

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Нишанов М.Ф.*^{*}, Нишоннов Ф.Н., Бозоров Н.Э., Хожиметов Д.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан,
Узбекистан

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.52.21.008

COMPARATIVE EVALUATION OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED GASTRIC AND DUODENUM ULCERS

Nishanov M.F.*^{*}, Nishonov F.N., Bozorov N.E., Khozhimetov D.Sh.

Andijan State Medical Institute, Andijan, Republic of Uzbekistan

Резюме. Проанализированы результаты лечения 327 больных, которым провели различные виды оперативных вмешательств в клинике Андижанского государственного медицинского института.

Авторы заключают, что изучение результатов различных оперативных вмешательств при осложненных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из ведущих факторов в оценке того или иного метода хирургического лечения, определении возможности широкого внедрения иссечения язв с пилородуоденопластикой, разработки и внедрения алгоритмов ведения больных в периоперационном периоде, что в итоге приводит к резкому уменьшению летальности и количества неблагоприятных осложнений.

Ключевые слова: осложнения, желудок, резекция, иссечения язвы, пластика, пилородуоденальная зона.

Abstract. The authors analyzed 327 patients who underwent various types of surgical interventions in the 3-surgical department with emergency medical care in the clinics of Andijan State Medical Institute.

The authors conclude that the study of the results of various surgical interventions for complicated gastric and duodenal ulcers is one of the leading factors in assessing a particular surgical treatment method, determining the possibility of widespread incision of ulcer excision with pyloroduodenal plastic, developing and implementing patient management algorithms during the preoperative period, which ultimately leads to a sharp decrease in mortality and the number of adverse complications.

Keywords: complications, gastric, resection, ulcer excision, plastic, pyloroduodenal zone.

Актуальность

Проблема хирургического лечения осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) не теряет своей актуальности [1]. Успехи современной гастроэнтерологии привели к резкому уменьшению (до 2–4 раза) количества плановых операций. В то же время значительно (в 1,5–2,5 раза) выросло количество операций, выполняемых по экстренным и неотложным показаниям [2]. Летальность при этом увеличилась на 20–25% [3]. За счет неоправданно длительной консервативной терапии дуоденальных язв в мире за последние годы увеличилось количество экстренных госпитализаций по поводу острых осложнений [4]. Приводятся данные о том, что от 30 до 50% пациентов слабо реагируют на антисекреторное медикаментозное лечение, и они составляют основную группу пациентов, у которых возникают осложнения [5]. Некоторыми авторами было отмечено, что медикаментозное лечение не снижает частоту осложнений язвы, а только отодвигает их появление на более поздний период и более старший возраст [6].

Одной из современных особенностей течения язвенной болезни (ЯБ) является увеличение в ее структуре количества сочетанных осложнений и трудных язв. Частота их достигает 60% [7].

В большинстве хирургических клиник при осложненной ЯБ ДПК вполне обоснованно операций выбора считают классическую резекцию желудка [8; 9]. При

этом в подавляющем большинстве случаев выполняется резекция желудка по способу Бильрот-II.

Выполнение органосохраняющих операций при оперативном лечении ЯБ желудка не получило широкого распространения. Применение ваготомии в лечении больных с осложненной ЯБ ДПК и пилорического отдела желудка стало оправданным при оценке результатов резекции желудка. Низкая послеоперационная летальность, техническая простота выполнения, отсутствие или минимизация нежелательных последствий в ближайшие сроки с преобладанием нетяжелых форм расстройств пищеварения привлекает хирургов, особенно в экстренных ситуациях [10].

Цель

Изучить сравнительные аспекты традиционных и модифицированных способов хирургического лечения осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы

По результатам сводного распределения пациентов с пилородуоденальными язвами в группу сравнения выделены 327 случаев (табл.1): 162 (49,5%) пациента после резекции желудка по Б-I, 38 (11,6%) пациентов после резекции желудка по Б-II, 115 (35,2%) — после иссечения язвы с пилородуоденопластикой и у 12 (3,7%) больных другие виды операций.

