



М.І. Тутченко, Д.В. Ярошук

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НЕРАДИКАЛЬНИХ ВІДКРИТИХ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ЛІКУВАННІ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ДВОРІЧНЕ ПРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета роботи — оцінити ефективність відкритих та лапароскопічних паліативних і умовно радикальних оперативних втручань у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) у ранній та віддалений період.

Матеріали і методи. Проліковано 181 хворого з ПВ ДПК (163 чоловіків і 18 жінок). Середній вік — $(35,7 \pm 1,0)$ року. Критеріями залучення були: ПВ ДПК на передній або передньо-медіальній/латеральній стінці; давність захворювання — не більше 12 год; серозний або серозно-фібринозний перитоніт; вік понад 18 років. 92 хворих, яким виконано паліативні (ушивання перфоративного отвору) або умовно паліативні (пілородуоденопластика) операції за допомогою лапароскопічної техніки, склали групу ЛПО (лапароскопічні паліативні операції), 89 хворим, яким аналогічні операції виконували відкритим способом, — групу ВПО (відкриті паліативні операції). Хворі обох груп статистично не відрізнялися за тривалістю виразкового анамнезу, терміном захворювання, локалізацією і розміром перфоративного отвору, характером перитоніту.

Результати та обговорення. У хворих групи ЛПО були достовірно меншими термін оперативного втручання (відповідно $(57,8 \pm 1,9)$ та $(83,2 \pm 1,7)$ хв); інтенсивність больового синдрому за рейтинговою шкалою болю в перші 4 післяопераційні доби; кількість доз наркотичних анальгетиків $(0,25 \pm 0,08)$ та $(3,12 \pm 0,29)$; тривалість ліжко-дня $(5,11 \pm 0,08)$ та $(7,55 \pm 0,11)$ доби, всі $p < 0,05$. Через 2 роки після операції за кумулятивною частотою рецидиву виразки і часткою хворих з відмінними і добрими результатами за шкалою Visik пацієнти групи ЛПО статистично не відрізнялися від хворих групи ВПО: відповідно 16,7 та 19,6 %, 75,5 та 72,6 %, всі $p > 0,05$. У групі ВПО виявлено післяопераційні грижі (5,6 %), тоді як у групі ЛПО цього ускладнення не було ($p = 0,021$).

Висновки. Паліативні й умовно паліативні операції за допомогою лапароскопічної техніки у хворих з ПВ ДПК на передній і передньо-бічній стінці тривалістю до 12 год мають переваги в ранній післяопераційний період над операціями, виконаними традиційним відкритим способом. Такі операції характеризуються меншою тривалістю виконання, меншою інтенсивністю болю в перші 4 післяопераційні доби і кількістю доз наркотичних анальгетиків. Через 2 роки після операції за кумулятивною частотою рецидиву виразки та часткою хворих з відмінними і добрими результатами за шкалою Visik пацієнти групи ЛПО статистично не відрізняються від хворих групи ВПО. Лапароскопічні операції достовірно зменшували ризик післяопераційних гриж.

Ключові слова: перфоративна виразка дванадцятипалої кишки, лапароскопічне ушивання виразки, віддалені результати.

Лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини за допомогою лапароскопічної техніки набуває дедалі більшого поширення. Лапароскопічні методики ушивання перфоративної виразки у разі виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК) почали застосовувати у 1990-х [9—11], але вони не стали рутинною процедурою. Попередні дослідження виявили певні обмеження можливостей лапароскопічної методики ушивання перфоративного отвору, насамперед щодо його розміру (не більше ніж 1,0—1,2 см), локалізації (передня чи передньо-бічна стінка), тривалості захворювання (до 12 год), а також тяжкий соматичний стан хворого, перенесені операції на органах черевної порожнини тощо [1, 3]. Більшість авторів зазначають, що за рівних умов та відсутності зазначених обмежень результати лапароскопічних операцій ушивання перфоративного отвору та/або пілоропластики в ранній післяопераційний період не поступаються відкритим або навіть є кращими (менша тривалість оперативного втручання та інтенсивність болювого синдрому в післяопераційний період) [4, 8]. Інші автори не виявили суттєвих відмінностей в ефективності зазначених методик [6, 7]. Віддалені результати відкритих і лапароскопічних методів ушивання перфоративної виразки в порівняльному аспекті в літературі висвітлено недостатньо.

Мета роботи — оцінити ефективність відкритих та лапароскопічних паліативних і умовно радикальних оперативних втручань у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки у ранній та віддалений період.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У дослідженні взяв участь 181 хворий. Пацієнтів було поділено на дві групи. В одну групу ввійшли 92 хворих, яким виконували паліативні (ушивання перфоративного отвору) або умовно паліативні (пілородуоденопластика) операції за допомогою лапароскопічної техніки — група ЛПО (лапароскопічні паліативні операції), у другу — 89 хворих, яким операцію виконували відкритим способом — група ВПО (відкриті паліативні операції).

Критерії залучення в дослідження:

- перфоративна виразка ДПК або воротаря на передній або передньо-медіальній/латеральній стінці;
- давність захворювання — не більше 12 год;
- серозний, серозно-фібринозний перитоніт;
- вік понад 18 років.

Критерії вилучення:

- перфоративна виразка ДПК чи воротаря на задній або задньо-медіальній/латеральній стінці;
- давність захворювання — понад 12 год;
- гнійний перитоніт;
- вік менше 18 років;
- наявність тяжкої супутньої патології;

- попередні оперативні втручання на органах черевної порожнини, які унеможливають виконання лапароскопічного ушивання виразки та санації черевної порожнини.

