

УДК 616.342-002.44-089



М. І. Тутченко, Д. В. Ярошук

Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця, Київ

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РАДИКАЛЬНИХ ВІДКРИТИХ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ЛІКУВАННІ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Мета роботи — оцінити в ранній та віддалений період ефективність радикальних відкритих і лапароскопічних оперативних втручань у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки (ПВДПК) та високим ризиком рецидиву.

Матеріали і методи. У дослідження залучено 163 хворих з ПВДПК і чинниками ризику рецидиву виразкової хвороби (ВХ). Пацієнтів розподілено на дві групи. Групу паліативних операцій (ПО) становили 67 хворих, яким виконували паліативні (ушивання виразки) та умовно-радикальні операції (висічення виразки з пілоро- або дуоденопластикою). 37 (55,2 %) пацієнтам проведено лапароскопічні операції, 30 (44,8 %) — відкриті. В групу радикальних операцій (РО) увійшли 96 хворих, яким виконували радикальні операції: відкритим способом (група ВРО, 55 хворих) або за допомогою лапароскопічної техніки (група ЛРО, 41 хворий). Пацієнтів прооперовано в терміни до 12 год з часу виникнення перфорації. Оцінювали ефективність оперативного лікування в групах протягом дворічного післяопераційного періоду.

Результати та обговорення. Термін хірургічного втручання у хворих групи ПО був меншим, ніж у пацієнтів групи РО, — (66,58 ± 2,84) та (216,87 ± 7,48) хв відповідно ($p=0,001$). Радикальні лапароскопічні операції потребували більше часу, ніж відкриті, — (288 ± 54) і (163,45 ± 5,18) хв відповідно ($p=0,001$). Проте вони асоціювалися з меншою інтенсивністю болю в ранній післяопераційний період та потребою у призначенні наркотичних анальгетиків ((2,63 ± 0,41) і (5,18 ± 0,38) дози), середнім терміном відновлення перистальтики ((2,97 ± 0,08) та (3,63 ± 0,08) доби ($p=0,001$)), меншим ліжко-днем ((5,78 ± 0,88) і (8,22 ± 1,11) доби). Через два роки частка відмінних і добрих результатів за шкалою Visik у групі РО становила 83,5 проти 52,3 % у групі ПО ($p=0,001$) завдяки зменшенню частоти рецидиву виразки дванадцятипалої кишки до 5,4 % проти 38,8 % у групі ПО, відсутності гриж стравохідного отвору діафрагми (0,0 проти 11,9 %), частоти ерозивного гастродуоденіту (12,5 проти 30,5 %), ерозивного езофагіту — (1,0 проти 13,4 %).

Висновки. Виконання радикальних операцій у хворих з ПВДПК та високим ризиком рецидиву ВХ протягом дворічного спостереження сприяє стійкому зниженню кислотності і достовірно кращим результатам, ніж виконання нерадикальних операцій. Радикальні операції, які проводять лапароскопічним методом, потребують більшого часу порівняно з тими, які виконують відкритим методом. Вони асоціюються з меншою інтенсивністю болю в ранній післяопераційний період, меншою частотою призначення наркотичних анальгетиків, середнім терміном відновлення перистальтики, меншим ліжко-днем. Також перевагами лапароскопічних операцій є кращий косметичний ефект і відсутність післяопераційних вентральних гриж. Частота добрих і відмінних результатів через 2 роки після радикальних лапароскопічних операцій та радикальних відкритих операцій достовірно не відрізнялася — 82,6 та 84,9 % відповідно.

Ключові слова: перфоративна виразка дванадцятипалої кишки, хірургічне лікування, лапароскопічні радикальні та паліативні втручання.

За період з 1990 р., коли вперше було виконано лапароскопічне ушивання перфоративної виразки дванадцятипалої кишки (ДПК) [13], проведено низку досліджень, в яких оцінювали можливості лапароскопічного методу ушивання перфоративної виразки ДПК та порівнювали його ефектив-

ність з традиційним методом [6, 9—11, 14]. Доведеними перевагами лапароскопічного методу є зниження ризику інфекційних ускладнень і післяопераційних гриж, зменшення інтенсивності післяопераційного болю, коротший термін перебування хворих у стаціонарі та їх реабілітації [12].

Тутченко Микола Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри
01030, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13

© М. І. Тутченко, Д. В. Ярошук, 2013

Згідно з результатами метааналізу, рівень смертності після лапароскопічного ушивання статистично не відрізнявся від такого при застосуванні відкритого методу — 3,0—4,8 і 5,3—11,0 % відповідно [15]. Частота конверсії становила 7,9 %. Зазвичай конверсію спричиняли великі перфоративні отвори (> 6 мм у діаметрі), наявність періульцерозного інфільтрату, локалізація виразки на задній стінці ДПК, погана переносність хворими пневмоперитонеуму. З огляду на це, експерти Кохранівського дослідження вважають, що лапароскопічне втручання набуває дедалі більшого значення в лікуванні перфоративної виразки ДПК, але наявних доказів ще недостатньо, щоб вважати його стандартним підходом [15]. У рекомендаціях Європейської асоціації ендоскопічної хірургії (2006) [16] та італійському консенсусі (2012) [5] наголошується на доцільності лапароскопії як діагностичного методу в разі клінічної підозри щодо перфоративної виразки, з подальшим її ушиванням (клас рекомендацій В) [15]. Однак ушивання перфоративної виразки — це хоча і не складна, але паліативна операція, що не впливає на патогенез виразкоутворення і не виліковує від виразкової хвороби. Після неї хворі потребують тривалої противиразкової терапії. Вона також не гарантує відсутність рецидиву виразки.

