



Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии, топографической анатомии и оперативной хирургии медицинского института  
ГОУ ВПО "Орловский государственный университет Федерального агентства по образованию Российской Федерации"

**НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ:**

Заслуженный деятель науки РФ,  
доктор медицинских наук, профессор **Затолокин Василий Данилович**

**ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ**

доктор медицинских наук, профессор **Владимиров Владимир Гаврилович**

Заслуженный врач РФ,  
доктор медицинских наук, профессор **Кошелев Петр Иванович**

Заслуженный врач РФ,  
доктор медицинских наук, профессор **Седов Арнольд Павлович**

**ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ**

**ГОУ ВПО "Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию "**

Защита состоится \_\_\_\_\_ 2006 года в \_\_ часов на заседании диссертационного совета Д.208.009.01 при Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" по адресу:

394000, Россия, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию".

Автореферат разослан " \_\_ " 2006 г.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** В последние годы отмечается тенденция к выявлению у больных нескольких хирургических заболеваний органов брюшной полости.

По данным ВОЗ у 30% больных, госпитализированных в хирургические отделения, диагностируется сочетанная патология органов брюшной полости.

Анализ данных научной литературы показал, что частота сочетанных хирургических заболеваний составляет 11% (В.А. Вишневский, 1950; Б.В. Петровский с соавт., 1966; Н.Н. Каншин, 1967; Ю.Ю. Аврамов, 1984 и др.). Этот показатель в три раза меньше, чем по данным ВОЗ. В среднем можно считать, что частота сочетанных поражений находится в пределах 15-20%. При сочетанных операциях большинство из них (70%) выполняются из одного хирургического доступа (В.З. Маховский, 1993). Преимущество сочетанных операций, особенно с позиции сегодняшнего времени, состоит в их низкой летальности, не превышающей соответствующие показатели при выполнении аналогичных операций отдельно, а также в их экономической эффективности (Ю.Э. Мяннистэ с соавт., 1986 и др.).

Наиболее частым сочетанием в хирургии брюшной полости является язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) или двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) с патологией жёлчного пузыря, внепечёночных, жёлчных протоков и составляет практически половину (50,9%) больных (В.З. Маховский, 1995).

На основании многих наблюдений О.Б. Милонов (1987), Л.И. Хнох, И.Х. Фельтшинер (1976), Ю.Ю. Аврамов (1984) основной патологией считают желчнокаменную болезнь (ЖКБ), а язвенную болезнь (ЯБ) – сочетанным заболеванием и лишь немногие авторы (П.Г. Дееничен, 1975; В.М. Седов, 1991; Л.В. Поташов, 1999 и др.) в качестве основной патологии принимают язвенную болезнь, а желчнокаменную болезнь считают сочетанным заболеванием.

Основным методом лечения ЖКБ является операция холецистэктомия (ХЭ), которая до настоящего времени остается «золотым стандартом» в лечении больных с данной патологией.

Несмотря на постоянное совершенствование хирургической тактики, использование малоинвазивных технологий, результаты таких операций не могут удовлетворять хирургов, так как послеоперационные осложнения колеблются в пределах от 2-х до 57,8%, послеоперационная летальность составляет 2-11%, а у больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложнённым механической желтухой, холангитом достигает 18-60% (В.М. Буянов, 1982; О.С. Кочнев с соавт., 1983; А.В. Шапошников, 1984; К.Н. Цацаниди с соавт., 1984; О.Е. Ершов, 1995).

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) по данным разных авторов составляет 17,8-35% (П.Малле-Ги, 1973; В.В. Виноградов, 1977; Г.А. Буромская, 1984; В.С. Савельев, 1986; С.А. Дадвани, 2000 и др.).

Результаты применения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в лечении хирургических заболеваний жёлчного пузыря остаются неоднозначными. Ряд авторов отмечает достаточно высокую частоту осложнений ЛХЭ, колеблющуюся от 0,7% до 42,5%, а летальность от 0,1% до 0,5%.

В клинической практике сохраняется положение о том, что больные с осложнённым течением язвенной болезни подлежат хирургическому лечению (А.П. Седов, И.В. Денисов, 1991; В.И. Булынин, Ю.А. Пархисенко, 1995; В.И. Оноприев, 1995; Е.Г. Яблоков, 1995; С.В. Иванов, М.М. Миляев, 1998; В.Ф. Саенко, А.П. Пустовит, 1999; В.К. Гостищев, 1999). Однако ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения у больных не могут быть признаны удовлетворительными. Это обусловлено тем, что летальность после резекции желудка составляет 0,8-4,0%, а после ваготомии – 0-2,9% (В.А. Голдин, 1990; В.В. Чирков, 1995; И.В. Ярема, 1996; В.В. Сумин, 1997; Д.С. Абдулаев, 1999; П.Н. Зубарев, 1999). В отдалённом периоде у 15-83,4% пациентов развиваются постгастрорезекционные синдромы (ПГРС) и у 10-29,3% - постваготомические, которые требуют как консервативного, так и хирургического лечения.

Классическое, одномоментное хирургическое лечение сочетания этих патологических процессов в ближайшем и отдалённом послеоперационном периодах, как правило, сопровождается постхирургической болезнью (S. Roleff, 1970; N, Volkman, 1971).

Тесная анатомо-функциональная взаимосвязь гепатопанкреатодуоденальной зоны является одной из причин, создающих общие патогенетические механизмы развития сочетанной патологии. Доказано, что при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки изменяется не только функциональное состояние жёлчного пузыря, но изменяется и качественный состав жёлчи (О.В. Кокуева с соавт., 2002). При

этом по мере увеличения числа обострений язвенной болезни прогрессируют и ультраструктурные признаки патологии жёлчного пузыря, ухудшается гастродуоденальная моторика с дискоординацией сфинктерных систем двенадцатиперстной кишки, жёлчного пузыря, большого дуоденального сосочка (В.В. Балущий, 2002).

Отдельные авторы связывают частоту поражения жёлчного пузыря не только с длительностью язвенного анамнеза, но и с наличием *Helicobacter pylori* (НР). По данным Ш.В. Размарина, сочетание желчнокаменной болезни с дуоденальной язвой наблюдается у 2 – 11,3% больных. В то же время А.А. Вересова обнаружила её у 5% больных. Важным является сообщение Р. Prevot, согласно которому у 5% больных с удаленным жёлчным пузырём развивается постбульбарная язва, которая в половине случаев осложняется кровотечением.

Среди факторов тяжёлого течения холелитиаза и язвенной болезни, развития осложнений, постхолецистэктомического и постгастрорезекционного синдромов в последние годы существенное значение придаётся хроническому нарушению дуоденальной проходимости (ХНДП) и дуоденогастральному рефлюксу (ДГР) (Ю.А. Нестеренко, В.А. Ступин, А.В. Федоров, 1990; Я.Д. Витебский, 1991; В.Т. Зайцев, В.В. Бойко, 1998; В.Б. Биличенко, 2000). При этом многие вопросы этиологии и патогенеза ХНДП при холелитиазе и язвенной болезни, её взаимоотношения с другими ulcerогенными факторами, классификация форм и стадий и, соответственно, принципы выбора методов лечения остаются не изучены и во многом спорны (Е.Н. Блажитко, 1993; В.Д. Затолокин, 1999; В.Б. Биличенко, 2000).

В результате вышеизложенного становится очевидным тот факт, что до настоящего времени нет единого мнения о связи холелитиаза и язвенной болезни, не разработаны способы консервативного лечения и хирургической коррекции сочетания этих патологических процессов. Отсутствуют показания и единый подход к лечению хронического нарушения дуоденальной проходимости. Отсутствуют данные о характере и выраженности иммунных сдвигов у больных с язвенной, желчнокаменной болезнью и при их сочетаниях. Несмотря на перспективность идеи одномоментной хирургической коррекции всех функциональных нарушений при сочетанной патологии, проблема диагностики и хирургического лечения этой категории больных в настоящее время далека от разрешения и является актуальной.

### **Цель исследования**

Улучшить непосредственные и отдалённые результаты хирургического лечения больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни. Разработать оптимальные и рациональные методы медикаментозной терапии и хирургической коррекции при сочетании этих заболеваний.

### **Задачи исследования**

1. Обобщить данные о частоте сочетания холелитиаза и язвенной болезни, определить клинические особенности течения данного заболевания.

2. На основе современных, высокоинформативных методов диагностики: дуоденографии, ультрасонографии аорты и висцеральных сосудов брюшного отдела аорты, пристеночной рН-метрии, интрагастродуоденальной манометрии и биохимического анализа желудочной слизи, изучить общие синдромокомплексы, присущие сочетанию холелитиаза и язвенной болезни с выделением данного заболевания в отдельную нозологическую форму.
3. Определить степень колонизации *Helicobacter pylori* в зависимости от степени воспалительного процесса слизистой желудка у больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни.
4. Изучить клеточный, гуморальный иммунитет, фагоцитарную активность моноцитов и аутоиммунные показатели у больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни.
5. Исследовать панкреатодуоденальный комплекс с патоморфологическим изучением большого дуоденального сосочка.
6. Установить оптимальную базовую схему консервативного лечения при сочетании холелитиаза и язвенной болезни с использованием инфузионной, интрадуоденальной терапии и иммунокоррекции в пред- и послеоперационных периодах.
7. Разработать новые способы дуоденоюноанастомозов и методы дренирования жёлчных протоков для коррекции хронического нарушения дуоденальной проходимости и жёлчной гипертензии у больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни.
8. Разработать последовательность и объём оперативных пособий при сочетании холелитиаза и язвенной болезни открытым методом и с применением малоинвазивных доступов.
9. Определить, адаптировать и оптимизировать хирургическую тактику при холелитиазе в сочетании с язвенной болезнью.

#### **Научная новизна**

1. Обобщены данные о частоте сочетания холелитиаза и язвенной болезни с выделением клинических групп по основной патологии.
2. Разработаны и внедрены в практику новые методы диагностики и хирургического лечения при сочетании холелитиаза и язвенной болезни, показаны значения основных синдромокомплексов в выборе методов хирургического пособия, его объёма и конструкции.
3. Установлено, что хроническое нарушение дуоденальной проходимости, рефлюкс-гастрит, недостаточность пилорического сфинктера, синдром Шмидена, псевдостеноз большого дуоденального сосочка, жёлчная и интрапанкреатическая гипертензии играют важную роль в развитии постга-

строрезекционного и функционального постхолецистэктомического синдромов.

4. Определена комплексная антихеликобактериальная терапия в периоперационном периодах с применением иммунокоррекции.
5. Разработан способ инфузионной, интрадуоденальной терапии для лечения хронического нарушения дуоденальной проходимости в стадии компенсации и с целью предоперационной подготовки в стадиях суб-декомпенсации и в послеоперационном периоде.
6. Изучено состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни и влияние иммунокоррекции на иммунный статус.
7. Исследован панкреатодуоденальный комплекс с определением размеров и формы двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы. Определены размеры и анатомические варианты висцеральных сосудов брюшного отдела аорты, холедоха, вирсунгиева протока и их взаимоотношение. Микроскопически исследован большой дуоденальный сосочек у больных с желчнокаменной и язвенной болезнью.
8. Усовершенствована на основании сонографии висцеральных сосудов брюшного отдела аорты классификация хронической ишемической болезни органов пищеварения применительно к сочетанию холелитиаза и язвенной болезни.
9. Разработаны показания к корригирующим операциям при сочетании холелитиаза и язвенной болезни.
10. Представлен способ корригирующей операции при хроническом нарушении дуоденальной проходимости, включающий создание поперечного дуоденоюноанастомоза с поперечным терминолатеральным энтероэнтероанастомозом по типу дуоденодубликации.
11. Усовершенствован способ арефлюксной энтеростомии с поперечным дуоденоюноанастомозом и поперечным терминолатеральным энтероэнтероанастомозом при хроническом нарушении дуоденальной проходимости в стадии декомпенсации и истощении больного, требующего длительного энтерального питания.
12. Разработан и клинически апробирован способ арефлюксной пилоропластики при недостаточности пилорического сфинктера и синдроме Шмидена.
13. Предложены способы и модифицированы методы дренирования внепечёночных, жёлчных протоков при различных стадиях жёлчной гипертензии.
14. Разработаны и внедрены в клиническую практику основные методы и конструкции операций при сочетании холелитиаза и язвенной болезни с I-II-

III типом желудочных язв по Джонсону и пептической язве двенадцатиперстной кишки.

15. Впервые при околососочковой локализации пептической язвы и при гигантских язвах, поражающих заднебоковую стенку или циркулярном разрушении её, у больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни применены новые методы обработки культи двенадцатиперстной кишки с имплантацией большого дуоденального сосочка и протоков поджелудочной железы в культю двенадцатиперстной кишки и способ экстерризации кровоточащей, гигантской язвы двенадцатиперстной кишки.

#### **Практическая значимость**

1. Сочетание холелитиаза и язвенной болезни независимо от основной патологии ведёт к расстройству моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, проявляющееся хроническим нарушением дуоденальной проходимости с постоянной или преходящей гипертензией во внепечёчных, жёлчных протоках и протоке поджелудочной железы, псевдостенозу большого дуоденального сосочка, недостаточности пилорического сфинктера, дуоденогастральному рефлюксу, синдрому Шмидена, а также к аутоиммунному гастриту с поражением железистого аппарата и, как следствие, нарушению слизиобразующей функции желудка.
2. У больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни старше 50 лет в большинстве случаев имеется атеросклеротическое поражение устья висцеральных сосудов брюшного отдела аорты.
3. Применение современных, высокоинформативных методов диагностики позволяет определить основные синдромокомплексы требующие коррекции и наметить пути консервативной терапии, определить объём основной и корригирующих операций, что позволяет значительно уменьшить частоту постгастрорезекционного и постхолецистэктомического синдромов.
4. Применение в комплексном лечении антихеликобактериальной терапии: H2-блокаторов, ИПП, пенициллинов и макролидов, тетрациклинов и нитроимидазолов позволяет уменьшить объём оперативного пособия и открывает возможности для выполнения высокотехнологических операций (ЛХЭ, малоинвазивной ХЭ с применением лапаромодулятора и органосохраняющих операций на желудке и двенадцатиперстной кишке).
5. Использование с целью иммунокоррекции при иммуносупрессии иммуномодулятора ронколейкина (ИЛ-2) приводит к устранению нарушений клеточного, гуморального звеньев иммунитета и фагоцитоза в более ранние сроки, сокращая реабилитационный период на 1-1,5 месяца.
6. Разработанный способ дуоденоюноанастомоза и инфузионная интрадуоденальная терапия позволяют корригировать хроническое нарушение дуоде-



нальной проходимости до и после хирургического лечения при сочетании холелитиаза и язвенной болезни, способствуют заживлению пептических язв, восстанавливают моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки, устраняют псевдостеноз большого дуоденального сосочка, жёлчную и интрапанкреатическую гипертензии и существенно улучшают результаты хирургического лечения.