Критерії оцінки ефективності

оперативного лікування проривної виразки ДПК

Ранній післяопераційний період:

- тривалість оперативного втручання;
- серцево-судинні ускладнення;
- легеневі ускладнення;
- нагноєння післяопераційної рани;
- ліжко-день;
- болювий синдром за візуальною рейтинговою шкалою [5];
- тривалість непрацездатності;
- термін відновлення перистальтики;
- абсцеси черевної порожнини;
- інтраопераційна та післяопераційна кровотеча;
- неспроможність швів;
- релапаротомія з різних причин;
- поновлення ентерального харчування;

Віддалений (протягом двох років)

післяопераційний період:

- кумулятивна частота рецидиву виразки;
- кумулятивна частота післяопераційної вентральної грижі;
- модифікована шкала Visik [2].

У роботі застосовували статистичні методи аналізу даних залежно від типу змінних та завдань дослідження. Параметричні методи використовували для кількісних ознак з нормальним розподілом, в інших випадках — непараметричні методи. Параметричним методом порівняння двох незалежних груп за однією ознакою було визначення t-критерію Стюдента; непараметричними — U-критерій Манна—Уїтні, за кількома ознакам — χ^2 -тест Пірсона. Достовірність результату за певний проміжок часу (виживання) проводили за методом Каплана—Мейєра.

Усі розрахунки виконували за допомогою статистичної програми SPSS 13.0. Нульову гіпотезу (про відсутність розбіжностей між змінними) відхиляли у разі $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Досліджувані групи були порівнянними за основними показниками. Так, середній вік хворих групи ЛПО становив ($36,2 \pm 1,0$) року, групи ВПО — ($35,1 \pm 1,1$) року ($p = 0,502$) (рис. 1).

В обох групах було достовірно більше чоловіків, ніж жінок: відповідно 91,30 і 88,76 %, 8,70 і 11,24 % ($p = 0,568$).

Більшість хворих було доправлено каретою швидкої медичної допомоги — 175 (96,7 %), решту госпіталізовано в клініку за самозверненням. За варіантом госпіталізації групи достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$).

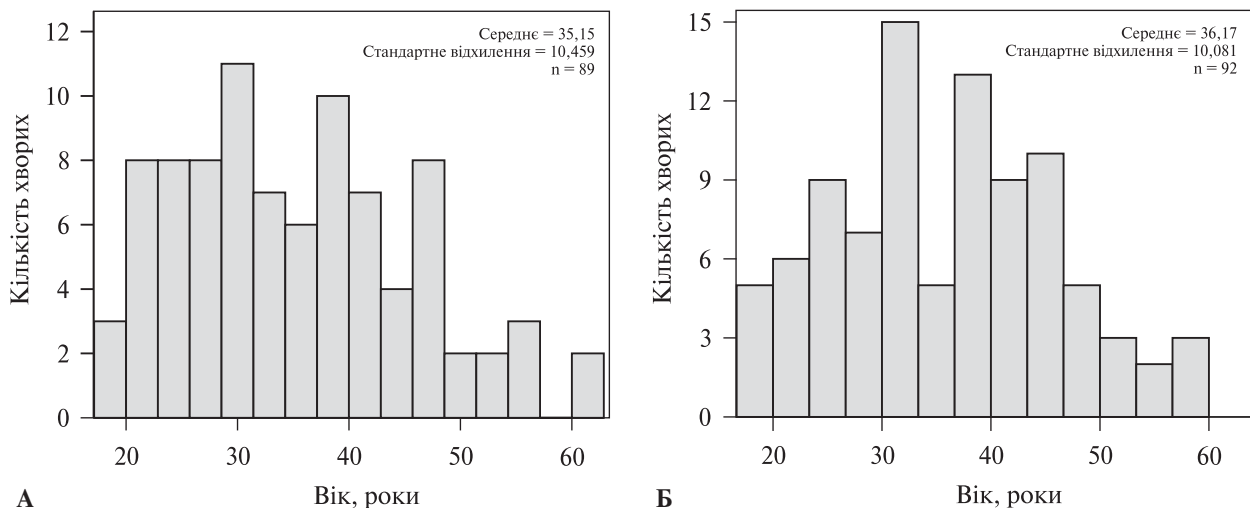


Рис. 1. Розподіл хворих груп ЛПО (А) та ВПО (Б) за віком

Виразковий анамнез мали 160 (88,4 %) хворих (табл. 1). За розподілом тривалості виразкового анамнезу групи статистично не відрізнялися ($\chi^2 = 3,20$; $p = 0,525$).

Групи також суттєво не відрізнялися за терміном, який минув від початку захворювання до операції. У хворих групи ЛПО він становив у середньому ($6,91 \pm 0,18$) год, у хворих групи ВПО — ($6,65 \pm 1,19$) год ($p = 0,316$) (рис. 2).

В обох групах частіше виявляли серозно-фібринозний перитоніт, рідше — фібринозно-гнійний (табл. 2). За частотою характеру ексудату групи статистично не відрізнялися ($\chi^2 = 0,089$; $p = 0,957$).

У більшості хворих діагностовано поширений перитоніт (табл. 3).

Приблизно з однаковою частотою траплявся місцевий та загальний перитоніт. Статистично значущих відмінностей між групами за частотою видів перитоніту та їх поширеністю не було ($\chi^2 = 0,110$; $p = 0,947$).

