

**КУНИЦКИЙ ЮРИЙ ЛЕОНИДОВИЧ**

**КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ  
С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ  
ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

14.01.17 - хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Донецк – 2021

Работа выполнена в «Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г. Донецк.

**Научный консультант:**

**Совпель Олег Владимирович** доктор медицинских наук, доцент, заведующий отделением онкохирургии №6 Республиканского онкологического центра им. профессора Г.В.Бондаря

**Официальные оппоненты:**

**Башеев Владимир Харитонович**, доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача по оказанию хирургической помощи Филиала ФГБУ ФНКЦ ФМБА России в Крыму

**Ольшанецкий Александр Александрович**  
доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии, травматологии и ортопедии Государственного учреждения Луганской Народной Республики «Луганский медицинский университет имени святителя Луки», ЗДНТ Украины

**Белоненко Геннадий Анатольевич** доктор медицинских наук, заведующий отделением хирургии Республиканского диагностического центра Минздрава ДНР

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский медицинский университет министерства здравоохранения Российской Федерации»

Защита состоится «17» сентября 2021 г.. в 11.00 на заседании диссертационного совета Д 01.012.04 при Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького» по адресу: 283045, г.Донецк, Ленинский пр-т, 47, зал заседаний. Тел.факс:+38(062)387-50-27. С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО по адресу: 283003, г.Донецк, пр. Ильича,16.

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного совета Д 01.012.04, доцент, д.мед.н.

О.С.Антонюк

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы** исследования По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сочетанные заболевания органов пищеварения устанавливаются у каждого третьего больного, госпитализируемого в хирургические стационары (Семенов В.В, Курыгин А.А., 2017; Ничитайло М.Е. и соавт., 2013). Анализ периодической литературы, посвященной вопросам хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), свидетельствует об увеличении числа сообщений, посвященных этой проблеме (Егоров В.И. и соавт., 2017; Велигоцкий Н.Н. и соавт., 2001). Особого внимания заслуживает сочетание желчнокаменной, язвенной болезней (ЖКБ, ЯБ), панкреатитов и их осложнений, при котором тесное топографоанатомическое и функциональное взаимоотношения приводят к взаимообусловленному, этиопатогенетическому поражению связанных между собой органов (Графов А.К., 2006). В последние годы отмечено увеличение частоты заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы (ГПДС) (Егоров В.И. и соавт., 2017; Паламарчук В.И., 2005; Велигоцкий Н.Н. и соавт., 2001). Частота сочетания только язвенной болезни при хроническом калькулезном холецистите варьирует от 28 до 69% (Гербали О.Ю. и соавт., 2013; Колосович И.В., 2000; Hart S. et al., 2010). Однако, симультанные операции при сочетанной патологии, как ни парадоксально, выполняются в 1-5% случаев, достигая в отдельных хирургических клиниках 6% от всех выполняемых хирургических вмешательств (Семенов В.В, Курыгин А.А., 2017; Ничитайло М.Е. и соавт., 2004). Острые хирургические заболевания органов брюшной полости также сочетаются и выбор оптимальной хирургической тактики остается предметом дискуссии (Гринчук Ф.В., 2010). При хирургическом лечении сочетанных заболеваний органов брюшной полости многие авторы являются сторонниками симультанных операций (Сердюков М.А. и соавт., 2017; Семенов В.В., Курыгин А.А., 2017, Гербали О.Ю. и соавт., 2013). Обосновано экономическое преимущество выполнения симультанных вмешательств (Семенов В.В, Курыгин А.А., 2017), возможность избавить больного от нескольких заболеваний во время одного оперативного вмешательства. Однако есть и противоположное мнение. Длительные и тяжелые симультанные операции сопряжены со значительными техническими трудностями (Короткий В.М., 2004; Маховский В.З. и соавт., 2002), сопровождаются высокой частотой гнойно-септических осложнений (8,7%), высокой послеоперационной летальностью (4,3%).

Степень разработанности **темы** Патогенетический подход к хирургическому лечению больных с желчнокаменной, сочетанной с язвенной болезнью позволяет дифференцированно подходить к выполнению симультанных операций у 60,8% больных с минимальной частотой послеоперационных осложнений (Короткий В.М. и соавт., 2004). Что же касается хирургической тактики у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС в целом (сочетание желчнокаменной, язвенной болезней, вторичного панкреатита), имеются единичные сообщения (Мансуров У.Х. и

соавт., 2017). Не смотря на значительные достижения в использовании миниинвазивных технологий (Антонюк О.С. и соавт., 2019; Можаровский В.В. и соавт., 2017), этапных операций у больных с высоким операционным риском (Дурлештер В.М. и соавт., 2017) количество послеоперационных осложнений у больных с обструктивными заболеваниями органов ГПДС (6,6-21,6%) и послеоперационная летальность (5,7%-10,8%) остаются на высоком уровне (Володченко О.Н. и соавт., 2017; Бартош А.М. и соавт., 2010; Кондратенко П.Г. и соавт., 2010).

Наряду с увеличением сроков жизни, увеличилось количество пациентов с тяжелой соматической патологией, больных пожилого и старческого возраста (Дурлештер В.М. и соавт., 2017; Мансуров У.Х. и соавт., 2017). Выполнение симультанных операций у больных данной категории сопряжено с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском. Таким образом, вопросы о хирургическом лечении больных с сочетанием желчнокаменной, язвенной болезней и вторичного панкреатита, их осложнений, включая диагностику, лечебную и хирургическую тактику на сегодняшний день остаются недостаточно изученными, что определяет актуальность данной проблемы.

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС путем снижения риска развития осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах, выполнения симультанных, миниинвазивных и этапных оперативных вмешательств.

**Задачи:**

1. На основании ретроспективного анализа результатов лечения больных при сочетании желчнокаменной, язвенной болезней и вторичного панкреатита изучить особенности клинического течения и влияние каждого из них на характер и частоту развития осложнений в органах ГПДС.

2. На основании выявленных факторов хирургического риска и индекса хирургического стресса разработать систему прогнозирования послеоперационных осложнений при хирургическом лечении больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы.

3. Обосновать возможность использования миниинвазивных хирургических вмешательств при желчнокаменной болезни в условиях спаечного процесса у больных, перенесших операции на основе ваготомии.

4. Использовать патогенетически обоснованные способы симультанных операций при ЖКБ, сочетанной с осложненными формами язвенной болезни, на основании наиболее значимых факторов агрессии при язвенной болезни у больных с высокой и критической степенями хирургического риска.

5. Обосновать использование этапных и симультанных операций у больных при сочетании осложненных форм желчнокаменной с язвенной болезнью и панкреатитом у больных с высокой степенью хирургического риска.

6. Разработать эффективные этапные вмешательства при сочетании острого деструктивного калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи и холангита с язвенной болезнью в стадии обострения у больных с критической степенью хирургического риска.

7. Обосновать целесообразность ликвидации ЖКБ, как «пускового механизма» с целью перевода хронического воспалительного процесса в ГПДС в стадию длительной и стойкой ремиссии.

8. Изучить непосредственные и отдаленные результаты усовершенствованных способов хирургических вмешательств при сочетанных заболеваниях органов ГПДС и дать рекомендации по их использованию в практической медицине.

**Научная новизна исследования.** Впервые разработано оптимальное лечебно-диагностическое направление, при котором желчнокаменная, язвенная болезнь и панкреатит рассмотрены не как отдельные нозологические единицы, а как результат поражения всех органов, составляющих ГПДС. Впервые разработан комплексный подход к диагностике, определению хирургической тактики, выбору объема и метода хирургического вмешательства, симультанных и этапных операций при сочетанных заболеваниях органов ГПДС. Впервые факторы агрессии при язвенной болезни в условиях сочетанных заболеваний органов ГПДС изучены на основе буферной емкости содержимого желудка (БЕСЖ) (Свидетельство на авторское право №64169, 2016г.). Наиболее значимыми факторами являются: увеличение БЕСЖ (ср.=0,01), что приводит к увеличению его рН, концентрации желчных кислот (в основном за счет содержания фолиевой кислоты ср.=0,056), снижению протекторной функции слизистой оболочки желудка за счет снижения концентрации муцинов. Впервые в прогнозировании развития послеоперационных осложнений учитывалось сочетание балльной системы и разработанного индекса хирургического стресса (ИХС) (Свидетельство на авторское право №89044, 2019г.). Предложены и внедрены эффективные способы органосохраняющих и этапных оперативных вмешательств при сочетании осложненных форм желчнокаменной, язвенной болезни и панкреатита с применением рациональных технологий. Впервые, учитывая принятую гипотезу о первичности ЖКБ при сочетанных заболеваниях органов ГПДС, использован комплексный подход для наиболее эффективной хирургической коррекции сочетанных заболеваний, с ликвидацией «пускового механизма» и перевода хронического воспалительного процесса в органах ГПДС в стадию длительной и стойкой ремиссии.

**Теоритическая и практическая значимость работы** 1. Исходя из фундаментальных данных эмбриогенеза печень, желчновыводящие протоки и поджелудочная железа являются производным той части первичной кишечной трубки, из которой в дальнейшем образуется двенадцатиперстная кишка (ДПК). С учетом «генетического родства» желчнокаменная, язвенная болезни и вторичный панкреатит рассмотрены не как отдельные нозологические единицы, а заболевания ГПДС в целом. При этом сочетание желчнокаменной, язвенной болезни и панкреатита являются закономерными (Свидетельство на авторское право №45435, 2012 г.). 2. В системе органов, объединенной ГПДС, патологический процесс протекает по четко определенному закону, где соблюдается принцип причинно-следственных взаимоотношений. За рабочую гипотезу принят тот факт, что «пусковым механизмом» в системе пораженных

органов является ЖКБ. Исходя из предложенной гипотезы, хирургическая санация желчновыводящей системы приводит к стабилизации клинического течения билиарного панкреатита (контрольная группа-51,4%, основная-14,0%), который способствует обострению язвенной болезни в 33,3% и развитию с ее стороны опасных для жизни осложнений (кровотечение, перфорация) в 26,3% случаев. Таким образом, разрывается «порочный круг» в органах ГПДС: ЖКБ - обострение вторичного билиарного панкреатита - обострение язвенной болезни с развитием осложнений с ее стороны.

3. Для перевода хронического воспалительного процесса в органах, объединенных ГПДС в стадию длительной и стойкой ремиссии рекомендуется использование способа лечения гастродуоденальных язв, сочетанных с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (Декларационный патент Украины на полезную модель (п.м.) № 8951 от 15.08.2005 г.).

4. При наличии противопоказаний к лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и исключения развития послеоперационных вентральных грыж в отдаленном послеоперационном периоде предпочтительно использование наименее травматичного доступа при выполнении традиционной холецистэктомии (ТХЭ) (Способ доступа при операциях на желчном пузыре и желчных протоках. Патент Украины на п.м. № 19735 от 15.12.2006 г.)

5. Подтверждена надежность герметизации культи пузырного протока при использовании аппарата биологической сварки тканей при выполнении холецистэктомии (Способ проверки надежности герметизации культи пузырного протока. Патент Украины на п. м. № 68565 от 26.03.2012 г.)

6. Для исключения интраоперационных осложнений, сокращения времени операции, ЛХЭ и ТХЭ желательно выполнять с использованием аппарата биологической сварки тканей. (Способ холецистэктомии. Патент Украины на п. м. № 19587 от 15.12.2006 г.).

7. При выполнении холецистэктомии в экстремальных ситуациях (выезды по линии санитарной авиации в труднодоступные районы боевых действий) надежное ушивания ложа желчного пузыря после его удаления при ТХЭ, с исключением желче-и кровоистечения предпочтительно с использованием разработанного способа (Способ ушивания ложа желчного пузыря после холецистэктомии. Патент Украины на п. м. № 19738 от 15.12.2006 г.)

8. Для эффективной коррекции нарушения эвакуации из желудка при выполнении симультанных операций по поводу осложненной стенозом сочетанной язвенной болезни предпочтительно использование разработанного способа пилоропластики (Способ пилоропластики при осложненных гастродуоденальных язвах. Патент на п. м. № 32943 от 10.06.2008 г.).