* e-mail: muradmed@inbox.ru

В основной группе наблюдались 78 (36,3%) пациентов после резекции желудка по Б-I, 10 (4,7%) — после резекции желудка по Б-II, 118 (54,9%) — после иссечения язвы с пилородуоденопластикой и у 9 (4,2%) больных выполнены другие операции.

В табл. 2 отражено распределение больных по всем осложнениям ЯБ и виду терапии. Так, в группу сравнения включены 531 пациент, из которых консервативное лечение проведено у 151 (28,4%), традиционные операции проведены в большинстве случаев (61,6%; 327 наблюдений) и эндоскопические вмешательства при лечении кровотечений — в 53 (10,0%) случаях. В основной группе традиционные операции проведены только в 1 (0,2%) случае, где доля модифицированных традиционных способов операций составила 38,5% (206 пациентов), лапароскопических операций — 1,5% (8 пациентов), эндоскопические вмешательства при лечении кровотечений выполнены в у 170 (31,8%) пациентов и как первый этап при лечении стеноза — у 18 (3,4%) больных.

Распределение больных по окончательному виду лечения представлено на рис. 1. Так, видно, что в группе сравнения оперированы 327 (61,6%) пациентов, тогда как хирургическая активность в основной группе составила 40,2% (215 из 535) ($\chi^2 = 84,519$; $df = 2$; $p < 0,001$), консервативное лечение проведено в 28,4% (151 из 531) и 28,0% (150 из 535) случаях в группе сравнения и основной группе соответственно. На долю эндоскопических

Табл. 1. Сводное распределение больных по всем осложнениям язвенной болезни и виду оперативного лечения

Виды оперативных вмешательств	Группа сравнения		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Резекция желудка по Б-I	162	49,5%	78	36,3%
Резекция желудка по Б-II	38	11,6%	10	4,7%
Иссечение язвы с пилородуоденопластикой	115	35,2%	118	54,9%
Другие операции	12	3,7%	9	4,2%
Всего	327	100,0%	215	100,0%

Табл. 2. Сводное распределение больных по всем осложнениям язвенной болезни и лечебной тактике

Вид лечения	Группа сравнения		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Количество больных	531	100,0%	535	100,0%
Консервативное лечение	151	28,4%	150	28,0%
Традиционные операции	327	61,6%	1	0,2%
Модифицированные традиционные способы операции	0	0,0%	206	38,5%
Лапароскопические операции	0	0,0%	8	1,5%
Эндоскопические вмешательства	53	10,0%	188	35,1%
при лечении кровотечений	53	10,0%	170	31,8%
как первый этап при лечении стеноза	0	0,0%	18	3,4%

вмешательств в группе сравнения пришлось 10,0%, а в основной группе — 31,8%, что было достоверно больше ($\chi^2 = 84,519$; $df = 2$; $p < 0,001$).

Среди ранних послеоперационных осложнений (табл. 3) специфические (несостоятельность культи ДПК или зоны пилороластики, несостоятельность ГДА, анастомозит, гастростаз, кровотечение и панкреатит) наблюдались с частотой в 14,7% (48 наблюдений) в группе сравнения и 7,4% (16 пациентов) — в основной группе, а на долю общих (бронхолегочные, сердечно — сосудистые, нагноение раны и эвентрация) осложнений пришлось 10,7% (35 наблюдений) в группе сравнения, что было значительно больше, чем в основной группе (5,6%; 12 пациентов).

Из рис. 2 видно, что по результатам хирургического лечения осложнений ЯБ выявлена достоверно низкая частота ранних осложнений в основной группе, чем в группе сравнения (13,0% против 25,4%; $\chi^2 = 12,166$, $df = 1$, $p < 0,001$), как специфических (7,4% против 14,7%), так и общих (5,6% против 10,7%).