У 161 (89,0 %) хворого виразка розташовувалася в цибуліні ДПК, у решти — у ділянці воротаря. Таке співвідношення спостерігали в обох групах ($\chi^2 = 0,306$; $p = 0,580$).

Дані щодо локалізації виразок наведено в табл. 4. За співвідношенням між ураженням різних стінок шлунка і ДПК групи статистично не відрізнялися ($\chi^2 = 1,035$; $p = 0,793$).

Діаметр виразкового дефекту становив від 3 до 15 мм: у групі ЛПО — у середньому ($6,24 \pm 0,23$) мм, у групі ВПО — ($6,18 \pm 0,22$) мм ($p = 0,85$) (рис. 3).

Ушивання перфоративного отвору виконували, якщо його розмір не перевищував 0,5 см. В інших ситуаціях застосовували дуоденопластику або пілородуоденопластику (табл. 5).

За співвідношенням видів оперативних втручань групи статистично не відрізнялися ($\chi^2 = 0,255$; $p = 0,880$).

Безпосередні результати

Аналіз безпосередніх результатів засвідчив, що лапароскопічні паліативні та умовно радикальні операції потребують меншого часу для виконання порівняно з відкритими. Так, у хворих групи ЛПО середня тривалість оперативного втручання становила ($57,8 \pm 1,9$) хв (від 25 до 100 хв), а групи ВПО — ($83,2 \pm 1,7$) хв (від 45 до 120 хв) ($p = 0,001$). Суттєве зменшення тривалості оперативного

Таблиця 1
Тривалість виразкового анамнезу

Тривалість анамнезу	Група ЛПО	Група ВПО	Усього
Немає	10 (10,9 %)	11 (12,4 %)	19 (11,6 %)
До року	20 (21,7 %)	26 (29,2 %)	46 (25,4 %)
1,0–3,0 року	22 (23,9 %)	15 (16,9 %)	37 (20,4 %)
3,1–5,0 року	32 (34,8 %)	26 (29,2 %)	58 (32,0 %)
Понад 5 років	8 (8,7 %)	11 (12,4 %)	19 (10,5 %)
Разом	92	89	181

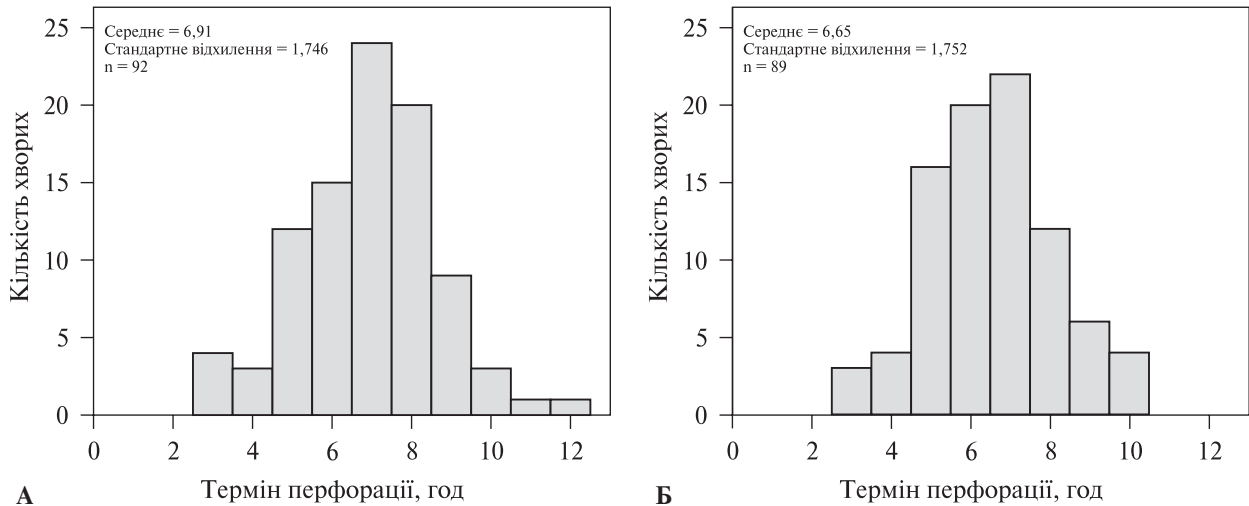


Рис. 2. Розподіл хворих груп ЛПО (А) та ВПО (Б) за терміном перфорації

Таблиця 2
Розподіл хворих за характером перитонеального ексудату

Характер ексудату	Група ЛПО	Група ВПО	Усього
Серозний	34 (37,0 %)	31 (34,8 %)	65 (35,9 %)
Серозно-фібринозний	54 (58,7 %)	54 (60,7 %)	108 (59,7 %)
Фібринозно-гнійний	4 (4,3 %)	4 (4,5 %)	8 (4,4 %)
Разом	92	89	181

Таблиця 3
Розподіл хворих за поширеністю перитоніту

Поширеність	Група ЛПО	Група ВПО	Усього
Місцевий	12 (13,0 %)	13 (14,6 %)	25 (13,8 %)
Поширений	69 (75,0 %)	65 (73,0 %)	134 (74,0 %)
Загальний	11 (12,0 %)	11 (12,4 %)	22 (12,2 %)
Разом	92	89	181

Таблиця 4
Варіанти локалізації виразок

Стінка ДПК або воротаря, уражена виразкою	Група ЛПО	Група ВПО	Усього
Передня	60 (65,2 %)	53 (59,6 %)	113 (62,4 %)
Передньо-латеральна	15 (16,3 %)	19 (21,3 %)	34 (18,8 %)
Передньо-медіальна	13 (14,1 %)	14 (15,7 %)	27 (14,9 %)
Передньо-латеральна та передньо-медіальна	4 (4,3 %)	3 (3,4 %)	7 (3,9 %)
Разом	92	89	181