За даними групи авторів, серед хворих з гелікобактерною інфекцією (80,9 %), які отримували ерадикаційну терапію, частота рецидивів виразки після ушивання протягом спостереження (від 17 до 73 міс) становила 4,54 %, а в групі гелікобактернегативних пацієнтів, які отримували лансопразол, — 30,76 % [18]. Згідно з результатами метааналізу, частота рецидиву після ушивання через рік після ерадикації *Helicobacter pylori* дорівнювала 5,2 % (95 % довірчий інтервал (ДІ) — 0,7—9,7), а після протисекреторної терапії — 35,2 % (95 % ДІ — 0,25—0,45) [17]. З огляду на те, що після ушивання перфоративної виразки консервативна терапія виразкової хвороби не гарантує успіху, особливо у хворих, які з різних причин їй не дотримуються, висловлювалися думки про необхідність виконання радикальних оперативних втручань [1, 2, 4, 7]. Однак таких робіт проведено мало, і вони не мають системного характеру.

Мета роботи — оцінити в ранній та віддалений період ефективність радикальних відкритих і лапароскопічних оперативних втручань у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки та високим ризиком рецидиву.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У дослідження залучено 163 хворих з перфоративною виразкою ДПК і встановленими чинниками ризику рецидиву. Групу паліативних операцій (ПО) становили 67 хворих, яким з приводу перфоративної виразки виконували паліативні (ушивання виразки) та умовно-радикальні операції (висі-

чення виразки з пілоро- або дуоденопластикою), з них 37 (55,2 %) — після лапароскопічних операцій і 30 (44,8 %) — після відкритих. У групу радикальних операцій (РО) увійшли хворі, яким, окрім ушивання виразки або пілородуоденопластики, виконували селективну проксимальну ваготомію (СПВ). Радикальні операції виконували відкритим методом (ВРО; 55 хворих) та лапароскопічним методом (ЛРО; 41 хворий).

Критеріями залучення в дослідження були:

- перфоративна виразка ДПК або воротаря передньої або передньо-медіальної/латеральної стінок;

- давність захворювання не більше ніж 12 год;

- серозний, серозно-фібринозний перитоніт;

- вік хворого понад 18 років;

- відсутність попередніх оперативних втручань на органах черевної порожнини, які унеможливають виконання лапароскопічної операції;

- відсутність тяжкої супутньої патології;

- наявність хоча б одного з чинників ризику рецидиву: тривалість виразкового анамнезу понад 10 років, свідоме недотримання противиразкової терапії, спадковість, відсутність інфікованості *Helicobacter pylori*, зловживання алкоголем, виражений періульцерозний інфільтрат, діаметр якого в 2,2 рази перевищує діаметр виразкового дефекту, толерантність до H_2 -блокаторів.

У роботі застосовували статистичні методи аналізу даних залежно від типу змінних та завдань дослідження. Параметричні методи використовували для кількісних ознак з нормальним розподілом, у решті випадків — непараметричні методи. Параметричним методом порівняння двох незалежних груп за однією ознакою було визначення t-критерію Стьюдента; непараметричними — U-критерій Манна—Уїтні, за кількома ознаками — χ^2 -тест Пірсона. Аналіз достовірності результатів оцінювали методом Каплана—Мейєра.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Серед хворих переважали чоловіки — 148 (90,1 %). Середній вік пацієнтів — $(35,08 \pm 1,28)$ року. У двох третин хворих на виразкову хворобу страждали родичі. Серед них було від 11 до 19 % тих, хто вживав алкоголь. П'ята частина хворих не дотримувалися противиразкової терапії як до, так і після оперативного втручання. Майже у 40 % хворих, незважаючи на прихильність до противиразкової терапії, виникла перфорація виразки.

Усіх хворих прооперовано в термін до 12 год після виникнення перфорації. В середньому діаметр виразкового інфільтрату перевищував діаметр перфоративного отвору в 1,85—1,96 разу. Четверть хворих були толерантними до інгібіторів протонної

помпи. У 17,6% пацієнтів *Helicobacter pylori* не зареєстровано. Приблизно 10% хворих мали грижу стравохідного отвору діафрагми (СОД).

Досліджувані групи статистично не відрізнялися за визначеними чинниками ризику та іншими характеристиками (табл. 1).

Перелік оперативних втручань для усунення джерела перитоніту наведено у табл. 2. Найчастіше виконували ушивання виразки (паліативні операції). За часткою різних операцій з усунення джерела перитоніту групи статистично не відрізнялися (всі $p > 0,05$).

Т а б л и ц я 1
Порівняльна характеристика груп за чинниками ризику та характеристиками патологічного процесу

Показник	ПО (n = 67)	ЛРО (n = 41)	ВРО (n = 55)	p
Вік, роки	35,7 ± 1,2	35,12 ± 1,48	34,42 ± 1,41	> 0,05
Чоловіки/Жінки	60/7	37/4	51/4	0,813
Спадковість	45 (67,1%)	27 (65,9%)	37 (67,3%)	0,987
Куріння	38 (56,7%)	28 (68,3%)	43 (78,2%)	0,546
Зловживання алкоголем	12 (17,9%)	8 (19,5%)	6 (10,9%)	0,444
Виразковий анамнез, рік	3,85 ± 0,54	4,18 ± 0,60	3,79 ± 0,51	> 0,05
Термін перфорації, год	6,97 ± 0,21	6,56 ± 0,24	7,09 ± 0,28	> 0,05
Свідоме недотримання противиразкової терапії	13 (19,4%)	8 (19,5%)	11 (20,0%)	0,912
Перитоніт				
Серозний	22 (32,8%)	15 (36,6%)	18 (32,7%)	0,971
Серозно-фібринозний	43 (64,2%)	24 (58,5%)	35 (63,6%)	
Фібринозно-гнійний	2 (3,0%)	2 (4,9%)	2 (3,6%)	
Місцевий	8 (11,9%)	5 (12,2%)	5 (9,1%)	0,828
Поширений	52 (77,6%)	33 (80,5%)	47 (85,5%)	
Загальний	7 (10,4%)	3 (7,3%)	3 (5,5%)	
Діаметр виразки, мм	5,94 ± 0,22	5,68 ± 0,31	6,02 ± 0,22	> 0,05
Діаметр інфільтрата, мм	11,1 ± 0,5	10,9 ± 0,7	10,3 ± 0,5	> 0,05
Локалізація виразки				
Воротар	9 (13,4%)	5 (12,2%)	6 (10,9%)	0,802
Цибулина ДПК	58 (86,6%)	35 (85,4%)	48 (87,3%)	
Зацібулинна ділянка	0	1 (2,4%)	1 (1,8%)	
Інтраопераційний рівень рН шлунка	0,61 ± 0,03	0,58 ± 0,07	0,59 ± 0,06	> 0,05
Відсутність <i>Helicobacter pylori</i> (інтраопераційний уреазний тест)	12 (17,9%)	8 (19,5%)	6 (10,9%)	0,435
Толерантність до H ₂ -блокаторів	18 (26,9%)	10 (24,4%)	16 (29,1%)	0,876
Наявність грижі СОД	8 (11,9%)	4 (9,8%)	5 (9,1%)	0,865

