении с данными дооперационной ФГДС) при хроническом язвенном процессе, уточнения распространенности и характера перитонита с учетом степени эндогенной интоксикации. В связи с этим лечение больных ПДЯ, проводимое в специализированном стационаре должно быть дифференцированным, как при формировании показаний к выбору варианта оперативного вмешательства на основании установленных критериев, так и обоснования медикаментозной терапии в ближайшем послеоперационном периоде с учетом дообследования.

Обязательным элементом системного подхода после хирургического лечения ПДЯ является эмпирическая антисекреторная терапия, которую проводили всем больным для создания благоприятных условий эпителизации слизистой оболочки в зоне вмешательства, а также профилактики стрессорных язв, что вполне согласуется с данными литературы [2,8,22]. В раннем послеоперационном периоде блокаторы гистаминовых H_2 -рецепторов (квamatел) получили 99 (65,1%) больных и блокаторы протонной помпы (омепразол) – 53 (34,9%) пациента.

Иммунологический анализ крови у прооперированных больных позволил установить у 2/3 больных высокий титр специфических антихеликобактерных антител: IgG-HP (более 0,9 Е/мл), а также выявить IgG к *cagA*-HP, что подтверждало необходимость включения в программу послеоперационной реабилитации эрадикационной терапии согласно Маастрихтским соглашениям [4]. Полученные нами сведения соответствуют исследованиям последних лет, согласно которых установлено, что инфицирование высокопатогенными штаммами HP, имеющими ген *cagA* (штаммы *cagA*⁺), достоверно чаще приводит к формированию язвы, чем наличие штаммов HP, не имеющих *cagA* [23].

Психологическое обследование пациентов, осуществляли после операции. Установлено, что у больных с ПДЯ имеет место значительно повышенная личностная

(52,6%) и ситуативная тревожность (65,8%) выявленные по методике Спилбергера-Ханина, индивидуальному типологическому опроснику, а также различные депрессивные расстройства (46,0%) по шкале MMPI. Полученные нами данные согласуются с предложениями других исследователей по включению в программу лечения прооперированных больных седативных препаратов (персен) и анксиолитиков (грандаксин) [7].

Программа реабилитации больных после окончания стационарного лечения включала: продолжение антисекреторной терапии в течение 2 недель всем пациентам; проведение трёхкомпонентной эрадикационной терапии больным, инфицированным НР или четырёхкомпонентной (при инфицировании устойчивыми, высокопатогенными (cagA +) штаммами НР); приём соответствующих психотропных препаратов для коррекции нарушений эмоциональной сферы. О ремиссии ЯБ после хирургического лечения в сочетании с консервативной терапией судили по результатам контрольного обследования больных через 1 месяц, включавшего анкетированный опрос для определения их комплайенса (точности соблюдения пациентов рекомендаций врача), выполнения ФГДС с целью оценки эпителизации слизистой на фоне противоязвенной терапии, исключения наличия антигена НР в кале для подтверждения эффективности эрадикационной терапии.

Таким образом, диагностика и лечение ПДЯ и сегодня представляет актуальную проблему неотложной хирургии. Результаты проведённого клинического исследования свидетельствуют, что для постановки правильного дооперационного диагноза и выбора рационального варианта лечения таких больных целесообразно проведение целенаправленного комплексного обследования. Психосоматическая природа ЯБ ДПК и её инфекционный компонент в обязательном порядке должны находить отражение в диагностике и комплексном лечении после операции.

Выводы:

1. Реализация разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволила обосновать выбор рационального варианта оперативного вмешательства у больных ПДЯ, уменьшить число осложнений до 9,9%, летальности – до 1,3%.

2. Лапароскопическое ушивание ПДЯ, выполненное у 17,1% больных, обосновано при отсутствии рубцово-язвенной деформации пилорoduodenальной зоны, диаметре перфоративной язвы менее 1 см, ширине зоны перифокальной язвенной инфильтрации не

более 0,5 см, ASA I-III, МПИ <12 баллов и прогнозируемой летальности по шкале J. Voeu 0 баллов.

3. Открытое ушивание ПДЯ, произведенное у 5,3% больных, обосновано у лиц с ASA IV, МПИ $\geq$ 12 баллов и прогнозируемой летальности по шкале J. Voeu 2-3 балла.