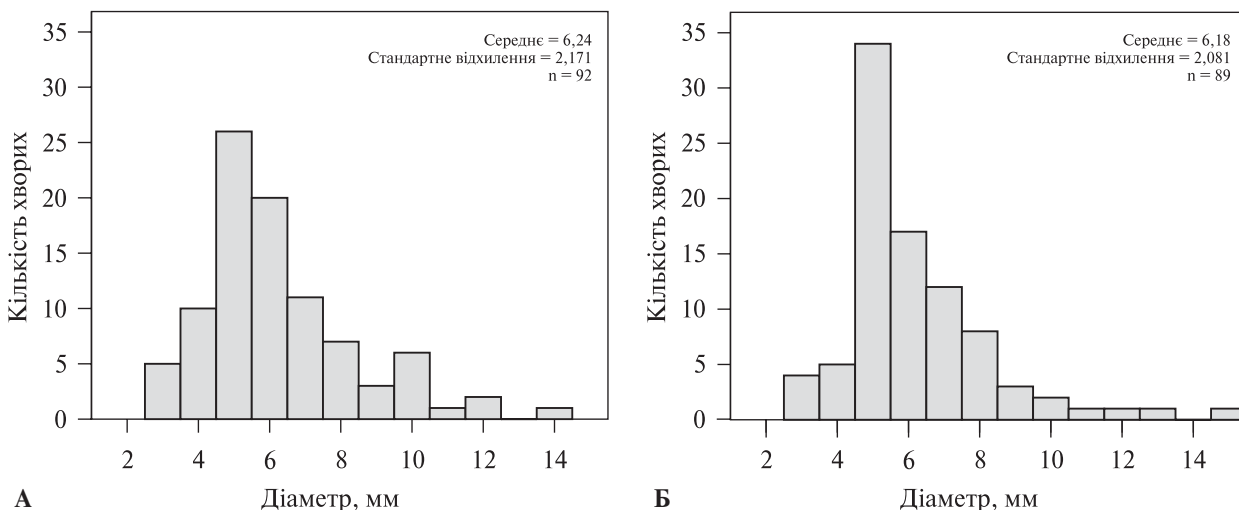


Рис. 3. Розподіл хворих груп ЛПО (А) та ВПО (Б) за діаметром виразкового дефекту

Таблиця 5
Характер оперативних втручань

Вид втручання	Група ЛПО	Група ВПО	Усього
Ушивання виразки	70 (76,1 %)	65 (73,0 %)	135 (74,6 %)
Дуоденопластика	17 (18,5 %)	18 (20,2 %)	35 (19,3 %)
Пілородуоденопластика	5 (5,4 %)	6 (6,7 %)	11 (6,1 %)
Разом	92	89	181

втручання за допомогою лапароскопічного методу порівняно з відкритим зумовлено відсутністю етапу ушивання черевної порожнини. Перевагу за цим показником мають паліативні операції. Так, у разі ушивання перфоративної виразки у хворих групи ЛПО середня тривалість операції становила $(49,0 \pm 1,2)$ хв, а у хворих групи ВПО — $(79,4 \pm 2,2)$ хв ($p = 0,001$). У разі виконання дуоденопластики — відповідно $(84,8 \pm 2,1)$ і $(93,2 \pm 2,5)$ хв ($p = 0,015$), у разі проведення пілородуоденопластики — $(89,0 \pm 4,3)$ і $(95,0 \pm 4,1)$ хв ($p = 0,340$).

У ранній післяопераційний період хворі відзначали біль у ділянці оперативного втручання різної інтенсивності. У перші 4 доби після операції середній бал болю був достовірно нижчим у хворих групи ЛПО порівняно з хворими групи ВПО (усі $p < 0,05$). Також виявлено достовірне зниження середнього балу болю у кожен наступну добу порівняно з попередньою в обох групах хворих (усі $p < 0,05$) (рис. 4).

У післяопераційний період наявність болю, який потребував застосування наркотичних анальгетиків, спостерігали у 69 (77,5 %) хворих групи ВПО (від 1 до 12 доз), у середньому $(3,12 \pm 0,29)$ дози, і у 9 (9,8 %) — групи ЛПО (від 1 до 4 доз), у середньому $(0,25 \pm 0,08)$ дози (табл. 6).

Достовірно менші показники болювого синдрому у хворих групи ЛПО сприяли ранішій активізації хворих порівняно з групою ВПО, що є профілактикою тромботичних, легеневих і серцево-судинних ускладнень.

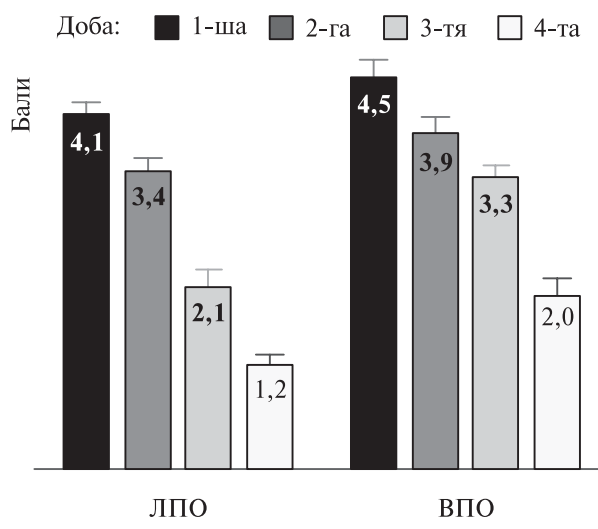


Рис. 4. Середня інтенсивність болю в ранній післяопераційний період

Таблиця 6
Кількість хворих, які потребували призначення наркотичних анальгетиків у післяопераційний період