Т а б л и ц я 2
Оперативні втручання для усунення джерела перитоніту

Метод операції	ПО (n = 67)	ЛРО (n = 41)	ВРО (n = 55)	Разом (n = 163)
Ушивання виразки	47 (70,1%)	27 (65,9%)	35 (63,6%)	109 (66,9%)
Дуоденопластика	15 (22,4%)	12 (29,3%)	14 (25,5%)	41 (25,2%)
Пілородуоденопластика	5 (7,5%)	2 (4,9%)	6 (10,9%)	13 (8,0%)

$\chi^2 = 1,79$; $p = 0,774$.

Безпосередні результати

Безпосередні результати лікування ми порівнювали у підгрупах ЛРО і ВРО, крім тривалості оперативного втручання, оскільки у групі ПО вона була меншою, ніж у групі РО: $(66,58 \pm 2,84)$ порівняно з $(216,87 \pm 7,48)$ хв ($p = 0,001$). Радикальні лапароскопічні операції потребували більше часу, ніж відкриті: $(288,0 \pm 54,0)$ проти $(163,45 \pm 5,18)$ хв ($p = 0,001$). Тривалість оперативних втручань залежала від методики усунення джерела перитоніту: була меншою у разі доповнення СПВ ушиванням виразки і більшою у разі виконання дуоденопластики або пілородуоденопластики (рис. 1).

У ранній післяопераційний період хворі підгрупи ВРО скаржилися на біль у ділянці післяопераційної рани, у деяких хворих — ліворуч та праворуч, у ділянці дренажів. У всі строки дослідження (перші 4 доби після операції) середній бал болю був достовірно нижчим у хворих підгрупи ЛРО порівняно з хворими підгрупи ВРО (всі $p < 0,05$). Також відзначено достовірне зниження середнього бала болі у кожную наступну добу порівняно з попередньою в обох підгрупах (усі $p < 0,05$; рис. 2).

У першу добу після операції в жодній з груп не було хворих, яких би не турбував біль. Після лапароскопічних втручань біль інтенсивністю 6 (різкий) і 5 (сильний) балів зафіксовано у 10 (24,4%) хворих, після відкритих — у 43 (78,2%). Помірний (4 бали) і слабкий (3 бали) біль констатовано у 31 (75,6%) хворого підгрупи ЛРО та у 12 (21,8%) хворих підгрупи ВРО ($p < 0,05$).

У подальші строки спостереження відзначено зменшення інтенсивності болю в обох підгрупах, але за співвідношенням різної інтенсивності болю в усі терміни підгрупа ЛРО достовірно відрізнялася від підгрупи ВРО ($p < 0,05$). На 4-ту добу у під-

групі ВРО не було хворих з больовим синдромом 6 балів, а в підгрупі ЛРО — 6 та 5 балів. Ледь відчутний біль (1 бал) зафіксовано у 20 (48,8%) хворих підгрупи ЛРО і у 5 (9,1%) — підгрупи ВРО ($p < 0,05$).

У післяопераційний період наявність болю, який потребував застосування наркотичних анальгетиків, констатовано у 46 (83,6%) хворих підгрупи ВРО (від 1 до 12 доз, у середньому — $(5,18 \pm 0,38)$ дози) і у 29 (70,7%) хворих підгрупи ЛРО (від 1 до 10 доз, у середньому — $(2,63 \pm 0,41)$ дози ($p = 0,001$)).

Достовірно менші показники больового синдрому у хворих підгрупи ЛРО сприяли ранішій активізації хворих, що, як відомо, запобігає виникненню тромботичних, легеневих і серцево-судинних ускладнень.

Термін відновлення перистальтики в обох групах — від 2 до 5 діб. В обох групах у жодному випадку не було післяопераційного гастростазу. Після лапароскопічних операцій перистальтика відновлювалася швидше, ніж після відкритих операцій. Так, у підгрупі ЛРО не було хворих з терміном відновлення перистальтики 5 діб, тоді як у підгрупі ВРО таких хворих було 4 (7,3%). У підгрупі ЛРО у 7 (17,1%) хворих перистальтика відновилася на 2-гу добу. Після відкритих операцій такого не спостерігали в жодному випадку. У підгрупі ЛРО була більшою частка хворих з відновленням перистальтики на 3-тю добу — 28 (68,3%), а в підгрупі ВРО — 24 (43,6%). За розподілом строків відновлення перистальтики підгрупа ЛРО достовірно відрізнялася від ВРО ($\chi^2 = 23,12$; $p = 0,001$). Також підгрупи відрізнялися за середнім терміном відновлення перистальтики: в підгрупі ЛРО — $(2,97 \pm 0,08)$ доби, в підгрупі ВРО — $(3,63 \pm 0,08)$ доби ($p = 0,001$).