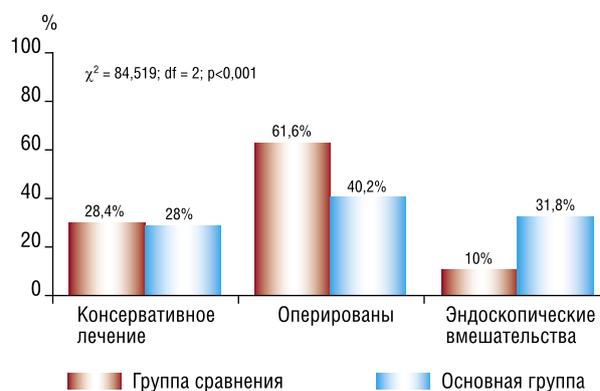


Рис. 1. Распределение больных по окончательному виду лечения.

Табл. 3. Частота ранних послеоперационных осложнений в сравниваемых группах

Осложнения	Группа сравнения		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Специфические	48	14,7%	16	7,4%
несостоятельность культи ДПК или зоны пилороластики	8	2,4%	2	0,9%
несостоятельность ГДА	2	0,6%	0	0,0%
анастомозит	13	4,0%	5	2,3%
гастростаз	11	3,4%	3	1,4%
кровотечение	7	2,1%	3	1,4%
панкреатит	7	2,1%	3	1,4%
Общие	35	10,7%	12	5,6%
бронхолегочные	15	4,6%	5	2,3%
сердечно-сосудистые	8	2,4%	4	1,9%
нагноение раны	11	3,4%	3	1,4%
эвентрация	1	0,3%	0	0,0%



Рис. 2. Результаты хирургического лечения осложнений ЯБ.

По результатам сравнительного анализа продолжительности операции и показателя койко-дней получены достоверно лучшие данные в основной группе (табл. 4). Так, при резекции желудка по Б-I в группе сравнения средняя продолжительность операции составила $107,0 \pm 8,4$ мин. против $71,7 \pm 9,2$ мин. в основной группе ($P < 0,05$), показатель койко-дней — $9,8 \pm 0,5$ против $8,3 \pm 0,4$ ($P < 0,05$). Продолжительность операции резекции желудка по Б-II в группе сравнения в среднем составила $121,4 \pm 9,5$ мин, тогда как в основной группе $83,4 \pm 7,8$ мин. ($P < 0,05$). При иссечении с пластикой длительность операции составила $62,2 \pm 6,4$ мин. и $55,4 \pm 7,2$ мин. в группе сравнения и в основной группе соответственно, а показатель койко-дней — $8,4 \pm 0,2$ суток и $7,6 \pm 0,3$ суток ($P < 0,05$).

Таким образом, сравнительный анализ показал, что применение предложенных алгоритмов позволило изменить структуру тактических подходов к выбору оптимального способа ЯБ желудка и ДПК, когда при одинаковой доле консервативных мероприятий (28,4% — 151 из 531 больных в группе сравнения и 28,0% — 150 из 535 пациентов в основной группе), отмечено увеличение эндоскопических вмешательств с 10,0% (53 в группе сравнения) до 31,8% (170 в основной группе) и, соответственно, снижение хирургической активности с 61,6% (327 больных) до 40,2% (21 пациент) ($\chi^2 = 84,519$; $p < 0,001$). Применение усовершенствованных тактико-технических подходов к хирургическому лечению ЯБ желудка и ДПК позволило изменить структуру оперативных вмешательств с увеличением доли органосохраняющих операций с 35,2% (115 из 327 больных в группе сравнения) до 54,9% (118 из 215 пациентов в основной группе) ($\chi^2 = 20,573$; $df = 1$; $p < 0,001$), снизить частоту специфических осложнений с 14,7% (у 48 из 327 пациентов в группе сравнения) до 7,4% (у 16 из 215 больных в основной группе), общих осложнений с 10,7% (у 35 из 327) до 5,6% (у 12 из 215) и в целом повысить вероятность не осложненного течения раннего послеоперационного периода с 74,6% (244 в группе сравнения) до 87,0% (187 в основной группе) ($\chi^2 = 12,166$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Табл. 4. Продолжительность операции и показатель койко-дней в группах сравнения

