

УДК 616.342-002.45-036.87+617-089.168.1



М. І. Тутченко, Д. В. Ярошук, О. В. Васильчук, Л. Ю. Маркулан
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

ЧИННИКИ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ПІСЛЯ ПАЛІАТИВНИХ ВІДКРИТИХ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Мета роботи — обґрунтувати показання до радикальних оперативних втручань у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки на підставі визначення чинників ризику рецидиву виразкової хвороби (ВХ) після паліативних відкритих та лапароскопічних втручань.

Матеріали і методи. У проспективне дослідження залучено 181 хворого з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки. Лапароскопічні паліативні (ушивання перфоративного отвору) або умовно-радикальні (пілородуоденопластика) операції виконано 92 хворим, аналогічні операції «відкритим» способом — 89 хворим. Оцінювали частоту рецидиву ВХ через 2 роки після операції та визначали чинники ризику рецидиву.

Результати та обговорення. Чинниками ризику рецидиву ВХ є: 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 разу перевищує діаметр виразкового дефекту, толерантність до інгібіторів протонної помпи. Хворі, які мають хоча б один із наведених чинників, належать до групи високого ризику. Дворічна частота рецидиву ВХ у них більша (38,3 проти 5,8 % у хворих групи низького ризику) і не залежить від методики операції (відкрита чи лапароскопічна). Найбільш значущі чинники ризику ВХ пов'язані з кислотно-пептичним чинником і можуть бути модифіковані внаслідок виконання радикальних органозберігальних операцій.

Висновки. Частка хворих групи ризику (які мають хоча б один із чинників ризику) становить 38,1 % від загальної кількості хворих з перфоративною виразкою. Дворічна частота рецидиву виразки у хворих групи високого ризику достовірно більша, ніж у хворих групи низького ризику, і не залежить від методики операції.

■

Ключові слова: перфоративна виразка, чинники ризику рецидиву виразкової хвороби, селективна проксимальна ваготомія.

Визначення обсягу оперативного втручання у разі пептичної виразки (ПВ) дванадцятипалої кишки (ДПК) залишається дискусійним питанням. В умовах надання ургентної хірургічної допомоги хворим ушивання ПВ (з/без висічення виразки і пілородуоденопластики) видається найдоцільнішим. Проте ці операції не впливають на патогенез виразкоутворення, не виліковують від виразкової хвороби (ВХ) і не запобігають рецидиву виразки. Після них хворі потребують тривалої противиразкової терапії. За даними деяких авторів, серед хворих, які мали гелікобактерну інфекцію (80,9 %) і отримували ерадикаційну терапію, частота рецидивів виразки після ушивання протягом періоду спостереження від 17 до 73 міс становила 4,54 %, а в

групі гелікобактер-негативних пацієнтів, котрі отримували лансапрозол, — 30,76 % [7]. Згідно з даними метааналізу (2012) [6], частота рецидиву після ушивання через рік після ерадикації гелікобактера дорівнювала 5,2 % (95 % довірчий інтервал (ДІ) 0,7—9,7), а після протитисекреторної терапії — 35,2 % (95 % ДІ 0,7—9,7 і 0,25—0,45).

З огляду на те, що після ушивання ПВ консервативна терапія ВХ не гарантує успіху, особливо у хворих, які з різних причин її не дотримуються, висловлювалися думки про необхідність виконання радикальних оперативних втручань [1, 3—6] за наявності певних протипоказань. Радикальні операції складніші та травматичніші порівняно з паліативними, потребують більше часу на виконання,

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

© М. І. Тутченко, Д. В. Ярошук, О. В. Васильчук, Л. Ю. Маркулан, 2014

але знижують ризик рецидиву захворювання і повторних оперативних втручань у разі реперфорациї. Рішення про виконання радикальної операції у конкретного хворого приймають з урахуванням наявності у нього чинників ризику рецидиву захворювання. Проте ці чинники досі не визначено.

Мета роботи — обґрунтувати показання до радикальних оперативних втручань у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки на підставі визначення чинників ризику рецидиву виразкової хвороби після паліативних відкритих та лапароскопічних втручань.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У проспективне дослідження залучено 181 хворого з ПВ ДПК. Пацієнти отримували лікування у лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва. Лапароскопічні паліативні (ушивання перфоративного отвору) або умовно-паліативні (пілородуоденопластика) операції виконано 92 хворим (група лапароскопічні паліативні операції (ЛПО)), аналогічні операції «відкритим» способом — 89 хворих (група відкриті паліативні операції (ВПО)).