7. Разработанные и применённые на практике способы имплантации большого дуоденального сосочка и протоков поджелудочной железы в угол культи двенадцатиперстной кишки, дополненные корригирующими операциями, позволяют производить одномоментные, радикальные вмешательства при холелитиазе и при гигантских, постбульбарных, околососочковых, пептических язвах.
8. Применение комплексной диагностики, консервативной терапии и разработанных способов операций оптимизируют лечебную тактику у больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни и тем самым значительно улучшают непосредственные и отдалённые результаты лечения.

#### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Хирургическое лечение больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни следует проводить с учётом комплексного изучения гепатопанкреатогастродуоденальной зоны, кровообращения в висцеральных сосудах брюшного отдела аорты, иммунологических показателей и отдавать предпочтение органосохраняющим операциям на желудке и двенадцатиперстной кишке с использованием методов хирургической коррекции синдромокомплексов, отягощающих течение заболевания.
2. Комплексное противоязвенное лечение с антихеликобактерной терапией необходимо проводить в периоперационных периодах и во время операции. Это позволяет уменьшить объём оперативного пособия, снизить риск развития пептических язв, избежать продолжения болезни и значительно уменьшить частоту функционального постхолецистэктомического и постгастрорезекционного синдромов.
3. Инфузионная, интрадуоденальная терапия минеральной, питьевой, сульфатно-хлоридной водой у больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни с наличием хронического нарушения дуоденальной проходимости восстанавливает моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки, устраняет жёлчную, интрапанкреатическую гипертензии, снижает проявления рефлюкс-гастрита, демпинг-синдрома и способствует заживлению пептических язв.
4. Применение иммуномодулятора ронколейкина (ИЛ-2) на завершающем этапе операции (либо в первые сутки) и на четвёртые сутки после операции

необходимо в лечении иммуносупрессии, что приводит к более раннему устранению нарушений иммунного статуса.

5. При хирургическом лечении в плановом порядке преимущество необходимо отдавать одномоментным операциям, предварительно определив показания к основному оперативному вмешательству, сочетанной и корригирующей операциям, обосновать оперативный доступ, определить последовательность и объём оперативных пособий с учётом степени риска.
6. Корригирующие операции в ургентной хирургии при сочетании холелитиаза и язвенной болезни должны быть строго обоснованы, индивидуализированы и логически оправданы.
7. Разработанные способы органосохраняющих операций на желудке и двенадцатиперстной кишке с коррекцией хронического нарушения дуоденальной проходимости, жёлчной гипертензии позволяют предупредить развитие постхолецистэктомического синдрома и болезни оперированного желудка.
8. При сочетании холелитиаза и околососочковых пептических язв разработан способ имплантации большого дуоденального сосочка и протоков поджелудочной железы в угол культи двенадцатиперстной кишки, что позволяет произвести радикальную операцию.
9. При сочетании холелитиаза и язвенной болезни с хроническим нарушением дуоденальной проходимости в стадиях суб-декомпенсации, наличием жёлчной и интрапанкреатической гипертензий, основную и сочетанную операции необходимо дополнять поперечным дуоденоюноанастомозом с поперечным терминологическим энтероэнтероанастомозом и наружным дренированием жёлчных протоков, что позволяет предупредить дуоденогастральный рефлюкс, продолжение, рецидив болезни и существенно улучшить результаты хирургического лечения.
10. При лечении больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни следует использовать в полном объёме лечебно-диагностическую программу, методы корригирующих операций и индивидуализировать конструкцию оперативного пособия, учитывая объём основного этапа операции.

#### **Апробация и внедрение результатов диссертации**

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены: на заседаниях областного общества хирургов (Украина. Луганск, 1995, 2004; Россия. Орёл, 1997); на юбилейной конференции учёных и специалистов ЛГМУ (Луганск, 1996, 2003); межобластной конференции «Актуальные вопросы научно-практической медицины» (Орёл, 1999); второй Российской научно-практической конференции «Актуальные проблемы экологии, экспериментальной и клинической медицины» (Орёл, 2001); на совместном заседании кафедр хирургии ЛГМУ (Луганск, 2004).

Апробация диссертационной работы проведена на межкафедральной конференции Орловского медицинского института (ОГУ) в 2005 году.

Разработанные способы диагностики и лечения СХЯБ внедрены в клиническую практику хирургических отделений больниц Луганской области, Донецкой области, Запорожской области (Украина), Ростовской области, Орловской области, Липецкой области (Россия).

Материалы диссертационной работы используются в учебной и лечебной деятельности кафедры хирургических болезней ЛГМУ (Украина) и клиники факультетской хирургии Орловского медицинского института ОГУ (Россия).

#### **Публикации по теме диссертации**

Результаты диссертационного исследования опубликованы в 30 научных статьях, из них девять – в центральной печати, две – в международных научных сборниках. Получено четыре патента на изобретения (два патента ВНИИГПЭ №95115942 от 12.09.1995 и №95115946 от 20.09.1995, два патента ФИПС. Роспатент №2145191 и №2145192 от 10.02.2000). Внедрено 17 рационализаторских предложений местного и отраслевого значения (№ 5, 6, 7 от 30.06.1995, № 2908, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2997, 2998, 2999 от 09.12.1996, № 117, 118, 119, 120 от 27.06.1998, Украина).

#### **Объём и структура диссертации**

Диссертация изложена на 226 страницах машинописного текста. Составляет из введения, главы обзора научной литературы, главы «Материалы и методы обследования» и трёх глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Иллюстративный материал включает 35 таблиц и 26 рисунков. Список научной литературы содержит 299 отечественных и 163 иностранных источников.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материалы и методы исследования

В основу данной работы положены результаты обследования и хирургического лечения 280 больных (мужчин – 153, женщин – 127) с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни, что составило 9,5% от общего количества 2955 больных, прооперированных по поводу желчнокаменной и язвенной болезни. Кроме того, на 412 трупах исследован панкреатодуоденальный комплекс с изучением серийных гистотопографических срезов большого дуоденального сосочка (БДС). Больные прооперированы за период с 1985 года по 2003 год в хирургических отделениях ЦГБ г. Антрацита Луганской области, ЦРБ Краснозороенского и Новодеревеньковского районов Орловской области и клинике факультетской хирургии медицинского института Орловского государственного университета.

Всего прооперировано 2042 больных холелитиазом (мужчин 253 – 12,4%, женщин 1789 – 87,6%), у которых в 187 случаях (9,16%) наблюдалась сочетанная патология холелитиаза и язвенной болезни (СХЯБ) – желчнокаменный вариант течения заболевания (основное заболевание – холелитиаз). Больных с язвенной болезнью было прооперировано 913 (мужчин 711 - 77,88%, женщин 202 - 22,12%). ЯБ желудка наблюдалась у 144 (15,8%) мужчин и 83 (9,1%) женщин, ЯБ двенадцатиперстной кишки (мужчин – 567 – 62,1%; женщин – 119 – 13,0%), у 93 больных (10,2%) выявлено сочетание язвенной болезни и холелитиаза (СЯБХ) – язвенный вариант течения заболевания (основное заболевание – язвенная болезнь).

Больные с желчнокаменным вариантом клинического течения сочетанной патологии составили первую группу исследуемых, а больные с язвенным вариантом – вторую группу. Разделение больных на две клинические группы обусловлено основной патологией, различием клинического течения заболеваний, видами осложнений, возрастной разницей и методами хирургического лечения (табл.1, табл.2).

Таблица 1

#### Распределение больных в I клинической группе заболеваний

Пептич еская язва	до 30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		61-70 лет		старше 71 года		Всего	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
ДПК	3	2	17	11	13	5	9	4	7	2	4	1	53	25
I тип	2	1	3	5	5	6	7	8	5	2	2	1	24	23
II тип	1	1	2	3	2	9	3	7		1		1	8	22
III тип			5	4	4	3	7	6		2		1	16	16
Итого	6	4	27	23	24	23	26	25	12	7	6	4	101	86
<b>Язва ДПК</b>	<b>5</b>		<b>28</b>		<b>18</b>		<b>13</b>		<b>9</b>		<b>5</b>		<b>78</b>	

<b>Язва желудка</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>38</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>109</b>
---------------------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------	----------	------------

При обозначении локализации желудочных язв использовалась классификация Джонсона: I тип – медиогастральная язва тела желудка; II тип – сочетанная язва желудка и ДПК; III тип – препилорическая язва и язва пилорического канала.

В I группе больных сочетание холелитиаза и ЯБ двенадцатиперстной кишки отмечено в 78 случаях, что составило 3,82 % от общего числа больных и 41,7% от числа больных данной группы.

Таблица 2

**Распределение больных во II клинической группе заболеваний**

Пептическая язва	до 30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		61-70 лет		старше 71 года		Всего	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
ДПК	1		1	1	12	5	9	4	5	1	3	1	31	12
I тип	1		2	1	3	3	5	4	2	2	1	1	14	11
II тип			1	1	1	2	1	2	1	2			4	7
III тип			1	1	1	1	1	4		3		2	3	11
Итого	2		5	4	17	11	16	14	8	8	4	4	52	41
<b>Язва ДПК</b>	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>17</b>		<b>13</b>		<b>6</b>		<b>4</b>		<b>43</b>	
<b>Язва желудка</b>	<b>1</b>		<b>7</b>		<b>11</b>		<b>17</b>		<b>10</b>		<b>4</b>		<b>50</b>	

У мужчин язва ДПК встречалась значительно чаще (53 больных; 28,3%), чем у женщин (25 больных; 13,36%). Сочетание с ЯБ желудка наблюдалось чаще и выявлено у 109 больных (5,34% от общего числа больных и 58,3% в данной группе). Из язв желудка практически одинаково часто у мужчин и женщин встречались язвы I и III типа – 47 (25,1%) и 32 (17,1%) соответственно. В то время как язвы желудка II типа намного чаще наблюдали у женщин (22; 11,76%), чем у мужчин (8; 4,28%).

Во II группе сочетание ЯБ двенадцатиперстной кишки с холелитиазом выявлено у 43 больных, что составило 4,7% от общего числа больных и 46,2% от числа больных данной группы. У мужчин подобное сочетание встречалось чаще – 31 больной (33,3%), а у женщин – 12 больных (12,9%). Сочетание ЯБ желудка с холелитиазом диагностировано у 50 больных – 5,48% от общего числа больных и 53,8% в данной группе. Язвы желудка у женщин составляют 31,2%, а у мужчин – 22,6%, причём с язвами II и III типа женщин 19,4% (18), что в два раза больше, чем у мужчин – 7,5% (7).

В возрастных группах сочетание холелитиаза с ЯБ двенадцатиперстной кишки наибольшее у мужчин с 31 года до 50 лет – 16,0% (30), а у женщин в возрасте 31-40 лет – 5,88% (11). Сочетание холелитиаза с ЯБ желудка чаще встречается у мужчин в возрасте 51-60 лет – 9,1% (17), а у женщин в возрасте 41-60 лет – 20,86% (39). Сочетание ЯБ двенадцатиперстной кишки с холелитиазом наибольшее отмечено у

мужчин в возрасте 41-60 лет – 22,6% (21), а у женщин в этом же возрасте – 9,7% (9). У мужчин ЯБ желудка в сочетании с ЖКБ чаще встречается в возрасте 41-60 лет – 12,9% (12), а у женщин в возрасте 51-70 лет – 18,3% (17).

Среди 187 больных в первой группе и 93 больных во второй группе в процессе обследования выявлена сопутствующая патология, увеличивающая риск оперативного вмешательства и наркозного обеспечения (табл. 3).

Таблица 3

**Общая структура соматической патологии в  
I и II клинических группах больных**

Характер патологии	I группа больных		II группа больных	
	число больных	%	число больных	%
ХИБС	48	26,2	24	25,8
ГБ I – III степени	21	11,2	12	12,9
Хронический бронхит, эмфизема лёгких	29	15,5	11	11,83
Сахарный диабет	13	6,95	2	2,15
Цирроз печени	9	4,8	4	4,3
МКБ, пиелонефрит	8	4,27	8	8,6
Варикозная болезнь, тромбоз	16	8,56	7	7,53
Ожирение I – III ст.	14	7,5		
Грыжа пищевого отверстия диафрагмы	4	2,1	2	2,15
Дивертикулёз кишечника	3	1,6	3	3,23
Спаечная болезнь			12	12,9
Фиброматоз матки			8	8,6
Прочие	12	11,32		
Итого	187	100	93	100

В I группе больных на одного больного до 51 года в среднем приходилось 1,7 сопутствующих заболеваний, а старше 51 года – 3,1 заболеваний.

Длительность желчнокаменной болезни на момент выявления язвенной болезни до 5 лет составила 49,2% (92 больных); от 5 до 10 лет – 28,9% (54) и более 10 лет – 21,9% (41). Язвенный анамнез, предшествующий холелитиазу в I группе выявлен у 62 больных (33,16%), что позволяет судить о наличии у данной категории больных двух конкурирующих основных заболеваний.