Група	Потребували наркотичних анальгетиків	Не потребували наркотичних анальгетиків	Усього	Середня доза на всю групу
ЛПО	9 (9,8 %)	83 (90,2 %)	92	0,25 ± 0,08
ВПО	69 (77,5 %)	20 (22,5 %)	89	3,12 ± 0,29
Разом	78 (43,1 %)	103 (56,9 %)	181	1,78 ± 0,19

Таблиця 7
Ускладнення в ранній післяопераційний період у групах

Ускладнення	ЛПО	ВПО	Усього	p
Нагноєння післяопераційної рани	3 (3,3 %)	4 (4,5 %)	7 (3,9 %)	0,667
Пневмонія	2 (2,2 %)	4 (4,5 %)	6 (3,3 %)	0,383
Кардіальні (екстрасистолія, пароксизм миготливої аритмії)	3 (3,3 %)	2 (2,2 %)	5 (2,8 %)	0,677
Абсцеси черевної порожнини	0	1 (1,1 %)	1 (0,6 %)	0,308
Неспроможність швів	1 (1,1 %)	0	1 (0,6 %)	0,324

Термін відновлення перистальтики в обох групах становив від 2 до 4 діб (рис. 5). Достовірних розбіжностей за термінами відновлення перистальтики між групами не було ($\chi^2 = 5,36$; $p = 0,068$), проте спостерігали тенденцію до ранньої активізації моторно-евакуаторної діяльності кишечника у хворих групи ЛПО.

Поновлення ентерального харчування було безпосередньо пов'язане з термінами відновлення перистальтики кишечника і також було статистично однаковим у групах.

У ранній післяопераційний період у деяких хворих діагностовано ускладнення (табл. 7).

У періопераційний період не було значущої кровотечі, яка б потребувала проведення замісної терапії.

Тривалість перебування хворих у стаціонарі після паліативних лапароскопічних операцій становила у середньому ($5,11 \pm 0,08$) доби (від 3 до 7 діб) і була достовірно меншою за таку у хворих, яким виконано відкриті паліативні операції, — ($7,55 \pm 0,11$) доби (від 5 до 12 діб) ($p < 0,001$). Це можна пояснити ранішою активізацією хворих групи ЛПО і незначним больовим синдромом у більшості з них порівняно з хворими групи ВПО.

Віддалені результати

Віддалені результати хірургічного лікування хворих простежені у строки до двох років.

Унаслідок того, що в групах дослідження характер оперативних втручань відносно їх впливу на етіопатогенез виразкової хвороби був ідентичним, загальна дворічна кумулятивна частота рецидиву виразки і динаміка виникнення виразок у них статистично не відрізнялися (рис. 6). Так, дворічна кумулятивна частота рецидиву виразки в групі ЛПО становила 16,7 % (15 хворих), у групі ВПО — 19,6 % (17 хворих) ($p = 0,628$, Log-Rank test).

В обох групах приріст кумулятивної частоти в перший післяопераційний рік був більшим, ніж у другий: у хворих групи ЛПО — 13,3 та 3,4 % відповідно, у групі ВПО — 11,4 та 8,2 % (табл. 8).

У всіх випадках рецидивна виразка локалізувалася у цибуліні ДПК. Середній її розмір становив ($6,91 \pm 0,50$) мм і не відрізнявся статистично від показника до операції — ($6,44 \pm 0,40$) мм.

За співвідношенням частоти різної локалізації перфоративної і рецидивної виразки групи ста-

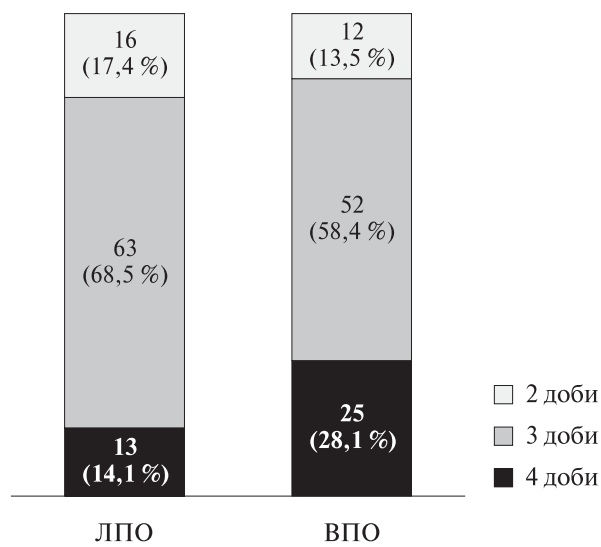


Рис. 5. Розподіл пацієнтів за терміном відновлення перистальтики

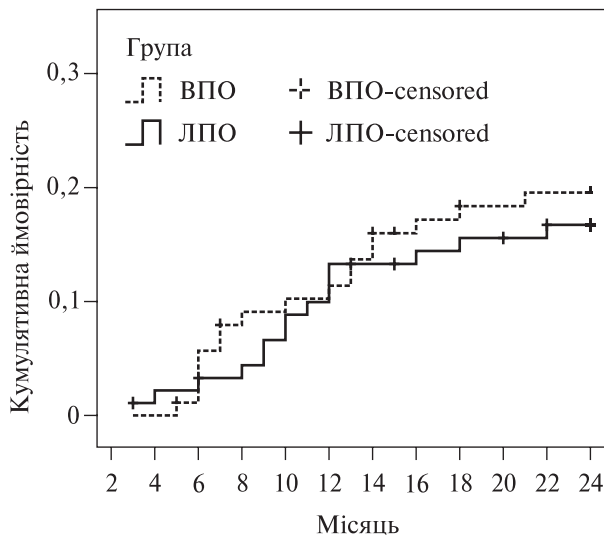


Рис. 6. Графік Каплана—Мейєра. Кумулятивна ймовірність рецидиву виразкової хвороби ДПК у хворих після паліативних і умовно радикальних операцій