Операция	Продолжительность операции		Общие койко-дни	
	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа
Резекция желудка по Б-1	$107,0 \pm 8,4$	$71,7 \pm 9,2^*$	$9,8 \pm 0,5$	$8,3 \pm 0,4^*$
Резекция желудка по Б-2	$121,4 \pm 9,5$	$83,4 \pm 7,8^*$	$10,5 \pm 0,6$	$8,8 \pm 0,5^*$
Иссечение с пластикой	$62,2 \pm 6,4$	$55,4 \pm 7,2$	$8,4 \pm 0,2$	$7,6 \pm 0,3^*$

Примечание: * - достоверность ($P < 0,05$) отличия показателей между группами.

Результаты

Отдаленные результаты лечения пилородуоденальных язв были прослежены у 92 пациентов в группе сравнения и 124 пациентов в основной группе. Так, в табл. 5 представлены отдаленные результаты после резекции желудка по Б-I в группах сравнения. Видно, что в основной группе процент отличных результатов был больше, чем в группе сравнения и составил 76,6% (49 из 64) против 65,2% (30 из 46).

Анализ отдаленных результатов после резекции желудка по Б-II в группах сравнения показал, что отличных и хороших результатов лечения удалось добиться в большей степени среди пациентов основной группы (табл. 6).

При анализе отдаленных результатов после органосохраняющих операций в группах сравнения (табл. 7) выявлено, что в основной группе пациентов процент отличных и хороших результатов составил 75,0% (36 из 48)

Табл. 5. Отдаленные результаты после резекции желудка по Б-I в группах сравнения

Результаты операции	Группа сравнения		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Отличный	30	65,2%	49	76,6%
Хороший	6	13,0%	8	12,5%
Удовлетворительный	7	15,2%	5	7,8%
Плохой А	2	4,3%	1	1,6%
Плохой Б	1	2,2%	1	1,6%
Всего:	46	100,0%	64	100,0%

Табл. 6. Отдаленные результаты после резекции желудка по Б-II в группах сравнения

Результаты операции	Группа сравнения		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Отличный	6	60,0%	8	66,7%
Хороший	1	10,0%	2	16,7%
Удовлетворительный	2	20,0%	1	8,3%
Плохой А	0	0,0%	1	8,3%
Плохой Б	1	10,0%	0	0,0%
Всего:	10	100,0%	12	100,0%

Табл. 7. Отдаленные результаты после органосохраняющих операций в группах сравнения

Результаты операции	Группа сравнения		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Отличный	23	63,9%	36	75,0%
Хороший	5	13,9%	8	16,7%
Удовлетворительный	5	13,9%	2	4,2%
Плохой А	2	5,6%	1	2,1%
Плохой Б	1	2,8%	1	2,1%
Всего:	36	100,0%	48	100,0%

и 16,7% (8 из 48), соответственно, а в группе сравнения — 63,9% (23 из 36) и 13,9% (5 из 36), соответственно.

На рис. 3 отражены сводные отдаленные результаты после всех операций по поводу ЯБ желудка и ДПК в группах сравнения. Так, видно, что основная группа пациентов характеризовалась достоверно лучшими результатами, где на долю отличных пришлось 75,0% случаев, а хороших — 14,5%, тогда как в группе сравнения данные показатели составили 64,1% и 13,0%, соответственно, ($\chi^2 = 6,155$; $df = 2$; $p = 0,047$). Доля удовлетворительных результатов составила 15,2% — в группе сравнения и 6,5% — в основной группе.

В спектр отдаленных послеоперационных осложнений входили рецидивная язва, демпинг-синдром, нарушения эвакуации желудка и синдром приводящей петли. Частота данных осложнений в основной группе была достоверно ниже. Так, после резекции желудка по Б-I в группе пациентов с плохими результатами частота осложнений составила 8,7% в группе сравнения и 1,6% — в основной группе, после резекции желудка по Б-II — 10,0% и 8,3% в группе сравнения и основной группе, соответственно, а после иссечения язв с пластикой — 8,3% и 4,2%.