Во II группе больных на одного больного до 51 года приходится 1,3 сопутствующих заболеваний, а старше 51 года – 2,8 заболеваний. Длительность язвенной болезни на момент выявления желчнокаменной болезни до 5 лет составила 11,8% (11 больных); от 5 до 10 лет – 58,1% (54) и более 10 лет – 30,1% (28).

В предоперационном периоде было применено многокомпонентное общеклиническое обследование больных, задачей которого являлась как оценка общего статуса больного, так и состояния отдельных органов и систем. На

основании результатов этих обследований определялась дальнейшая хирургическая тактика.

Обследование больных включало проведение клинических, биохимических, специальных (инструментальных) и иммунологических методов исследования. У всех больных при клиническом обследовании учитывались жалобы, длительность заболевания, характер и эффективность ранее проводимого лечения. При хроническом течении заболевания для подтверждения желчнокаменной и язвенной болезни проводилась рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) с осмотром большого дуоденального сосочка, ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, жёлчного пузыря, внепечёночных, жёлчных протоков, поджелудочной железы и вирсунгиева протока, воротной вены и селезёнки. Применён метод УЗИ висцеральных сосудов брюшного отдела аорты с целью исключения или подтверждения степени атеросклеротического поражения.

Следует отметить, что только с помощью новых, технических средств удаётся наиболее точно распознать основное, сочетанное, конкурирующее заболевания, установить характер осложнений и обосновать лечебную тактику.

Эзофагогастродуоденоскопия произведена в исследуемых группах фиброскопами OLIMPUS (Япония) с боковой и торцевой оптикой.

При ЭФГДС бралась прицельная биопсия с края кратера язв желудка и двенадцатиперстной кишки, пилорического отдела и тела желудка для определения морфологии хронического гастрита, степени воспалительных изменений в слизистой оболочке с количественной оценкой выраженности воспаления, его активности, хеликобактерной обсеменённости.

Характер хронического гастрита по морфологическому признаку определялся согласно классификации хронических гастритов (Ю.И. Фишзон-Рысс, Е.С. Рысс, 1978 в предложенном варианте В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев, 1981): поверхностный гастрит; гастрит с поражением желёз без атрофии; атрофический гастрит; атрофически-гиперпластический гастрит, эрозивный гастрит. При исследовании учитывалась локализация морфологических изменений слизистой: очаговый, антральный, тело желудка, диффузный. Степень периульцерозных воспалительных изменений оценивалась по Сиднейской классификации хронического гастрита (Л.И. Аруин, 1991).

Кислотообразующая функция слизистой оболочки различных отделов пищеварительного тракта (желудок, двенадцатиперстная кишка) изучена методом эндоскопической, топографической, прицельной, пристеночной рН-метрии.

В работе использован рН – метрический зонд, который вводился в биопсийный канал эндоскопа до уровня выходного отверстия, а снятые значения рН

регистрировались ацидогастрометром АГМ-01 производства ГНПП «Исток-Система», г. Фрязино, Московской области.

Слизеобразующая функция желудка изучена методом биохимического анализа желудочной слизи, которая получена аспирационным путём при ЭФГДС.

При исследовании определён уровень углеводно-белковых компонентов желудочной слизи: свободных и олигосвязанных сиаловых кислот, гексозаминов и белков гликопротеинов, белковосвязанных сиаловых кислот.

Моторно-эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки изучена поэтажным определением внутриполостного давления в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки методом открытого катетера (основное количество исследований), а затем телеметрическим методом на аппарате полидигестограф «Экспресс-МТ» (контроль исследований).

В патогенезе пептических язв немаловажная роль отводится нарушению микроциркуляции в слизистой оболочке, которая наиболее часто возникает при атеросклеротическом поражении висцеральных магистральных артерий брюшной полости. У больных пожилого возраста, страдающих ЖКБ и ЯБ наблюдается атеросклеротическое поражение брюшного отдела аорты и непарных висцеральных артерий аорты в 73,5% случаях (А.В. Покровский, 1982, 1983). А. Plonka и соавт. 1989г. подобные изменения обнаружил у 56% больных.

У исследуемых больных произведена ультразвуковая сонография аорты и висцеральных артерий брюшной полости на аппарате «Aloka-1110» (Япония) и «Falco-100» (Нидерланды) конвексным датчиком 3,5 МГц.

В связи с атеросклеротическим поражением висцеральных артерий брюшной аорты выделены следующие клинические формы хронической ишемической болезни органов пищеварения (ХИБОП):

- Чревная форма: 1) гастралгический вариант; 2) гепатохолецисталгический вариант; 3) панкреаталгический вариант.
- Кишечная форма: 1) энтероколитический вариант с преимущественным поражением ВБА; 2) колитический вариант с преимущественным поражением НБА.
- Тотальная висцеральная форма.
- Комбинированные формы.

От выраженности клинического проявления патологии и данных сонографии больные разделены на три клинические группы соответствующие трём функциональным классам (I, II, III - ФК).

- I ФК – кольцевидное или краевое сужение просвета сосуда (чаще верхняя и боковые стенки) на 15%;
- II ФК – сужение просвета сосуда до 30%;
- III ФК – сужение просвета сосуда более 30%.



Холангиография и манометрия во время операции проведена по упрощённой методике Goinard и Pellissier. В качестве измерительного прибора использовался аппарат Вальдмана.

### **Иммунологические методы:**

Иммунологическое исследование больных, которые находились под наблюдением, произведено на базе отдела экологической генетики и иммунологии Украинского научного центра медицинской генетики МОЗ и НАН Украины и межкафедральной иммунологической лаборатории Орловского медицинского института ОГУ.

Комплексные иммунологические исследования проведены у 51 больного с холелитиазом и язвенной болезнью (I группа больных) и у 43 больных язвенной болезнью в сочетании с холелитиазом (II группа больных). Кровь для исследований брали у больных из вены в количестве 10 мл натощак перед операцией, после операции, при выписке больного на 11-12 день и при диспансерном наблюдении в периоде реабилитации через 1-1,5 и 3-3,5 месяца после оперативного лечения.

Иммунологические исследования заключались в изучении ряда количественных показателей системного клеточного иммунитета – общего уровня Т- лимфоцитов (CD 3+), числа Т- клеток с хелперной (Т- хелперы/ индукторы – CD 4+) и супрессивной (Т – супрессоры /цитотоксические – CD 8+) активностью, а также функциональной активности Т- лимфоцитов. Число Т -, В – лимфоцитов и субпопуляций Т- хелперов/ индукторов и Т – супрессоров/ цитотоксических определялось в цитотоксическом тесте с моноклональными антителами (МКАТ). В работе были испытаны коммерческие МКАТ класс CD 3+ (к тотальной популяции Т- лимфоцитов) , CD 19+ (к общей популяции В- клеток) , CD 4+ (к популяции Т- хелперов/ индукторов) и CD 8+ (к популяции Т- супрессоров / цитотоксических) фирмы Ortho Diagnostik Systems Inc (USA). Функциональная активность Т- клеток оценивалась с помощью реакции бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ) в ответ на действия неспецифического митогена – фитогемагглютинаина (ФГА) в короткоживущих культурах лимфоцитов. Высчитан иммунорегуляторный индекс CD 4/ CD 8, который условно обозначили как коэффициент Th/Ts, отражающий соотношение субпопуляций Т- клеток с хелперной и супрессорной активностью. Направленный сдвиг иммунологических показателей обозначили термином «иммунологический компас».

Объём исследований гуморального звена иммунитета включал: определение содержания иммуноглобулинов сыворотки крови основных классов, концентрацию циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и их молекулярный состав. Для характеристики содержания сывороточных иммуноглобулинов основных классов: А, М, G – использовали метод радиальной иммунодиффузии по Mancini. Общий уровень ЦИК определялся методом преципитации в растворе полиэтиленгликоля

(ПЭГ) с молекулярной массой 6000 дальтон. Молекулярный состав ЦИК изучался путём дифференцированной преципитации в 2%, 3,5% и 6% растворах ПЭГ. Полученные данные сопоставляли с особенностями клинического течения заболевания у больных I и II клинических групп.

Изучение фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ) периферической крови проводилось модифицированным чашечным методом с определением следующих показателей: фагоцитарного индекса (ФИ), фагоцитарного числа (ФЧ), индекса атракции (ИА) и индекса переваривания (ИП). За тест-объект фагоцитоза использовали живую суточную культуру *Staph. aureus*, штамм 505, которую получили из Института Пастера (СПб).

Для характеристики аутоиммунных показателей у больных с холелитиазом и ЯБ использовали реакцию торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ), которую осуществляли капиллярным способом. В качестве антигенов использовали антигены из слизистой оболочки ДПК (АСДПК), желудка (АСЖ), стенки жёлчного пузыря (АСЖП), ткани поджелудочной железы (АПЖЖ), тимуса (ТА), миокарда – кардиальный антиген (КА) и липопроteid печени человека (ЛПЧ). Ткани антигенов получали путём водно-солевой экстракции в фосфатном буфере из органов трупов людей молодого возраста с 0 (I) группой крови, которые умерли от случайной травмы, и стандартизировали в белке способом Lowry e.a. в пределах 1-2%. Использованный лиофилизированный ЛПЧ взят в Латвийском гепатологическом центре (Рига).

В качестве нормативных иммунологических показателей были использованы данные межкафедральной иммунологической лаборатории ЛГМУ (Украина. Луганск).

### **Статистическая обработка результатов исследования**

Для статистической обработки результатов исследования был использован пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 фирмы StatSoft Inc. для персонального компьютера в системе Windows.

Для сопоставимости данных по основным характеристикам, группы больных были сформированы с использованием стратификационной рандомизации. Расслоение данных осуществлялось по возрасту, полу и клиническим группам.

В качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение 0,05. Для получения статистической значимости результатов исследования использовали следующий принцип: число сравниваемых признаков в двух группах должно быть не менее 1/5 от числа больных.

Если изучаемые признаки были распределены в соответствии с нормальным законом, то в качестве наиболее типичного значения для выборки выбирали среднее значение (M), в качестве

меры рассеяния – среднее квадратическое отклонение (SD). Если изучаемые признаки не подчинялись нормальному закону, то в качестве меры центральной тенденции и меры рассеяния использовали медиану и интерквартильный интервал.

Взаимосвязь количественных признаков исследовалась с помощью методов Спирмена и Кендалла.

При анализе иммунограмм для практического применения рассчитывали степень иммунологических расстройств по методике А.М.Земскова (1986, 1994).

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

С целью интерпретации данных, полученных при специальных методах обследования, интраоперационной ориентировки хирурга, определения объёма оперативного вмешательства и конструкции операции на 412 трупах был исследован панкреатодуоденальный комплекс: двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа, брюшной отдел аорты с висцеральными артериями. Исследованы трупы больных умерших от заболеваний не связанных с патологией органов брюшной полости и трупы людей погибших от несчастных случаев (ЧМТ, отравление, удушение, переохлаждение и т.д.), в возрасте от 20 до 70 лет. Трупы мужчин – 299 (72,6%), женщин – 113 (27,4%).

При изучении ДПК была определена её форма, длина, ширина в различных отделах и расстояние большого дуоденального сосочка от пилорического сфинктера. Длина ДПК колебалась от 21 до 30 см и в среднем составляла  $23,5 \pm 1,5$  см. Наибольшая длина ДПК отмечалась при углообразной форме (5,8%).

В зависимости от формы ДПК наибольшее различие в анатомических размерах наблюдалось при углообразной форме, причём во всех отделах, особенно в дистальных.

Уровень впадения холедоха в двенадцатиперстную кишку, обозначенный большим дуоденальным сосочком (БДС, *papilla Vateri*), характеризовался как различным расстоянием от пилорического сфинктера, так и местом нахождения на стенке кишки. Наиболее часто БДС располагался на заднемедиальной стенке – 309 случаев (75%); на задней стенке – 84 случая (20,4%); на заднелатеральной стенке – 19 случаев (4,6%). Наименьшее расстояние от пилорического сфинктера до большого дуоденального сосочка было выявлено в двух случаях и равнялось 0,5 см; в трех случаях – 1,0 см; еще в трех случаях. – 1,5 см, а в 38 случаях наибольшее расстояние составило 15-16 см. В 307 случаях (74,5%) расстояние БДС от пилорического сфинктера составляло  $7,5 \pm 0,5$  см.

Исследования показали, что чем ближе к привратнику располагается БДС, тем чаще он определяется на заднелатеральной стенке, в типичном месте - на заднемедиальной стенке, а чем дистальней от пилорического сфинктера – на задней стенке.

Малый дуоденальный сосочек (МДС, *papilla duodenalis minoris*) при визуальном определении на слизистой ДПК удалось выявить лишь в 11 случаях (2,7%). МДС располагался выше БДС на 1-1,5-2 см.

При исследовании поджелудочной железы была определена форма, длина, размеры головки железы, диаметр вирсунгиева, санториниева протоков, их взаимоотношение, варианты впадения в ДПК. Длина поджелудочной железы колебалась от 15 до 25 см, в среднем длина её составляла  $20,5 \pm 0,5$  см. Размеры головки поджелудочной железы при классических формах (трёхгранная, плоская,

удлинённая – 82,3%) составили: ширина -  $4,5\pm 0,5$  см; толщина -  $3,0\pm 0,5$  см. При отдельных формах – ланцетообразная (в форме головастика), S-образная (9%) - ширина головки достигала 7-9 см, а толщина головки при плоской форме – 2 см и менее.

При исследовании протоков был применён метод окрашивания протоков водным раствором метиленовой сини. По данной методике исследовали 134 панкреатодуоденальных комплекса.

В 90 случаях (67,2%) общий жёлчный проток и главный панкреатический проток впадали в кишку совместно, образуя общую ампулу, которая своей конечной частью открывается на БДС.