Критерії введення в дослідження:

- ПВ ДПК або воротаря передньої або передньо-медіальної/латеральної стінки;
- давність захворювання не більше 12 год;
- серозний, серозно-фібринозний перитоніт;
- вік понад 18 років;
- відсутність попередніх оперативних втручань на органах черевної порожнини, які унеможливають виконання лапароскопічної операції;
- відсутність тяжкої супутньої патології.

У хворих оцінювали частоту рецидиву ВХ через 2 роки після операції та визначали чинники ризику рецидиву.

Проаналізовано такі чинники, як гендерні та антропометричні показники, шкідливі звички та соціальний статус, анамнестичні дані щодо ВХ, зокрема дотримання противиражкової терапії, деякі показники загального та біохімічного аналізу крові, характеристики виразкового процесу, перфоративного перитоніту та методик операції, перфоративного процесу.

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 Стюдента; непараметричними — U-критерій Манна—Уїтні, за кількома ознаками — χ^2 -тест Пірсона. Кореляційний аналіз виконували за методами Пірсона та Спірмена. Ступінь, силу або тісноту кореляційного зв'язку визначали відповідно до загальноприйнятої класифікації кореляційних зв'язків [2] за величиною коефіцієнта кореляції г. Проводили також логістичний регресійний

аналіз. Нульову гіпотезу (про відсутність розбіжностей між змінними) відхиляли у разі $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Досліджувані групи були порівнянними за основними показниками. Середній вік хворих групи ЛПО — $(36,2 \pm 1,0)$ року, групи ВПО — $(35,1 \pm 1,1)$ року ($p = 0,502$). В обох групах було достовірно більше чоловіків: 84 у групі ЛПО та 79 у групі ВПО. За гендерними показниками групи були порівнянними ($p = 0,568$).

Хворих було госпіталізовано до лікарні переважно бригадою швидкої медичної допомоги — 175 (96,7%), решту — за самозверненням. За варіантом госпіталізації групи достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$).

Виразковий анамнез мали 160 (88,4%) хворих: тривалістю менше року — 46 (25,4%), 1,1–3,0 року — 37 (20,4%), 3,1–5,0 року — 58 (32,0%), понад 5 років — 19 (10,5%). За розподілом залежно від тривалості виразкового анамнезу групи статистично не відрізнялися ($\chi^2 = 3,20$; $p = 0,525$).

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

В обох групах частіше виявляли серозно-фібринозний перитоніт — 108 (59,7%) випадків, рідше — серозний (65 (35,9%)) та фібринозно-гнійний — 8 (4,4%). За частотою характеру ексудату групи статистично не відрізнялися ($\chi^2 = 0,089$; $p = 0,957$).

У більшості хворих був поширений перитоніт — 134 (74,0%) випадки, у 25 (13,8%) — місцевий, у 22 (12,2%) — загальний. Статистично значущих відмінностей між групами за поширеністю різних видів перитоніту не було ($\chi^2 = 0,110$; $p = 0,947$).

У 161 (89,0%) хворого виразка розташовувалася в цибуліні ДПК, у 20 (11,0%) — у ділянці воротаря. За співвідношенням різної локалізації виразки групи статистично не відрізнялися ($\chi^2 = 0,306$; $p = 0,580$).

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

Ушивання перфоративного отвору виконували у разі, якщо його розмір не перевищував 0,5 см. В інших випадках проводили дуоденопластику або пілородуоденопластику. Дані щодо видів оперативних втручань наведено в табл. 1.

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

Унаслідок того, що в групах дослідження характер оперативних втручань щодо їх впливу на етіопатогенез ВХ був ідентичним, частота рецидиву ВХ через два роки після операцій також статистично не відрізнялася. Так, дворічна кумулятивна частота рецидиву виразки в групі ЛПО становила

Т а б л и ц я 1
Вид оперативного втручання у групах дослідження

Оперативне втручання	Група ЛПО	Група ВПО	Разом
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%)
Усього	92	89	181

16,7% (15 хворих), у групі ВПО — 19,6% (17 хворих); $p = 0,628$ (Log-Rank test).

У всіх випадках рецидивна виразка локалізувалася у цибуліні ДПК. Середній її розмір становив $(6,91 \pm 0,5)$ мм і не відрізнявся статистично від розміру до операції — $(6,44 \pm 0,4)$ мм.