9. Для снижения вероятности обострения вторичного панкреатита при выполнении симультанных операций по поводу сочетанной язвенной болезни, осложненной стенозом следует отдать предпочтение разработанному способу гастродуоденостомии (Способ гастродуоденостомии при осложненной язвенной болезни, сочетанной с хроническим панкреатитом. Патент Украины на п. м. № 33434 от 25.06.2008 г.).

10. При опасности развития несостоятельности швов (выполнение антрумэктомии по Бильрот-I) в случаях пенетрирующих гастродуоденальных язв целесообразно использовать разработанный способ анастомозирования культи желудка с ДПК (Способ хирургического лечения пенетрирующих гастродуоденальных язв. Патент Украины № 65487 от 15.03.2007 г.).
11. При выполнении резекционных способов хирургического лечения осложненных форм гастродуоденальных язв с целью уменьшения вероятности обострения вторичного панкреатита предпочтительно использовать разработанный способ ушивания культи ДПК. (Патент Украины на п. м. № 27756 от 12.11.2007 г.).
12. При выполнении оперативного вмешательства по поводу панкреонекроза предпочтение следует отдавать введению стандартизированной для тяжелого панкреатита лекарственной смеси непосредственно к поджелудочной железе (Способ лечения деструктивного панкреатита. Патент Украины на п. м. № 19152 от 15.12.2006 г.).
13. При ЖКБ, холедохолитиазе, механической желтухе, холангите и сочетанной язвенной болезни в стадии обострения целесообразно использовать 3-х этапное лечение (Способ предупреждения послеоперационных осложнений при сочетании желчнокаменной и язвенной болезней. (Патент Украины на п. м. № 27754 от 12.11.2007 г.).
14. Для предотвращения рефлюкса дуоденального содержимого в желчные протоки, развития холангита и невозможности выполнить ретроградную эндоскопическую папиллосфинктеротомию (РЭПСТ) предпочтение следует отдать разработанному способу антирефлюксного холедоходуоденоанастомоза (ХДА) (Способ антирефлюксного холедоходуоденоанастомоза. Патент Украины на п. м. № 19585 от 15.12.2006 г.).
15. При выполнении ЛХЭ в случае сочетания ЖКБ и пупочной грыжи, как один из вариантов, может быть использован разработанный способ доступа (Способ лапароскопического доступа при сочетании желчнокаменной болезни и пупочной грыжи. Патент Украины на п. м. № 120817 от 27.11.2017 г.).
16. При выполнении холецистэктомии, операций на внепеченочных желчных протоках, в качестве симультанной операции по поводу сочетанной язвенной болезни ДПК целесообразно выполнять разработанный способ передней селективной проксимальной ваготомии (ПСПВ) (Способ передней селективной проксимальной ваготомии при сочетании желчнокаменной, язвенной болезней и вторичного панкреатита. Патент Украины № 119787 от 12.08.2019 г.).
17. Для создания надежной герметичности холедохостомы при выполнении ТХЭ предпочтительно использовать разработанный способ холедохостомии (Способ холедохостомии при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой, холангитом, сочетанных с вторичным билиарным панкреатитом. Патент Украины № 120621 от 10.01.2020 г.).
18. Для диагностики хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) целесообразно использовать разработанную методику (Рентгенологическая диагностика хронической дуоденальной непроходимости. Рац.предл. № 6467 от 21.04.2021г.-г.Донецк,2021г.).

19. Для эффективной коррекции ХДН целесообразно использовать разработанную методику (Хирургическая коррекция хронической дуоденальной непроходимости. Рац.предл. № 6467 от 24.04.2021г.-г.Донецк,2021г.).

**Объект исследования** Больные с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы.

**Предмет исследования** Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных желчнокаменной, сочетанной с язвенной болезнью и вторичным панкреатитом, факторы хирургического риска, ИХС, миниинвазивные, симультанные, этапные и усовершенствованные хирургические вмешательства.

**Методология и методы исследования:** аналитические, клинические, лабораторные, патогистологические, инструментальные, статистические.

**Положения, выносимые на защиту.**

1. При ретроспективном анализе у больных с ведущими клиническими синдромами язвенной болезни и ее осложнениями, ЖКБ и ее осложнениями, острого (обострения хронического) панкреатита, осложненная форма основного заболевания диагностирована у 85,1%, 61,6%, 42,9% больных соответственно.

2. Выявлены 23 прогностически значимых фактора хирургического риска, учет которых позволил определять прогноз в развитии опасных для жизни осложнений, а также усовершенствовать хирургическую тактику. Общая сумма баллов факторов хирургического риска составила 29,3. При сумме баллов от 0 до 5 степень хирургического риска считали низкой, от 6 до 10–высокой, выше 10– критической. На основании проведенных исследований введено понятие «Индекс Хирургического Стресса», который рассчитывали по формуле:  $ИХС = \frac{\Sigma}{n}$ , где ИХС–индекс хирургического стресса;  $\Sigma$ –общая сумма баллов факторов хирургического риска; N–количество признаков (факторов хирургического риска). Среднее статистическое значение ИХС составило 1,3. При значении ИХС ниже 1,3 риск развития специфических послеоперационных осложнений считали низким, выше 1,3–высоким.

3. Анализ динамики сочетанной язвенной болезни, как «индикатора» клинического течения сочетанных заболеваний органов ГПДС у 122 больных контрольной группы, находящихся на диспансерном учете, позволил выявить три основных типа течения сочетанной язвенной болезни: стабильный (n=77-63,1%), нестабильный (n=26-21,3%) и прогрессирующий (n=19-15,6%). Учитывались: частота обострений сочетанной язвенной болезни, уровень кислотности желудочного сока, характер и частота осложнений, операции, выполненные по абсолютным показаниям в анамнезе.

4. Для оценки возможности использования миниинвазивных операций проведен анализ интраоперационных изменений хирургической анатомии верхнего этажа брюшной полости после различных вмешательств. У больных с рецидивом язвенной болезни после селективной проксимальной ваготомии (СПВ) спаечный процесс (СП) в брюшной полости является адаптационным к частичной денервации и деваскуляризации желудка, носит выраженный рубцово-фиброзный характер с заращением и ликвидацией всех известных анатомических пространств. В связи с этим оперативные вмешательства по

поводу ЖКБ и ее осложнений после ранее перенесенной СПВ наиболее целесообразно выполнять традиционным способом, с ограничением использования лапароскопических методик.

5. Разработанные и внедренные в клиническую практику симультанные и этапные операции выполняли у больных с нестабильным и прогрессирующим типами течения сочетанной язвенной болезни. По показаниям выполняли органосохраняющие (ПСПВ, иссечение язвы, пилоропластика), резекционные (антрумэктомия) операции. Использовали лапароскопические, этапные оперативные пособия у больных с критической степенью хирургического риска. По показаниям проводили коррекцию хронической дуоденальной непроходимости (ХДН). Внедрение симультанных и этапных операций позволило статистически значимо ( $P < 0,05$ ) сократить количество осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах с 21,7% до 11,3% (средней силы корреляция  $R = +0,34$ ).

6. Перевод клинического течения сочетанной язвенной болезни ДПК в стадию длительной и стойкой ремиссии после холецистэктомии достигли в результате снижения кислотности желудочного сока и улучшения эвакуации из желудка. Холецистэктомия (ТХЭ, ЛХЭ) приводит к стабилизации клинического течения билиарного панкреатита, который способствует обострению язвенной болезни и развитию с ее стороны опасных для жизни осложнений. Такой подход позволяет «разорвать» патологический круг в системе органов ГПДС: ЖКБ - обострение вторичного билиарного панкреатита - обострение язвенной болезни.

7. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС в виде уменьшения общепринятых (с 5,0% до 2,0%) и специфических (с 19,1% до 8,9%) послеоперационных осложнений, отсутствия послеоперационной летальности достигнуто благодаря последовательному соблюдению разработанной диагностической программы и тактических алгоритмов у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС (слабая положительная корреляция  $R = +0,28$ ).

Степень достоверности и апробация результатов. Все клинические этапы исследований автором проведены лично. В опубликованных работах диссертанту принадлежит разработка концепции, сбор, обобщение клинического материала, формулировка выводов. Им самостоятельно проводился анализ полученных результатов, внедрение рекомендаций соответственно основным положениям и выводам диссертации. Автором выполнено 64,0% оперативных вмешательств в клиниках г.Донецка и все операции выполнены лично при выездах на консультации в города и районы Донецкой области по линии санитарной авиации (до 2014г.). Из 15 полученных патентов Украины основные идеи изобретений в 14 принадлежат автору. Инструментальные методы диагностики (ретроградная эндоскопическая холангиопанкреатография (РЭХПГ), компьютерная томография (КТ), морфологические, исследования проводились в Республиканском диагностическом центре МЗ ДНР (зав. отделением Колесникова Л.А., главный

врач д.мед.н., профессор Момот Н.В.). Морфологические исследования консультированы на кафедре патологической анатомии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО профессором, д.мед.н. Василенко И.В. Исследование БЕСЖ в целях определения состояния факторов агрессии и защиты гастродуоденальной зоны проводилось в Институте физико-органической химии и углехимии им. Л.М.Литвиненко (с.н.с. Хомутова Е.В.), и ЦНИЛе ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (Заведующий профессор, д.мед.н. Уманский В.Я.). Статистическая обработка материала исследования проведена при консультативном участии доцента, к.мед.н. Коктышева И.В.

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом и являлась фрагментом научно-исследовательских работ кафедры факультетской хирургии им. К.Т.Овнатяна и хирургических болезней стоматологического факультета «Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с сочетанными заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта» (Государственный регистрационный номер 0100U006366-2000-2003 гг.), общей хирургии №1 «Разработка рациональных методик формирования желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов» (Государственный регистрационный номер 0105U008718-2013-2015гг.). В данный момент является фрагментом межкафедральной темы: «Изучение девиации адаптационных механизмов в норме и при критических состояниях, разработка стратегии персонализированной медицины» (кафедра хирургии ФИПО, анестезиологии, реаниматологии и неонатологии) (Государственный регистрационный номер УН 20.01.01-2020-2023гг.).

Разработанные способы симультанных и этапных операций внедрены в клиническую практику хирургической клиники им. В.М.Богославского (на базе ИНВХ им. В.К.Гусака-главный врач Шматько Л.П.), клиники хирургии им. К.Т.Овнатяна (на базе ДОКТМО-главный врач профессор, д.мед.н. Момот Н.В.), хирургических клиник хирургии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (на базе ЦГКБ № 1 г. Донецка, главный врач Баун Е.Э., КРБ (Рудничная больница г.Макеевки, главный врач Рудниченко А.А.), а также при оказании лечебно-консультативной помощи по линии санитарной авиации в городских и районных больницах Донецкой области (1996-2014 гг.).

Учет основных положений диссертационной работы позволяет локализовать лечение данной категории больных в хирургических клиниках в полной мере оснащенных должной диагностической и лечебной аппаратурой, а в условиях районных больниц избежать опасных для жизни осложнений. Основные положения диссертации используются в процессе преподавания студентам, врачам-интернам, врачам на клинических кафедрах ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО.

Основные положения диссертации были опубликованы и получили положительную оценку в материалах XVI съезда хирургов Украинской ССР (Киев, 1988), научно-практической конференции изобретателей и рационализаторов «Изобретательство и рационализация на современном этапе развития здравоохранения» (Киев, 1988), научно-практической конференции «Хирургическое лечение рецидивирующих гастродуоденальных язв и их

осложнений» (Киев, 1995), XX съезда хирургов Украины (Тернополь, 2002), XXI съезда хирургов Украины (Запорожье, 2005), IV конгресса АГЕТ (Симферополь-Ялта, 2006), научно-практической конференции «Актуальні питання хірургічної гепатопакреатології» (Одесса, 2006), Второй Всеукраинской научно-практической конференции «Використання фізичних факторів у хірургії» (Черновцы, 2006), научно-практической конференции «Актуальні питання діагностики та лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини» (Харьков, 2007), должны на областном обществе хирургов Донецкой области (2008), в материалах XXII съезда хирургов Украины (Винница, 2010). международной научно-практической конференции «Малоинвазивные технологии в хирургии органов грудной и брюшной полости» (Донецк, 7-8 ноября 2013), XII съезда хирургов России (Ростов-на-Дону, 7-9 октября 2015), научно-практической конференции «Система медицинского обеспечения в локальных войнах» (Ростов-на-Дону, 14-15 апреля 2016), Национальном хирургическом конгрессе совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ (Москва, 4-7 апреля 2017), V съезда хирургов Юга России (Ростов-на-Дону, 18-19 мая, 2017), международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь», (Донецк, 15-16 ноября, 2017), XXIV Российской научно-практической конференции с международным участием «Медицина боли: от понимания к действию», (Ростов-на-Дону, 17-19 мая, 2018), II международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать...болезнь.» (Донецк, 14-15 ноября 2018), VI съезда хирургов Юга России, (Ростов-на-Дону, 4-5 октября, 2019).