тистично не відрізнялися ($p > 0,05$). Локалізація рецидивної виразки збігалася з локалізацією перфоративної лише у 23 (72 %) випадках.

У двох хворих рецидивна виразка ускладнилася кровотечею, яку було зупинено консервативними засобами, ще у двох — субкомпенсованим пілородуоденальним стенозом.

Післяопераційна вентральна грижа виникла у 5 (5,6 %) хворих групи ВПО і в жодному випадку у хворих групи ЛПО ($\chi^2 = 5,32$; $p = 0,021$). Усі випадки гриж діагностовано в період з 10-го до 18-го місяця після операції.

Результати першого контрольного ендоскопічного дослідження, проведеного через 1,0—1,5 міс після операції, наведено в табл. 9.

Усі хворі з ендоскопічними ознаками грижі СОД скаржилися на печію за грудниною, відрижку повітрям або їжею, періодичний біль у грудях, 12 хворих турбувала дисфагія. Цим хворим виконано рентгенологічне дослідження стравоходу і шлунка із сульфатом барію в положенні Тренделенбурга. Ковзну грижу СОД першого типу виявлено у 13 (7,2 %) хворих.

Наявність виявлених змін верхніх відділів травного каналу позначилася на результатах лікування, які оцінювали за шкалою Visik.

Таблиця 9
Результати першого контрольного ендоскопічного дослідження

Показник	Кількість хворих
Хронічний гастрит	145 (80,1 %)
Хронічний дуоденіт	139 (76,8 %)
Хронічний езофагіт	86 (47,5 %)
Дуодено-гастральний рефлюкс	43 (23,8 %)
Ознаки грижі СОД	28 (23,1 %)
Наявність ниток у ділянці операції	93 (51,4 %)

СОД — стравохідний отвір діафрагми.

Через 2 міс після операції та курсу противиразкової терапії добрі результати відзначили у 104 (57,5 %) хворих, відмінні — у 76 (42,0 %). В одному випадку результат оцінено як задовільний. Це був хворий, якого турбувала відрижка кислим та повітрям, біль у надчеревній ділянці та за грудниною, нудота. За даними рентгенологічного дослідження у нього виявлено ковзну грижу СОД. Досліджувані групи статистично не відрізнялися за результатами лікування ($\chi^2 = 3,81$; $p = 0,149$).

Через 6 міс збільшилася кількість задовільних і незадовільних результатів в обох групах — відповідно 6,2 та 4,5 %. Це зумовлено виникненням рецидивів виразки ДПК унаслідок клінічної маніфестації грижі СОД та загострення хронічного гастродуоденіту. При цьому достовірної різниці щодо співвідношення різних результатів між групами не було ($\chi^2 = 4,18$; $p = 0,243$).

Через рік після операції загальна частота відмінних результатів дещо зменшилася порівняно з попередніми строками до 37,6 %, але недостовірно. Також спостерігали тенденцію до зменшення частки добрих результатів (40,1 %) та збільшення — задовільних (6,2 %) та незадовільних (4,5 %) результатів. У цей період за характером результатів групи були статистично ідентичними ($\chi^2 = 5,40$; $p = 0,145$).

Зазначена вище тенденція до збільшення частки хворих із задовільними і незадовільними результатами збереглася і через два роки після операції — відповідно 7,1 і 18,8 % (рис. 7). У цей термін досліджувані групи за характером результатів були порівнянними ($\chi^2 = 2,68$; $p = 0,443$).

Таблиця 8
Кумулятивна частота рецидиву виразкової хвороби та її абсолютний приріст у різні строки дворічного спостереження, %

Показник	1—6 місяців		7—12 місяців		13—18 місяців		19—24 місяці	
	ЛПО	ВПО	ЛПО	ВПО	ЛПО	ВПО	ЛПО	ВПО
Кумулятивна частота	3,3	5,7	13,3	11,4	15,6	18,4	16,7	19,6
Приріст частоти	3,3	5,7	10,0	5,7	2,3	7,0	1,1	1,2