Результати визначення зв'язку рецидиву ВХ з різними чинниками наведено в табл. 2.

З 10 проаналізованих чинників достовірний кореляційний зв'язок встановлено для 4, з них для чинників «зловживання алкоголем», «одинокі» та «спадковість» зв'язок з рецидивом виразки був слабким, а для чинника «індекс маси тіла» — дуже слабким і обернено пропорційним, тобто більший ризик рецидиву мали хворі з меншою масою тіла. Той факт, що спадковість має певне значення у розвитку ВХ, підтверджено у нашому дослідженні. Неодружені особи або ті, хто втратив сім'ю, мали більший ризик рецидиву ВХ, можливо, внаслідок депресії, відсутності опіки, піклування, мотивації для позбавлення шкідливих звичок тощо.

Проаналізовано зв'язок між анамнестичними даними (тривалість виразкового анамнезу) і дотриманням хворими противиразкової терапії до операції та рецидивом виразки після операції.

40 (23,6%) хворих не отримували до операції жодного курсу противиразкової терапії. Серед них були особи, в яких виразка виникла вперше і одразу ускладнилася перфорацією (21 (12,4%)), тобто не отримували терапії несвідомо, і ті, які не виконували порад лікаря з різних причин (соціальних, побутових, релігійних), тобто свідомо, — 19 (11,2%). 74 (43,5%) хворих дотримувалися противиразкової терапії нерегулярно (менше двох разів на рік), 39 (22,9%) — регулярно (навесні та восени), 17 (10%) — більш ніж 2 рази на рік (чи двічі за 6 міс для хворих з виразковим анамнезом до 6 міс). У табл. 3 наведено дані щодо кореляційного зв'язку рецидиву ВХ з анамнестичними даними та дотриманням противиразкової терапії до операції.

Збільшення тривалості виразкового анамнезу достовірно, хоча і слабо, пов'язане зі зростанням частоти рецидиву виразки після паліативних або умовно-паліативних операцій ($r = 0,321$; див. табл. 3). Ризик рецидиву виразки, за даними регресійного логістичного аналізу (понад 50% у конкретного хворого), виникав у разі тривалості виразкового анамнезу понад 10 років (рис. 1).

За нашими даними виявилось, що дотримання противиразкової терапії пов'язане з більшою час-

Т а б л и ц я 2
Кореляційний зв'язок рецидиву виразкової хвороби з гендерними, антропометричними показниками, шкідливими звичками та соціальним статусом ($n = 170$)

Показник	Значення	Коефіцієнт кореляції	p
Вік, роки	$35,6 \pm 0,8$	-0,095	0,637
Чоловіки/жінки	152/18	0,106	0,157
Куріння, так/ні	99/71	0,103	0,183
Зловживання алкоголем, так/ні	14/156	0,294	0,001
Низький рівень освіти, так/ні	64/106	0,123	0,111
Самотні (неодружені, вдівці), так/ні	52/117	0,236	0,020
Мешканець села, так/ні	40/130	0,060	0,436
Безробітний, так/ні	28/142	0,192	0,012
Спадковість, так/ні	47/123	0,207	0,007
Індекс маси тіла, кг/м ²	$22,31 \pm 0,23$	-0,139	0,071

Т а б л и ц я 3

Кореляційний зв'язок рецидиву виразкової хвороби з анамнестичними даними та дотриманням противиразкової терапії до операції

Показник	Значення	Коефіцієнт кореляції	p
Виразковий анамнез, роки	2,04 ± 0,09	0,321	0,001
Дотримання противиразкової терапії до операції, так/ні	56/74	0,187	0,033
Відсутність противиразкової терапії, свідомо/несвідомо	19/21	0,376	0,017
Термін перфорації, год	6,78 ± 1,78	0,123	0,110

тотою рецидиву після операції ($r = 0,187$; $p = 0,033$). Так, частота виникнення виразки у тих, хто регулярно проходив курси противиразкової терапії, виявилася більшою порівняно з тими, хто лікувався нерегулярно ($\chi^2 = 4,56$; $p = 0,033$) (табл. 4).

У хворих, які отримували противиразкову терапію більш ніж 2 рази на рік (чи 2 рази за півроку для хворих з виразковим анамнезом до 6 міс), частота рецидиву виразки була вищою — 6 (35,3%) випадків порівняно з тими, хто отримував її двічі на рік чи одноразово (у разі виразкового анамнезу до 6 міс) — 8 (20,5%) випадків, хоча різниця не набувала статистичної значущості ($p = 0,240$).