Публикации: по теме диссертации опубликована 63 печатные работы, из них 43 в рецензируемых изданиях, получено 12 свидетельств на авторские права (Украина), 15 патентов на изобретения (Украина), изданы 2 информационных письма. Отдельные положения диссертации изложены в двух монографиях, четырех учебных пособиях.

**Объем и структура диссертации:** Работа изложена на 365 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 6 разделов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, списка сокращений. Работа иллюстрирована 38 таблицами, 88 рисунками, которые занимают 39 страниц. Список использованной литературы изложен на 51 странице и включает 369 источников, из которых 359 кириллицей, 110 латиницей.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материалы и методы исследования.** В работе представлены результаты комплексного обследования и хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС, которые находились на лечении в клиниках хирургических болезней кафедры хирургии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО на базе ЦГКБ №1 г. Донецка, КРБ Рудничная больница г.Макеевки в период с 2005 по 2020г. Разработка вопросов патологической топографии органов брюшной полости включала анализ результатов повторных и реконструктивных операций у 117 больных с рецидивом язвенной болезни

после СПВ, ушивания прободной язвы ДПК, резекции желудка. Работа основана на сравнении результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС, оперированных в период использования общепринятой (до 2005г.) и в период разработанной и усовершенствованной лечебной тактики. Контрольную группу составили 142 больных. Среди оперированных больных контрольной группы (n=68) с основным диагнозом ЖКБ и ее осложнения частота развития осложнений в ближайшем (n=14) и отдаленном (n=1) послеоперационных периодах со стороны недиагностированной сочетанной язвенной болезни составила 22,1% (**95% ДИ 24,5%-28,5%**). На основании анализа характера осложнений, которые развились в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах со стороны органов ГПДС выявлены факторы хирургического риска, а также ИХС. Учет последних позволил значительно снизить частоту развития опасных для жизни осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах, улучшить результаты хирургического лечения больных данной категории, а также разработать оригинальное этапное лечение у больных с критической степенью хирургического риска. Основную группу составили 214 больных, пролеченных по разработанной лечебно-диагностической программе.

С учетом больных ретроспективного анализа (n=238), основной (n=214) и контрольной (n=142) групп обследованием охвачено 594 пациента.

**Лабораторные методы исследования** всем больным проводили в Республиканском диагностическом центре МЗ ДНР, клинической лаборатории ЦГКБ №1 г. Донецка. Исследования крови выполняли на анализаторе Beckman Coulter AcT diff (США) с использованием реактивов Beckman Coulter. Уровень эритроцитов определяли кондуктометрическим методом (норма у женщин 3,5-5,1x10.12, у мужчин 3,9-5,5x10.12). Уровень гемоглобина определяли цианметгемоглобиновым методом (норма-120-160г/л.). Гематокрит рассчитывали по среднему количеству эритроцитов и количеством эритроцитов (норма у женщин 33,5-44,5%, у мужчин 38-49%). Средний объем эритроцитов (MCV) определяли при помощи электрического счетчика (норма-81-96 fl), среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) при помощи электрического счетчика (норма 27-34 nr), среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците при помощи электрического счетчика (норма 326-362 г/дл.), тромбоциты методом экстраполяции кривой (норма 160-450x10.9), лейкоциты подсчитывали при помощи электрического счетчика (норма 4-10x10.9), СОЭ определяли унифицированным методом Панченкова (норма у женщин 2-15 мм/час., у мужчин 2-10 мм/час.). Лейкоцитарную формулу подсчитывали с использованием бинокулярного микроскопа (норма: палочкоядерные нейтрофилы-1-5%, сегментоядерные нейтрофилы-30-70%, лимфоциты-22-48%, моноциты-2-8%, эозинофилы-1-5%, базофилы-0-1%). индекс лейкоцитарной интоксикации (ИЛИ) рассчитывали по методике Островского В.К.(1983).

**Биохимические исследования** проводили с использованием анализаторов KONE ULTRA и KONE lab 30(Финляндия), реактивов фирмы Diasys(Германия). Исследование ферментов проводили при температуре 37

гр.С. Уровень билирубина крови определяли по методике Эрлиха (норма для общего билирубина-до 17,1 мкмоль/л., прямого-до 3,4 мкмоль/л.). Общий белок крови определяли биуретовым методом (норма-67-87 г/л), альбумин по реакции с бромкрезолом пурпурным (норма-34-50%), сахар крови-глюкозооксидазным методом (норма-3,3-6,1 ммоль/л), мочевины крови-ферментным уреазным методом (норма-2,7-7,1 ммоль/л). Активность ферментов определяли кинетическим методом: а-амилазу с субстратом EPS-G7 (норма-220 Е/л), АЛТ и АСТ-соответственно к рекомендациям ИГСС (норма: для мужчин-до 40 Е/л, для женщин-до 35 Е/л). Электрофорез белка проводили на пленке из ацетата целлюлозы с последующей окраской Ponceau S (нормой считали следующее соотношение фракций: альбумин-46,9-61,4%, а1 глобулин-2,2-4,2%, а2 глобулин-7,9-10,9%, в-глобулин-10,2-18,3%, у-глобулин-17,6-25,4%, альбумино-глобулиновый коэффициент-0,9-1,6). Показатели свертывающей системы крови (коагулограмма) изучали на коагулометре «Amelung» (Германия), агрегометре «Биола» (Россия), тромбозагрографе «Hellige» (Германия), спектрофотометре Eppendorf (Финляндия) с использованием реактивов фирмы «Технология-стандарт» (Россия). Протромбиновое время определяли клоттинговым методом с тромбопластином с МИЧ не выше 1,2, результаты исследования определяли в единицах МНВ и протромбинового индекса (норма 80-110%). Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) определяли клоттинговым методом на коагулометре (норма-35-45). Тромбозагрограмму определяли на тромбозагрографе 1,29% с использованием раствора хлористого кальция (норма: время R-7,8 сек.; время до-4-5 сек., R+до-11-13 сек.). Агрегацию тромбоцитов проводили на агрегометре «Биола», в качестве индуктора использовали раствор АДФ (норма скорости агрегации тромбоцитов-15-17 мм/мин.). **Ультразвуковое исследование (УЗИ)** (УЗИ-мониторинг) выполнено у всех больных основной группы, включая исследование в режиме оказания неотложной хирургической помощи. Диагностическая достоверность метода составила 98,4%, чувствительность 91,0%. **Рентгеноскопия желудка** выполнена у больных с ХДН. Учитывалось время эвакуации бариевой взвеси от привратника до связки Трейтца: свыше 90(134±1,9)сек. **Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)** выполнена у всех больных основной группы, включая ФГДС в режиме оказания неотложной хирургической помощи. Достоверность метода составила 93,6%. Диагностика включала исследование больного в предоперационном периоде, во время операции (по показаниям), в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах, на этапах реабилитации больных. При развитии в послеоперационном периоде ОЖКК ФГДС, наряду с диагностической преследовала лечебную цель и являлась ведущим методом лечения при развитии подобного рода осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни. В послеоперационном периоде ФГДС использовали с диагностической (ФГДС-мониторинг) и лечебной целью в комплексе с противоязвенной терапией. рН-метрию выполняли с использованием индикатора кислотности желудка (ИКЖ-2). Уровень кислотности желудочного сока определяли по следующим параметрам: 7,0-7,5-анацидность; 3,6-6,9-выраженная

гипоацидность; 2,3-3,5—умеренная гипоацидность; 1,6-2,2—нормаацидность; 1,3-1,5—умеренная гиперацидность; 0,9-1,2—выраженная гиперацидность. рН-метрию выполняли в предоперационном периоде на этапах комплексной диагностики сочетанных заболеваний органов ГПДС, интраоперационно для оценки эффективности проведенной противоязвенной терапии в предоперационном периоде, в послеоперационном периоде для оценки эффективности произведенного хирургического вмешательства. РЭХПГ выполнялась в группе больных с механической желтухой. Диагностическая достоверность метода составила 99,4%, чувствительность 98,0%. Исследование БЕСЖ выполнено у всех больных основной группы.

**Статистическая обработка** полученных результатов. Переменные в исследуемых группах были проверены на соответствие закону нормального распределения (тест Шапиро-Уилка), а также проанализирована однородность дисперсии (тест Левена). Так как данные в группах имели нормальное распределение и равные генеральные дисперсии, то для анализа были выбраны параметрические описательные статистики: выборочное среднее, стандартное отклонение, 95% доверительные интервалы. Межгрупповые различия определялись с использованием однофакторного дисперсионного анализа (LSD–тест). При анализе частоты послеоперационных осложнений использовали параметрический коэффициент корреляции Пирсона.

Для интерпретации полученных клинических результатов рассчитывали шанс (Ш) развития события, отношение шансов (ОШ), достигнутый уровень значимости (р), при этом критическим уровнем значимости считали значение  $p < 0,05$ . Все расчеты проводили с использованием стандартного пакета Microsoft Office Excel (2003-2007) с макрос-дополнением XLSTAT-Pro и пакета прикладных статистических программ STATISTICA V 6.0 (StatSoft Inc., США).

#### **Результаты исследований и их обсуждение.**

Ретроспективный анализ учитывал анализ анамнестических данных больных, госпитализированных в плановом и неотложном порядке с учетом ведущего клинического синдрома при сочетании желчнокаменной, язвенной болезней и панкреатита. (Свидетельство на авторское право №71725, 2017 г.). При этом осложнения со стороны язвенной болезни в виде пенетрации язв в соседние органы и ткани, стеноза, кровотечения и их комбинации установлены в 85,1%, со стороны желчнокаменной болезни в виде острого деструктивного калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи, холангита в 61,6%, со стороны острого (обострения хронического) панкреатита в виде панкреонекроза, ферментативного перитонита в 42,9% случаев. Подтвержден факт существования феномена взаимного отягощения клинического течения язвенной, желчнокаменной болезнью и вторичного панкреатита при их сочетании (Свидетельство на авторское право № 64168, 2016г.).

Анализ причин послеоперационных осложнений у больных контрольной группы показал, что ошибки были допущены на этапах госпитализации, диагностики в предоперационном периоде, хирургической тактики, выполнения хирургических вмешательств. В этой связи нами разработан диагностический алгоритм, согласно которому с большой долей достоверности

( $p < 0,05$ ) можно исключить ошибки в диагностике сочетанных заболеваний органов ГПДС. Алгоритм включает обследование всех органов, составляющих ГПДС: печень, желчновыводящие протоки, желудок, ДПК, поджелудочную железу, наличие ХДН как в плановом, так и в ургентном порядке.

С целью выявления причин послеоперационных осложнений нами был использован многофакторный анализ, объектом исследования которого послужили пациенты контрольной группы ( $n=142$ ). Методом ранжирования из 212 параметрических данных для каждого объекта были исключены 164 параметра, влияние которых было достоверно крайне низким. При этом выделены 23 прогностически значимых фактора хирургического риска, учет которых позволил определять прогноз в развитии опасных для жизни осложнений, а также хирургическую тактику. Их количественная оценка выражена в баллах (таблица 1).