Таким образом, сравнительный анализ отдаленных результатов операций по поводу осложнений ЯБ желудка и ДПК показал, что совершенствование тактико-технических подходов к хирургическому лечению этой категории больных позволило увеличить долю отличных и хороших результатов с 77,2% (у 71 из 94 больных в группе сравнения) до 89,5% (у 111 из 124 пациентов в основной группе), получить удовлетворительные результаты у 15,2% (14 в группе сравнения) и 6,5% (8 в основной группе) и снизить частоту неудовлетворительных результатов с 7,6% (у 7 из 92 пациентов в группе сравнения) до 4,0% (у 5 из 124 больных в основной группе) ($\chi^2 = 6,155$; $df = 2$; $p = 0,047$).

Показатели качества жизни по вопроснику SF-36 после различных операций по поводу ЯБ в группах сравнения отражены в табл.9. Так, видно, что достоверно лучшие результаты ($P < 0,05$) в основной группе пациентов в отличие от группы сравнения были отмечены по показателям ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP), общему состоянию здоровья (GH) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) пациента.



Рис. 3. Сводные отдаленные результаты после всех операций по поводу ЯБ желудка и ДПК в группах сравнения.

Табл. 8. Характер и частота осложнений в группе пациентов с плохими результатами

Патологические синдромы	Резекция желудка по Б-1		Резекция желудка по Б-2		Иссечение с пластикой	
	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа
Рецидивная язва	1	1		1	1	1
Демпинг-синдром			1			
Нарушения эвакуации желудка	2				2	1
Синдром приводящей петли	1					
Всего:	4 (8,7%)	1 (1,6%)	4 (10%)	1 (8,3%)	4 (8,3%)	1 (4,2%)

Так, в отдаленном периоде после операции резекции желудка по Б-I показатели качества жизни по пункту RP составили $65,4 \pm 1,8$ против $59,9 \pm 1,6$, по GH — $60,5 \pm 1,6$ против $55,6 \pm 1,7$ и по RE $60,6 \pm 1,5$ и $55,8 \pm 1,6$ в основной и группе сравнения, соответственно. При резекции желудка по Б-II показатели в RP составили $62,4 \pm 2,1$ против $55,4 \pm 2,2$ и в GH — $58,7 \pm 1,6$ против $53,7 \pm 1,7$ в основной и группе сравнения, соответственно. После операции иссечения язвы с пластикой в отдаленный период показатели качества жизни пациентов по пункту RP составили $66,7 \pm 1,8$ против $60,2 \pm 1,7$, по GH — $61,2 \pm 1,8$ против $55,4 \pm 1,7$ и по RE $61,7 \pm 1,8$ и $55,9 \pm 1,7$ в основной и группе сравнения, соответственно ($P < 0,05$).

Показатели качества жизни по шкалам RP — «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и GH — «Общее состояние здоровья» полученные результаты были с лучшими в основной группе с достоверным отличием после всех видов оперативных вмешательств. Так, по шкале RP после резекции желудка по Б-I данные показатели составили $65,4$ против $59,9$

Табл. 9. Показатели качества жизни по вопроснику SF-36 после различных операций по поводу ЯБ в группах сравнения

Показатель	Резекция желудка по Б-1		Резекция желудка по Б-2		Иссечение с пластикой	
	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа
	n = 46	n = 64	n = 10	n = 12	n = 36	n = 48
PF	73,2±1,9	77,6±2,4	71,2±2,1	75,3±2,0	74,6±1,8	77,9±1,9
RP	59,9±1,6	65,4±1,8*	55,4±2,2	62,4±2,1*	60,2±1,7	66,7±1,8*
BP	59,4±1,7	62,8±1,9	57,6±1,7	60,8±2	58,1±1,6	64,2±1,9
GH	55,6±1,7	60,5±1,6*	53,7±1,7	58,7±1,6*	55,4±1,7	61,2±1,8*
VT	57,2±1,5	61,6±2,0	56,4±1,6	60,7±1,9	58,4±1,6	62,8±1,7
SF	67,4±1,8	70,1±2,1	66,4±1,8	69,5±1,5	67,2±1,8	70,1±2,1
RE	55,8±1,6	60,6±1,5*	54,3±1,7	58,9±1,6	55,9±1,7	61,7±1,8*
MH	58,4±1,8	59,7±1,9	57,9±1,8	58,3±1,7	59,4±1,8	60,4±1,6