Майже всі хворі (окрім тих, хто свідомо відмовлявся) отримували противиразкову терапію після операції і далі за вимогою. Це, ймовірно, можна пояснити тим, що частіше противиразкової терапії потребують хворі з агресивнішим перебігом ВХ, а паліативні та умовно-паліативні операції не поліпшують ситуацію.

Серед хворих, які не отримували противиразкової терапії до операції, частота рецидиву вираз-

ки залежала від дотримання її після операції. Так, у хворих, котрі не отримували терапію свідомо до операції і після неї, частота рецидиву становила 42,1% (8 з випадків), тоді як у хворих, які дізналися про наявність у них ВХ унаслідок перфорації виразки, — 9,5% (2 випадки) ($\chi^2 = 5,64$; $p = 0,017$).

Дані щодо дотримання хворими противиразкової терапії до та після операції і рецидиву ВХ протягом 2 років після паліативних та умовно-радикальних операцій наведено в табл. 5.

Обрані нами показники загального та біохімічного аналізу крові достовірно не були пов'язані з виникненням рецидиву в післяопераційний період, окрім рівня аланінамінотрансферази, однак останній показник мав з частотою рецидиву виразки дуже слабку кореляцію ($r = 0,168$) (табл. 6).

Характер перитонеального ексудату не впливав на частоту рецидиву ВХ. Його поширеність корелювала з рецидивом виразки дуже слабо ($r = 0,168$) (табл. 7).

Найбільший (середній) кореляційний зв'язок ($r = 0,576$) виявив тест на толерантність до інгібіторів протонної помпи. З 22 хворих рецидив виразки виник у 17 (77,3%).

Середній рівень кореляційного зв'язку встановлено для співвідношення діаметра виразкового інфільтрату до діаметра перфоративного отвору ($r = 0,559$). За допомогою методу логістичної регресії виявлено, що ймовірність рецидиву у хворого зростає зі збільшенням величини зазначеного співвідношення і перевищує 50% у разі величини

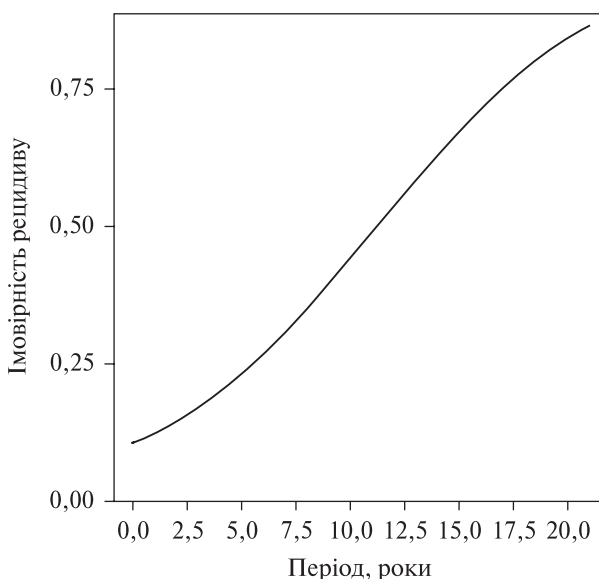


Рис. 1. Ризик рецидиву виразки протягом двох років після неадекватних операцій залежно від тривалості анамнезу

Т а б л и ц я 4

Ризик рецидиву виразки протягом 2 років після паліативних операцій у хворих, які регулярно і нерегулярно дотримувалися противиразкової терапії до перфорації виразки ДПК

Дотримання регулярної противиразкової терапії	Рецидив	Разом
Так	14 (25,0%)	56
Ні	8 (10,8%)	74
Усього	22 (16,9%)	130

Т а б л и ц я 5

Дотримання противиразкової терапії до та після операції і рецидив виразкової хвороби протягом 2 років після паліативних операцій

До операції	Рецидив	Регулярна терапія після операції	Усього пацієнтів
Не отримували свідомо	8 (42,1%)	0	19
Не отримували несвідомо	2 (9,5%)	20 (95,2%)	21
Нерегулярно	8 (10,8%)	71 (95,9%)	74
Регулярно двічі на рік чи 1 раз за останні 6 міс	8 (20,5%)	39 (100,0%)	39
Більше ніж тричі на рік чи 2 рази за останні 6 міс	6 (35,3%)	17 (100,0%)	17
Разом	32 (18,8%)	147 (86,5%)	170