**Таблица 1**  
Балльная оценка факторов хирургического риска

№	Прогностическая ценность факторов хирургического риска	Оценка факторов в баллах
1.	Пол – женщины	0,2
2.	Возраст (пожилой)60-74 года	0,3
3.	(старческий)75 лет и более	0,5
4.	ОКХ 1-6 (2,5±3,4)сут.	0,6
5.	МЖ 9-17(14,2±3,9)сут.	1,2
6.	ДКХ	0,8
7.	Перитонит	1,0
8.	Холедохолитиаз	0,9
9.	МЖ(билирубин-72,3(53,8)-51(405)ср.184,8(153,5±3,7)	2,5
10.	Холангит	1,3
11.	умеренная гиперацидность	1,4
12.	выраженная гиперацидность	1,9
13.	АФЯП	2,0
14.	Неэффективность консервативного лечения	2,1
15.	Прогрессирующий тип течения ЯБ	2,2
16.	Кровотечение в анамнезе	0,9
17.	Перфорация (операция) в анамнезе	1,6
18.	Острый (обострение) вторичного БП	2,4
19.	Наличие НРГ	0,8
20.	Соп. патология: субкомпенсация	0,4
21.	декомпенсация	0,9
22.	ИЛИ 4,43±0,5 и выше	1,1
23.	ТХЭ	2,3
	<b>Общая сумма баллов</b>	<b>29,3</b>
	<b>ИХС</b>	<b>1,3</b>

Примечание: МЖ-механическая желтуха, ИЛИ-индекс лейкоцитарной интоксикации

Общая сумма баллов факторов хирургического риска составила 29,3. При сумме баллов 0-5(2,7±3,1) степень хирургического риска считали низкой (осложнения у больных контрольной группы развились в 4,8% случаев), 6-

10(8,0±3,3)–высокой (осложнения у больных контрольной группы развились в 16,7% случаев), выше 10(15,9±3,4)-критической (осложнения у больных контрольной группы развились в 57,0% случаев) (таблица 2). Больные с развившимися осложнениями в ближайшем послеоперационном периоде (кровотечение, перфорация язвы ДПК, деструктивный холецистит, панкреонекроз, перитонит) основной и контрольной групп имели сумму баллов, превышающую цифровое значение 10.

**Таблица 2**

Степень хирургического риска у больных основной группы

Степень хирургического риска	Всего больных		Сумма баллов
	абс.	%	
I ст. низкая	55	25,7	0,5-4,8(2,7±3,1)
II ст. высокая	74	34,6	6,0-10,1(8,0±3,3)
III ст. критическая	85	39,7	12,6-17,1(15,9±3,4)
ИТОГО	214	100,0	8,9±3,5

**I (низкая степень хирургического риска):** Всего 55(25,7%) больных. Средний возраст составил 57,6±3,1 лет. Группа представлена больными с хроническим (n=35), острым(n=20) калькулезным холециститом. Бессимптомное течение основного заболевания отмечено у 7(12,7%) больных. Сумма баллов хирургического риска составила 0,5-4,8 (2,7±3,1), ИХС=0,9±0,5.

**II (высокая степень хирургического риска):** Всего 74(34,6%) больных. Средний возраст составил 57,6±3,1 лет. Группа представлена больными с хроническим (n=18), острым калькулезным холециститом (n=37), обострением хронического панкреатита (n=19). Бессимптомное течение основного заболевания отмечено у 23(31,1%) больных. Сумма баллов хирургического риска составила 6,0-10,1 (8,0±3,3), ИХС=1,6±0,6.

**III (критическая степень хирургического риска):** Всего 85(39,7%) больных. Средний возраст составил 66,6±3,2 лет. В группе больных, которым выполнены этапные операции (ччмхст, ЛХЭ) средний возраст составил 78,6±3,2 лет. Группа представлена больными с хроническим (n=28), острым калькулезным холециститом (n=8), острым панкреатитом (n=23), механической желтухой (n=26). Бессимптомное течение основного заболевания отмечено у 24(28,2%) больных. Сумма баллов хирургического риска составила 12,6-17,1 (15,9±1,8), ИХС=1,7±0,7.

С учетом высокой частоты развития послеоперационных осложнений у больных контрольной группы (26,5%) введено понятие «Индекс Хирургического Стресса», который рассчитывали по формуле:  $ИХС = \frac{\Sigma}{N}$ , где ИХС-индекс хирургического стресса;  $\Sigma$ –общая сумма баллов факторов хирургического риска; N–количество признаков (факторов хирургического риска). Среднее статистическое значение ИХС составляет 1,3. Предложенное и учитываемое цифровое значение ИХС позволяет прогнозировать развитие опасных для жизни осложнений со стороны сочетанных заболеваний органов ГПДС. При значении ИХС ниже 1,3 риск развития специфических послеоперационных осложнений считали низким, выше 1,3-высоким.

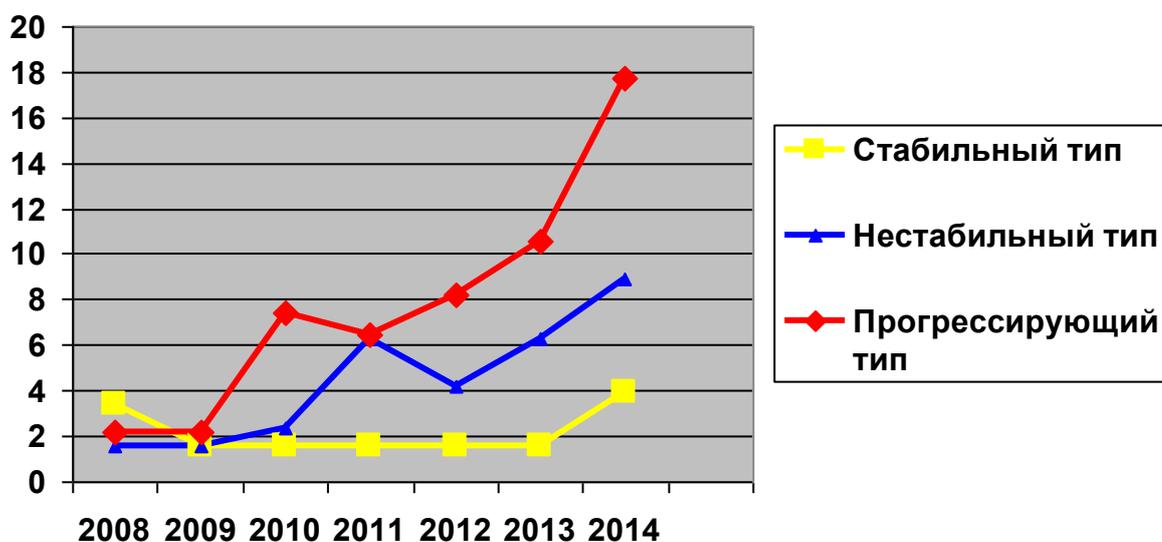
Суммарные данные взаимоотношения суммы баллов хирургического риска и ИХС у больных основной группы представлены в таблице 3. **Таблица 3**

Степень хирургического риска и индекс хирургического стресса у больных основной группы

Степень хирургического риска	Всего больных		Сумма баллов, ИХС	
	абс.	%	сумма баллов	ИХС
I низкая	55	25,7	2,7±3,1	0,9±0,5
II высокая	74	34,6	8,0±3,3	1,6±0,6
III критическая	85	39,7	15,9±3,4	1,7±0,7
ИТОГО	214	100	8,9±3,5	1,4±0,6

Таким образом, отмечается взаимосвязь между количественным значением степени хирургического риска (от минимального (2,7±0,8) до максимального (15,9±1,8) и таковыми значениями ИХС: от минимального (0,9±0,5) до максимального (1,7±0,7).

Сочетанная язвенная болезнь для оценки ее роли в клиническом течении сочетанных заболеваний органов ГПДС избрана в качестве своеобразного «индикатора». Данный факт объясняется тем, что подавляющее большинство послеоперационных осложнений со стороны органов ГПДС у больных контрольной группы приходится на сочетанную язвенную болезнь (из 45 больных-41-28,9%). Анализ динамики течения сочетанной язвенной болезни у 122 больных контрольной группы, находящихся на диспансерном учете позволил выявить три основных типа ее течения: стабильный, нестабильный и прогрессирующий. Разработан этапный эпикриз, отражающий тяжесть состояния пациентов с фиксацией цифровых значений суммы баллов во время профилактических осмотров, либо госпитализаций с последующим графическим изображением динамики течения язвенной болезни (рисунок 1). На момент постановки диагноза или взятия на диспансерный учет тяжесть состояния пациента, количественно выраженная в баллах, колебалась в пределах 0,5-17,1 (8,8±2,0) баллов.



**Рисунок 1** Графическое изображения типов течения сочетанной язвенной болезни

**Стабильное течение** сочетанной язвенной болезни (77-63,1%) характеризуется тем, что во время обострения или профилактического весенне-осеннего осмотра сумма баллов, количественно отражающая тяжесть состояния больного, не превышает от первоначального два балла. Типичным для данного типа являются: невыраженность или отсутствие динамики болевого синдрома, редкие обострения, длительные ремиссии, что в своей совокупности и отражает при графическом изображении стабильность процесса от исходной суммы баллов. У всех больных этой группы констатированы низкие (от выраженной 3,6-6,9, умеренной 2,3-3,5 гипоацидности) до нормацидности (1,6-2,2) показатели кислотности желудочного сока, подтвержденные рН-метрией.

**Нестабильное течение** сочетанной язвенной болезни (26-21,3%) характеризуется тем, что при одном из обострений заболевания сумма баллов, количественно отражающая тяжесть состояния больного, имеет более двух баллов в сравнении с исходным, с последующим возвратом к первоначальному уровню. При дальнейшем наблюдении, в сроки от 18 до 23 лет резекцию желудка перенесли 2, ушивание прободной язвы ДПК-2, иссечение язвы ДПК-1, СПВ в сочетании с пилоропластикой по Джаду-Танака-1 больной. Желудочно-кишечное кровотечение язвенного генеза перенесли 2 (один из них 3 раза) больных. Особое внимание заслуживают больные с бессимптомным течением сочетанной язвенной болезни (n=5). У трех из них во время операции констатирована пузырно-двенадцатиперстная фистула, субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка язвенного происхождения (n=1). Данный факт свидетельствует об агрессивном течении сочетанной язвенной болезни при наличии ЖКБ. У подавляющего большинства больных этой группы (n=23), констатирована умеренная гиперацидность (1,3-1,5) желудочного сока.

**Прогрессирующее течение** сочетанной язвенной болезни (19-15,6%) характеризуется увеличением суммы баллов при одном из обострений больше, чем на два, с последующим постоянством на этом уровне или вновь с увеличением суммы баллов при дальнейшем наблюдении. У всех больных отмечалось полное отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии (n=16), либо временный ее нестойкий эффект (n=3). Осложненная форма язвенной болезни в виде пенетрации, стеноза, ОЖКК и их комбинации установлена у 13 (68,4%) больных. У всех больных этой группы констатирована выраженная (0,9-1,2) (n=17), умеренная гиперацидность (1,3-1,5) (n=2) желудочного сока.

Для выявления возможности использования миниинвазивных операций при ЖКБ и ее осложнениях проанализированы основные закономерности изменения нормальных топографоанатомических взаимоотношений в брюшной полости при повторных вмешательствах по поводу язвенной болезни у 117 больных (в анамнезе-СПВ-73, СтВ, СВ-44). При этом были выделены 3 степени анатомических изменений со стороны органов верхнего этажа брюшной полости. В основу данного подразделения положены: 1. изменения нормальной топографии органов верхнего этажа брюшной полости, включая изменения известных анатомических пространств; 2. морфологические изменения в стенке желудка. Патологические изменения в стенке желудка у больных с рецидивом

язвенной болезни после СПВ характеризуются наличием выраженных дистрофических и некробиотических изменений практически во всех его слоях, включая паренхиму и строму, а также нервный аппарат. Основными компонентами указанных изменений у всех больных были: глубокие поражения микроциркуляторного русла, выраженные, вплоть до гибели дистрофические изменения в интрамуральном нервном аппарате, прогрессирующее разрастание соединительной ткани. У больных с рецидивом язвенной болезни после СПВ спаечный процесс в брюшной полости является адаптационным к частичной денервации и дevasкуляризации желудка, носит выраженный рубцово-фиброзный характер. В связи с этим оперативные вмешательства по поводу ЖКБ и ее осложнений после ранее перенесенной СПВ должны выполняться традиционным способом, без попыток использования лапароскопических методик.

