

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2021.9.111.047>**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Научная статья

Хасанов А.Г.¹, Суфияров И.Ф.², Фаязов Р.Р.³, Бадретдинов А.Ф.⁴, Сагадатов Ю.Р.^{5,*}¹ ORCID: 0000- 0001-5870-8894;² ORCID: 0000- 0001-8688-8458;³ ORCID: 0000-0003-1890-2865;⁴ ORCID: 0000-0003-2738-393X;⁵ ORCID: 0000- 0002-2922-7087;^{1, 3, 4, 5} Городская клиническая больница № 8, Уфа, Россия;² Городская клиническая больница №13, Уфа, Россия;^{1, 2, 3, 4, 5} Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

* Корреспондирующий автор (sagadatovay[at]mail.ru)

Аннотация

В настоящей статье представлен сравнительный анализ лечения больных с перфоративной формой язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки на базе ГКБ№8. г Уфы за 2009-2012 гг. Все больные были разделены на две группы: первая группа – женщины, вторая — группа мужчины. Количество пациентов в первой группе - 21(14,4%), средний возраст - 49,8 лет. Количество пациентов во второй группе - 124 (85,5%), средний возраст составил 37,9 лет. В диагностике данной патологии были использованы такие методы, как фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС – 66,8%), обзорная рентгенография органов брюшной полости (57,2%) и ультразвуковое исследование брюшной полости (УЗИ ОБП – 47,5%). В динамике наблюдается рост заболеваемости ЯБ среди женщин, тогда как во второй группе (мужчины) заболеваемость, наоборот, снижается. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались лишь во второй группе. Однако, что касается послеоперационной летальности, в первой группе она равна оказалась больше (14,2%).

Ключевые слова. Язвенная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенная болезнь у женщин, гендерные различия, заболеваемость, перфорация язвы.

A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PERFORATED GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

Research article

Khasanov A.G.¹, Sufiyarov I.F.², Fayazov R.R.³, Badretdinov A.F.⁴, Sagadatova Yu.R.^{5,*}¹ ORCID: 0000- 0001-5870-8894;² ORCID: 0000- 0001-8688-8458;³ ORCID: 0000-0003-1890-2865;⁴ ORCID: 0000-0003-2738-393X;⁵ ORCID: 0000- 0002-2922-7087;^{1, 3, 4, 5} City Clinical Hospital No. 8, Ufa, Russia;² City Clinical Hospital No. 13, Ufa, Russia;^{1, 2, 3, 4, 5} Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

* Corresponding author (sagadatovay[at]mail.ru)

Abstract

The article presents a comparative analysis of the treatment of patients with a perforated form of peptic ulcer disease of the stomach and duodenum on the basis of the State Clinical Hospital No. 8. g of Ufa for the period from 2009 to 2012. All patients were divided into two groups: the first group – females, the second — males. The number of patients in the first group was 21 (14.4%), the average age was 49.8 years. The number of patients in the second group was 124 (85.5%) with the average age of 37.9 years. In the diagnosis of this pathology, such methods as fibroesophagogastroduodenoscopy (EGD – 66.8%), overview radiography of the abdominal cavity (57.2%) and ultrasound examination of the abdominal cavity (abdominal ultrasonography – 47.5%) were used. In the course of the disease, there is an increase in the incidence of peptic ulcer disease among women, while in the second group (male), the incidence decreases. Complications in the early postoperative period were observed only in the second group. However, as for the postoperative mortality, in the first group it was observed to be higher (14.2%).

Keywords. Peptic ulcer, peptic ulcer of the stomach and duodenum, peptic ulcer in women, gender differences, morbidity, ulcer perforation.