4. Стволовая ваготомия с пилоропластикой, выполненная у 77,6% больных, целесообразна при сочетании перфорации с рубцово-язвенным стенозом ДПК или язвенным кровотечением (наличием осложнений ЯБ в анамнезе), диаметре перфоративного отверстия более 1 см, ширине зоны перифокальной язвенной инфильтрации более 0,5 см, а также ASA I-III, МПИ <12 баллов и прогнозируемой летальности по шкале J. Voeu 0-1 балла.

5. Интегральная оценка результатов обследования и хирургического вмешательства, определение титра антител к ульцерогенным штаммам *Helicobacter pylori*, изучение психофизиологического профиля пациента позволяют обосновать комплексную программу медикаментозной терапии в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: Российские Национальные рекомендации. Под ред. В.С.Савельева и Б.Р.Гельфанда. Москва. – 2011. – 98 с.
2. Администрация Санкт-Петербурга Комитет по здравоохранению. Приказ № 26-П от 25.01.01 // О единой хирургической тактике диагностики и лечения острых заболеваний брюшной полости. – СПб: [б.и.], 2001. – 31 с.
3. Курыгин А.А. Лечение язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании с пилоропластикой: Дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1977. – 351 с.
4. Маев И.В., Самсонов А.А. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *H.pylori* (материалы консенсуса Маастрихт-3) // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. – 2006. – Т.8, № 1. – С. 3 – 8.
5. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. – СПб: Гиппократ, 2000. – 360 с.
6. Микроскопическая техника: Руководство/ Под ред. Д.С. Саркисова и Ю.Л. Перова. – М.: Медицина, 1996. – 544 с.
7. Осипова И.В., Погосова Г.В., Подъяпольская И.А. Коррекция расстройства депрессивного спектра у больных язвенной болезнью // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – №2. – С. 27 – 30.

8. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия им. Н.И.Пирогова. – 2003. – № 3. – С. 43 – 49.
9. Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. – М.: Либерия, 1999. – 416 с.
10. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – СПб: Речь, 2005. – 624 с.
11. Сухопара Ю.Н., Майстренко Н.А., Тришин В.М. Основы неотложной лапароскопической хирургии. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 192 с.
12. Тимербулатов В.М., Верзакова И.В., Каланов Р.Г. Ультразвуковое исследование у больных с перитонитом // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 22 – 24.
13. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / Под ред. проф. С.А. Блашенцевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 520 с.
14. Alim A., Ataş A., Güneş T., Özkan S., Dündar N. Comparison of antigen and antibody detection tests used for diagnosing the *Helicobacter pylori* infection in symptomatic patients. // Basic and Clinical Sciences. – 2010. – Vol.1, №4. – P.61 – 70.
15. Banerjee S., Cash B.D., Dominitz J.A., Baron T.H., Anderson M.A., Ben-Menachem T., et al. ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease // Gastrointestinal Endoscopy. – 2010. – Vol. 71, №4. – P. 663 – 668.
16. Bertleff M.J., Lange J.F. Perforated peptic ulcer disease: A review of history and treatment // Digestive surgery. – 2010. – № 27. – P. 161 – 169.
17. Billing A., Frohlich D., Schildberg F.W. Prediction of outcome using the Mannheim peritonitis index in 2003 patients. Peritonitis Study Group // Br. J. Surg. – 1994. – № 81(2). – P. 209 – 213.
18. Boey J., Choi S.K.Y., Poom A., et al. Risk stratification in perforated duodenal ulcers: A prospective validation of predictive factors // Ann.Surg. – 1987. – № 205. – P. 22 – 26.
19. Bräutigam W., Christian P., von Rad M. Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Georg Thieme, 1992 – 376 p.
20. Canoy D.S., Hart A.R., Todd S.J. Epidemiology of a duodenal ulcer perforation: a study of hospital admissions in Norfolk, United Kingdom // Digest of Liver Diseases. – 2002. – Vol. 34, № 5. – P. 322 – 327.

21. Chiu H.S., Chung C.H. Pneumoperitoneum on supine abdominal X-ray: case report and review of the radiological signs //Hong Kong journal of emergency medicine. – 2005. – Vol. 12, №1. – P.46 – 49.
22. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trial. World Journal of Surgery. – 2000. – Vol. 24, № 3. – P. 299 – 306.
23. Schöttker B., Adamu M.A., Weck M.N., Brenner H. Helicobacter pylori infection is strongly associated with gastric and duodenal ulcers in a large prospective study // Clinical gastroenterology and hepatology. – 2012. – № 10. – P. 487 – 493.
24. William D., Owens M.D. American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System Is Not a Risk Classification System // Anesthesiology. – 2001. – Vol. 94, № 2. – P. 378.