Т а б л и ц я 6

Кореляційний зв'язок рецидиву виразкової хвороби з деякими показниками загального та біохімічного аналізу крові до операції

Показник	Значення	Коефіцієнт кореляції	p
Лейкоцити, · 10 ⁹ кл./л	13,59 ± 0,21	0,028	0,717
Гемоглобін, г/л	107,80 ± 0,58	0,076	0,326
Аланінамінотрансфераза, нкат/л	76,01 ± 1,44	0,168	0,028
Аспаргатамінотрансфераза, нкат/л	74,76 ± 1,09	0,051	0,507
Загальний білок, г/л	61,20 ± 0,42	0,072	0,350
Загальний білірубін, мкмоль/л	19,15 ± 0,25	0,020	0,793

Т а б л и ц я 7

Кореляційний зв'язок рецидиву виразкової хвороби з характеристиками перитоніту, виразки, інтраопераційних аналізів, методики операції

Показник	Значення	Коефіцієнт кореляції	p
Серозно-фібринозний або фібринозно-гнійний перитоніт, так/ні	116/65	0,022	0,774
Невідмежований або поширений перитоніт, так/ні	96/85	0,155	0,044
Рівень рН шлунка інтраопераційний	0,69 ± 0,26	-0,362	0,001
Наявність гелікобактера (інтраопераційний уреазний тест), так/ні	143/27	-0,202	0,008
Толерантність до інгібіторів протонної помпи, так/ні	22/148	0,576	0,0001
Діаметр перфоративного отвору, мм	6,15 ± 0,16	0,172	0,028
Діаметр виразкового інфільтрату, мм	10,48 ± 0,31	0,338	0,001
Відношення діаметра (найбільшого розміру) виразкового інфільтрату до перфоративного отвору	1,73 ± 0,04	0,559	0,001
Ушивання виразки, так/ні	126/44	0,092	0,612
Дуоденопластика, так/ні	31/139	0,217	0,001
Пілородуоденопластика	11/159	0,206	0,001

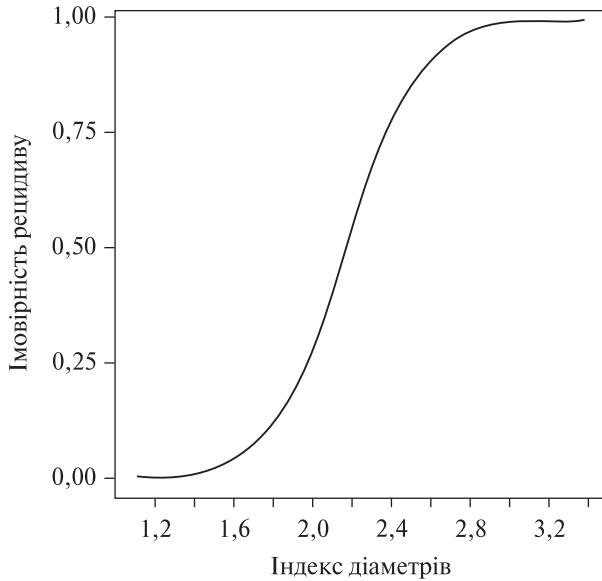


Рис. 2. Залежність ймовірності рецидиву виразки протягом 2 років після операції від співвідношення діаметра виразкового інфільтрату до діаметра перфоративного отвору

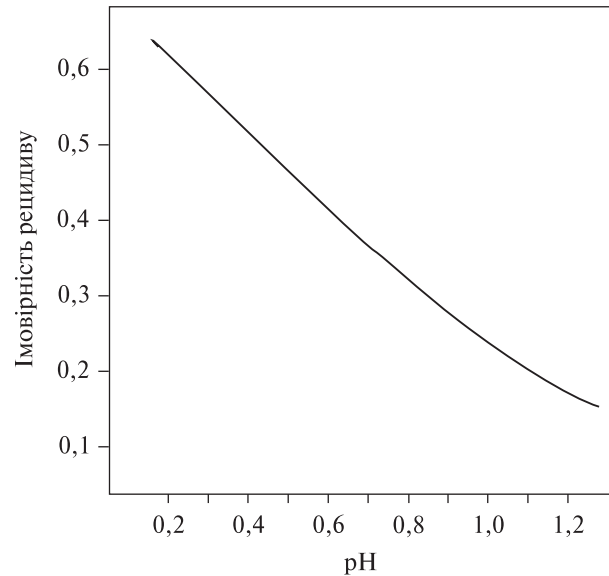


Рис. 3. Ймовірність рецидиву виразки ДПК протягом 2 років після неадекватних операцій залежно від величини рН шлунка

2,2. Цей показник може вважатися чинником ризику рецидиву виразки у разі виконання паліативних або умовно-радикальних операцій (рис. 2).