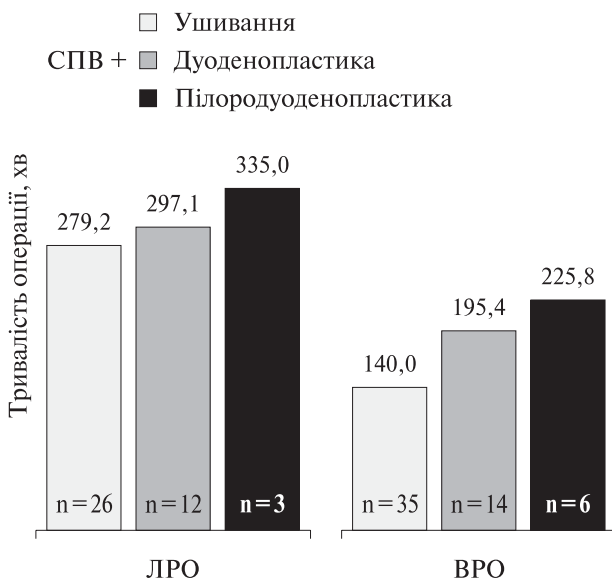


Рис. 1. Тривалість операції в групах за різних методик усунення джерела перитоніту

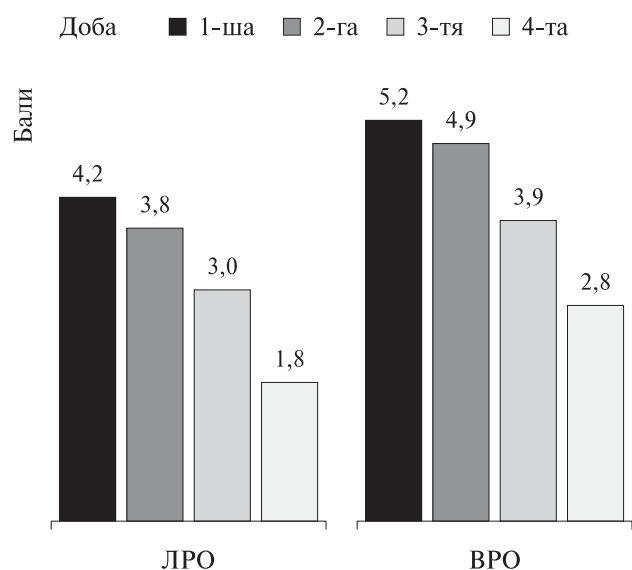


Рис. 2. Середній бал болю за візуально-рейтинговою шкалою [8] у ранній післяопераційний період

Поновлення ентерального харчування було безпосередньо пов'язане з термінами відновлення перистальтики кишечника і також відбулося раніше в підгрупі ЛРО.

У ранній післяопераційний період у деяких хворих обох підгруп діагностували ускладнення (табл. 3).

У жодному випадку не було неспроможності швів ДПК, не виявлено значущих кровотеч, які б потребували проведення замісної терапії, поранень селезінки.

Тривалість перебування хворих у стаціонарі після паліативних лапароскопічних операцій становила в середньому ($5,78 \pm 0,88$) доби (від 4 до 8 діб) і була достовірно меншою за таку у хворих, які перенесли відкриті паліативні операції, — ($8,22 \pm 1,11$) доби (від 7 до 13 діб) ($p < 0,001$). Цей факт можна пояснити ранішою активізацією хворих підгрупи ЛРО і незначним больовим синдромом у більшості з них порівняно з хворими підгрупи ВРО.

Аналіз безпосередніх результатів засвідчив, що лапароскопічна методика радикальної операції у хворих з перфоративною виразкою і високим ризиком рецидиву виразки порівняно з відкритою має лише один недолік — триваліший термін оперативного втручання. Проте це компенсується меншим больовим синдромом у післяопераційний період і, як наслідок, меншою потребою в наркотичних анальгетиках, ранішим відновленням перистальтики, ентерального харчування та ранішою активізацією хворих, меншим терміном перебування в стаціонарі.

Віддалені результати

Віддалені результати хірургічного лікування хворих простежено у терміни до двох років. У різні строки і з різних причин (не пов'язаних з виразковою хворобою та оперативним втручанням) із дослідження вибуло 5 пацієнтів — 2 з підгрупи ЛРО (на 9-й та 14-й місяць) і 3 з підгрупи ВРО (на 10, 15, 16-й місяць). Результати обстеження зазначених хворих ми розглядали як цензуровані дані.

Радикальні операції у хворих групи високого ризику сприяли стійкому зниженню кислотності порівняно з доопераційним рівнем та аналогічними показниками у хворих групи ПО. Так, якщо до операції у хворих групи ПО і РО рівень рН (інтра-

операційний) становив у середньому відповідно $1,12 \pm 0,09$ та $1,10 \pm 0,08$ ($p > 0,05$), то через 1 і 2 роки у хворих групи ПО він суттєво не змінився ($1,21 \pm 0,13$ та $1,19 \pm 0,11$ відповідно), а у хворих групи РО достовірно підвищився до $3,56 \pm 0,16$ і $3,28 \pm 0,15$ відповідно як щодо рівня, який був до операції, так і щодо аналогічних показників у хворих групи ПО.

Рецидив виразки в групі РО виник у 5 хворих. У всіх випадках рецидивна виразка локалізувалася у цибуліні ДПК: у 2 випадках — на передній стінці, ще у 2 — на передньо-медіальній стінці і в 1 — на задній. Збіг локалізації рецидивної і доопераційної виразки мав місце у 2 хворих. Середній їх розмір становив ($5,12 \pm 0,30$) мм і був статистично меншим, ніж до операції ($(6,44 \pm 0,40)$ мм, $p < 0,05$). Трьом хворим, окрім СПВ, виконали дуоденопластику, решті — ушивання виразки.

Кумулятивна дворічна частота рецидиву виразкової хвороби ДПК після радикальних операцій з урахуванням цензурованих даних становила 5,4%.

У хворих з рецидивами виразки поєднувалося кілька чинників ризику: у 3 хворих — недотримання консервативної терапії на тлі тривалого виразкового анамнезу, у 2 — висока (понад 2,2) величина відношення діаметрів інфільтрату та перфоративного отвору, причому в одного з них була обтяжена спадковість, в іншого — наявність *Helicobacter pylori*.