Подтверждено стабилизирующее влияние холецистэктомии на клиническое течение сочетанной язвенной болезни ДПК. Программированные исследования показателей кислотности желудочного сока методом рН-метрии и эвакуации из желудка показало, что холецистэктомия (ТХЭ, ЛХЭ) приводит к снижению кислотности желудочного сока на один порядок в градации показателей кислотности и улучшению эвакуации из желудка (не превышало  $60 \pm 1,4$  минут) в отделенном послеоперационном периоде при сроках наблюдения до 15 лет.

Комплексное лечение больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС предусматривало 2 этапа: 1. медикаментозное, проводимое в качестве предоперационной подготовки и 2. хирургическое лечение.

**I этап. Медикаментозное лечение.** В случае обострения сочетанных вторичного панкреатита и язвенной болезни при отсутствии абсолютных показаний к оперативному вмешательству проводили комплексное медикаментозное лечение с целью предупреждения осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Основной целью медикаментозного лечения сочетанной язвенной болезни в предоперационном периоде при наличии ЖКБ и ее осложнений являлось: 1. достижение стадии полной или неполной ремиссии в максимально короткие сроки 9-14( $11,5 \pm 1,3$ ) суток; 2. в случае диагностированных осложнений язвенной болезни и их комбинации медикаментозное лечение, проводимое в качестве предоперационной подготовки имело своей целью максимально купировать воспалительные изменения в области язвы. Поставленная цель достигалась путем подавления секреторной и нормализации моторно-эвакуаторной функции желудка с использованием высокоэффективных препаратов с хорошей переносимостью и безопасностью лечения. У больных, госпитализированных с ОЖКК использовали гемостатическую и заместительную терапию с учетом эндоскопических методов гемостаза и лечения. Медикаментозное противоязвенное лечение в полном объеме проводили в послеоперационном периоде вплоть до выписки больных из стационара, с эндоскопическими мониторингом и профилактикой развития осложнений.

**II этап. Хирургическое лечение.** Распределение больных основной группы определяли исходя из протокола: диагноз устанавливается по факту

законченного случая заболевания, включая данные патоморфологического заключения (МКБ-10). Следовали разработанному тактическому алгоритму хирургического лечения данной категории больных в плановой и неотложной хирургии (Тактический алгоритм 1). Хирургические вмешательства преследовали выполнение изолированных, симультанных и этапных операций.

#### **Показания к симультанным операциям:**

При планировании выполнения симультанных операций по поводу осложненной сочетанной язвенной болезни основными критериями считали: 1. Состояние секреторной функции желудка; 2. Тип клинического течения сочетанной язвенной болезни; 3. Цифровое значение ИХС о наличии низкого (1,3) или высокого (выше 1,3) риска развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Вид и объем симультанного вмешательства определяли следующим образом:

1. при анацидности (7,0-7,5) умеренной (2,3-3,5), выраженной (3,6-6,9) гипо- и нормацидности (1,6-2,2) выполняли изолированную холецистэктомию. Предпочтение отдавали ЛХЭ. При наличии ретгенологических признаков выполняли коррекцию ХДН. Группа больных со стабильным течением сочетанной язвенной болезни, ИХС  $1,3 \pm 0,7$  и ниже.

2. при умеренной гиперацидности (1,3-1,5) выполняли ТХЭ, ЛХЭ, органосохраняющие операции (ПСПВ, включая иссечение язвы, с последующей пилоропластикой, стволовую ваготомию (СтВ). При наличии ретгенологических признаков выполняли коррекцию ХДН. Группа больных с нестабильным течением сочетанной язвенной болезни, ИХС  $1,3 \pm 0,7$  и выше.

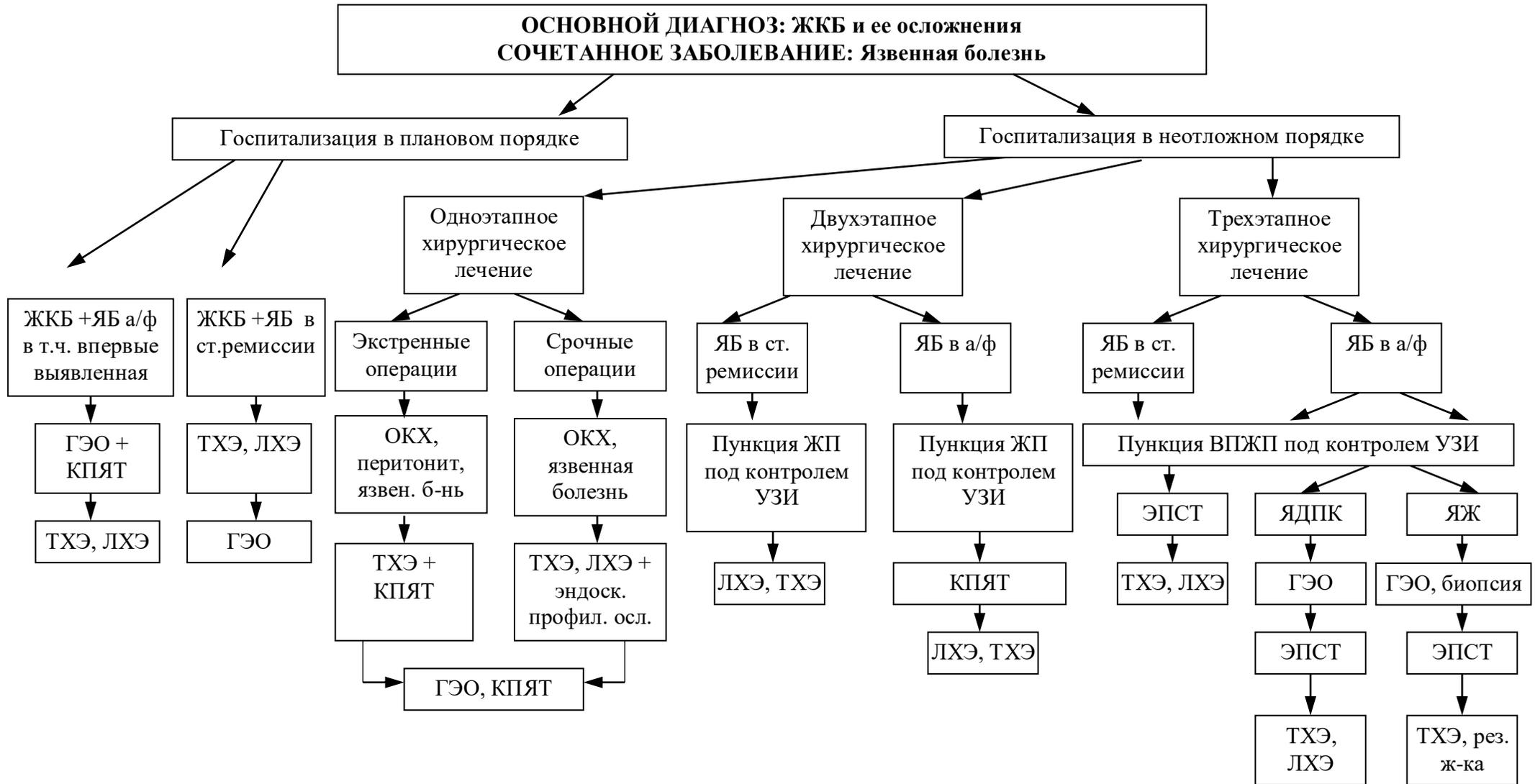
3. при выраженной гиперацидности (0,9-1,2) выполняли ЛХЭ, ТХЭ, экономную резекцию желудка (антрумэктомию). Предпочтение отдавали второму способу Бильрота в модификации Бальфура. Группа больных с прогрессирующим течением сочетанной язвенной болезни, ИХС  $1,3 \pm 0,7$  и выше.

#### **Показания к этапным операциям:**

1. У больных с деструктивным калькулезным холециститом (без признаков перитонита), сочетанное заболевание: язвенная болезнь в стадии обострения. Принимались во внимание: а). возраст (у больных с острым деструктивным калькулезным холециститом возраст варьировал от 76 до 83( $78,6 \pm 3,2$ ) лет. б). наличие сопутствующих заболеваний в стадии суб-, декомпенсации и необходимость их коррекции.

2. У больных с ЖКБ, холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом, билиарным панкреатитом. Сочетанное заболевание: язвенная болезнь в стадии обострения. Принимались во внимание: а). длительность желтухи, наличие холангита; б). возраст (пожилой, старческий); в). наличие сочетанного вторичного билиарного панкреатита и необходимость проведения комплексной противопанкреатической и противоязвенной терапии.

## ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ 1



**СОКРАЩЕНИЯ:** ЯБ – язвенная болезнь; ЯДПК – язва двенадцатиперстной кишки; ЯЖ – язва желудка; ХГТ - холангит; ТХЭ – традиционная холецистэктомия; ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия; КПЯТ – курс противоязвенной терапии; ГЭО – гастроэнтерологическое отделение; а/ф – активная фаза язвенного процесса; РЭПСТ – ретроградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия; рез. ж-ка – резекция желудка; ХЛ – холедохолитиаз; ВПЖП-внепеченочные желчные протоки.

3. У больных с ИХС выше 1,3 с высоким риском развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Оперированные больные основной группы представлены (таблица 4):

**1 группа.** Основной диагноз: хронический калькулезный холецистит (n=81).

**2 группа.** Основной диагноз: острый калькулезный холецистит (n=65).

**3 группа.** Основной диагноз: хронический (острый) калькулезный холецистит, вторичный билиарный панкреатит (n=42).

**4 группа.** Основной диагноз: ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит (n=26).

**Таблица 4**

Оперативные вмешательства у больных основной группы

№ п/п	Группы больных	Характер выполненных операций					
		Основные вмешательства		Симультанные вмешательства		Этапные вмешательства	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Хронический калькулезный холецистит (n=81-37,9%)	лхэ-49 тхэ-32	22,9 14,9	45	21,0	-	-
2.	Острый калькулезный холецистит (n=65-30,4%)	лхэ-46 тхэ-19	21,5 8,9	10	4,7	7*	3,3
3.	ЖКБ, ВВП (n=42-19,6%)	лхэ-9 тхэ-33	4,2 15,4	23	10,7	2*	0,9
4.	ЖКБ, ХЛ, МЖ, ХГТ (n=26-12,1%)	3-х эт. 22 ХДА-4	10,3 1,9	2	0,9	22	10,3
5.	<b>ИТОГО</b>	214	100,0	80	37,3	31	14,5

Примечание: \*-учтены в ЛХЭ, ВВП-вторичный билиарный панкреатит, ХЛ-холедохолитиаз; ХГТ-холангит.

**1 группа. Основной диагноз: хронический калькулезный холецистит (n=81).**

Сочетанная язвенная болезнь в стадии обострения диагностирована у 33(40,7%) больных (ЯДПК-19, ЯЖ-12, ПЯГЭА-2). Хирургические вмешательства выполняли после достижения стадии полной (n=13) или неполной (n=18) ремиссии (в сроки  $9,5 \pm 1,5$  сут.), значительного уменьшения периульцерозных изменений, подтвержденных при ФГДС. ЛХЭ выполнена у 48(59,3%), ТХЭ у 33(40,7%) больных (таблица 5).