Примечание: * – достоверное отличие от группы сравнения (P<0,05).

($t = 2,28$; $P < 0,05$), после резекции желудка по Б-II — 62,4 против 55,4 ($t = 2,30$; $P < 0,05$), после операции иссечения язвы с пластикой — 66,7 против 60,2 в основной и группе сравнения, соответственно ($t = 2,63$; $P < 0,05$). По шкале GH показатели качества жизни составили после резекции желудка по Б-I — 60,5 против 55,6 ($t = 2,10$; $P < 0,05$), после резекции желудка по Б-II — 58,7 против 53,7 ($t = 2,14$; $P < 0,05$), после операции иссечения язвы с пластикой — 61,2 против 55,4 в основной и группе сравнения, соответственно, ($t = 2,63$; $P < 0,05$).

Таким образом, изучение качества жизни больных после операций по поводу осложнений ЯБ желудка и ДПК показало, что в основной группе получены достоверно лучшие показатели по шкалам «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Общее состояние здоровья» и «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($p < 0,05$).

Выводы

Сравнительный анализ показал, что применение предложенных алгоритмов позволило изменить структуру тактических подходов к выбору оптимального способа ЯБ желудка и ДПК, когда при одинаковой доле консервативных мероприятий (28,4% — 151 из 531 больных в группе сравнения и 28,0% — 150 из 535 пациентов в основной группе), отмечено увеличение эндоскопических вмешательств с 10,0% (53 в группе сравнения) до 31,8% (170 в основной группе) и, соответственно, снижение хирургической активности с 61,6% (327 больных) до 40,2% (21 пациентов) ($\chi^2 = 84,519$; $p < 0,001$).

Применение усовершенствованных тактико-технических подходов к хирургическому лечению ЯБ желудка и ДПК позволило изменить структуру оперативных вмешательств с увеличением доли органосохраняющих операций с 35,2% (115 из 327 больных в группе сравнения) до 54,9% (118 из 215 пациентов в основной группе)

Табл. 10. Показатели качества жизни по некоторым шкалам с достоверным отличием между группами сравнения

Показатель	Резекция желудка по Б-1		Резекция желудка по Б-2		Иссечение с пластикой	
	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа
	n = 46	n = 64	n = 10	n = 12	n = 36	n = 48
RP	59,9	65,4	55,4	62,4	60,2	66,7
	$t = 2,28$; $P < 0,05$		$t = 2,30$; $P < 0,05$		$t = 2,63$; $P < 0,05$	
BP	–	–	–	–	60,2	64,2
	–		–		$t = 2,46$; $P < 0,05$	
GH	55,6	60,5	53,7	58,7	55,4	61,2
	$t = 2,10$; $P < 0,05$		$t = 2,14$; $P < 0,05$		$t = 2,34$; $P < 0,05$	
SF	55,8	60,6	–	–	55,9	61,7
	$t = 2,19$; $P < 0,05$		–		$t = 2,34$; $P < 0,05$	