Рецидиви виникали не раніше ніж через 7 міс після операції. Вид радикального оперативного втручання (відкрите чи лапароскопічне) не впливав на частоту рецидиву виразки і строк його виникнення ($p > 0,05$; рис. 3).

Кумулятивна частота рецидивної виразки після радикальних операцій у хворих з групи високого ризику виявилася значно меншою порівняно з такою у хворих, яким виконували паліативні або умовно-радикальні операції. Так, у групі РО частота рецидиву виразки становила 5,4%, у групі ПО — 38,8% ($p = 0,0001$).

Після лапароскопічних радикальних операцій у жодному випадку не виникли грижі передньої черевної стінки, тоді як після відкритих операцій грижі післяопераційної серединної рани діагностовано у 3 (5,5%) пацієнтів у строки 5, 9, 11 міс після операції ($p = 0,129$).

Т а б л и ц я 3
Ускладнення в ранній післяопераційний період

Ускладнення	ЛРО	ВРО	Разом	p
Нагноєння післяопераційної рани	1 (2,4%)	5 (9,1%)	6 (6,5%)	0,183
Пневмонія	2 (4,9%)	3 (5,5%)	5 (5,2%)	0,900
Кардіальні (екстрасистолія, пароксизм фібриляції передсердь)	2 (3,3%)	4 (7,3%)	6 (6,3%)	0,632
Абсцеси черевної порожнини	0	1 (1,8%)	1 (1,0%)	0,573

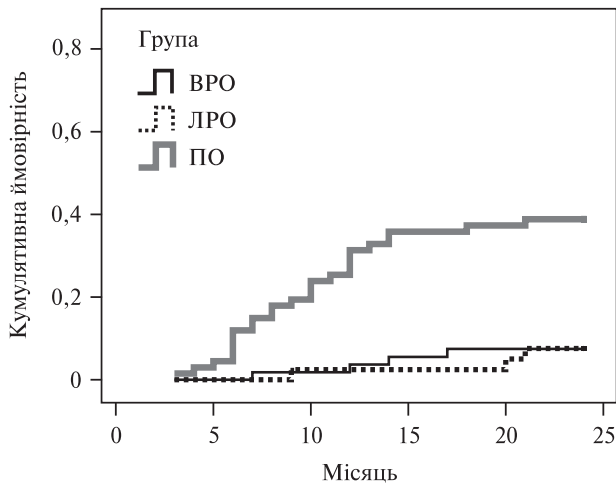


Рис. 3. Графік Каплана–Мейєра. Кумулятивна ймовірність рецидиву виразкової хвороби ДПК у хворих після паліативних та радикальних (лапароскопічних і відкритих) операцій

Виникнення келоїдного рубця зафіксовано у 3 хворих з групи ВРО, лігатурних нориць — у 4 (у строки від 1 до 6 міс після операції).

У жодному випадку при контрольних дослідженнях не виявлено грижі СОД, тоді як після паліативних операцій — у 8 (11,9 %) хворих групи ризику ($p < 0,05$).

У табл. 4 представлено дані контрольної фіброгастроскопії, проведеної через 7—12 міс після операції. Частота патологічних змін у верхніх відділах травного каналу через 7—12 міс після операції за більшістю показників була достовірно вищою у хворих, яким виконано паліативні та умовно-радикальні операції. Водночас не було достовірних розбіжностей щодо цих показників у підгрупах хворих, яким виконували радикальні операції (ЛРО та ВРО).

Наявність змін у верхніх відділах травного каналу вплинула на наслідки лікування за модифікованою шкалою Visik [3]. Оцінюючи результати за цією шкалою, ми враховували дані за попередні

терміни. Так, якщо у хворого на поточний момент рецидивна виразка була в стадії ремісії, все одно результат операції вважали незадовільним. На рис. 4 наведено результати оцінки за шкалою Visik через 2—24 міс після операції. Через 2 міс після операції та курсу противиразкової терапії переважно добрі результати відзначено у 109 (66,9 %) хворих, відмінні — у 53 (32,5 %). В одному випадку результат оцінено як задовільний. Це був хворий, якого турбували 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 ($\chi^2 = 2,787$; $p = 0,248$).

Через 6 міс після операції результати за шкалою Visik між групами суттєво відрізнялися і були кращими після радикальних операцій. Якщо після радикальних операцій результати дещо погіршилися (недостовірно), оскільки у 5 (5,3 %) проперованих результати можна було вважати задовільними і в 1 (1,1 %) хворого — незадовільними, то після паліативних та умовно-радикальних втручань таких хворих було відповідно 8 (11,9 %) і 8 (11,9 %). Водночас зменшилася частка хворих з відмінними та добрими результатами. За питомою вагою різних результатів групи достовірно відрізнялися ($\chi^2 = 12,43$; $p = 0,006$).

У подальші контрольні терміни результати за шкалою Visik були достовірно кращими у хворих, яким було виконано радикальну операцію. Це пояснюється меншою частотою рецидиву виразки, відсутністю ерозивних уражень слизової оболонки нижньої третини стравоходу, шлунка і ДПК.

Кумулятивна частота рецидивів була найбільшою через 2 роки після операції (хоча в період з 1,5 року до 2 років нових випадків не відзначено). Погіршення результатів спостерігали в обох групах, але вони залишалися достовірно кращими у хворих групи РО ($\chi^2 = 24,93$; $p = 0,001$).