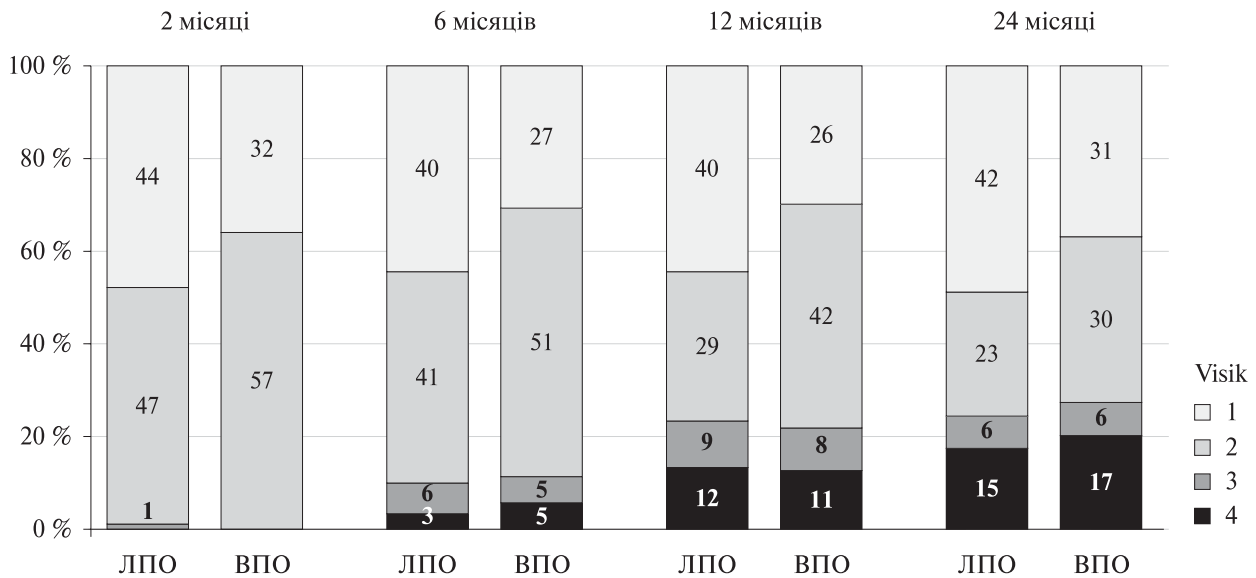


Рис. 7. Результати за шкалою Visik у різні терміни дослідження

Частка результатів Visik 1 залишається майже незмінною (в межах 22—25 %), тоді як Visik 2 — зменшується, а Visik 3 та Visik 4 — поступово збільшується (див. рис. 7).

Через два роки після операції за частотою відмінних і добрих результатів за шкалою Visik хворі груп ЛПО і ВПО статистично не відрізнялися — відповідно 75,5 та 72,6 % (усі $p > 0,05$). Основними причинами незадовільних результатів були рецидив виразки та виникнення післяопераційних гриж (5,6 % у групі ВПО та 0,0 % у групі ЛПО, $p = 0,021$).

ВИСНОВКИ

Паліативні та умовно паліативні операції з використанням лапароскопічної техніки у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки на передній і передньо-бічній стінці тривалістю до 12 год мають переваги в ранній післяопера-

ційний період над операціями, виконаними традиційним відкритим способом. Вони характеризуються достовірно меншою тривалістю виконання ((57,8 ± 1,9) та (83,2 ± 1,7) хв відповідно), меншою інтенсивністю болю в перші 4 післяопераційні доби та кількістю вживаних доз наркотичних анальгетиків (у середньому (0,25 ± 0,08) та (3,12 ± 0,29) дози) та ліжко-днем ((5,11 ± 0,08) та (7,55 ± 0,11) доби, $p < 0,001$).

Через два роки після операції за кумулятивною частотою рецидиву виразки та часткою хворих з відмінними і добрими результатами за шкалою Visik пацієнти групи лапароскопічних паліативних операцій статистично не відрізнялися від хворих групи відкритих паліативних операцій — відповідно 16,7 та 19,6 %, 75,5 і 72,6 % (усі $p > 0,05$). Лапароскопічні операції достовірно зменшували ризик післяопераційних гриж (0,0 та 5,6 % відповідно, $p = 0,021$).

Література

1. Левин Л.А., Пешехонов С.И. Выбор и результаты лапароскопического ушивания перфоративных гастродуоденальных язв // Вестн. хирургии.— 2006.— Т. 165, № 4.
2. Панщирев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах.— М.: Медицина, 1979.— 159 с.
3. Тутченко М.І. Хірургічне лікування проривних гастродуоденальних виразок // Лікування та діагностика.— 2003.— № 3.— С. 38—41.
4. Bhogal R.H., Athwal R., Durkin D. et al. Comparison between open and laparoscopic repair of perforated peptic ulcer disease // World J. Surg.— 2008.— Vol. 32 (11).— P. 2371—2374.
5. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M. et al. Assessment of pain // Br. J. Anaesth.— 2008.— Vol. 101, N 1.— P. 17—24.
6. Dominguez-Vega G., Pera M., Ramon J.M. et al. A comparison of

laparoscopic versus open repair for the surgical treatment of perforated peptic ulcers // Cir. Esp.— 2013.

7. Lau W.Y., Leung K.L., Kwang K.H. A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer using suture or sutureless technique // Ann. Surg.— 1996.— Vol. 224.— P. 131—138.
8. Mehendale V.G., Shenoy S.N., Joshi A.M., Chaudhari N.C. Laparoscopic versus open surgical closure of perforated duodenal ulcers: a comparative study // Ind. J. Gastroenterol.— 2002.— Vol. 21 (6).— P. 222—224.
9. Sanabria A., Villegas M.I., Morales Uribe C.H. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease // Cochrane Database Syst. Rev.— 2013.— Vol. 28, N 2.— CD004778.
10. Sigman H.H., Garzon J., Marelli D. Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer // J. Laparoendosc. Surg.— 1992, N 6.— P. 325—327.
11. Sunderland G.T., Chisholm E.M., Lau W.Y. et al. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer // Br. J. Surgery.— 1992.— Vol. 79.— P. 785.