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из самых распространенных причин обращения в амбулаторно-поликлиническое учреждение. По данным мировой статистики — это заболевание встречается у 60-65% населения земного шара [1], [2]. Данная патология преимущественно поражает лиц молодого, трудоспособного возраста (20-50 лет) [2], [3]. 60% осложненных вариантов язвенной болезни приводят к потере трудоспособности и инвалидизации [4], [5]. Наиболее распространенными осложнениями в России являются: кровотечение (60%), перфорация язвы (20%) и стеноз привратника (12%) [6], [7]. Несмотря на внедрение новых технологий диагностики и лечения, язвенная болезнь все еще остается одной из самых распространенных патологий современности. Так, по данным управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и

благополучия человека по Республике Башкортостан выявлен рост первичной заболеваемости среди больных с патологией органов пищеварения. По данным годовых отчетов Медицинского Информационно-аналитического центра Республики Башкортостан (МИАЦ РБ) за 2001-2018 гг. заболеваемость язвенной болезнью имеет «волнообразное течение». Однако, несмотря на стабильные показатели заболеваемости язвенной болезнью, количество осложнённых случаев и смертность имеют тенденцию к увеличению. Рост числа прободений почти в два раза с 447 случаев до 724 зафиксирован за 1990-2009 гг., число летальных случаев за это время увеличилось с 18 до 22. Доля выполненных операций по поводу язвенной болезни также имеет возрастающий характер и составляет 801 случаев за 2010 год.

В последнее время, статистические показатели заболеваемости язвенной болезнью демонстрируют выраженный половой диморфизм. Вышеупомянутое явление можно проследить в возрастных промежутках от 20-40 лет, когда у мужчин наблюдается пик заболеваемости, однако у женщин, наоборот, пик приходится на возраст до 20 и после 40 лет [8], [9]. Большое количество новых исследований, посвященных данному вопросу, свидетельствует об актуальности и перспективности изучения патофизиологических основ язвенной болезни.

Цель исследования

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ лечения больных с перфоративной формой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на базе ГБУЗ РБ ГКБ№8 г. Уфы за 2009-2012 гг. А также, определение особенностей течения данного заболевания с учетом гендерных различий.

Материалы и методы

В исследуемой работе приведены данные 145 историй болезней пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, полученные путем ретроспективного анализа архивного материала. Средний возраст всех больных составил 39,7 лет. Среди них, работающие - 60 (41,3%), не работающие - 53 (36,5%), пенсионеры - 19 (13,1%), студенты - 10 (6,8%), инвалиды 1-3 групп - 4 (2,7%). Сроки госпитализации до 1 часа с момента появления симптомов заболевания - 5 (3,4 %) больных, от 1-24 часов - 121 (83,4 %), свыше 24 часов - 19 (13,1%) больных.

Для выявления особенностей гендерных различий среди больных с перфоративной язвенной болезнью все пациенты были разделены на две исследуемые группы: 1- женщины, 2- мужчины. В состав первой группы вошли — 21 больных, средний возраст которых составил - 49,8 лет. Вторую группу составили 124 мужчин, средний возраст больных - 37,9 лет. На рисунке 1 отражена заболеваемость перфоративной формой язвенной болезни за 2009-2012 гг.