Аналіз результатів лікування за шкалою Visik у групах хворих, яким провели радикальні операції, не виявив достовірних відмінностей залежно від методу їх виконання (відкритий чи лапароскопічний) у кожному із контрольних строків. Так, через

Таблиця 4
Результати контрольного ендоскопічного дослідження в групах через 7—12 міс після операцій

Показник	ПО (n = 59)	РО (n = 96)	p
Активна виразка	9 (15,3 %)	2 (2,1 %)	0,002
Свіжий рубець	2 (3,4 %)	0 (0,0 %)	0,069
Ерозивний гастродуоденіт	18 (30,5 %)	12 (12,5 %)	0,006
Ерозивний езофагіт	9 (13,4 %)	1 (1,0 %)	0,001
Ознаки грижі СОД	8 (11,9 %)	0	0,01
Дуоденогастральний рефлюкс	9 (15,3 %)	15 (15,6 %)	0,951

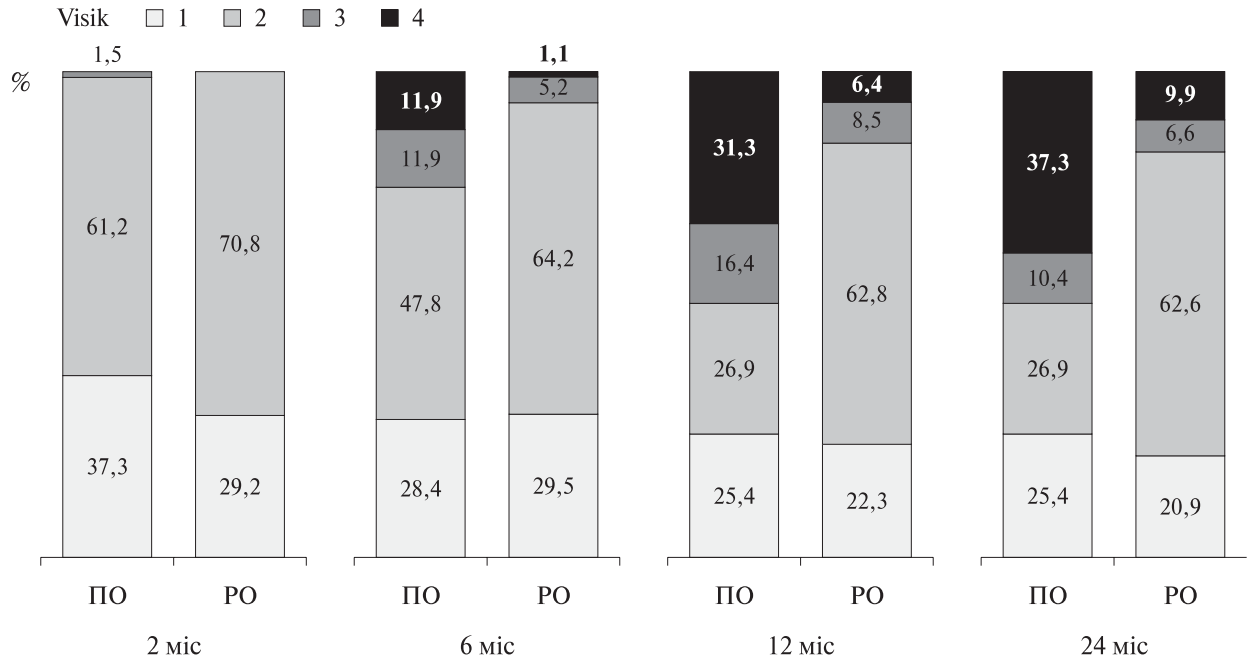


Рис. 4. Результати оперативного лікування за шкалою Visik у різні терміни віддаленого післяопераційного періоду

2 міс в обох групах хворих приблизно дві третини становили добрі результати, решту — відмінні ($p=0,636$).

Через 6 міс з'явилася незначна частка хворих із задовільними і незадовільними результатами (в підгрупі ВРО), але групи статистично не відрізнялися ($p=0,583$).

Через рік в обох групах переважали добрі та відмінні результати, сумарна частота яких становила в підгрупі ЛРО 82,5 %, у підгрупі ВРО — 87,0 %. Відзначено дещо більшу частоту незадовільних результатів у підгрупі ВРО. Це пояснюється наявністю у них післяопераційних вентральних гриж, що потребували оперативного втручання, і яких не було у хворих після лапароскопічних радикальних операцій. Різниця у співвідношенні результатів за шкалою Visik через рік після операції у підгрупах була статистично незначущою ($p=0,071$).

Через 2 роки після операції в групах зберігалася висока частка відмінних і добрих результатів (рис. 5). Вона була трохи меншою в підгрупі ЛРО (82,1 %) порівняно з підгрупою ВРО (84,6 %), водночас після лапароскопічних операцій відзначено менше незадовільних результатів (7,6 порівняно з 11,5 %). Відмінності між підгрупами були недостовірними ($p=0,410$).

Таким чином, радикальні операції (як лапароскопічні, так і відкриті) у хворих з перитонітом унаслідок перфорації виразки ДПК і високим ризиком її рецидиву після операції забезпечують достовірно кращі результати у віддалений (через 2 роки) період, ніж паліативні та умовно-радикальні. Частота добрих і відмінних результатів у цей термін становить після радикальних лапа-

роскопічних операцій — 82,6 %, після радикальних відкритих операцій — 84,9 %, після паліативних та умовно-радикальних операцій — 56,7 % ($p=0,001$). Це пояснюється зменшенням частоти рецидиву виразки, ерозивних уражень слизової оболонки стравоходу, шлунка і ДПК, практично повною відсутністю гриж СОД.

Лапароскопічні радикальні операції за результатами не поступаються відкритим у цього контингенту хворих. Вони потребують більше часу для виконання, проте відрізняються меншою інтен-

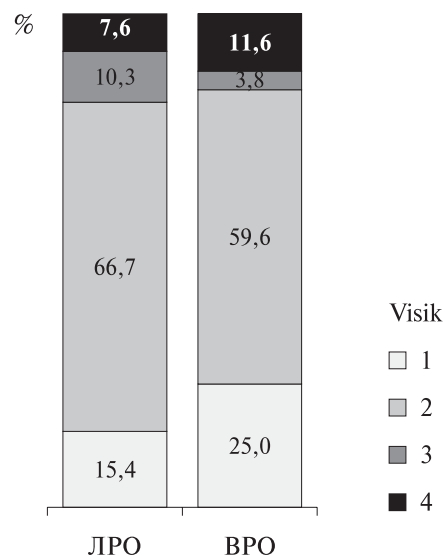


Рис. 5. Частка різних результатів за шкалою Visik у хворих, яким виконано радикальні операції, через 24 міс після операції

сивністю болю в ранній післяопераційний період, відсутністю необхідності в призначенні наркотичних анальгетиків, меншим ліжко-днем. Також перевагами лапароскопічних операцій є кращий косметичний ефект і відсутність післяопераційних вентральних гриж.