Размеры ампулы от устья вирсунгиева протока, расположенного на 5 часах, до вершины БДС составляли  $3\pm 1$  мм. Устье вирсунгиева протока от ампулы отделяется слабовыраженной круговой складкой слизистой расположенной на сфинктере Вестфалья происходящего из мышечной стенки ДПК. Однако в шести случаях обнаруживалось слияние протоков в  $10\pm 5$  мм от устья БДС (4,5%), а в 3-х случаях (2,24%) имело место раздвоение устья главного протока, когда одно сливалось с общим жёлчным протоком в своём обычном месте, а второе – проксимальней на 7-10-12мм на 6 часах в пределах интрамурального отдела холедоха.

В 18 случаях (13,4%) вирсунгиев проток сливался с общим жёлчным протоком в головке поджелудочной железы (панкреатический отдел холедоха) в пределах  $40\pm 10$  мм от БДС. В 26 случаях (19,4%) общий жёлчный проток и вирсунгиев проток впадали в ДПК отдельно. Следовательно – в 44 случаях (32,8%) общая ампула отсутствовала.

Самым частым в данном варианте являлось расположение устья вирсунгиева протока ниже и рядом с устьем общего жёлчного протока, но в 5 случаях (3,7%) обнаруживалось устье вирсунгиева протока в нисходящем отделе ДПК дистальной устья общего жёлчного протока на 1,5-2,7-3,2-4,0-5,3 см.

Диаметр вирсунгиева протока составлял от 0,5-1,0мм в хвостовой части, до 2-2,5мм в области устья.

Добавочный проток поджелудочной железы (d. accessorius Santorini), санториниевый проток при исследовании методом окрашивания был обнаружен в 42 случаях (31,3%), но только у 13 (9,7%) самостоятельно открывался в просвете двенадцатиперстной кишки на малом дуоденальном сосочке (МДС). В остальных случаях в области головки наблюдалась его облитерация.

Диаметр санториниева протока составлял 1-1,5мм и, что характерно, вирсунгиев проток в данном случае не превышал 2 мм в диаметре.

У 298 больных, умерших от различных заболеваний, было проведено гистологическое исследование секционного материала с изучением серийных

гистотопографических срезов большого дуоденального сосочка. В 29 случаях (9,73%) в БДС выявляли наличие эктопированной ткани поджелудочной железы.

Из 29 случаев эктопии ткани поджелудочной железы в 26 случаях (89,7%) из них эктопия сочеталась с различными заболеваниями билиопанкреатической зоны, такими, как цирроз печени, гепатит, ЯБ желудка, ЯБ двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь, острый и хронический панкреатит. В 14 случаях (48,3%) эктопированная ткань поджелудочной железы локализовалась в межпротоковой перегородке, в 7 случаях (24,1%) - в медиальной стенке БДС, в 6 случаях (20,7%) - в латеральной стенке БДС и в 2 случаях (6,9%) - в мышечном слое двенадцатиперстной кишки. Эктопия ткани поджелудочной железы встречалась чаще в БДС, имеющим длинную межпротоковую перегородку и короткую ампулу (длиной 3-4мм) и была обнаружена в 18 случаях (62,1%). В 8 случаях (27,6%) БДС имел длинную общую ампулу и короткую межпротоковую перегородку и в 3 случаях (10,3%) общая ампула отсутствовала (раздельное впадение общего жёлчного и главного панкреатического протоков).

При макроскопическом исследовании БДС в 26 случаях с эктопией ткани поджелудочной железы был без видимых патологических изменений. Только в трех случаях (10,3%) по макроскопической картине можно было заподозрить наличие гетеротопированной ткани поджелудочной железы.

При микроскопическом исследовании встретились следующие гистологические типы эктопированной поджелудочной железы:

- 1 тип (4 случая - 13,8%) строение эктопированной ткани соответствовало строению основной поджелудочной железы, т.е. она имела ацинарную часть, островки Лангерганса и выводные протоки;
- 2 тип (16 случаев - 55,2%) эктопированная ткань состояла из большого количества ацинусов, имела один или несколько выводных протоков, а островки Лангерганса отсутствовали;
- 3 тип (5 случаев - 17,2%) малое количество ацинусов, большое количество выводных протоков, островки Лангерганса отсутствовали;
- 4 тип (4 случая - 13,8%) эктопированная ткань состояла только из одних ацинусов. Кроме того, в двух случаях была обнаружена пролиферация железистых структур оболочек БДС с наличием в них мелких скоплений и отдельных ацинусов. Данные изменения были расценены, как тубулоацинарная трансформация железистых структур мышечно-железистого слоя БДС (отнесены к 4 типу).

Количество участков эктопированной ткани в БДС в 16 случаях составило один, в 8 случаях – 2-3 участка, в трех случаях – 4 участка, в двух случаях – 5-6 участков в различные отделы сосочка по периметру.

Морфологические исследования показали, что частота встречаемости эктопии ткани поджелудочной железы в большой дуоденальный сосочек у 298 умерших от болезней гастродуоденогепатопанкреатической области следующая:

- ЯБЖ и ЯБ ДПК – три случая (1,0%), с эктопией – два случая (66,7%);
- ЖКБ – 4 случая (1,34%), с эктопией – 3 случая (75%);
- острый и хронический панкреатит – 5 случаев (1,67%), с эктопией – 3 случая (60,0%);
- цирроз печени, хронический гепатит – 11 случаев (3,7%), с эктопией – 10 случаев (90,9%).
- сочетание холелитиаза и язвенной болезни – 18 случаев (6,0%), с эктопией – 8 случаев (44,4%).

На все заболевания гастродуоденогепатопанкреатической области эктопия поджелудочной железы в БДС составляла 63,4%.

Проведённые исследования свидетельствуют об участии эктопии ткани поджелудочной железы в БДС в патогенезе заболеваний гастродуоденогепатопанкреатической области и /или сочетании с ними.

В 18 случаях было проведено изучение секционного материала острого и хронического холецистита в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки и желудка.

При гистологическом исследовании гистотопографических срезов БДС с использованием окрасок гематоксилин – эозином и по Ван-Гизону были обнаружены следующие изменения: острый и хронический папиллит, папилломатоз складок-клапанов. Острый папиллит обнаружен в 6 случаях. При хроническом папиллите имели место все три его формы: аденоматозный, аденомиоматозный и атрофически-склеротический. В 8 случаях наблюдались аденоматозная и атрофически-склеротическая формы хронического папиллита, сопровождающиеся выраженной лимфоидной и плазмоцитарной инфильтрацией стромы, увеличением количества межэпителиальных лимфоцитов. При аденоматозном папиллите отмечалась очаговая, диффузно-очаговая или диффузная гиперплазия желёз БДС. При аденомиоматозной форме папиллита (два случая) выраженность гиперплазии желёз, гипертрофии и гиперплазии мышечных элементов были приблизительно равны. В протоках поджелудочной железы наблюдалась плоскоклеточная метаплазия эпителия.

При сочетании ЯБ и ЖКБ атрофически-склеротическая форма папиллита характеризуется различной степенью выраженности атрофических изменений желёз, мышечных элементов и фиброзом складок – клапанов и стенок БДС и наблюдалась в 5 случаях.

В одном случае имела место резко выраженная гипертрофия и гиперплазия мышечных элементов стенок БДС и складок – клапанов при невыраженных

изменениях железистого аппарата. В двух случаях наблюдалась умеренная диффузно – очаговая лимфоплазмоцитарная инфильтрация стромы. Такие изменения позволили расценить данный процесс как миоматозную форму хронического папиллита.

Проведенные исследования дают основания считать, что сочетание холелитиаза и язвенной болезни, как правило, сопровождается поражением большого дуоденального сосочка.

Аортomezентериальное расстояние в месте прохождения верхней брыжеечной артерии впереди нижней горизонтальной ветви ДПК составило  $6,5 \pm 1,5$  см (исследования на трупах).

Чревной ствол (ЧС), *truncus coeliacus*, короткий сосуд длиной 1-2 см отходит от передней поверхности аорты на уровне нижнего края тела XII грудного позвонка (74,5%) или на уровне верхнего края тела I поясничного позвонка (25,5%). Артерия направляется кпереди и вниз и сразу распадается на три ветви (триада Галлера): левую желудочную (ЛЖ), селезёночную (СА) и общую печёночную (ОПА) артерии (расположение сосудов слева – направо).

Вариантов отхождения вышеперечисленных артерий от аорты и чревного ствола различными авторами описано множество, но классический вариант установлен при исследовании 336 комплексов (81,6%). В 8 случаях (1,9%) встречался вариант, когда СА отходила от аорты самостоятельно, а ЧС разделялась на две артерии: ЛЖА и ОПА, причём в двух случаях (0,5%) диаметр ОПА был больше; в трех случаях (0,7%) равнялся диаметру ЛЖА; и в трех-x случаях (0,7%) – диаметр ЛЖА был больше ОПА, создавая впечатление, что ОПА отходит от ЛЖА.

Указывая на данный топографо-анатомический вариант, необходимо учитывать возможность ранения или перевязки ОПА при выполнении расширенных органудаляющих операциях на желудке с лимфодиссекцией по ходу ЛЖА.

Дистальной ЧС в 92,1% наблюдениях на  $12 \pm 1,0$  мм от передней поверхности аорты позади поджелудочной железы отходит верхняя брыжеечная артерия (ВБА) под углом  $17 \pm 3$  градуса, которая в области шейки поджелудочной железы располагается в желобке вместе с верхней брыжеечной веной (табл. 4). На границе нижней горизонтальной и восходящей частью, ВБА почти вертикально пересекала переднюю стенку ДПК. В 15 случаях (3,6%) ВБА отходила на 15-20мм; в 11 случаях (2,6%) – на 21-25мм и в 7 случаях (1,7%) – на 25-30мм ниже ЧС.

Наиболее часто – 288 случаев (69,9%) – пузырьная артерия находилась медиальнее и выше пузырьного протока, отходя от правой печёночной артерии, что соответствовало типичному варианту топографо-анатомических взаимоотношений протока и артерии с формированием "треугольника Кало".

Таблица 4

#### **Анатомические размеры сосудов брюшного отдела аорты**



Название сосуда	Диаметр сосуда (мм)	Угол отхождения от аорты в градусах
Аорта (А)	22±2,0	
ЧС	14±1,0	75±5
ОПА	6,0±1,0	
СА	5,0±1,0	
ЛЖА	3,0±1,0	
ВБА	5,0±1,0	10±1 во фронтальной плоскости вправо 17±3 в саггитальной плоскости
НБА	0,4±1,5	10±2 во фронтальной плоскости влево 12±1 в саггитальной плоскости

Особенности анатомии пузырной артерии и кровоснабжения жёлчного пузыря, способные дезориентировать хирурга в топографо-анатомических взаимоотношениях либо затруднить выполнение холецистэктомии, выявлены в 124 случаях (30,1%). При этом среди неблагоприятных анатомических форм пузырной артерии чаще всего является расположение пузырной артерии латерально от пузырного протока, и она отходит от собственной печёночной артерии – 21 случай (5,1%); рассыпной тип – пузырная артерия была представлена двумя ветвями, идущими спереди и сзади пузырного протока – 53 случая (12,9%); отхождение пузырной артерии латерально и ниже протока – 15 случаев (3,6%) и в 35 случаях (8,5%) пузырная артерия располагалась параллельно пузырному протоку (латерально, медиально, ниже, выше), а дополнительная ветвь отходила от правой печёночной артерии. В 12 случаях (2,9%) дополнительные ветви 3–4 и отходили они от собственной печёночной артерии и правой печёночной артерии.

Необходимо отметить, что такие сочетания, как углообразная форма ДПК, кольцевидная, S-образная и углообразная формы поджелудочной железы, часто сопровождаются редкими вариантами расположения БДС и редкими анатомическими вариантами отхождения висцеральных артерий от брюшного отдела аорты.

Клиническая диагностика сочетания холелитиаза и язвенной болезни основывается на выявлении несоответствий в классических вариантах клинического течения желчнокаменной и язвенной болезни как самостоятельных заболеваний.

На основании данных исследований у больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни в обоих клинических вариантах основными симптомами заболевания явились:

- боль периодическая, умеренной (47,5%) или сильной интенсивности (35,9%), иррадирующая в правое подреберье (25,3%), связанная с приёмом пищи;
- рвота, чаще редкая и скудная (29,0%);
- похудание в пределах 10 кг (23,0%).

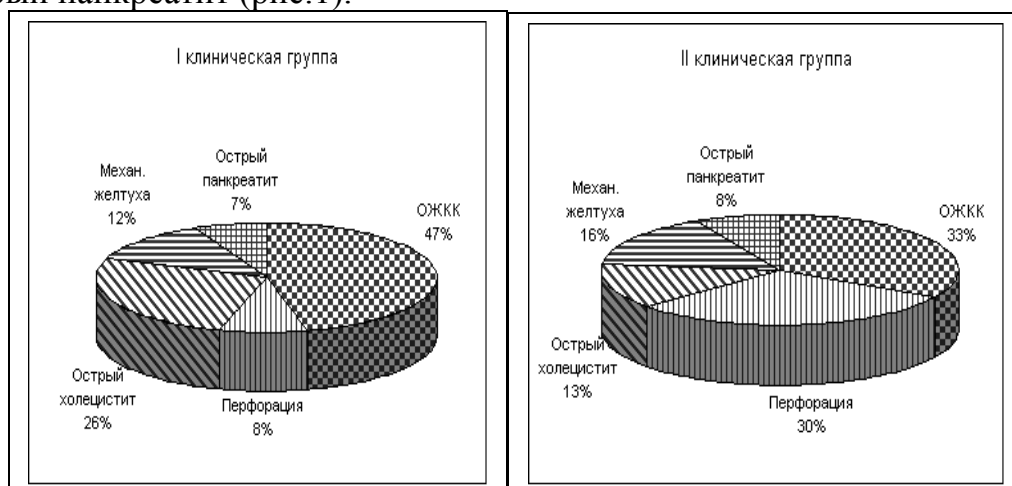
Однако с развитием ХНДП рвота становится обильной, «полным ртом», похудание более значительное. У 77 больных (60%) в I группе и у 25 больных (37,9%) во II группе при ХНДП в стадиях суб-декомпенсации выявлен симптом рвоты жёлчью или съеденной пищи при наклоне туловища вперёд или при работе с наклонённым вперёд и вниз корпусом.