Н.І. Тутченко, Д.В. Ярошук

Національний медичний університет імені А.А. Богомольца, Київ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕРАДИКАЛЬНЫХ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ДВУХЛЕТНЕЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Цель работы — оценить эффективность открытых и лапароскопических паллиативных и условно радикальных оперативных вмешательств у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК) в ранний и отдаленный период.

Материалы и методы. Пролечен 181 больной с ПЯ ДПК (163 мужчины и 18 женщин). Средний возраст — $(35,7 \pm 1,0)$ год. Критериями включения были: ПЯ ДПК на передней или передне-медиальной/латеральной стенке; давность заболевания — не более 12 ч; серозный или серозно-фибринозный перитонит; возраст более 18 лет. 92 больных, которым выполнены паллиативные (ушивание перфоративного отверстия) или условно паллиативные (пилородуоденопластика) операции с помощью лапароскопической техники, составили группу ЛПО (лапароскопические паллиативные операции), 89 больных, которым аналогичные операции выполняли открытым способом, — группу ОПО (открытые паллиативные операции). Больные обеих групп статистически не отличались по продолжительности язвенного анамнеза, сроку заболевания, локализации и размеру перфоративного отверстия, характеру перитонита.

Результаты и обсуждение. У больных группы ЛПО были достоверно меньшими срок оперативного вмешательства ($(57,8 \pm 1,9)$ по сравнению с $(83,2 \pm 1,7)$ мин); интенсивность болевого синдрома по рейтинговой шкале боли в первые 4 послеоперационных суток; количество доз наркотических анальгетиков ($(0,25 \pm 0,08)$ дозы против $(3,12 \pm 0,29)$ дозы); продолжительность койко-дня ($(5,11 \pm 0,08)$ сут против $(7,55 \pm 0,11)$ сут), все $p < 0,05$. Через 2 года после операции по кумулятивной частоте рецидива язвы и доле больных с отличными и хорошими результатами по шкале Visik пациенты группы ЛПО статистически не отличались от больных группы ОПО: соответственно 16,7 и 19,6 %, 75,5 и 72,6 %, все $p > 0,05$. В группе ОПО выявлены послеоперационные грыжи (5,6 %), тогда как в группе ЛПО этого осложнения не было ($p = 0,021$).

Выводы. Паллиативные и условно паллиативные операции с помощью лапароскопической техники у больных с ПЯ ДПК на передней и передне-боковой стенке длительностью до 12 ч имеют преимущества в ранний послеоперационный период перед операциями, выполненными традиционным открытым способом. Они характеризуются меньшей длительностью выполнения, меньшей интенсивностью боли и количеством доз наркотических анальгетиков. Через 2 года после операции по кумулятивной частоте рецидива язвы и доле больных с отличными и хорошими результатами по шкале Visik пациенты группы ЛПО статистически не отличаются от больных группы ОПО. Лапароскопические операции достоверно уменьшают риск послеоперационных грыж.

Ключевые слова: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, лапароскопическое ушивание язвы, отдаленные результаты.

N.I. Tutchenko, D.V. Yaroshchuk

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

COMPARATIVE EVALUATION OF NON-RADICAL OPEN AND LAPAROSCOPIC SURGERY IN PERFORATE DUODENAL ULCER TREATMENT (TWO-YEAR PROSPECTIVE STUDY)

The aim — to evaluate the effectiveness of open and laparoscopic palliative and conditionally radical surgery in patients with perforated duodenal ulcer (PDU) in the early and long-term period.

Materials and methods. 181 patients with PDU were treated: 163 men and 18 women, mean age 35.7 ± 1.0 years. Inclusion criteria were: PDU on front or front-upper/lower walls; disease duration less than 12 hours; serous or sero-fibrinous peritonitis, age over 18 years. Patients (92) who underwent a palliative (perforated holes suturing) or semi-radical (pyloroduodenoplasty) operations using laparoscopic techniques were the group of LPS (laparoscopic palliative surgery), 89 patients who had similar operations performed in open way — PBO group (open palliative surgery). Patients in both groups were not statistically different for the duration of ulcer anamnesis, the disease term, perforated holes localization and size, the peritonitis nature.

Results and discussion. Patients of LPS compared with those of OPS were significantly less than the time of surgery (57.8 ± 1.9 min vs. 83.2 ± 1.7 min), intensity of pain during the first four postoperative days on a rating scale of pain, the number of narcotic analgesics doses administered (0.25 ± 0.08 doses versus 3.12 ± 0.29 doses), duration of in-hospital stay (5.11 ± 0.08 days versus 7.55 ± 0.11 days) all $p < 0.05$. Two years after the operation on the cumulative frequency of ulcer recurrence, and the proportion of patients with excellent and good results by Visik scale, LPS patients did not differ statistically from OPS patients: respectively 16.7 % versus 19.6 % and 75.5 % versus 72.6 %, all $p > 0.05$. In OPS group was revealed postoperative herniation (5.6 %), whereas in the group LPO this complication was not ($p = 0.021$).

Conclusions. Palliative and conditionally palliative surgery using laparoscopic techniques in patients with PDU on the front or the anterolateral duodenal wall up to 12 h have an advantage in the early postoperative period before the operation done by the traditional open method. They are characterized by shorter execution duration, lower pain intensity and the narcotic analgesics doses number. At 2 years after surgery the cumulative frequency of ulcers recurrence and proportion of patients with excellent and good results by the Visik scale LPO patients was not statistically different from the group of patients with OPS. Laparoscopic surgery significantly reduces the risk of post-operative hernias.

Key words: perforated duodenal ulcer, laparoscopic ulcer suturing, late results.