($\chi^2 = 20,573$; $df = 1$; $p < 0,001$), снизить частоту специфических осложнений с 14,7% (у 48 из 327 пациентов в группе сравнения) до 7,4% (у 16 из 215 больных в основной группе), общих осложнений с 10,7% (у 35 из 327) до 5,6% (у 12 из 215) и в целом повысить вероятность неосложненного течения раннего послеоперационного периода с 74,6% (244 в группе сравнения) до 87,0% (187 в основной группе) ($\chi^2 = 12,166$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Сравнительный анализ отдаленных результатов операций по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК показал, что совершенствование тактико-технических подходов к хирургическому лечению этой категории больных позволило увеличить долю отличных и хороших результатов с 77,2% (у 71 из 94 больных в группе сравнения) до 89,5% (у 111 из 124 пациентов в основной группе), получить удовлетворительные результаты у 15,2% (14 в группе сравнения) и 6,5% (8 в основной группе) и снизить частоту неудовлетворительных результатов с 7,6% (у 7 из 92 пациентов в группе сравнения) до 4,0% (у 5 из 124 больных в основной группе) ($\chi^2 = 6,155$; $df = 2$; $p = 0,047$).

Изучение качества жизни больных после операций по поводу осложнений ЯБ желудка и ДПК показало, что в основной группе получены достоверно лучшие показатели по шкалам «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Общее состояние здоровья» и «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($p < 0,05$).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Dore MP, Soro S, Niolu C, et al. Clinical features and natural history of idiopathic peptic ulcers: a retrospective case-control study. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54(11):1315–1321. Doi: 10.1080/00365521.2019.1679247.
- Graham DY. History of Helicobacter pylori, duodenal ulcer, gastric ulcer and gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2014;20(18):5191–5204. Doi: 10.3748/wjg.v20.i18.5191.

3. Bertleff MJ, Stegmann T, Liem RS, et al. Comparison of closure of gastric perforation ulcers with biodegradable lactide-glycolide-caprolactone or omental patches. *JS-L.S.* 2009;13(4):550–554. Doi: 10.4293/108680809x12589998404362.
4. Разжевайкин В.Н., Шпитонков М.И. Корреляционная адаптометрия. Модели и приложения к биомедицинским системам // *Математическое моделирование.* — 2008. — Т.20. — №8. — С. 13–27. [Razzevaikin VN, Shpionkov MI. Correlation adaptometry. Models and applications to biomedical systems. *Matematicheskoe modelirovanie.* 2008;20(8):13–27. (In Russ).]
5. Цуканов Ю.Т., Никитин В.Н. Результаты лечения пациентов с прободной язвой и рубцовой деформацией пилородуоденальной зоны // *Новости хирургии.* — 2014. — Т.22. — №3. — С. 313–320. [Tsukanov YuT, Nikitin VN. Rezul'taty lecheniya patsientov s probodnoi yazvoi i rubtsovoi deformatsiei piloroduodenal'noi zony. *Novosti khirurgii.* 2014;22(3):313–320. (In Russ).]
6. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med.* 2010;152(2):101–113. Doi: 10.7326/0003-4819-152-2-201001190-00009.
7. Boyd-Carson H, Doleman B, Cromwell D, et al. Delay in source control in perforated peptic ulcer leads to 6% increased risk of death per hour: a nationwide cohort study. *World J Surg.* 2020;44(3):869–875. Doi: 10.1007/s00268-019-05254-x.
8. Майстренко Н.А., Курьгин А.А., Курьгин А.А. Принципы планового хирургического лечения хронической дуоденальной язвы (40-летний опыт клиники им. С.П. Фёдорова) // *Бюллетень сибирской медицины.* — 2019. — Т.6. — №3. — С. 38–42. [Maystrenko NA, Kurygin AA, Kurygin AA. The principles of planned surgical treatment of chronic duodenal ulcer (40-years experience of clinic named for S.P. Fyodorov). *Byulleten' sibirskoi meditsiny.* 2007;6(3):38–42. (In Russ).]
9. Dapri G, El Mourad H, Himpens J, et al. Transumbilical single-access laparoscopic perforated gastric ulcer repair. *Surg Innov.* 2012;19(2):130–133. Doi: 10.1177/1553350611423931.
10. Pioche M, Jacques J, Saurin JC. [Gastric and duodenal ulcer. (In French).] *Gastritis Rev Prat.* 2019;69(5):e147–e154.