Постоянная, сильной интенсивности боль выявлялась при пенетрации язвы ДПК или желудка, синдроме Шмидена, ХИБОП III ФК. Подобная симптоматика сопровождала пептическую язву ДПК в I группе – 25,9% и пептическую язву желудка во II группе – 12,5%.

Тридцать шесть больных (19,3%) в I клинической группе и 27 больных (29,0%) во II клинической группе поступили и были прооперированы в ургентном порядке.

Наиболее частым осложнением в I группе было острое желудочно-кишечное кровотечение (ОЖКК), на 2 месте – острый холецистит, на 3 месте – механическая желтуха и панкреатит. Перфорация как осложнение у данной категории больных занимала последнее место.

Во II группе на первом месте из осложнений стали кровотечение и перфорация, на 2 месте – острый холецистит и механическая желтуха, на 3 месте – острый панкреатит (рис.1).



**Рис.1. Распределение больных по видам осложнений**

Другими грозными осложнениями в исследуемых группах больных были: пилоро-дуоденостеноз, пенетрация язвы и гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

<p>В I клинической группе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• пилоростеноз различной степени выявлен у 10 больных (5,3%);</li> <li>• дуоденостеноз-4 больных (2,1%);</li> <li>• пенетрация пептической язвы ДПК-19 больных (10,2%);</li> <li>• пенетрация пептической язвы желудка- 6 больных (3,2%);</li> <li>• гигантская язва желудка- 11 больных</li> </ul>	<p>Во II клинической группе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• пилоростеноз – 3 больных (3,2%);</li> <li>• дуоденостеноз- 8 больных (8,6%);</li> <li>• пенетрация пептической язвы ДПК – 11 больных (11,8%);</li> <li>• пенетрация пептической язвы желудка – 5 больных (5,4%);</li> <li>• гигантская язва желудка – 4 больных (4,3%);</li> </ul>
---	--

(5,9%); • гигантская язва ДПК - 9 больных (4,8%).	• гигантская язва ДПК – 6 больных (6,5%).
--	---

Скрытое течение язвенной болезни в I клинической группе выявили у 92 больных (49,2%). Манифестация заболевания в виде ОЖКК в этой группе наблюдалась у 7 больных (7,6%), перфорация – у 3 больных (3,3%), а у 82 больных (89,1%), пептическая язва была выявлена у плановых больных при обследовании или во время ургентной операции, предпринятой по поводу острого холецистита, механической желтухи, панкреатита. Скрытое течение холелитиаза во II клинической группе обнаружили у 82 больных (88,2%).

Синдромокомплекс, описанный Шмиденом, диагностирован в I группе у 11,2% больных, во II группе – у 20,4% больных, а в общем количестве больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни – у 14,3% больных.

При рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены две формы хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП): механическая (приобретённая) и функциональная (соматогенная).

Рентгенологическое исследование (стандартное; зондовое, релаксационное с двойным контрастированием) провели у 151 больного (80,7%) в I группе больных и у 62 больных (66,7%) во II группе, таким образом, из 280 больных в изучаемых группах, 213 (76,1%) были обследованы рентгенологическим методом. Точно установить локализацию и размеры язв удалось у 173 больных, что составляет 81,2%. У 40 больных, а это в основном больные с язвой ДПК (34 больных – 16,0%) и пилорической язвой (6 больных – 2,8%) при синдроме Шмидена, обнаружить язву не удалось. 67 больным (23,9%) рентгенологическое исследование не проводилось, т.к. они поступили в хирургический стационар с клиникой острого холецистита, кровотечения, перфорации пептической язвы и прооперированы по неотложным показаниям.

Механическая форма ХНДП была выявлена у 10 больных (6,6%) в I группе больных и у 7 больных (11,3%) во II группе. В общем количестве исследуемых больных, механическая форма ХНДП диагностирована у 17 больных, что составляет 8,0%. Она была вызвана сдавлением ВБА нижней горизонтальной части ДПК в результате натяжения брыжейки тонкого кишечника или пряди большого сальника, которое образовалось при подпаянии данных органов к области ранее произведённых оперативных вмешательств. В исследуемых группах этими операциями являлись: экстирпация матки – 2 больных; надвлагалищная ампутация матки – 4 больных; тубэктомия при внематочной беременности – 3 больных; аппендэктомия при деструктивном аппендиците – 4 больных; грыжесечение – 2 больных; лапаротомия при травме и ранении кишечника – 2 больных.

У 184 больных (86,4%) рентгенологически выявлена функциональная форма ХНДП. В зависимости от изменения тонуса стенки ДПК, наличия и степени выраженности ДГР, жёлчной, интрапанкреатической гипертензий, времени эвакуации контрастной взвеси из ДПК выделены три стадии дуоденальной проходимости: стадия компенсации, стадия субкомпенсации и стадия декомпенсации.

**ХНДП в стадии компенсации** – I группа- 55 больных – 41,7%; II группа – 27 больных – 51,9%. Контрастная взвесь задерживалась в нижнем горизонтальном отделе ДПК на 40-60 сек., опорожняясь порционно, совершались антиперистальтические сокращения, приводящие к ДГР, но тонус кишки оставался нормальным. Ширина нижнего изгиба не превышала 35мм, ширина нисходящего отдела превышала ширину восходящего отдела не более чем на 5мм, а отношение ширины нижней изгиб/восходящая часть – не более 1,5.

**ХНДП в стадии субкомпенсации** – I группа – 48 больной – 36,4%; II группа – 20 больных – 38,5%. Стойкая гипотония проксимальных отделов кишки, контрастная взвесь задерживалась в нижнем горизонтальном отделе ДПК на 1-1,5 мин., антиперистальтические сокращения, расширение промежутков между поперечными складками ДПК, недостаточность пилорического сфинктера, ДГР, синдром Шмидена. Ширина нижнего изгиба 35-45мм, ширина нисходящего отдела превышала ширину восходящего отдела на 10-15мм, а отношение ширины нижней изгиб/восходящая часть – 1,5-2,0. Жёлчная гипертензия I-II, возможна переходящая интрапанкреатическая гипертензия и псевдостеноз БДС.

**ХНДП в стадии декомпенсации** – I группа – 29 больных – 21,9%; II группа – 5 больных – 9,6%. Стойкая атония проксимальных отделов ДПК с провисанием нижнего изгиба. Контрастная взвесь задерживалась на срок более 1,5 мин., антиперистальтические сокращения вялые, зияние пилорического сфинктера, синдром Шмидена, ДГР. Ширина нижнего изгиба более 45-50мм, ширина нисходящего отдела превышала ширину восходящего на 20-25мм, а отношение ширины нижней изгиб/восходящая часть – более 2,0. Жёлчная гипертензия II – III и, как правило, стойкая интрапанкреатическая гипертензия и псевдостеноз БДС.

У 9 больных (6,0%) в I группе и у 3 больных (4,8%) во II группе ХНДП не выявлено.

При механической форме ХНДП в I клинической группе стадия компенсации выявлена у 6 больных (4,0%), стадия субкомпенсации – у 4 больных (2,6%); во II клинической группе – 4 больных (6,5%) и 3 больных (4,8%) соответственно. Стадии декомпенсации в обеих группах не выявлено (табл. 5).

Таблица 5

### **Показатели размеров ширины отделов ДПК**

Отделы ДПК	Анатом. размеры	Рентген. размеры	ХНДП в стадии компенс. (n=88)	ХНДП в стадии субкомпенс. (n=74)	ХНДП в стадии декомпенс. (n=39)
Луковица ДПК	30,8±2,5	27,0±1,8	27,5±1,5	28,8±1,2	42,2±1,0
Уровень БДС	27,4±1,8	24,8±1,5	26,3±1,3	27,5±1,0	46,4±0,6
Нисходящая часть	32,7±1,3	30,2±1,2	31,0±1,2	36,5±0,8	48,2±0,5
Нижний изгиб	34,1±1,6	31,1±1,1	33,8±1,0	39,6±0,6	53,1±0,3
Нижняя горизонтальная часть	30,7±2,0	25,2±1,6	30,4±0,8	35,1±0,4	51,6±0,2
Восходящая часть	29,8±1,2	27,6±1,8	26,8±0,6	26,2±0,5	26,0±0,3
Дуоденоеюнальный изгиб	28,1±1,0	25,5±1,5	26,2±0,8	26,0±0,4	26,1±0,2
Тощая кишка	31,0±1,3	28,0±2,0	27,2±1,6	27,1±1,0	27,0±0,8
Нижний изгиб /восходящая часть	1,1±0,5	1,1±0,3	1,28±0,2	1,52±0,4	2,03±0,2

Исследование внутриполостного давления при различных состояниях дуоденальной проходимости установило:

- при ХНДП в стадии компенсации наблюдается повышение давления в антральном отделе желудка ( $102\pm 4,5$  мм водн. ст.) с постепенным снижением давления в препилорическом отделе ( $96\pm 2,5$  мм водн. ст.) и луковице ( $80\pm 4,0$  мм водн. ст.) ДПК, а затем заметное повышение внутриполостного давления в нисходящем ( $160\pm 5,0$  мм водн. ст.) и горизонтальном ( $145\pm 7,5$  мм водн. ст.) отделах ДПК;
- при ХНДП в стадиях субкомпенсации и декомпенсации отмечается падение внутриполостного давления вследствие гипотонии, атонии стенок кишки, недостаточности пилорического сфинктера, в нисходящем ( $90\pm 1,5$  мм водн. ст.) и нижнем горизонтальном ( $85\pm 2,0$  мм водн. ст.) отделах ДПК с постепенным повышением давления в просвете желудка ( $155\pm 6,5$  мм водн. ст.). В тоже время, давление в восходящем отделе ДПК изменяется незначительно (100-120 мм водн. ст.) и, что важно, падает градиент давления до 10 мм водн. ст. в нижнем горизонтальном отделе и восходящей части ДПК, а в стадии суб – и декомпенсации эта разница достигает отрицательных величин (-10-20 мм водн. ст.).

При ультразвуковом исследовании аорты и висцеральных артерий брюшного отдела аорты 177 больным в I группе и 89 больным во II группе атеросклеротическое поражение сосудов брюшной полости выявили у 67,8% в I группе и у 78,7% больных во II группе. Это позволило выделить клинические формы хронической ишемической болезни органов пищеварения при сочетании холелитиаза и язвенной болезни.

Чревная форма ХИБОП в I группе исследований составляла 26%, а во II группе – 46,1%, причём если в I группе на первом месте был гепатохолецисталгический вариант (10,7%), а на втором месте – гастралгический вариант (8,5%), то во II группе больных, наоборот, на первом месте – гастралгический вариант (19,1%), а гепатохолецисталгический вариант – на втором месте (14,6%).

Кишечная форма в I группе составила 8,5%; во II группе – 7,9%.

Тотальная форма соответственно – 11,9% и 10%.

Комбинированная форма – 21,5% и 15,7%.

Патологии сосудов не выявлено – 32,2% и 21,4%.

Более чёткое различие прослеживалось в обеих группах при наличии холелитиаза, но с разной локализацией пептических язв.

Энтероколитический и колитический варианты в кишечной форме поражения сосудов наиболее часто встречались в I группе больных с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке – 4,5% и 2,25%.

Тотальная форма преобладала в I клинической группе с локализацией язвы в желудке – 6,8%; в двенадцатиперстной кишке – 5,1%.

Комбинированная форма в I клинической группе при ЯБ желудка составила 14,7%, при ЯБ двенадцатиперстной кишки – 6,8%.

Таким образом, при исследовании висцеральных сосудов брюшного отдела аорты установлено, что чревная форма ХИБОП превалирует над другими формами в обеих клинических группах у исследуемых больных, причём для I группы характерен гепатохолецисталгический вариант, а для II группы – гастралгический вариант.

Больные с холелитиазом и язвой желудка составляли подавляющее число больных в обеих группах независимо от пола, у которых при всех формах ХИБОП была наибольшая частота поражения сосудов брюшной полости, за исключением кишечной формы, где первое место занимали больные холелитиазом в сочетании с ЯБ двенадцатиперстной кишки.

Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки было произведено 269 больным (96,1%), в I клинической группе 184 больным (98,4%); во II клинической группе 85 больным (91,4%).

При эндоскопическом исследовании дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) без учёта степени выраженности (классификация В.П. Петрова и соавт., 1988) обнаружен у 58,4% больных с сочетанной патологией. В I группе – 62 %, во II группе – 50,6%.

При ХНДП в стадии компенсации в I группе у 34,5%, а во II группе у 48,1% больных ДГР не диагностируется.

При ЭФГДС наиболее частым изменением слизистой оболочки антрального отдела желудка является гиперемия слизистой (I группа – 65,8%; II группа – 78,8%) и отёчность слизистой – 38,0% и 36,5% соответственно по группам.

При ДГР антральный отдел поражается в 100% случаев независимо от варианта клинического течения изучаемой патологии.

По морфологическому признаку наибольшее количество больных имело атрофический гастрит (I группа – 44,0%, II группа – 31,8%); поверхностный гастрит (22,3% и 20,0% соответственно) и атрофически-гиперпластический гастрит (16,3% и 23,5% соответственно).

Сопоставляя характер изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка и активность кислотообразования, выявили уменьшение кислотной продукции желудка, в связи с атрофией или гипофункцией обкладочных клеток, что ведёт к гипоацидному состоянию, более выраженному в I клинической группе больных.

При ХНДП в стадии декомпенсации при аналогичных исследованиях показатели рН в антральном отделе снижаются до 4-х и менее, а в луковице ДПК менее 5,0, что говорит о снижении нейтрализующей функции антрального отдела желудка и закислении луковицы ДПК. Всё это разрушает защитные возможности слизистой оболочки желудка, повышая активность агрессивных факторов.