**Таблица 5**

Характер хирургических вмешательств у больных с хроническим калькулезным холециститом в сочетании с язвенной болезнью

№ п/п	Группа больных	Характер выполненных операций			
		Основные вмешательства		Симультанн. вмешат.	
		Абс.	%	Абс.	%
1.	Хронический калькулезный холецистит	лхэ-49 тхэ- 32	60,5 39,5	45*	55,6
	<b>ИТОГО</b>	81	100,0	45*	55,6

\*-учтены в основных вмешательствах

При выполнении симультанных вмешательств первыми выполняли операции по поводу ЖКБ, вторыми, связанные со вскрытием просвета желудочно-кишечного тракта. В связи с наличием осложненных форм сочетанной язвенной болезни в виде пенетрации язв в окружающие органы и ткани, стеноза, кровотечения в различной комбинации (n=21), ХДН (n=13) у 45(55,6%) больных выполнили симультанные операции. Ведущим патогенетическим органосохраняющим симультанным вмешательством при язвенной болезни ДПК считали ПСПВ. Показания к данному способу операции устанавливали при наличии нормацидности и умеренной гиперацидности. Органосохраняющие симультанные вмешательства (иссечение язвы ДПК, пилоропластика в модификации клиники (n=4), иссечение язвы желудка (n=1), СтВ (n=3), ПСПВ (n=3), ГЭА (n=1), ЛХЭ, ЛСВ (n=7) в различной комбинации выполнены у 19(23,5%) больных. При наличии выраженной гиперацидности выполняли антрумэктомию (АЭ) (у 26-32,1% больных). Коррекция ХДН в комбинации с ТХЭ и органосохраняющими операциями выполнена у 13(16,0%) больных. Лапароскопические операции (изолированная ЛХЭ-36, ЛХЭ, ЛСВ-7, ЛХЭ ЛРЖ,-6) выполнены у 49(60,5%), ТХЭ, ТРЖ-20, ТХЭ, традиционные ОСО-12 у 32(39,5%) больных. Послеоперационные осложнения в виде кровотечения из ложа желчного пузыря, последующим эрозивным гастродуоденитом развилось у 1(1,2%) больного.

Благодаря использованию миниинвазивных и симультанных хирургических вмешательств удалось достоверно снизить сумму баллов у больных с высокой степенью хирургического риска с  $6,9 \pm 1,3$  до  $0,2 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), критической степенью хирургического риска с  $18,0 \pm 1,9$  до  $5,4 \pm 1,1$  ( $p < 0,05$ ), ИХС с  $1,7 \pm 0,7$  до  $1,3 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ). Установлено статистически значимое ( $p < 0,05$ ) снижение частоты послеоперационных осложнений в 4 раза (95% ДИ=3,7-4,5). Шанс развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у больных основной группы (1/81, Ш=1,2), значительно ниже, в сравнении с контрольной группой (1/21, Ш=4,8), с отношением шансов (ОШ) 4,0.

## **2 группа. Основной диагноз: острый калькулезный холецистит (n=65).**

При наличии экстренных показаний к операции (n=9) эндоскопические мониторинг и профилактика осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни в активной фазе являлись неотъемлемой частью лечебной программы. Язвенная болезнь ДПК в стадии обострения диагностирована у 14(21,5%) больных. Выполняли раннее оперативное лечение. Стадия полной (n=10) и неполной (n=4) ремиссии со стороны язвенной болезни с учетом выполненного хирургического вмешательства и проведения комплексной противоязвенной терапии достигнута в сроки  $11,0 \pm 1,6$  сут. ЛХЭ выполнена у 46(70,8%), (катаральная форма-21, деструктивная-25), ТХЭ у 19(29,1%), этапные вмешательства (ЧМХС в качестве предоперационной подготовки, с последующей ЛХЭ через  $4,7 \pm 2,9$  суток) у 7 больных (таблица 6).

Симультанные операции (пилоропластика (n=2), ПСПВ (n=3), коррекция ХДН (n=5) выполнили у 10(15,4%) больных. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде в сроки до 8-х суток в виде ОЖКК развились у 7(10,8%) больных этой группы. Возраст составил  $79,6 \pm 1,2$  лет. Все больные

оперированы по абсолютным показаниям в связи с наличием деструктивной формы калькулезного холецистита, осложненного различной распространенностью перитонитом. ОЖКК остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза у всех больных. Благодаря использованию миниинвазивных, симультанных и этапных операций у больных данной группы удалось снизить сумму баллов хирургического риска и ИХС

**Таблица 6**

Характер хирургических вмешательств у больных с острым калькулезным холециститом в сочетании с язвенной болезнью

№ п/п	Группа больных	Характер выполненных операций					
		Основные вм-ва		Симульт. вм-ва		Этапные вм-ва	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2.	Острый калькулезный холецистит	лхэ-46 тхэ-19	70,8 29,2	10*	15,4	7*	10,8
	ВСЕГО	65	100,0	10*	15,4	7*	10,8

\*-учтены в основных вмешательствах

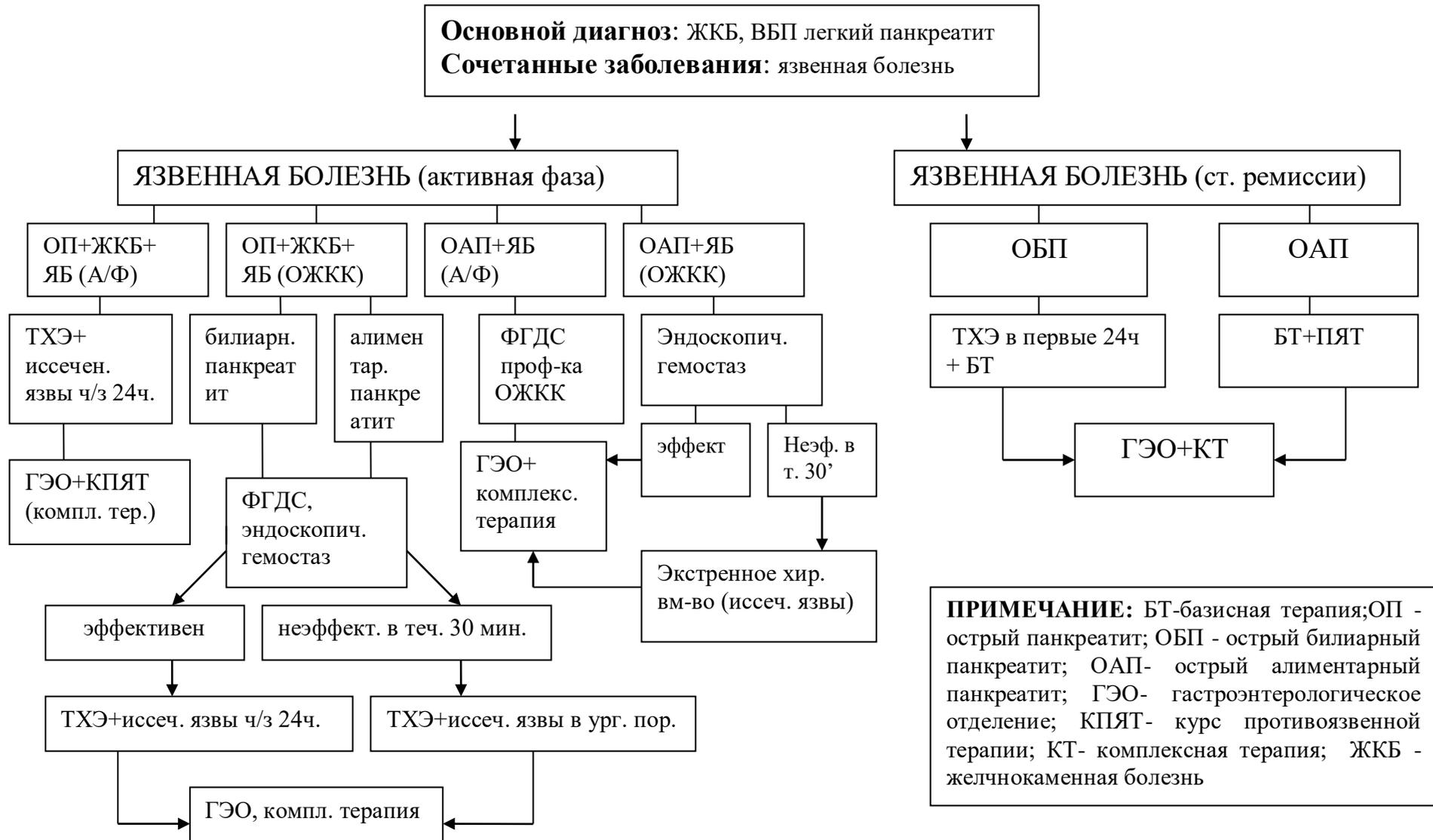
следующим образом: 1. при остром калькулезном холецистите (высокая степень хирургического риска): сумму баллов с  $5,9 \pm 1,2$  до  $3,6 \pm 1,0$  ( $p < 0,05$ ), ИХС с  $1,7 \pm 0,7$  до  $1,0 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ). 2. при деструктивном калькулезном холецистите (критическая степень хирургического риска): сумму баллов с  $11,8 \pm 1,6$  до  $3,9 \pm 1,0$  ( $p < 0,05$ ), ИХС с  $1,5 \pm 0,7$  до  $1,3 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ). Установлено статистически значимое ( $p < 0,05$ ) снижение частоты послеоперационных осложнений в 2,3 раза (95% ДИ=1,8-2,9). Шанс развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у больных основной группы (7/65, Ш=10,8), значительно ниже, в сравнении с контрольной группой (5/20, Ш=25,0), с ОШ 2,3.

**3 группа. Основной диагноз: хронический (острый) калькулезный холецистит, вторичный билиарный панкреатит (n=42).**

Сочетанная язвенная болезнь в стадии обострения диагностирована у 14(33,3%) больных (язвенная болезнь ДПК-13, язвенная болезнь желудка-1). Стадии полной ремиссии на фоне проводимой комплексной противопанкреатической и противоязвенной терапии удалось достичь через  $14,4 \pm 1,7$  суток у 8 больных. При постановке диагноза острый панкреатит в условиях сочетанных заболеваний и решения вопросов хирургической тактики основной задачей ставили установление легкого (тактический алгоритм 2) или тяжелого (тактический алгоритм 3) панкреатита. Медикаментозное лечение больных включало проведение базисной противопанкреатической в сочетании с противоязвенной терапией (легкий панкреатит), базисной противопанкреатической, в сочетании со специализированным лечебным комплексом (тяжелый панкреатит), и противоязвенной терапией. Хирургические вмешательства представлены следующим образом (таблица 7). В 15 случаях использовали срединный доступ, в 27 подреберный доступ по Кохеру в модификации клиники. В качестве предоперационной

подготовки выполняли лапароцентез по методике клиники с последующим  
лаважем брюшной полости,

## ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ 2



## ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ 3

**Основной диагноз:** ЖКБ, ВБП тяжелый панкреатит  
**Сочетанные заболевания:** язвенная болезнь

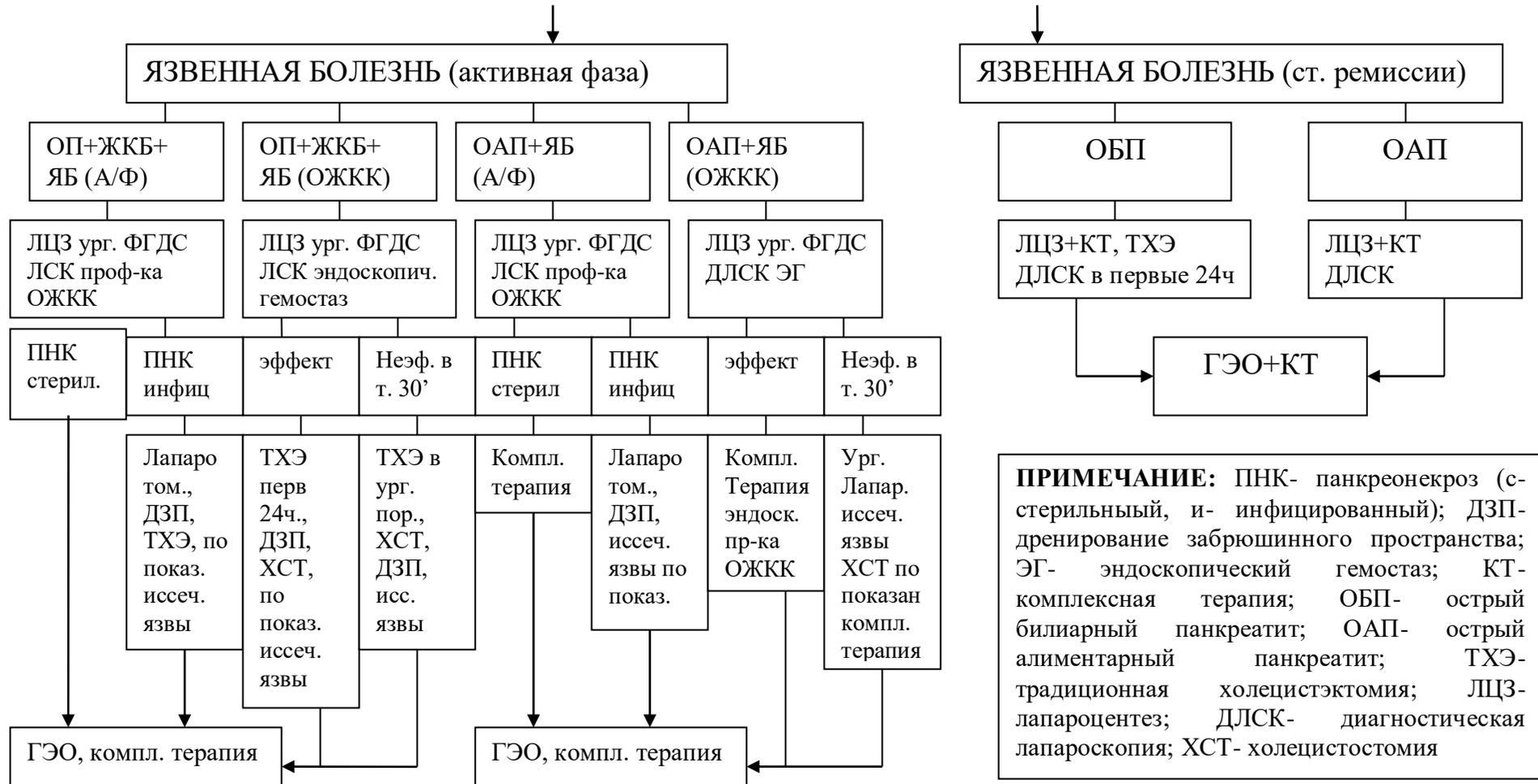


Таблица 7

Характер хирургических вмешательств у больных с хроническим (острым) калькулезным холециститом, вторичным билиарным панкреатитом в сочетании с язвенной болезнью