Діаметр перфоративного отвору і періульцерозного інфільтрату мали менший кореляційний зв'язок з рецидивом виразки (відповідно $r=0,172$ та $r=0,338$) і сильну кореляцію зі співвідношенням діаметрів, тобто найбільш значущим чинником ризику є співвідношення діаметрів.

Цікаво, що дуоденопластика і пілородуоденопластика достовірно корелювали (хоча і слабо) з рецидивом виразки ($r=0,217$ та $r=0,206$ відповідно), тоді як цього не відзначено після ушивання виразки. Але зазначений факт пояснюється тим, що умовно-радикальні операції виконано у хворих з більшими виразками і більшим періульцерозним інфільтратом.

Виявлено достовірний від'ємний помірний кореляційний зв'язок рецидиву з наявністю гелікобактера ($r=-0,202$). Так, частота рецидиву у гелікобактер-позитивних хворих була меншою (15,4%), ніж у гелікобактер-негативних (37,0%;

$p=0,008$) (табл. 8). Це свідчить про те, що у виникненні ПВ та її рецидиву після паліативних операцій не завжди провідну роль відіграє гелікобактерна інфекція, хоча таких хворих відносно небагато.

Виявлено також достовірний обернений помірний кореляційний зв'язок рецидиву виразки з показниками інтраопераційного вимірювання рН у шлунку ($r=-0,362$), що свідчить про важливу роль пептичного чинника в цьому процесі. Згідно з даними регресійного аналізу ймовірність виникнення рецидиву виразки, яка перевищує 50%, відзначено у хворих, у яких рівень інтраопераційного рН шлунка був меншим за 0,4 (рис. 3).

Кореляційний аналіз дав змогу визначити чинники ризику рецидиву ВХ після паліативних і умовно-радикальних операцій (рис. 4).

До групи високого ризику віднесли хворих, які мають хоча б один із чинників ризику: 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 інгібіторів протонної помпи. Один хворий міг мати кілька чинників ризику. Групу високого ризику становили 67 хворих, групу низького ризику — 109 (враховували хворих, у яких простежено результати лікування протягом двох років). Дані щодо кумулятивної дворічної частоти рецидивів у групах наведено на рис. 5.

У хворих з високим ризиком дворічна частота рецидиву дорівнювала 38,8%, у хворих з низьким ризиком — 5,8% ($p=0,0001$). У хворих з високим ризиком більшість рецидивів виникли протягом

Таблиця 8
Ризик рецидиву виразки протягом 2 років після паліативних операцій у хворих залежно від наявності *Helicobacter pylori*

<i>Helicobacter pylori</i>	Рецидив	Разом
Є	22 (15,4%)	143
Немає	10 (37,0%)	27
Усього	32 (18,8%)	170