При эндоскопическом исследовании у всех больных в изучаемых группах отмечали вовлечение слизистой оболочки желудка в воспалительный процесс. Выявленные изменения слизистой были более выражены в антральном отделе у больных в I клинической группе, где II-III степень составляет 82,1%, а IV степень – 9,2%, во II клинической группе – 71,8% и 7,1% соответственно.

В теле желудка в I клинической группе II-III степень воспалительных изменений составляла 34,2%, во II клинической группе – 89,4%; а IV ст. – 3,8% и 10,6%.

Следовательно, во II клинической группе степень изменения слизистой тела желудка более значительна.

Для оценки состояния слизистой оболочки желудка было проведено гистологическое исследование биоптатов из тела и антрального отдела. Активность воспалительных процессов разной степени выраженности в антральном отделе желудка составляла в I группе 92,4%, а во II группе – 85,9%, в теле желудка - 73,9% и 92,9% соответственно.

При анализе частоты и характера атрофических изменений слизистой оболочки антрального отдела желудка в I группе у 43,5% больных отмечали умеренную и слабую атрофию слизистой, при 56,0% отсутствие атрофии. Во II группе умеренная и слабая атрофия была у 31,8% пациентов, и у 68,2% отмечали её отсутствие. В теле желудка в I группе атрофические изменения были слабо выражены у 17,9%

больных и у 82,1% отсутствовали. Во II группе больных в теле желудка атрофия отсутствовала у 72,9%.

Степень колонизации НР в I клинической группе в антральном отделе составляла 54,9%, в теле – 45,1%; во II группе – 87,1% и 100% в теле, причём высокая степень наблюдалась в 17,6% случаев.

Отсутствие НР при язвенном варианте в антральном отделе объясняется элиминацией микроорганизмов из антрума в тело желудка в результате ранее неэффективной антибактериальной терапии.

У больных в I клинической группе (холелитиаз и язвенная болезнь) происходило существенное повышение уровня свободных сиаловых кислот в 2,1-2,3 раза; олигосвязанных сиаловых кислот – в 2,5-2,7 раза; гликозаминогликанов в 1,4-1,5 раза и гексозаминов - в 1,6-1,7 раза; снижение белковосвязанных сиаловых кислот в 1,10-1,2 раза и увеличение уровня (концентрации) белков гликопротеинов в 1,60-1,65 раза.

Во II клинической группе (язвенная болезнь и холелитиаз) подобные изменения были выражены менее значительно.

Всё это свидетельствует об активности катаболических процессов в слизистой и уменьшении устойчивости гликопротеинов к действию протеолитических ферментов.

Исследования выявили, что наиболее агрессивными факторами, влияющими на слизиобразующую функцию желудка у больных, при сочетании холелитиаза и язвенной болезни являются:

- ассоциированный с НР антральный гастрит;
- ХНДП и ДГР, когда рефлюктант разрушает защитные механизмы слизистой оболочки желудка;
- ХИБОП, когда на фоне атеросклеротического поражения аорты и её висцеральных ветвей происходит нарушение микроциркуляции в гастродуоденальной зоне с развитием участков гипоксии и связанные с этим трофические нарушения слизистой с изменением качественного состава слизи.

Иммунологические исследования были проведены у 94 больных (I группа больных – 51; II группа – 43 больных) при сочетании холелитиаза и ЯБ. Группа контроля составила 48 больных с пептическими язвами размерами от 0,5 до 1,0 см и ЖКБ 2 стадии. В результате проведенных клинических наблюдений и иммунологических исследований установлено, что в обеих группах больных в большинстве случаев отмечалась однотипность иммунных изменений, что характеризуют показатели клеточного иммунитета. Они заключаются в развитии Т- лимфопении, дисбалансе субпопуляционного состава Т-лимфоцитов с преобладанием снижения количества циркулирующих Т- хелперов/индукторов (CD 4+), уменьшением показателей



РБТЛ и иммунорегуляторного индекса CD4 / CD8. Установлено, что выраженность Т- лимфопении в большей степени зависит от тяжести клинического течения заболеваний и максимально обозначена при тяжёлых и осложнённых формах СХЯБ.

Иммунологический анализ у больных с ЖКБ, обычными пептическими язвами и СХЯБ позволил установить, что у обследованных больных имел место относительный супрессивный вариант вторичной иммунной недостаточности. Это особенно относится к больным с СХЯБ. Показательно, что при выявлении осложнённых форм холелитиаза и язвенной болезни относительный, супрессивный вариант вторичного иммунодефицита, как правило, сочетается с низким уровнем В-лимфоцитов, т.е. у данных пациентов имела место чётко выраженная В-лимфопения с повышением ЦИК за счёт увеличения концентрации наиболее патогенных средне- и низкомолекулярных иммунных комплексов и существенное снижение всех основных фагоцитарных показателей. При этом у всех больных с СХЯБ выявлялась полисенсбилизация ко всем изучаемым аутоантигенам и максимально в отношении с АСДПК.

ФРИС контрольной группы	T <sub>1</sub> - Tх <sub>1</sub> - IgG <sub>1+</sub>
ФРИС больных с СХЯБ	T <sub>1</sub> - Tх <sub>2</sub> - В <sub>1</sub> .
ФРИС больных с осл. СХЯБ	T <sub>2</sub> - Tх <sub>2</sub> - В <sub>2</sub> .

Проведённые исследования позволили диагностировать у больных с СХЯБ общие синдромокомплексы: нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК, проявляющееся ХНДП с преходящей или постоянной гипертензией во внепечёночных жёлчных протоках и протоке поджелудочной железы, ложный стеноз БДС, наличие синдрома Шмидена, ДГР, а также аутоиммунный гастрит с поражением железистого аппарата и, как следствие, нарушение слизиобразующей функции желудка.

Всем больным с СХЯБ, независимо от варианта клинического течения заболевания, до операции была применена антихеликобактерная терапия: омепразол 20 мг два раза в сутки плюс кларитромицин 500 мг два раза в сутки и амоксициллин 1000 мг два раза в сутки в течение 7 дней при локализации пептической язвы в ДПК, и в течение 10 дней при локализации пептической язвы в желудке.

При ХНДП до операции и после операции был применён метод инфузионной интрадуоденальной терапии (ИИДТ) лечебно-столовой водой «Корсаковская» (Орловская область) с минерализацией не более 4,9 г/дм<sup>3</sup> и рН 8,0–9,0.

Для коррекции ХНДП в горизонтальную часть ДПК или в начальный отдел тощей кишки по зонду вводилось 150 мл минеральной воды три раза в день в течение 4-5 дней (Удостовер. на рац. предл. №7 от 30.06.1995).

У больных с ХНДП в стадии компенсации в 100% случаях нормализовалась моторно-эвакуаторная функция ДПК, исчезли проявления рефлюкс-гастрита. Эффект от проведённой ИИДТ в этой группе сохранялся на протяжении 6 месяцев. У

остальных больных с ХНДП в стадиях суб- и декомпенсации до операции улучшилась моторно-эвакуаторная функция ДПК, уменьшились проявления рефлюкс-гастрита, снизилась жёлчная и интрапанкреатическая гипертензия. После операции данный метод позволил восстановить моторную деятельность желудочно-кишечного тракта на 4 день, получить самостоятельный стул на 4-5 день и ликвидировать жёлчную и интрапанкреатическую гипертензии на 9-10 день.

С целью лечения иммуносупрессии у 17 больных (I группа – 10 больных; II группа – 7 больных) при urgentных операциях и у 20 больных (I - группа 10 больных; II группа – 10 больных), прооперированных в плановом порядке, был применён ронколейкин (ИЛ-2), полученный в лаборатории биохимической генетики Санкт-Петербургского Госуниверситета. Ронколейкин вводился внутривенно, инфузионно 500000 МЕ во время операции (в urgentных случаях) или на 1 сутки (при плановых операциях) и на 4 сутки после операции. Оценка эффективности применённого метода проводилась на основании изучения изменений в течении заболевания и основных показателей иммунитета. Исследования проведены в сравнительном аспекте в соответствии с аналогичными показателями у больных контрольной группы. В контрольную группу вошли больные с СХЯБ в количестве 20 (по 10 больных из каждой исследуемой группы). Базовая терапия в контрольной группе полностью соответствовала терапии больным, которым вводился ронколейкин.

Комплексные иммунологические исследования были проведены в послеоперационном периоде на 11-12 день, через 1-1,5 месяца и 3-3,5 месяца после операции. После проведённого лечения с применением ронколейкина у всех больных, в отличие от контрольной группы, изменились абсолютные значения основных показателей иммунитета в сторону нормализации: 2 относились к Т-звену (Т-клетки CD3, Т-хелперы/индукторы CD4), фагоцитарным звеньям иммунитета (ФИ, ФЧ), 3 - к В-звену (В-клетки CD19, IgA, IgM), ЦИК, в то время как в контрольной группе дефицит этих показателей к 12 дню после операции усугубился по сравнению с исходными показателями.

Исследования, проведённые через 1-1,5 месяца после операции, показали, что больные, которым вводился иммуномодулятор ронколейкин, имели показатели иммунограммы, близкие к норме в 82,3% случаях и в 17,7% соответствовали исходным данным.

В контрольной группе у 80% больных к этому периоду времени показатели иммунограммы соответствовали исходным показателям, а у 20% не достигали даже уровня дооперационных.

Изучение иммунологических показателей через 3-3,5 месяца у всех больных, получивших ронколейкин, выявили нормоиммунограмму, а у контрольной группы больных нормальные иммунологические показатели были установлены только у 8 больных (40%). Иммуномодулятор ронколейкин в иммунокорректирующей терапии

воздействует на основные базовые мишени иммунограммы, которыми являются: Т-клетки CD3, Т-хелперы/индукторы CD4, ФИ, ФЧ, В-клетки CD19, IgA, IgM и ЦИК.

Таким образом, включение ронколейкина в комплексную терапию больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни приводит к устранению нарушений клеточного, гуморального звеньев иммунитета и фагоцитоза в более ранние сроки, тем самым, сокращая срок реабилитационного периода на 1-1,5 месяца.

Алгоритм консервативного и хирургического лечения с применением корригирующих операций в связи с идентичностью диагностированных патологических, функциональных нарушений при СХЯБ, независимо от варианта клинического течения заболевания, состоит в едином подходе к лечению данной патологии.

Хирургическая тактика при сочетании холелитиаза и язвенной болезни зависит от наличия основного, конкурирующего, сопутствующего заболеваний и возраста больных. Хирургическое пособие рассматривается в аспекте преобладания органосохраняющих операций над органудаляющими, а последние – как вынужденные методы хирургического лечения. К органосохраняющим операциям на желудке и ДПК отнесены следующие оперативные пособия: антрумэктомия, антрумэктомия с сохранением пилорического сфинктера, иссечение язвы желудка, циркулярная резекция луковицы ДПК (Удостовер. на рац. предл. №2999 от 9.12.1996, №119, №120 от 27.06.1998).

Абсолютным показанием к резекционным методам операций на желудке и двенадцатиперстной кишке является сочетание холелитиаза с II типом желудочной язвы по Джонсону (Удостовер. на рац. предл. №118). Подобное сочетание диагностировано в I клинической группе у 16,0% больных, во II группе – у 11,8% больных.

При всех операциях (плановых и ургентных) выполняется холецистэктомия (ликвидация основной патологии, конкурирующей или сопутствующей).

Объём операции на желудке или двенадцатиперстной кишке по поводу пептической язвы, после произведённой холецистэктомии, решается с учётом следующих данных: локализация, размер и глубина язвенного кратера. При локализации язвенного субстрата в ДПК определяется близость его к БДС.

Конструкция операции определяется формой и стадией ХНДП, наличием или отсутствием внутрипротоковой гипертензии во внепечёночных, жёлчных протоках и поджелудочной железе.

Успешное консервативное противоязвенное лечение с ИИДТ и иммунокоррекцией у плановых больных в I группе позволило ограничиться только ХЭ у 29,8% больных, а у ургентных больных – у 44,4%.

Проведённая противоязвенная терапия у плановых больных во II группе привела к ограничению объёма операции до ХЭ у 16,7% больных, а у ургентных больных – у 7,4%.

Таким образом, у 26,4% больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни ограничили только одним оперативным пособием – ХЭ. Частота малоинвазивных операций (лапароскопическая, из минидоступа) при выполнении холецистэктомии в I группе у плановых больных составила – 24,5%, а во II группе – 33,3%. В I группе больных при плановых и urgentных операциях органосохраняющие операции на желудке и ДПК были выполнены 126 больным (67,4%); классические резекционные методики в этой группе не применялись. Во II группе больных органосохраняющие операции на желудке и ДПК произведены 68 больным (73,1%), резекционные методы – 12 больным (12,9%). При urgentных операциях высокотехнологические методики оперирования на желудке и двенадцатиперстной кишке не использовались. 73,6% больным были выполнены основные и сопутствующие операции, из них 57,3% произведена хирургическая коррекция. Из общего числа корригирующих операций одна была произведена 61,9% больным, две корригирующие операции – 27,1% больным и три корригирующие операции – 11,0% больным.

При ХНДП в стадиях субкомпенсации в обеих клинических группах, с наличием проходящей или постоянной жёлчной и интрапанкреатической гипертензий, с расширенным нижним изгибом ДПК проводится основная корригирующая операция путём создания концевое поперечное дуоденоюноанастомоза (ДЕА) с поперечным терминологическим энтероэнтероанастомозом по типу дуоденодубликации (Патент №95115942 ВНИИГПЭ от 12.09.1995).

Дуоденоюноанастомоз начинает функционировать с раннего послеоперационного периода, что значительно улучшает моторно-эвакуаторную функцию ДПК: восстанавливает тонус её нисходящей части, снижает ДГР, уменьшает жёлчную гипертензию и исключает демпинг-синдром.