№ п/п	Группа больных	Характер выполненных операций					
		Основные вм-ва		Симульт. вм-ва		Этапные вм-ва	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
3.	ЖКБ, БП сочет. ЯБ	ЛХЭ-9 ТХЭ-33	21,4 78,6	23*	54,8	2*	4,8
	ВСЕГО	42	100,0	23*	54,8	2*	4,8

\*-учтены в основных вмешательствах

что позволяло своевременно уточнить диагноз, значительно уменьшить интоксикацию. У 33(78,6%) больных выполнили ТХЭ, у 9(21,4%) ЛХЭ (у 1 из них в сочетании с симультанной ЛСВ). ТХЭ (n=29) дополняли наружной холедохостомией (предпочтение отдавали методике Холстеда-Пиковского). ТХЭ в комбинации с холедоходуоденоанастомозом (ХДА) в модификации клиники (n=4), холедохоеюностомию на отключенной петле по Ру (n=1) выполнили у 5 больных. Реконструктивные вмешательства на гепатикохоledoхе (холедохолитотомия с последующими ХДА, холедохоеюностомией) выполняли в том случае, когда причиной острого панкреатита являлся вклиненный конкремент в большом дуоденальном сосочке (БДС). У 23(54,8%) больных выполнили симультанные операции: катетеризация правой желудочно-сальниковой артерии (КПЖСА) по методике клиники (n=12), коррекция ХДН (n=5), ПСПВ (n=1), секвестрэктомия, марсупиализация поджелудочной железы (n=1), АЭ по Бальфуру в модификации клиники (n=1), иссечение язвы ДПК, пилоропластика (n=2), ЛХЭ,ЛСВ (n=1). Этапные операции выполнили у 2(4,8%) больных. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде в сроки до 3-х суток в виде ОЖКК развились у 8(19,0%) больных этой группы. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза. Снижение суммы баллов хирургического риска и ИХС благодаря использованию миниинвазивных, симультанных и этапных вмешательств представлено следующим образом: суммы баллов хирургического риска (критическая степень хирургического риска) с  $11,8 \pm 1,6$  до  $3,9 \pm 1,0$  ( $p < 0,05$ ), ИХС с  $1,5 \pm 0,7$  до  $1,3 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ). Установлено статистически значимое ( $p < 0,05$ ) снижение частоты послеоперационных осложнений в 1,6 раза (95%ДИ=1,0-2,2). Шанс развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у больных основной группы (8/42, Ш=19,0), значительно ниже, в сравнении с контрольной группой (11/35, Ш=31,4), с ОШ 1,6.

**4 группа. Основной диагноз: ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит (n=26).**

Сочетанная язвенная болезнь в стадии обострения диагностирована у 4(15,4%) больных (язвенная болезнь ДПК-3, язвенная болезнь желудка (ЯБЖ)-1). Стадия полной ремиссии достигнута через  $12,0 \pm 1,6$  суток у всех больных.

При наличии деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, холангита, перитонита больных оперировали после кратковременной предоперационной подготовки (n=2). Дренирование гепатикохоледоха при наличии холангита выполняли по Холстеду-Пиковскому, а также использовали разработанный нами способ.

При отсутствии показаний к экстренной операции у 22(84,6%) больных использовали разработанный способ предупреждения послеоперационных осложнений при сочетании желчнокаменной и язвенной болезней (3-х этапный способ лечения), который заключается в выполнении трех этапов комплексного лечения 1. дренировании гепатикохоледоха, путем пункции левого печеночного протока под контролем УЗИ с использованием ультразвукового сканера 4-го поколения HDY-5000 фирмы «Phillips» (применяли конвексный датчик 50 мм, с лучевой действием 3,5-5 МГц), снижением билирубинемии до безопасного уровня ( $50,0 \pm 1,3$  мкмоль/л.), 2. РЭПСТ, 3. ЛХЭ. Показанием к выполнению данного вида вмешательства являлось: наличие гипербилирубинемии в результате ЖКБ, холедохолитиаза, механической желтухи, холангита при сочетании ЖКБ с язвенной болезнью в активной фазе. Симультанные операции по поводу сочетанной язвенной болезни (иссечение язвы желудка-1, пилоропластика-1) выполнены у 2(7,7%) больных (таблица 8)

**Таблица 8**

Характер хирургических вмешательств у больных с основным диагнозом: ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит

№ п/п	Группа больных	Характер выполненных операций					
		Традицион. вм-ва		Симульт. вм-ва		Этапные вм-ва	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
4.	ЖКБ,ХЛ, ХГТ, МЖ	4	15,4	2*	7,7	22	84,6
	ВСЕГО	4	15,4	2*	7,7	22	84,6

\*-учтены в традиционных вмешательствах

Послеоперационные осложнения в ближайшем послеоперационном периоде в сроки до 8 суток в виде ОЖКК развились у 2(7,7%) больных, оперированных по абсолютным показаниям. ОЖКК остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза. В отдаленном послеоперационном периоде перфорация недиагностированной язвы ДПК через 3 мес. после основного вмешательства развилась у 1(3,8%) больной.

Благодаря использованию этапных оперативных пособий осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдали. Снижение суммы баллов хирургического риска и ИХС благодаря использованию миниинвазивных и этапных вмешательств у больных данной группы представлено следующим образом: суммы баллов хирургического риска с  $18,0 \pm 1,9$  до  $5,4 \pm 1,1$  ( $p < 0,05$ ), ИХС с  $1,7 \pm 0,7$  до  $1,3 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ). Установлено статистически значимое ( $p < 0,05$ ) снижение частоты послеоперационных осложнений в 3,4 раза (95%ДИ=2,8-4,0). Шанс развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у больных

основной группы (2/26, Ш=7,7), значительно ниже, в сравнении с контрольной группой (7/27, Ш=25,9), с ОШ 3,4.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС основаны на обследовании 214(100,0%) больных основной группы: 157(73,4%) больных повторно вызваны в клинику в сроки от 8 мес. до 15 лет, 57(26,6%) обследованы анкетным способом. Результаты отдаленных результатов хирургического лечения больных основной группы (n=214) позволили выявить их взаимосвязь со степенью хирургического риска (таблица 9).

**Таблица 9**

Отдаленные результаты хирургического лечения больных основной группы в зависимости от степени хирургического риска

№ п/п	Степень хирургического риска	Отдаленный результат						
		Всего б-х в группе	хороший		удовлетворит.		неудовлет.	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	I ст. низкая	55	48	87,3	7	12,7	-	-
2.	II ст. высокая	74	63	85,1	11	14,9	-	-
3.	III ст. критич	85	59	69,4	26	30,6	-	-
4.	ИТОГО	214	170	79,4	44	20,6	-	-

**I (низкая) степень хирургического риска.** У больных с низкой степенью хирургического риска (n=55) хорошие результаты получены у 48(87,3%), удовлетворительные у 7(12,7%) больных. Это больные с периодическим обострением билиарного панкреатита, нуждающиеся в стационарном лечении. Рецидива язвенной болезни у данной группы больных не выявлено, что было подтверждено при программированном эндоскопическом мониторинге.

**II (высокая) степень хирургического риска.** У больных с высокой степенью хирургического риска (n=74) хорошие результаты получены у 63(85,1%), удовлетворительные у 11(14,9%) больных. Основными причинами удовлетворительного результата у данной группы больных являлись: обострение билиарного панкреатита (n=9), демпинг-синдром средней степени тяжести после радикальной операции (n=1), рецидив язвенной болезни с положительным эффектом от медикаментозной терапии (n=1). Данные больные нуждаются в стационарном лечении. Рецидив язвенной болезни выявлен у 1(1,3%) больной, что было подтверждено при программированном эндоскопическом мониторинге.

**III (критическая) степень хирургического риска.** У больных с критической степенью хирургического риска (n=85) хорошие результаты получены у 59(69,4%), удовлетворительные у 26(30,6%) больных. Основными причинами удовлетворительного результата у данной группы больных являлись: обострение билиарного панкреатита у 14(16,5%), в сочетании с обострением язвенной болезни, демпинг-синдром после радикальной операции у 12(14,1%) больных, у 4 из них в сочетании с вторичным панкреатитом. Рецидив язвенной болезни выявлен у 7(8,2%) больных, что было подтверждено при

программированном эндоскопическом мониторинге. Все больные пролечены консервативно с положительным эффектом от медикаментозной терапии.

Таким образом, лапароскопические операции, включая симультанные (ЛХЭ, ЛСВ, ЛРЖ) выполнены у 104(48,6%), традиционные у 84(39,2%), симультанные у 80(37,3%), этапные у 31(14,5%) больного (5 больных учтены во 2 и 3 группах). Количество симультанных операций максимально представлено в группе больных с хроническим калькулезным холециститом в сочетании с язвенной болезнью (ЯБ) (45-21,0%), где есть возможность обследования больных согласно разработанному диагностическому алгоритму и у больных с острым панкреатитом (23-10,7%), в связи с вовлечением в процесс всех органов составляющих ГПДС. Необходимость выполнения этапных операций у больных с острым деструктивным холециститом, билиарным панкреатитом, механической желтухой, холангитом диктовалось urgentной ситуацией. Данные вмешательства являлись операциями выбора у больных с тяжелой соматической патологией, а также больных пожилого и старческого возраста (53,8%) (таблица 10).

**Таблица 10**

Сравнительная оценка симультанных и этапных операций у больных основной группы

№ п/п	Группа больных	Характер выполненных операций					
		Всего больных		Симульт. вм-ва		Этапные вм-ва	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	ХКХ, ЯБ	81	37,9	45	27,1		
2.	ОКХ, ЯБ	65	30,4	10	4,7	7	3,3
3.	ЖКБ, ВБП	42	20,2	23	10,7	2	0,9
4.	ЖКБ, ХЛ, ХГТ, МЖ.	26	12,5	2	0,9	22	10,3
	ВСЕГО	214	100,0	80	37,3	31	14,5

Изучение временных параметров изолированных (n=75) и симультанных операций (n=77), сроков пребывания на койке, периода реабилитации, а также материального обеспечения оперативных пособий показало, что выполнение симультанных оперативных вмешательств у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС выгодным образом отличается от изолированных операций у данной категории больных.