ВИСНОВКИ

Виконання радикальних операцій у хворих з високим ризиком рецидиву протягом дворічного спостереження сприяє стійкому зниженню кислотності і достовірно кращим результатам порівняно з нерадикальними операціями — частка відмінних і добрих результатів за шкалою Visik становить 83,5 та 52,3 % відповідно. Це пояснюється зменшенням частоти рецидиву виразки дванадцятипалої кишки — 5,4 та 38,8 % відповідно, відсутністю грижі стравохідного отвору діафрагми — 0,0 та 11,9 %, зменшенням частоти ерозивного

гастроуденіту — 12,5 та 30,5 %, ерозивного езофагіту — 1,0 та 13,4 % відповідно.

Радикальні операції, які виконують лапароскопічним методом, потребують більше часу порівняно з відкритим методом (медіана часу — 290 порівняно з 155 хв), при цьому відрізняються меншою інтенсивністю болю в ранній післяопераційний період та меншою частотою призначення наркотичних анальгетиків ($(2,63 \pm 0,41)$ порівняно з $(5,18 \pm 0,38)$ дози), меншою середньою тривалістю відновлення перистальтики ($(2,97 \pm 0,08)$ порівняно з $(3,63 \pm 0,08)$ доби, $p=0,001$), меншим ліжко-днем ($(5,78 \pm 0,88)$ порівняно з $(8,22 \pm 1,11)$ доби). Також перевагами лапароскопічних операцій є кращий косметичний ефект і відсутність післяопераційних вентральних гриж. Частота добрих і відмінних результатів через 2 роки після радикальних лапароскопічних і відкритих операцій достовірно не відрізнялася — 82,6 та 84,9 % відповідно.

Література

1. Гостищев В. К., Евсеев М. А., Головин Р. А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия. — 2009. — № 3. — С. 10—16.
2. Лупальцов В. И., Хаджиев А. Ч. Оптимизация хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы // Укр. журн. хирургии. — 2013. — № 1 (20).
3. Панцырев Ю. М., Гринберг А. А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. — М.: Медицина, 1979. — 159 с.
4. Резолюция Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» (Саратов, 25—26 сентября 2003 г.) // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2004. — № 3. — С. 86—87.
5. Agresta F., Ansaloni L., Baiocchi G. L. et al. Laparoscopic approach to acute abdomen from the Consensus Development Conference of the Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e nuovetecnologie (SICE), Associazione Chirurgi Ospedalieri Italiani (ACOI), Società Italiana di Chirurgia (SIC), Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT), Società Italiana di Chirugi nell'Ospedalità Privata (SICOP), and the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) // Surg. Endosc. — 2012. — Vol. 26 (8). — P. 2134—2164.
6. Agresta F., Michelet I., Coluci G. et al. Emergency laparoscopy: a community hospital experience // Surg. Endosc. — 2000. — Vol. 14. — P. 484—487.
7. Bertleff M. J., Lange J. F. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature // Surg. Endosc. — 2010. — Vol. 24 (6). — P. 1231—1239.
8. Breivik H., Borchgrevink P. C., Allen S. M. et al. Assessment of pain // Br. J. Anaesth. — 2008. — Vol. 101, N 1. — P. 17—24.
9. Druart R., VanHee J. et al. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer. A prospective multicenter clinical trial // Surg. Endosc. — 1997. — N 11 (10). — P. 1017—1020.
10. Khourshed M., Fuad M., Safar H. et al. Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer // Surg. Endosc. — 2000. — Vol. 14. — P. 56—58.
11. Mehendale V. G., Shenoy S. N., Joshi A. M. et al. Laparoscopic versus open surgical closure of perforated duodenal ulcers: a comparative study // Ind. J. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 21. — P. 222—224.
12. Moulet C., Chati R., Scotte M., Regimbeau J. M. Therapeutic management of perforated gastro-duodenal ulcer: Literature review // J. Visc. Surg. — 2013. — Sep 4. pii: S1878—7886 (13)00092—1. doi: 10.1016/j.jvisurg.2013.07.001 [Epub ahead of print].
13. Mouret P., Francois Y., Vignal J. et al. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer // Br. J. Surg. — 1990. — Vol. 77. — P. 1006.
14. Naesgaard J. M., Edwin B., Reiertsen O. et al. Laparoscopic and open operation in patients with perforated peptic ulcer // Eur. J. Surg. — 1999. — Vol. 165 (3). — P. 209—214.
15. Sanabria A. E., Villegas M. I., Morales Uribe C. H. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease (review) // Cochrane Database Syst. Rev. — 2013. — Vol. 28 (2). — P. CD004778.
16. Sauerland S., Agresta F., Bergamaschi R. et al. Laparoscopy for abdominal emergencies: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery // Surg. Endosc. — 2006. — Vol. 20 (1). — P. 14—29.
17. Tomtitchong P., Siribumrungwong B., Vilaichone R. K. et al. Systematic review and meta-analysis: Helicobacter pylori eradication therapy after simple closure of perforated duodenal ulcer // Helicobacter. — 2012. — Vol. 17 (2). — P. 148—152.
18. Yetkin G., Uludağ M., Akgün I. et al. Late results of a simple closure technique and Helicobacter pylori eradication in duodenal ulcer perforation // Acta Chir Belg. — 2010. — Vol. 110 (5). — P. 537—542.

Н. І. Тутченко, Д. В. Ярошук

Національний медичний університет імені А. А. Богомольця, Київ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИКАЛЬНЫХ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Цель работы — оценить в ранний и отдаленный период эффективность радикальных открытых и лапароскопических оперативных вмешательств у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК) и высоким риском рецидива.