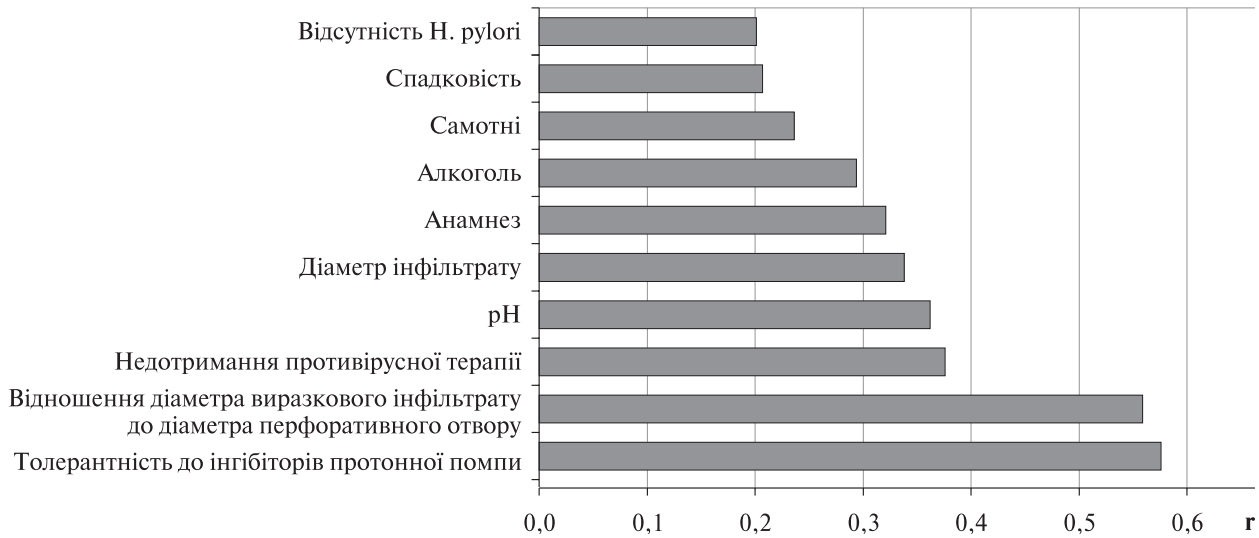


Рис. 4. Чинники, які достовірно корелюють з рецидивом виразкової хвороби після паліативних і умовно-паліативних операцій

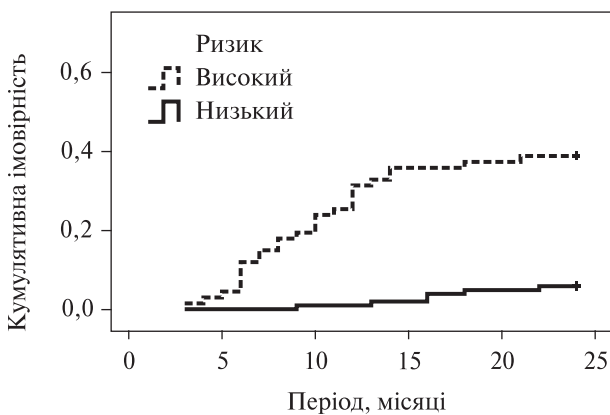


Рис. 5. Графік Каплана – Мейєра. Кумулятивна ймовірність рецидиву виразки ДПК у хворих з високим та низьким ризиком

першого року після операції (26,4 проти 11,6 % протягом другого року), у хворих з низьким ризиком — навпаки (відповідно 1,0 і 4,8 %). Ймовірно, відносно короткий термін рецидивування виразки ДПК у хворих з високим ризиком зумовлений наявністю неусунених причин виразкоутворення.

Найбільш значущі чинники ризику свідчать про високу схильність хворих до виразкоутворення, пов'язану з кислотно-пептичним чинником.

Деякі виявлені чинники ризику можна модифікувати шляхом виконання радикальних органозберігальних операцій. Зокрема, патогентично обґрунтовано виконання селективної проксимальної ваготомії у хворих групи високого ризику з тривалим виразковим анамнезом, толерантних до противиразкової терапії, які не дотримувалися її, зі значним періульцерозним інфільтратом, не інфікованих *Helicobacter pylori*.

Показання до радикальної операції при лікуванні ПВ ДПК:

1. Тривалий рецидивний перебіг ВХ, незважаючи на курси сучасної противиразкової терапії.
2. Наявність в анамнезі або виявлення під час до- та інтраопераційного обстеження ускладнень (стеноз, кровотеча, пенетрація).
3. Наявність алергійної реакції на антибактеріальний компонент противиразкової терапії.
4. Толерантність до інгібіторів протонної помпи.
5. Відмова від курсів противиразкової терапії із соціальних або релігійних причин.
6. Неможливість проведення ендоскопічного моніторингу.

ВИСНОВКИ

Установлено чинники ризику рецидиву виразки дванадцятипалої кишки протягом двох років після паліативних і умовно-паліативних операцій: тривалість виразкового анамнезу понад 10 років ($r=0,32$), свідоме недотримання противиразкової терапії ($r=0,38$), спадковість ($r=0,21$), відсутність інфікованості *Helicobacter pylori* ($r=0,21$), інтраопераційний pH менший за 0,4 ($r=0,36$), зловживання алкоголем ($r=0,29$), періульцерозний інфільтрат, діаметр якого в 2,2 рази перевищує діаметр виразкового дефекту ($r=0,056$), толерантність до інгібіторів протонної помпи ($r=0,58$).

Частка хворих групи ризику (які мають хоча б один із чинників ризику) — 38,1 % від загальної кількості хворих з пептичною виразкою. Дворічна частота рецидиву виразки у хворих групи високого ризику достовірно більша (38,3 проти 5,8 % у хворих групи низького ризику) і не залежить від методики операції (відкрита чи лапароскопічна).