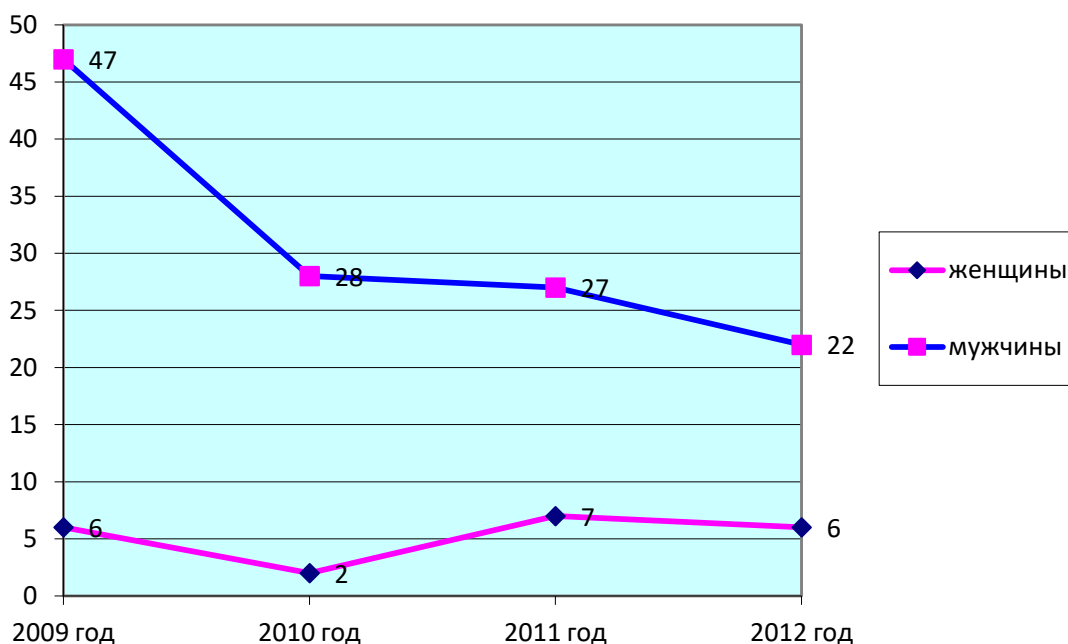


Рис. 1 – Заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией

При поступлении всем больным был проведен комплекс лабораторных и инструментальных методов исследований. Среди инструментальных методов чаще всего можно выделить ФЭГДС (66,8%), рентгенографию органов брюшной полости (57,2%) и УЗИ ОБП (47,5%). В соответствии с тяжестью состояния больные были распределены на четыре категории (см. рисунок 2).



Рис. 2 – Степени тяжести больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки:
слева – 1-ая группа; справа – 2-ая группа

Результаты исследования и обсуждение.

При физикальном осмотре были выявлены следующие симптомы: боли преимущественно по всем отделам живота (62,9 %), рвота (33,2%), повышение температуры тела (15,3%). В анамнезе у 14 (9,6 %) больных ранее был эпизод образования язвы, у остальных - язва диагностирована впервые. Перитонеальные симптомы выявлены у 103 (83,1%) больных. В связи со сложностями в диагностике перфораций язвы, процент ошибочных диагнозов при поступлении был равен 13,1% (n=19). Среди них необходимо выделить: аппендицит (n=2), панкреатит (n=2), непроходимость кишечника (n=2). Сопутствующие заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных по сопутствующим заболеваниям

	Количество (n)	%
Ишемическая болезнь сердца	7	4,8
Спаечная болезнь брюшины	3	2,1
Железодефицитная анемия	3	2,1
Цирроз печени	2	1,3
Синдром Дауна	1	0,6
Сахарный диабет	1	0,6
Мочекаменная болезнь	1	0,6
Инфицированный панкреонекроз	1	0,6

По результатам лабораторных и инструментальных методов исследования у 53 пациентов имелись признаки системной воспалительной реакции (лейкоцитоз, тахикардия). Достоверное повышение уровня глюкозы (n=64) при перфоративной форме язвенной болезни говорит о том, что перитонит, как стресс, запускает существенные изменения в метаболизме клеток. В частности, для восполнения энергетических ресурсов организм начинает использовать углеводы из собственных запасов. Это происходит главным образом за счет гликогена печени.

И в первой (80,95%), и во второй (91,1%) группах язвенный дефект чаще всего располагался в двенадцатиперстной кишке. Причем, величина язвенного дефекта в первой группе в среднем была равна 0,8 см, тогда как во второй группе данный показатель был равен 0,6 см. Инфильтративные изменения краев раны были выявлены у 9 (42,8%) больных в первой, и у 39 (31,4%) больных во второй группе.

При выборе оперативного лечения учитывались многие факторы: локализация язвенного дефекта, время с момента появления первых симптомов, возраст, наличие сопутствующих заболеваний, характер изменений вокруг язвы и др. После экстренной госпитализации, в первые сутки заболевания из первой группы были прооперированы 17 (80,9%) больных. В большинстве случаев была проведена лапаротомия, ушивание перфорационного отверстия 2-х рядным швом с последующей перитонизацией прядью большого сальника. Из-за относительно больших размеров язвы, каллезных и инфильтративных изменений в 4 случаях была применена иная техника операции: иссечение язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу – 2, ушивание язв по Опелю-Поликарпову – 2 случая. Средняя продолжительность операций – 68,8 минут. В среднем из брюшной полости эвакуировано 730,1 мл воспалительной жидкости.