Материалы и методы. В исследование привлечено 163 больных с ПЯДПК и факторами риска рецидива язвенной болезни (ЯБ). Пациентов распределили на две группы. Группу паллиативных операций (ПО) составили 67 больных, которым выполняли паллиативные (ушивание язвы) и условно-радикальные операции (высечение язвы с пилоро- или дуоденопластикой). 37 (55,2 %) пациентам проведены лапароскопические операции, 30 (44,8 %) — открытые. В группу радикальных операций (РО) вошли 96 больных, которым выполняли радикальные операции: открытым способом (группа ВРО, 55 больных) или с помощью лапароскопической техники (группа ЛРО, 41 больной). Пациенты прооперированы в сроки до 12 ч с момента возникновения перфорации. Оценивали эффективность оперативного лечения в группах в течение двухгодичного послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение. Сроки хирургического вмешательства у больных группы ПО были меньшими, чем у пациентов группы РО, — $(66,58 \pm 2,84)$ и $(216,87 \pm 7,48)$ мин соответственно ($p=0,001$). Радикальные лапароскопические операции требовали больше времени, чем открытые, — (288 ± 54) и $(163,45 \pm 5,18)$ мин соответственно ($p=0,001$). Однако они ассоциировались с меньшей интенсивностью боли в ранний послеоперационный период и потребностью в назначении наркотических анальгетиков ($(2,63 \pm 0,41)$ и $(5,18 \pm 0,38)$ дозы), средним сроком возобновления перистальтики ($(2,97 \pm 0,08)$ и $(3,63 \pm 0,08)$ суток ($p=0,001$)), меньшим койко-днем ($(5,78 \pm 0,88)$ и $(8,22 \pm 1,11)$ суток). Через два года доля отличных и хороших результатов по шкале Visik в группе РО составила 83,5 по сравнению с 52,3 % в группе ПО ($p=0,001$) благодаря уменьшению частоты рецидива язвы двенадцатиперстной кишки до 5,4 по сравнению с 38,8 % в группе ПО, отсутствию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (0,0 по сравнению с 11,9 %), частоты эрозивного гастродуоденита (12,5 по сравнению с 30,5 %), эрозивного эзофагита (1,0 по сравнению с 13,4 %).

Выводы. Выполнение радикальных операций у больных с ПЯДПК и высоким риском рецидива ЯБ в течение двухгодичного наблюдения обеспечивает стойкое снижение кислотопродуцирующей функции желудка и достоверно лучшие результаты, чем в случае выполнения нерадикальных операций. Радикальные операции, которые проводят лапароскопическим методом, требуют большего времени по сравнению с теми, которые выполняют открытым методом. Они ассоциируются с меньшей интенсивностью боли в ранний послеоперационный период, меньшей частотой назначения наркотических анальгетиков, средним сроком возобновления перистальтики, меньшим койко-днем. Также преимуществами лапароскопических операций являются лучший косметический эффект и отсутствие послеоперационных вентральных грыж. Частота хороших и отличных результатов через 2 года после радикальных лапароскопических операций и радикальных открытых операций достоверно не отличалась — 82,6 и 84,9 % соответственно.

Ключевые слова: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение, лапароскопические радикальные и паллиативные вмешательства.

N.I. Tutchenko, D.V. Yaroshchuk

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF THE RADICAL OPEN AND LAPAROSCOPIC SURGERY FOR PERFORATED DUODENAL ULCER

The aim — to evaluate the radical open and laparoscopic surgery effectiveness in patients with perforated duodenal ulcer (PDU) and high recurrence rate in early and late follow-up period.

Materials and methods. 163 patients with PDU and established risk factors for ulcer recurrence were studied. Patients were divided into two groups. Palliative surgery group (PO) included 67 patients who underwent palliative (suturing ulcers) and conditionally radical surgery (ulcers section and pyloro duodenoplasty). 37 (55.2 %) patients underwent laparoscopic surgery, 30 (44.8 %) — open surgery. 96 patients after radical surgery (RS) formed the other group. Open surgery was performed in 55 patients (ORS group), laparoscopic technique was used in 41 patients (LRS group). Patients were operated up to 12 hours after perforation onset. The efficacy of surgical treatment was evaluated in groups during the two-years postoperative period.

Results and discussion. Surgery duration in PO patients were less than those of PO, — 66.58 ± 2.84 and 216.87 ± 7.48 min, respectively ($p=0.001$). Radical laparoscopic surgery required more time than open — 288 ± 54 and 163.45 ± 5.18 min, respectively ($p=0.001$). However, they were associated with a lower pain intensity and the need for the narcotic analgesics appointment (2.63 ± 0.41 and 5.18 ± 0.38 of the dose) in the early postoperative period, medium term peristalsis resumption (2.97 ± 0.08 and 3.63 ± 0.08 days ($p=0.001$)), less hospital-stay duration (5.78 ± 0.88 and 8.22 ± 1.11 days). After two years, the proportion of excellent and good results by the Visik scale in the RO group amounted to 83.5 compared with 52.3 % in the PO ($p=0.001$) by reducing the duodenal ulcer recurrence frequency to 5.4 compared with 38.8 % in the PO, the absence of a hiatal hernia (0.0 compared with 11.9 %), the erosive gastroduodenitis (12.5 compared with 30.5 %) and erosive esophagitis (1.0 versus 13, 4 %) rates.

Conclusions. Performing radical surgery in patients with PDU and BU high recurrence risk in a two-year follow-up provides a sustained reduction in stomach acid-producing function and significantly better results than non-radical operations. Radical surgery, which is carried out laparoscopically, require more time than open method. They are associated with a lower pain intensity and frequency of narcotic drugs administration in the early postoperative period, medium term peristalsis resumption, less hospital-stay duration. Also, the benefits of laparoscopic surgery are better cosmetic effect and the postoperative ventral hernias absence. The frequency of good and excellent results at 2 years after radical laparoscopic and open radical operation was not significantly different — 82.6 and 84.9 %, respectively.

Key words: perforated duodenal ulcer, surgery, laparoscopic radical and palliative interventions.