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. Ивантер Э. В., Коросов А. В. Основы биометрии. — Петрозаводск: ПетрГУ, 1992. — 163 с.
3. Лупальцов В. И., Хаджиев А. Ч. Оптимизация хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы // Укр. журн. хирургии. — 2013. — № 1 (20).
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. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2004. — № 3. — С. 86—87.
5. 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.
6. 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.
7. Yetkin G., Uludağ M., Akgün I. et al. The 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.

М. І. Тутченко, Д. В. Ярошук, А. В. Васильчук, Л. Ю. Маркулан

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Цель работы — обосновать показания к радикальным оперативным вмешательствам у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки на основании определения факторов риска рецидива язвенной болезни (ЯБ) после паллиативных открытых и лапароскопических вмешательств.

Материалы и методы. В проспективное исследование привлечен 181 больной с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. Лапароскопические паллиативные (ушивание перфорации) или условно-радикальные (пилородуоденопластика) операции выполнены 92 больным, аналогичные операции «открытым» способом — 89 больным. Оценивали частоту рецидива язвенной болезни через 2 года после операции и определяли факторы риска рецидива.

Результаты и обсуждение. Факторами риска рецидива ЯБ являются: продолжительность язвенного анамнеза более 10 лет, сознательное несоблюдение противоязвенной терапии, наследственность, отсутствие инфицированности *Helicobacter pylori*, злоупотребление алкоголем, выраженный периульцерозный инфильтрат, диаметр которого в 2,2 раза превышает диаметр язвенного дефекта, толерантность к ингибиторам протонной помпы. Больные, имеющие хотя бы один из факторов риска, относятся к группе высокого риска. Двухлетняя частота рецидива ЯБ у них больше (38,3 по сравнению с 5,8 % у больных группы низкого риска) и не зависит от методики операции (открытая или лапароскопическая). Наиболее значимые факторы риска ЯБ связаны с кислотно-пептическим фактором и могут быть модифицированы путем выполнения радикальных органосохраняющих операций.

Выводы. Доля больных группы риска (имеющих хотя бы один из факторов риска) составляет 38,1 % от общего количества больных с перфоративной язвой. Двухлетняя частота рецидива язвы у больных высокого риска достоверно больше, чем у больных группы низкого риска, и не зависит от методики операции.

Ключевые слова: перфоративная язва, факторы риска рецидива язвенной болезни, селективная проксимальная ваготомия.

M. I. Tutchenko, D. V. Yaroshchuk, O. V. Vasylechuk, L. Y. Markulan

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

ULCER RECURRENCE RISK FACTORS AFTER PALLIATIVE OPEN AND LAPAROSCOPIC SURGERIES FOR THE PERFORATED DUODENAL ULCER

The aim — to set clinical indications for radical surgery in patients with perforated duodenal ulcer (PDU) based on the peptic ulcer recurrence risk factors prediction after palliative open and laparoscopic surgeries.

Materials and methods. 181 patients with PDU were included in prospective study. Laparoscopic palliative surgeries (perforation suturing) or conditionally radical operations (pyloroduodenal plastic) were performed in 92 patients, similar operations done by «open» method in 89 patients. The frequency of peptic ulcer recurrence was estimated in 2 years after surgery and ulcer recurrence risk factors were identified.

Results and discussion. Peptic ulcer recurrence risk factor was: ulcer anamnesis duration over 10 years, a conscious non-compliance to antiulcer therapy, heredity, *Helicobacter pylori* infection absence, alcohol abuse, expressed peri-ulcerous infiltration in 2.2 times accessed ulcer diameter, tolerance to proton pump inhibitors. Patients with at least one of these risk factors belong to a high risk group. Two-year peptic ulcer recurrence frequency in such patients is higher (38.3 % versus 5.8 % in low-risk group patients) and does not depend on the surgical method (open or laparoscopic surgery). The most significant risk factors for ulcer are associated with the acid peptic factors and can be modified by radical organ preserving surgery.

Conclusions. Patients that belong to risk group (having at least one of risk factors) constitute 38.1 % of the patients with PDU. Two-year ulcer recurrence frequency in high risk patients was significantly higher than in low-risk patient sand it does not depend on the surgical method.

Key words: perforated ulcer, risk factors of peptic ulcer recurrence, highly selective vagotomy.