При ХНДП в стадиях декомпенсации с недостаточностью пилорического сфинктера и синдромом Шмидена ДЕА в обязательном порядке дополняется арефлюксной пилоропластикой (Удостовер. на рац. предл. №2995 от 09.12.1996) и дренированием внепечёночных, жёлчных протоков через культю пузырного протока или разработанными способами дренирования холедоха в зависимости от стадии жёлчной гипертензии (Удостовер. на рац. предл. №2908, 2990, 2997, 2998 от 09.12.1996). В I группе больных данная методика оперирования была применена у 14 больных (16,3%) ЯБ желудка; во II группе арефлюксная пилоропластика не была показана, так как увеличивался объём резецируемых органов и, как правило, удалялся привратник.

Дуоденоэнтеропластический анастомоз, по типу редуоденизации, был выполнен в I группе 4 больным (2,65%) с ЯБ двенадцатиперстной кишки (Патент №95115946 ВНИИГПЭ от 20.09.1995).

При холелитиазе с гигантской околососочковой язвой ДПК имплантация большого дуоденального сосочка в угол культи ДПК была произведена 9 больным (3,2%) (два больных из I группы и 7 больных из II группы). В 4 случаях (1,43%) (один больной из I группы и три больных из II группы) имел место функционирующий санториниевый проток, открывающийся в язвенном кратере. В таких случаях был применён способ имплантации БДС с панкреатодуоденостомией (Патент №2145191, 2145192 ФИПС. Роспатент от 10.02.2000).

Чктырем больным (2,65%) в I группе и трем больным (4,5%) во II группе, нуждающимся в коррекции ХНДП, с нарушением состояния питания была произведена операция, которая заключалась в удалении жёлчного пузыря, иссечении пептической язвы желудка или ДПК с наложением арефлюксной энтеростомы и ДЕА. Через энтеростому осуществляли зондовое, трансэнтеральное питание больных (Удостовер. на рац. предл. №2994 от 9.12.1996).

Дуоденоюноанастомоз, арефлюксная пилоропластика как корригирующие операции применялись только у плановых больных и в I группе составили – 51,7%, а во II – 42,4%. Ургентным больным проводилась только коррекция жёлчной гипертензии. ДЕА при неотложных и срочных операциях не показан, а операция переносится в случае неэффективной, консервативной терапии на второй этап в плановом порядке.

Послеоперационные осложнения в обеих клинических группах были выявлены у 16 (5,7%) больных: желчеистечение из ложа пузыря – у двух больных; кровотечение из ложа пузыря – у одного; кровотечение из пузырной артерии – у одного больного; желчеистечение из пузырного протока – у одного; желчеистечение из холедоха в месте стояния дренажа – у 4 больных; выпадение дренажа из холедоха – у 2 больных; панкреатический свищ – у трех больных; острая сердечная недостаточность – у одного; тромбоэмболия легочной артерии – у одного больного. Последние два осложнения закончились летальным исходом, послеоперационная летальность составила 0,7%.

Средние сроки лечения больных составили:

- плановые – ХЭ -  $17\pm 2$  дня; ХЭ плюс иссечение язвы  $20\pm 2$  дня; ХЭ плюс резекция желудка плюс корригирующая операция -  $22\pm 2$  дня;

- ургентные – ХЭ -  $10\pm 1$  день; ХЭ плюс иссечение язвы  $11\pm 1$  день; ХЭ плюс резекция желудка плюс корригирующая операция -  $15\pm 2$  дня;

После выписки из стационара все больные продолжили лечение в поликлинических или санаторных условиях, продолжая курс поддерживающей антихеликобактериальной терапии до 21-24 дня с момента операции.

Через 4 недели после прекращения приёма ИПП 249 больным (88,9%); I группа – 179 больных (95,7%) и II группа – 70 больных (75,3%) была произведена

диагностика эрадикации путём определения НР двумя тестами (дыхательным и гистологическим методом).

Полная эрадикация НР, проведённой антихеликобактериальной терапией в I группе больных, достигнута у 52,3% больных, а во II группе – у 71,2%.

Временная нетрудоспособность у больных с СХЯБ, перенесших оперативное вмешательство, составила: ХЭ -  $33\pm 2$  дня; ХЭ плюс иссечение язвы  $45\pm 1$  день; ХЭ плюс резекция желудка плюс корригирующая операция -  $98\pm 2$  дня.

Отдалённые результаты оперативного лечения прослежены у больных в сроки до 5 лет – у 265 больных (95,3%); до 10 лет – у 191 больного (72,1%); до 15 лет – у 153 больных (70,5%); до 20 лет – у 116 больных (81,1%).

Демпинг-синдром на первом году наблюдения диагностирован после плановых операций в I группе – у 5 больных (3,3%), во II группе – у 2 больных (3,0%).

В I группе больных после плановых операций выявлены три (2,0%) пептические язвы желудка и две (1,32%) пептические язвы ДПК. Во II группе больных после плановых операций – одна пептическая язва желудка (1,5%) и одна пептическая язва ДПК (1,5%). В течение первого года наблюдений повторно были прооперированы 4 больных с пептическими язвами желудка (три больных в I группе, один больной во II группе), а пептические язвы ДПК были успешно пролечены путем комплексной противоязвенной терапии.

ХНДП было диагностировано в I группе у 10 больных (5,34%), а во II группе у 4 больных (14,8%). Были прооперированы 6 больных: 4 больных – I группа; 2 больных – II группа в связи с неэффективностью консервативной терапии.

«Забытый» холедохолитиаз у трех больных (1,1%) был устранён после РПХГ эндоскопической папиллотомией с холедохолитоэкстракцией.

Отдалённые результаты оперативного лечения больных с СХЯБ, у которых не было осложнений, оценивались по классификации Visick в модификации Ю.М. Панцырева и В.И. Сидоренко (1987) как отличные, хорошие, удовлетворительные.

Обследование выявило одинаковые патологические синдромокомплексы в обеих клинических группах у больных с СХЯБ, поэтому полученные результаты рассмотрены в едином контексте.

До 5 лет отличные и хорошие результаты получены у 169 больных (77,2%); удовлетворительные – 50 больных (22,8%).

До 10 лет отличные и хорошие результаты – 93 больных (68,9%); удовлетворительные – 42 больных (31,1%).

До 15 лет отличные и хорошие результаты – 62 больных (51,7%); удовлетворительные результаты – 58 больных (48,3%).

До 20 лет отличные и хорошие результаты – 48 больных (64,0%); удовлетворительные результаты – 27 больных (36,0%).

Полученные результаты лечения больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни в обеих клинических группах позволили установить, что целенаправленное выявление ведущих патологических синдромокомплексов при желчнокаменной и язвенной болезни является приоритетным как в оперативном, так и в консервативном лечении данной патологии. На основании диагностики этих синдромов индивидуально для каждого больного определяется комплексная, консервативная терапия, объём и последовательность оперативного пособия, его конструкция, показания к корригирующим операциям. Всё это в совокупности позволяет достичь оптимальных результатов хирургического лечения больных с СХЯБ и значительно уменьшить частоту постхолецистэктомического и постгастрорезекционного синдромов и обеспечить высокое качество жизни пациентов.

### **ВЫВОДЫ**

1. Сочетание холелитиаза и язвенной болезни у больных встречается в 9,5% случаев. По наличию основной патологии – желчнокаменная болезнь или язвенная болезнь, выделены две клинические группы больных: I группа – желчнокаменный вариант клинического течения заболевания – 9,16%, в которой у 33,16% больных выявили два конкурирующих основных заболевания, II группа – язвенный вариант клинического течения заболевания – 10,2%.
2. Разработанными высокоинформативными методами диагностики установлено, что сочетание холелитиаза и язвенной болезни у больных сопровождается в 86,4% случаях функциональной формой и в 8,0% - механической формой хронического нарушения дуоденальной проходимости; в 54,2% случаях постоянной или преходящей гипертензией во внепечёночных протоках и протоке поджелудочной железы, в 100% - псевдостенозом большого дуоденального сосочка, в 14,3% - недостаточностью пилорического сфинктера и синдромом Шмидена, в 67,8% - атеросклеротическом поражении висцеральных сосудов брюшного отдела аорты.
3. У больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни контаминация с *Helicobacter pylori* в I клинической группе выявлена у 54,9% больных, во II группе – у 87,1% больных. Воспалительный процесс слизистой в I группе был более выражен в антральном отделе желудка, II – III степень воспалительных изменений составила 82,1%, IV степень – 9,2%, а у больных во II клинической группе воспалительные изменения более выражены в теле желудка, II – III степень воспалительных изменений составила 89,4%, IV степень – 10,6%.

4. У больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни диагностировался аутоиммунный гастрит с поражением железистого аппарата и, как следствие, нарушение слизеобразующей функции желудка, Т-лимфопения, дисбаланс субпопуляционного состава Т-клеток, дисиммуноглобулинемия, повышение уровня ЦИК, снижение показателей ФАМ и активация аутоиммунных реакций.
5. При исследовании панкреатодуоденального комплекса установлено, что в 30,1% случаях углообразная форма двенадцатиперстной кишки, кольцевидная, S-образная формы поджелудочной железы часто сопровождаются редкими вариантами расположения большого дуоденального сосочка и редкими анатомическими вариантами отхождения висцеральных артерий от брюшного отдела аорты. При гистологическом исследовании большого дуоденального сосочка установлено, что при сочетании холелитиаза и язвенной болезни выявляется у 44,4% больных аденоматозная и атрофически-склеротическая форма хронического папиллита, а у 33,3% - острый папиллит. В 44,4% случаев в большом дуоденальном сосочке обнаруживали эктопию ткани поджелудочной железы.
6. Разработанное консервативное противоязвенное лечение с инфузионной интрадуоденальной терапией у больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни в предоперационном и послеоперационном периодах позволило корректировать функциональные нарушения в гастродуоденальной зоне и уменьшить объём оперативного пособия до холецистэктомии у 26,4% больных, увеличить количество органосохраняющих операций на желудке и двенадцатиперстной кишке до 69,3%. Применение в комплексной терапии иммуномодулятора ронколейкина (ИЛ-2) сократило сроки реабилитации больных на 1–1,5 месяца.
7. Больные с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни в 57,3% случаях нуждаются в проведении корректирующих операций с целью устранения хронического нарушения дуоденальной проходимости, жёлчной гипертензии, дуоденогастрального рефлюкса. Основной операцией с целью коррекции диагностированных синдромокомплексов является создание поперечного дуоденоюноанастомоза с поперечным терминолатеральным энтероэнтероанастомозом по типу дуоденодубликации. В I группе дуоденоюноанастомоз был применён у 51,7% больных, во II группе – у 42,4% больных.
8. Оперативное лечение больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни при проведении urgentных или плановых операций начинается с



устранения основной, а затем сопутствующей патологий. После этого решается вопрос о дополнительных корригирующих операциях. Своевременная и правильно проведённая терапия у 26,4% больных позволила ограничиться одним оперативным вмешательством – холецистэктомией; 9,6% этих операций выполнили лапароскопически, а 11,4% - из минилапаротомического доступа; 57,3% больным, кроме основных и сопутствующих операций, производили хирургическую коррекцию (27,1% - двойная коррекция, 11,0% - тройная коррекция). 73,6% больных оперировали из одного лапаротомного доступа.

9. Устранение основной и сочетанной патологии, коррекция патологических синдромокомплексов, осложняющих клиническое течение заболевания, позволили в большинстве случаев получить отличные и хорошие результаты (77,2% - до 5 лет; 68,9% - до 10 лет; 51,7% - до 15 лет; 64,0% - до 20 лет наблюдений), значительно снизить частоту постхолецистэктомического и постгастрорезекционного синдромов и существенно улучшить качество жизни пациентов.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Принцип клинической диагностики сочетания холелитиаза и язвенной болезни, несмотря на пестроту клинических синдромов, строится на основе выявления симптомов, не соответствующих классической клинической картине желчнокаменной и язвенной болезни как самостоятельных заболеваний.
2. Обследование больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни, кроме общеклинических исследований, должно включать: УЗИ брюшной полости; рентгенографию желудка и двенадцатиперстной кишки; эзофагофиброгастродуоденоскопию; сонографию висцеральных сосудов брюшной полости; исследование кислотообразующей функции желудка и двенадцатиперстной кишки; исследование гастрических изменений с количественной оценкой выраженности воспаления слизистой оболочки, его активности и хеликобактерной обсеменённости; анализ биохимического состава желудочной слизи и по показаниям гастродуоденометрию и гистологическое исследование биоптатов слизистой из двенадцатиперстной кишки, антрального отдела и тела желудка.
3. Комплексное иммунологическое исследование необходимо включать в диагностический алгоритм у больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни с целью контроля качества операции и своевременной коррекции нарушений гомеостаза в периоперационных периодах.
4. У больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни необходимо проводить комплексное обследование и корригировать консервативным или

хирургическим путём весь комплекс патологических синдромов присущих сочетанной патологии.

5. Все больные с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни подлежат консервативному лечению и оперативному лечению – холецистэктомии, будь это основная или сопутствующая операция. Операции на желудке или на двенадцатиперстной кишке и хирургическая коррекция функциональных нарушений должны быть индивидуализированы у каждого конкретного больного.
6. У больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни и хроническим нарушением дуоденальной проходимости хирургическое лечение необходимо дополнять инфузионной, интрадуоденальной терапией по разработанному в клинике способу.
7. Абсолютным показанием к холецистэктомии и резекционным методам оперирования на желудке и двенадцатиперстной кишке является сочетание холелитиаза с II типом желудочной язвы по Джонсону.
8. Относительными показаниями к резекционным методикам оперирования на желудке и двенадцатиперстной кишке являются гигантские, пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; хронические язвы малой кривизны желудка более 3 см в диаметре на фоне атрофического и атрофически-гиперпластического гастрита с гастралгическим вариантом хронической ишемической болезни органов пищеварения III ФК.
9. Показаниями к корригирующим операциям являются: хроническое нарушение дуоденальной проходимости в стадиях суб-декомпенсации с жёлчной гипертензией II–III ст., интрапанкреатической гипертензией; недостаточность пилорического сфинктера, синдром Шмидена и рефлюкс–гастрит. При неликвидированном хроническом нарушении дуоденальной проходимости проведение трансдуоденальной папиллосфинктеротомии противопоказано. Данная коррекция возможна лишь при угрожающих жизни осложнениях.
10. При околосоочковой локализации пептической язвы двенадцатиперстной кишки у больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни радикальность операции достигается гастродуоденальной резекцией и имплантацией большого дуоденального сосочка и протоков поджелудочной железы в угол культи двенадцатиперстной кишки по разработанному способу.
11. Холецистэктомия с иссечением пептической язвы желудка или двенадцатиперстной кишки корригируется наложением поперечного дуоденоюноанастомоза с поперечным терминолатеральным энтероэнтероанастомозом (дуоденодубликация), арефлюксной

пилоропластикой, дренированием внепечёночных, жёлчных протоков разработанными способами дренирования в зависимости от стадии жёлчной гипертензии. В исключительных случаях у тяжёлых и истощённых больных применяется арефлюксная энтеростомия с поперечным дуоденоюноанастомозом с целью энтерального питания. У плановых больных необходимо отдавать предпочтение одномоментным, радикальным операциям.