В группе мужчин в первые сутки после госпитализации прооперированы 100 (80,6%) больных, лапаротомия с ушиванием перфорационного отверстия 2-х рядным швом с перитонизацией прядью большого сальника выполнена 86 (%) больным. У 24 больных молодого возраста, без сопутствующих заболеваний и не отягощенным анамнезом методом оперативного лечения стало лапароскопическое ушивание язвенного дефекта однорядным z-образным швом. Иссечение язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу выполнено – 10 больным, ушивание язвы по Опелю-Поликарпову – 2-м. Сочетание перфорации язвы с пенетрацией считается особо сложной патологией в абдоминальной хирургии, которое наблюдается в 4-5 % случаев среди больных с перфоративными язвами. В двух случаях перфораций сочетанной с пенетрацией в близлежащие органы, в частности, в поджелудочную железу и желчный пузырь, была выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот 2 в модификации Гофмейстера-

Финстерера на длинной петле с Брауновским соустьем. Средняя продолжительность оперативного лечения – 62,5 минут. Из брюшной полости в среднем эвакуировано 751,3 мл экссудата.

Помимо оперативного лечения, пациенты обеих групп получали консервативную терапию. В качестве этиотропных препаратов были использованы антибиотики широкого спектра действия (цефтриаксон, цефазолин). Патогенетическое лечение инфузионными растворами было направлено на уменьшение интоксикации. Симптоматическая терапия включала применение обезболивающих (анальгин, димедрол, кетонал).

Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались лишь во второй группе. Послеоперационное кровотечение развилось у 3 (2,4%) больных, некупируемый перитонит стал причиной повторных релапаротомий у 2 (1,6 %) больных. Продолжительность пребывания в стационаре в первой группе – 14,1 койко-дней, во второй группе – 14,5 койко-дней.

Что касается послеоперационной летальности, в первой группе она равна 14,2%, во второй – 5,6%. Причинами смерти больных в первой группе стали полиорганная недостаточность на фоне терминальной стадии перитонита, панкреонекроз и сопутствующий рак желудка. Важно подчеркнуть, что из всего количества умерших во второй группе двое были оперированы на фоне токсической фазы разлитого перитонита, 2- при средней степени кровопотери. У оставшихся 2-х в послеоперационном периоде развился острый инфаркт миокарда, 1- полиорганная недостаточность.

Заключение

Исходя из нашего исследования, можно сказать, что заболеваемость язвенной болезнью среди женщин имеет тенденцию к увеличению, у мужчин же, наоборот, заболеваемость снижается. Средний возраст больных в первой группе больше (49,8 лет), чем во второй (37,9 лет). В обеих группах преобладает средняя степень тяжести заболевания. И в первой (80,95%), и во второй (91,1%) группах язвенный дефект чаще всего располагался в двенадцатиперстной кишке. В большинстве случаев методика оперативного лечения заключалась в ушивании язвенного дефекта 2-х рядным швом с перитонизацией прядью большого сальника. В силу возраста и отсутствия сопутствующих заболеваний 24 пациентам из второй группы было выполнено лапароскопическое ушивание язвенного дефекта. Кроме того, в этой же группе были выявлены два случая сочетания перфорации язвы с пенетрацией. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались лишь во второй группе. Однако, что касается послеоперационной летальности, в первой группе она равна оказалась больше (14,2%).

Полученные результаты указывают на непосредственную связь между развитием язвенной болезни и гормональным статусом пациента. Дальнейшее изучение этиопатогенетических основ язвенной болезни представляется нам весьма актуальным.

Конфликт интересов

Не указан.

Conflict of Interest

None declared.