12. При urgentных операциях у больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезни корригирующие операции на желудке и двенадцатиперстной кишки производятся по строгим показаниям, коррекции подлежит только жёлчная гипертензия. В случаях неэффективности консервативной терапии коррекция хронического нарушения дуоденальной проходимости переносится на второй этап и выполняется в плановом порядке.

#### **Список работ по теме диссертационной работы**

1. Шор Н.А. Арефлюксная энтеростомия, как конкурирующая операция энтеростомии по Майдлю. / Н.А Шор, А.К. Графов, И.Е. Курочка // Военно-мед. журнал. – 1984. - №6. – С.60.
2. Шор Н.А. Дуоденоюноанастомоз и арефлюксная пилоропластика – метод лечения дуоденогастрального рефлюкса у больных с дуоденостазом. / Н.А Шор, А.К. Графов, И.Е. Курочка // Хирургия. – 1989. - №1. – С.31-33.
3. Графов А.К. Острый деструктивный аппендицит у больного после операции ПСВ по поводу хронической язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. / А.К. Графов, Б.Б. Кириченко // Хирургия. – 1992. -№2. – С.22.
4. Шор Н.А. Дуоденоюноанастомоз при хроническом нарушении дуоденальной проходимости у больных с желчнокаменной болезнью / Н.А Шор, А.К. Графов, И.Е. Курочка // Клиническая хирургия. – 1992. -№4. – С.17.
5. Ольшанецкий А.А. Нарушение гастродуоденальной моторики после ваготомии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. / А.А. Ольшанецкий, Б.Б. Кириченко, А.К. Графов // Хирургия. – 1994. - №11. – С.6-7.
6. Графов А.К. Хеликобактерная инфекция у больных с желчнокаменной болезнью. / А.К. Графов // Русский медицинский журнал. - Базель, Швейцария, 1995, - Т.1, №4. – С.53
7. Графов А.К. Случай изолированного холедохолитиаза с околососочковой пептической язвой двенадцатиперстной кишки. /А.К. Графов // Клиническая хирургия. - 1995. - №7. – С17.
8. Графов А.К. Хронический калькулёзный холецистит в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. /А.К. Графов // Русский медицинский журнал. Базель, Швейцария, 1996, - Т.4, №2. – С.116
9. Графов А.К. Хирургическое лечение гигантских язв двенадцатиперстной кишки./А.К. Графов, И.Е. Курочка // Клиническая хирургия. - 1996. - №8. - С 8-10
10. Графов А.К. Оперативное и консервативное лечение гигантских язв желудка. / А.К. Графов // Русский медицинский журнал. – 1997, - Т.5, №5. – С.276
11. Графов А.К. Особенности хирургического лечения «гигантских» язв двенадцатиперстной кишки /А.К. Графов, И.Е. Курочка// Российский медицинский журнал, - 1998. - Т.1, №4. - С.94 -96.
12. Графов А.К. Хирургическое лечение холелитиаза в сочетании с язвенной болезнью желудка. / А.К. Графов // Русский медицинский журнал. Базель, Швейцария, 1998, - Т.6, №19. – С.1287

13. Графов А.К. Из практического опыта лечения сочетания холелитиаза и язвенной болезни желудка./А.К. Графов //Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости: Тез. докл. научн.-практич. конф., посвящ. 15-летию кафедры хирургических болезней. – Харьков, 1998. – С.104.
14. Графов А.К. Особенности хирургического лечения холелитиаза в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки /А.К. Графов, И.Е. Курочка// Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости: Тез. докл. научн.–практич. конф., посвящ. 15–летию кафедры хирургических болезней. – Харьков, 1998. – С.104 –105
15. Графов А.К. Имплантация большого дуоденального сосочка в угол культи двенадцатиперстной кишки – хирургическое лечение околососочковой локализации пептической язвы /А.К. Графов, И.Е. Курочка // Хирургия. – 1998. - №12. – С.14.
16. Графов А.К. Способы профилактики несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки при гигантских язвах. /А.К. Графов //Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости. Тез. докл. научн.-практич. конф., посвящ. 15-летию кафедры хирургических болезней ФУВ. - Луганск. 1998 - С.104
17. Графов А.К. Некоторые показатели гуморального иммунитета у больных с дуоденальными язвами/А.К.Графов, И.Е.Курочка//Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. Зб. наук. праць. – Київ; Харків; Луганськ, 1998. - Вип.4(18). – С.104-110.
18. Графов А.К. Состояние гуморального иммунитета у больных с дуоденальными язвами при наличии или подозрении на сахарный диабет / А.К. Графов, И.Е. Курочка // Проблемы екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. Зб. наукових праць. – Київ; Харків; Луганськ, 1998. - Вип.5(19). – С.177-184.
19. Графов А.К. Хирургическое лечение сочетания холелитиаза с II типом желудочной язвы по Джонсону / А.К. Графов, И.Е. Курочка // Российский медицинский журнал, - 1999. - Т.5, №4. – С.80 -83.
20. Графов А.К. Аутоиммунные показатели у больных с язвенной болезнью и их значимость в комплексном хирургическом лечении /А.К. Графов, И.Е. Курочка // Проблемы екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. Зб. наукових праць. – Київ; Луганськ; Харків, 1999. - Вип.1(21). – С.155-163.
21. Графов А.К. Субпопуляционный состав и функциональная активность лимфоцитов при гигантских и обычных дуоденальных язвах: сравнительный анализ / А.К. Графов, И.Е. Курочка // Проблемы екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. Зб. наукових праць. – Київ; Луганськ; Харків, 1999. - Вип.4(24). – С.180-187.
22. Графов А.К. Интрадуоденальная инфузионная терапия минеральной водой «Новоайдарская» при хроническом нарушении дуоденальной проходимости / А.К. Графов // Проблемы екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. Зб. наукових праць. Луганськ, 1999. - Вип .5(25). – С.170-171.
23. Шор Н.А. Некоторые показатели гуморального звена иммунитета у больных с «гигантскими» язвами двенадцатиперстной кишки. / Н.А Шор, А.К. Графов, И.Е. Курочка, Д.Е. Клокол // Проблемы екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. Зб. наукових праць. Київ ., Луганськ, 1999. - Вип .6(26).-С.156-164.
24. Графов А.К. Способы хирургического лечения постбульбарных околососочковых язв двенадцатиперстной кишки. / А.К. Графов // Материалы межобластной конф. «Актуальнее вопросы научно-практической медицины». Орёл, 1999. - С514.
25. Графов А.К. Осложнения и непосредственные результаты оперативного лечения больных с сочетанием холелитиаза и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / А.К. Графов // Российский медицинский журнал. – 1999.-Т.5, №4. - С.80-83.
26. Графов А.К. Клиника и диагностика гигантских язв двенадцатиперстной кишки / А.К. Графов // Российский медицинский журнал. – 2000.-Т.3, №1. – С.94-96.
27. Графов А.К. Результаты хирургического лечения гигантских язв двенадцатиперстной кишки. /А.К. Графов//Материалы второй Российской научно-практ. конф. "Актуальные проблемы экологии, экспериментальной и клинической медицины" Орёл, 2001. - С 181.

28. Графов А.К. Хирургическая тактика при сочетании холелитиаза с околососочковой пептической язвой двенадцатиперстной кишки / А.К. Графов, В.Ф. Мурадян // Материалы II Всероссийской конф. общих хирургов. – Ростов-на-Дону, 2003. – С.11-12.
29. Затолокин В.Д. Варианты клинического течения сочетания холелитиаза и язвенной болезни / В.Д. Затолокин, А.К. Графов, В.Ф. Мурадян // Материалы I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю / Київ, 18 квітня 2003. – С.82-83.
30. Затолокин В.Д. Об эктопии поджелудочной железы в большой дуоденальной сосочек двенадцатиперстной кишки / В.Д. Затолокин, А.К. Графов, А.В. Тверской // Материалы II Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю / Алушта, 24-25 вересня 2004. – С.148-150.

#### **ИЗОБРЕТЕНИЯ**

31. Графов А.К. Способ коррекции хронического нарушения дуоденальной проходимости методом создания поперечного дуоденоюноанастомоза с поперечным терминоплатеральным энтероэнтероанастомозом: Патент № 95115942 на изобретение, выдан 12.09.1995 Всероссийским научно-исследовательским институтом Государственной патентной экспертизы (ВНИИГПЭ).
32. Графов А.К. Способ редуоденизации тощей кишкой при хирургическом лечении околососочковых язв двенадцатиперстной кишки: Патент № 95115946 на изобретение, выдан 20.09.1995 ВНИИГПЭ.
33. Графов А.К., Курочка И.Е. Способ хирургического лечения околососочковых язв двенадцатиперстной кишки: Патент № 2145191 на изобретение, выдан 10.02.2000 Российским агентством по патентам и товарным знакам.
34. Графов А.К., Курочка И.Е. Способ хирургического лечения околососочковых язв двенадцатиперстной кишки: Патент № 2145192 на изобретение, выдан 10.02.2000 Российским агентством по патентам и товарным знакам.

#### **РАЦПРЕДЛОЖЕНИЯ**

1. Графов А.К., Курочка И.Е. Способ операции при кровоточащей гигантской язве двенадцатиперстной кишки: Удостовер. на рац. предл. № 5 от 30.06.1995 (решение Совета БРИЗ управления здравоохранения Луганского облисполкома).
2. Графов А.К. Способ определения размеров язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью биопсийных щипцов фиброгастроудоденоскопа: Удостовер. на рац. предл. №6 от 30.06.1995 (решение Совета БРИЗ управления здравоохранения Луганского облисполкома).
3. Графов А.К. Способ инфузионной интрадуоденальной терапии с целью восстановления гастродуоденальной моторики: Удостовер. на рац. предл. №7 от 30.06.1995 (решение Совета БРИЗ управления здравоохранения Луганского облисполкома).
4. Графов А.К., Курочка И.Е. Модифицированный способ двойного дренажа холедоха по А.В. Вишневному: Удостовер. на рац. предл. №2908 от 9.02.1996 (решение Совета БРИЗ Луганского государственного медицинского университета (ЛГМУ)).
5. Графов А.К., Курочка И.Е. Способ микрохоледохогепатикостомии: Удостовер. на рац. предл. №2990 от 9.02.1996. (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
6. Графов А.К., Курочка И.Е. Способ ушивания двенадцатиперстной кишки при околососочковой язве (I Вариант): Удостовер. на рац. предл. №2991 от 9.12.1996 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
7. Графов А.К., Курочка И.Е. Способ ушивания двенадцатиперстной кишки при околососочковой язве» (II Вариант): Удостовер. на рац. предл. №2992 от 9.12.1996 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
8. Графов А.К. Способ коррекции хронического нарушения дуоденальной проходимости методом создания поперечного дуоденоюноанастомоза с поперечным терминоплатеральным энтероэнтероанастомозом: Удостовер. на рац. предл. №2993 от 9.12.1996 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
9. Графов А.К. Способ арефлюксной энтеростомии с поперечным дуоденоюноанастомозом и поперечным терминоплатеральным энтероэнтероанастомозом и заглушкой по А.А.

- Шалимову у больных с хроническим нарушением дуоденальной проходимости в стадии декомпенсации: Удостовер. на рац. предл. №2994 от 9.12.1996 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
10. Графов А.К. Способ арефлюксной пиролопластики при недостаточности пилорического сфинктера и синдроме Шмидена: Удостовер. на рац. предл. №2995 от 9.12.1996г. (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
  11. Графов А.К. Модифицированный способ двойного, транспечёчного, транспапиллярного дренажа Прадери-Смита: Удостовер. на рац. предл. №2997 от 9.12.1996 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
  12. Графов А.К. Способ комбинированного двойного дренажа А.В. Вишневого-Прадери-Смита: Удостовер. на рац. предл. №2998 от 9.02.1996 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
  13. Графов А.К. Способ операции при холелитиазе в сочетании с I типом желудочной язвы по Джонсону: Удостовер. на рац. предл. №2999 от 9.02.1996 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
  14. Графов А.К. Способ операции при холелитиазе в сочетании с III типом желудочной язвы по Джонсону: Удостовер. на рац. предл. №117 от 27.06.1998 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
  15. Графов А.К., Способ операции при холелитиазе в сочетании со II типом желудочной язвы по Джонсону: Удостовер. на рац. предл. №118 от 27.06.1998 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
  16. Графов А.К. Способ циркулярной резекции луковицы двенадцатиперстной кишки с прямым дуоденодуоденоанастомозом при пептической язве ДПК: Удостовер. на рац. предл. №119 от 27.06.1998 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).
  17. Графов А.К., Способ редуоденизации с дуоденоюноанастомозом по Ру при «трудной культе» двенадцатиперстной кишки: Удостовер. на рац. предл. № 120 от 27.06.1998 (решение Совета БРИЗ ЛГМУ).

**Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:**

**[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)**