Список литературы / References

1. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (анализ статистических материалов) / М.Г. Гусейнзаде и др. // Терапевтический архив. – 2007. – № 2. – С. 12-16.
2. Systematic Review of the Epidemiology of Complicated Peptic Ulcer Disease: Incidence, Recurrence, Risk Factors and Mortality / J.Y. Lau et al. // Digestion. – 2011. – Vol.84. - №2. – P.102-113
3. Хасанов А.Г. Этиопатогенетические основы развития язвенной болезни (обзор литературы) / А.Г. Хасанов и др. // Архивариус. – 2021. – Т.7. № (60). – с.16-18
4. Впасьок, В.Б. Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: современные тенденции в терапевтической и хирургической практике / В.Б. Впасьок // 2008. - С. 1-6.
5. Гришина, Л.П. Особенности общего контингента инвалидов вследствие заболеваний органов пищеварения в Москве. Проблемы управления здравоохранением / Л.П. Гришина, Т.И. Анчеева // 2002. - № 4. - р. 43-44
6. МЗРФ Клинические рекомендации. Язвенная болезнь. 2020. [Электронный ресурс] URL: <https://bazanra.ru/minzdrav-rossii-klinicheskierekomendatsii-ot01012020-h4772921/> (дата обращения: 10.08.2021)
7. Бебуришвили А.Г. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Методические рекомендации для врачей / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, Е.Н. Зюбина. - Волгоград, 2007 – 72с
8. Prevalence of peptic ulcer in dyspeptic patients and the influence of age, sex, and Helicobacter pylori infection / H.C. Wu, B.G. Tuo, W.M. Wu et al. // Dig Dis Sci. 2008. Vol. 53, № 10. P. 2650-2656.
9. Hayat Kh.S. Perforated peptic ulcer: a review of 36 cases / Kh.S. Hayat, A.A. Shahzad, M. Ulhaq // The Professional Medical Journal. —2011. — Vol. 18. — P. 124—127.
10. Маев, И.В. Язвенная болезнь / Маев И.В., Самсонов А.А. // М.: Миклош. - 2009. - 428.с

Список литературы на английском языке / References in English

1. Ehpideologija jazvennoj bolezni zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki (analiz statisticheskikh materialov) [Epidemiology of peptic ulcer of the stomach and duodenum (analysis of statistical materials)] / M. G. Guseynzade [et al.] // Terapevticheskij arkhiv [Therapeutic archive]. - 2007. - No. 2. - pp. 12-16 [in Russian]
2. Systematic Review of the Epidemiology of Complicated Peptic Ulcer Disease: Incidence, Recurrence, Risk Factors and Mortality / J.Y. Lau et al. // Digestion. – 2011. – Vol.84. - №2. – P.102-113
3. Khasanov A. G. Ehtiopatogeneticheskie osnovy razvitiya jazvennoj bolezni (obzor literatury) [Etiopathogenetic bases of the development of peptic ulcer disease (literature review)] / A. G. Khasanov et al. // Arkhivarius [Archivarius] – 2021. - Vol. 7. no. (60). - pp. 16-18 [in Russian]

4. Vpasyuk, V. B. Lechenie jazvennoj bolezni dvenadcatiperstnoj kishki: sovremennye tendencii v terapevticheskoj i khirurgicheskoj praktike [Treatment of duodenal ulcer: current trends in therapeutic and surgical practice] / V. B. Vpasyuk // 2008. - pp. 1-6 [in Russian]
5. Grishina, L. P. Osobennosti obshhego kontingenta invalidov vsledstvie zabolevanij organov pishhevarenija v Moskve. Problemy upravlenija zdravookhraneniem [Features of the general contingent of disabled people due to diseases of the digestive system in Moscow. Problems of healthcare management] / L. P. Grishina, T. I. Ancheeva // 2002. - No. 4. - pp. 43-44 [in Russian]
6. MZRF Klinicheskie rekomendacii. Jazvennaja bolezni'. 2020 [Ministry of Health of the Russian Federation Clinical recommendations. Peptic ulcer disease. 2020]. [Electronic resource] URL: <https://bazanpa.ru/minzdrav-rossii-klinichieskierekomendatsii-ot01012020-h4772921/> (accessed: 10.08.2021) [in Russian]
7. Beburishvili A. G. Jazvennaja bolezni' zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki. Metodicheskie rekomendacii dlja vrachejj [Peptic ulcer of the stomach and duodenum. Medical Methodological recommendations] / A. G. Beburishvili, I. V. Mikhin, E. N. Zyubina. - Volgograd, 2007-72 p. [in Russian]
8. Prevalence of peptic ulcer in dyspeptic patients and the influence of age, sex, and *Helicobacter pylori* infection / H.C. Wu, B.G. Tuo, W.M. Wu et al. // Dig Dis Sci. 2008. Vol. 53, № 10. P. 2650-2656.
9. Hayat Kh.S. Perforated peptic ulcer: a review of 36 cases / Kh.S. Hayat, A.A. Shahzad, M. Ulhaq // The Professional Medical Journal. —2011. — Vol. 18. — P. 124—127.
10. Mayev, I. V. Jazvennaja bolezni' [Peptic ulcer disease] / Mayev I. V., A. A. Samsonov // M.: Miklosh. - 2009. - 428. p. [in Russian]