Результаты обследования больных основной группы (n=214) в отдаленном послеоперационном периоде при сроках наблюдения до 15 лет показали, что язвенная болезнь ДПК после холецистэктомии переходит в стадию длительной и стойкой ремиссии. Данный эффект наблюдается за счет снижения уровня кислотности желудочного сока и улучшения эвакуации из желудка. Он констатируется у больных с дооперационными показателями рН-метрии: от выраженной гипоацидности (3,6-6,9; (5,6±0,7) до нормацидности (1,6-2,2; (1,9±0,8) (p<0,05). Время эвакуации бариевой взвеси при программированной рентгеноскопии не превышало 60±1,4 мин. (p<0,05). Установленная зависимость позволила в 58,9% случаев выполнить изолированную холецистэктомию,

достаточной для стабилизации клинического течения сочетанной язвенной болезни ДПК. При этом шанс рецидива язвенной болезни в отдаленном послеоперационном периоде у больных основной группы (8/214, Ш=3,7), значительно ниже, в сравнении с контрольной группой (43/142, Ш=30,1), с ОШ 8,1 ( $p<0,05$ ). Предлагаемая тактика является приоритетом для больных с критической степенью хирургического риска, у которых выполнение симультанных операций несет непосредственную угрозу неблагоприятного исхода оперативного вмешательства.

Результаты комплексного хирургического лечения больных основной группы подтверждают рабочую гипотезу о том, что ЖКБ является «пусковым механизмом» в развитии хронического воспалительного процесса в органах, объединенных ГПДС. Комплексная противоязвенная и противопанкреатическая терапия являются неотъемлемой частью лечебной программы лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС. При этом ликвидация ЖКБ и ее осложнений приводит к стабилизации хронического воспалительного процесса в поджелудочной железе (контрольная группа 73-51,4%, основная 30-14,0%) ( $p<0,05$ ), снижению частоты рецидива сочетанной язвенной болезни (контрольная группа 43(63,2%), основная 8(3,7%) ( $p<0,05$ ) и, таким образом, способствуют переводу хронического воспалительного процесса в органах ГПДС в стадию длительной и стойкой ремиссии в целом.

Разработанный индивидуальный комплексный подход к хирургическому лечению больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС позволил снизить частоту послеоперационных осложнений у больных основной группы в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах в 2,1 раза (с 19,1% до 8,9% (95% ДИ=1,5-2,7) ( $p<0,05$ )). Шанс развития осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах у больных основной группы (19/214, Ш=8,9), значительно ниже, в сравнении с контрольной группой (13/68, Ш=19,1), с ОШ 2,1. Это подтверждает эффективность разработанного алгоритма хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС.

## **ВЫВОДЫ:**

1. Сочетание желчнокаменной, язвенной, болезней и вторичного панкреатита приводит к взаимному отягощению клинического течения каждого из них и сопровождается высокой (78,3%) частотой развития осложнений со стороны основного и сочетанных заболеваний.
2. Разработанная система прогнозирования послеоперационных осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах основана на учете прогностически значимых факторов хирургического риска, индекса хирургического стресса. Выделены группы больных с низкой (сумма баллов от 0 до 5), высокой (от 6 до 10), и критической (выше 10), степенями хирургического риска. Среднее статистическое значение ИХС составило 1,3. При значении ИХС ниже 1,3 риск развития специфических послеоперационных осложнений низкий, выше 1,3 высокий.

3. У больных с рецидивом язвенной болезни, перенесших операции на основе ваготомии (СПВ), спаечный процесс в брюшной полости является адаптационным к частичной денервации и деваскуляризации желудка, носит выраженный рубцово-фиброзный характер. Хирургические вмешательства по поводу ЖКБ и ее осложнений после ранее перенесенной СПВ целесообразно выполнять традиционным способом, с ограничением использования лапароскопических методик.

4. У больных с хроническим калькулезным холециститом, сочетанным с язвенной болезнью при низкой степени хирургического риска ( $2,7 \pm 3,1$ ), показано выполнение изолированной холецистэктомии (ЛХЭ, ТХЭ). Наличие осложненных форм сочетанной язвенной болезни в виде пенетрации язв в окружающие органы и ткани, стеноза, кровотечения и их комбинации при высокой степени хирургического риска ( $8,0 \pm 3,3$ ) ( $P < 0,05$ ) является показанием к выполнению симультанных органосохраняющих операций, при критической ( $15,9 \pm 3,4$ ) ( $P < 0,05$ ), степени хирургического риска «радикальных» симультанных оперативных вмешательств.

5. При ЖКБ, сочетанной с вторичным панкреатитом, язвенной болезнью комплексное лечение предусматривает учет формы воспалительного процесса в поджелудочной железе (легкий, тяжелый панкреатит), обострения сочетанной язвенной болезни. Этапные операции показаны у больных с критической ( $15,9 \pm 3,4$ ) степенью хирургического риска.

6. При ЖКБ, холедохолитиазе, механической желтухе, холангите, сочетанных с язвенной болезнью в активной фазе приоритетным следует считать 3-этапный способ хирургического лечения: 1. устранение желчной гипертензии (снижение билирубинемии до безопасного уровня ( $50,0 \pm 1,3$  мкмоль/л.) с последующими 2. РЭПСТ, 3. ЛХЭ, ТХЭ (критическая степень ( $15,9 \pm 3,4$ ) хирургического риска).

7. Для перевода хронического воспалительного процесса в органах ГПДС в стадию длительной и стойкой ремиссии следует считать обоснованным ликвидацию ЖКБ, которая снижает частоту вторичного панкреатита (контрольная группа-51,4%, основная-14,0% ( $P < 0,05$ ), обострения сочетанной язвенной болезни (контрольная группа-63,2%, основная-3,7% ( $P < 0,05$ )) и, таким образом, способствует стабилизации хронического воспалительного процесса в системе в целом. Шанс рецидива сочетанной язвенной болезни в отдаленном послеоперационном периоде у больных основной группы (8/214, Ш=3,7), значительно ниже, в сравнении с контрольной группой (43/142, Ш=30,1), с ОШ 8,1 ( $p < 0,05$ ).

8. Произведенные с учетом индивидуального подхода миниинвазивные (104-48,6%), симультанные (80-37,3%) и этапные (31-14,5%) операции показали достоверное улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных. При этом удалось снизить частоту общепринятых (с 5,4% до 2,0%  $p < 0,05$ ), и специфических послеоперационных осложнений в 2,1 раза (с 19,1% до 8,9% ( $p < 0,05$ )) (95% ДИ=1,5-2,7), что подтверждает эффективность разработанного алгоритма хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. Диагностическая программа у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС, предусматривает исследование всех органов, включающих систему: печень, желчновыводящие протоки, желудок, ДПК, поджелудочную железу, состояние дуоденооанального перехода.
2. При выборе лечебной тактики и определения характера и объема хирургического вмешательства следует учитывать факторы хирургического риска, среди которых выделены прогностически значимые (возраст, ведущий синдром, обострение вторичного билиарного панкреатита, осложнения ЖКБ в виде механической желтухи, холемии, холангита, обострение язвенной болезни, умеренная, высокая гиперацидность при рН-метрии) с выявлением группы больных с высокой и критической степенями хирургического риска, нестабильным и прогрессирующим типом течения сочетанной язвенной болезни, цифровым значением индекса хирургического стресса выше 1,3.
3. Для эффективного лечения хронического воспалительного процесса в органах, объединенной ГПДС, следует проводить комплексную медикаментозную терапию, направленную на купирование острого (обострения хронического) панкреатита, перевода сочетанной язвенной болезни в стадию полной (неполной) ремиссии в сроки  $11,5 \pm 1,3$  сут. с последующим выполнением санации желчновыводящей системы, симультанных и этапных операций.
4. При сочетанных заболеваниях органов ГПДС следует использовать симультанные операции по поводу сочетанной язвенной болезни. При этом симультанные операции (ПСПВ, антрумэктомия) абсолютно показаны у больных с прогрессирующим типом течения язвенной болезни даже в случае стадии ремиссии на момент выполнения вмешательства. Иссечение язвы с последующей пилоропластикой, либо гастродуоденостомией являются обязательными вмешательствами.
5. У больных с критической степенью хирургического риска показано выполнение этапных оперативных пособий (2-х, 3-х этапное хирургическое лечение). Основная цель-декомпрессия желчных протоков, ликвидация желчной гипертензии на первом этапе хирургического лечения.
6. Диагностика сочетанных заболеваний органов ГПДС предусматривает интеграцию участковых врачей, терапевтов, гастроэнтерологов и хирургов с целью своевременного выявления сочетанных заболеваний и эффективной их коррекции с использованием комплексных лечебных мероприятий.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Работы, опубликованные в рецензируемых изданиях:**

1. Куницкий Ю.Л. Этиопатогенез спаечного процесса в брюшной полости при поздних осложнениях селективной проксимальной ваготомии /Ю.Л. Куницкий [Текст] //Укр. медичний альманах.-2000.-№ 4.-С.117-120. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

2. Буценко В.Н Особенности хирургической тактики при лечении больных с сочетанной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны /В.Н Буценко, Ю.Л Куницкий, А.М Дудин, В.В. Хацко [Текст] //Вісник морської медицини.- Одеса, 2001.-№2.-С.55-57. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).
3. Куницкий Ю.Л. Влияние сочетанной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны на отдаленные результаты повторных и реконструктивных вмешательств при язвенной болезни /Ю.Л. Куницкий, А.М. Дудин, Н.П. Лиховид [Текст] //Буковинський медичний вісник.-Чернівці, 2001.- С.226-228. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).
4. Куницкий Ю.Л. Особенности хирургической тактики у больных с неудовлетворительными результатами селективной проксимальной ваготомии /Ю.Л. Куницкий, В.Н. Буценко, А.А. Супрун, С.В. Межаков [Текст] //Архив клин. и эксперимент.медицины.- 2002.-№ 2,Т.П.-С.176-178. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).
5. Куницкий Ю.Л. Хирургическое лечение больных с сочетанной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны /Ю.Л. Куницкий, В.Н Буценко, И.Ю. Филиппенко, С.А. Лещинский [Текст] //Український медичний альманах.- 2003.-№ 4, т.6.-С.189-192. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).
6. Буценко В.Н К вопросу о классификации сочетанных заболеваний органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны /В.Н. Буценко, Ю.Л. Куницкий, Л.И. Василенко [Текст]//Вестн. восст. и неотл. медицины.-2005.-№3.-С.432-435. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).
7. Куницкий Ю.Л. Особенности клинического течения при сочетанных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны /Ю.Л. Куницкий, В.Н. Буценко, А.Д. Шаталов [Текст]//Хірургія України.- 2005.-№ 2.- С. 88 - 90. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).
8. Куницкий Ю.Л. Особенности клинического течения панкреатитов при сочетании с язвенной и желчнокаменной болезнью /Ю.Л. Куницкий, В.Н Буценко, Л.И. Василенко, В.А. Русанов [Текст]//Вісник Української медичної стоматол. академії.- 2006.- Т.2, Вип. 1-2.-С.71-74. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).
9. Куницкий Ю.Л. Особенности хирургической тактики при сочетании желчнокаменной и язвенной болезни /Ю.Л. Куницкий, Л.И. Василенко, А.А. Христуленко [Текст]//Клін. хірургія.-Мат-ли науково-практ. конф.-Одеса, 2006.- С.52-54. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).
10. Гринцов А.Г. Использование электробиологической сварки мягких тканей в хирургии /А.Г. Гринцов, О.В. Совпель, Л.И. Василенко, Ю.Л. Куницкий [Текст]//Мат-ли другої Всеукраїнської науково-практ.конф.-Чернівці,2006.-

С.52–21. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

11. Гринцов А.Г. Клиническая анатомия брюшной полости при рецидиве язвенной болезни после ранее выполненных вмешательств /А.Г Гринцов, Ю.Л. Куницкий, О.В. Совпель [Текст]//Вісник Української медичної стоматологічної академії.-Полтава, 2007.-Т.7, Вип.1.–2.-С.30–34. (Соискателем выполнен сбор клинического материала).

12. Куницкий Ю.Л. К вопросу о хирургическом лечении пенетрирующих гастродуоденальных язв в сочетании с панкреатитом /Ю.Л. Куницкий [Текст]//Харківська хірургічна школа.-2007.-№4.-С.53-55. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

13. Куницкий Ю.Л. Хирургический стресс: патогенез и пути реализации. Неразрешенные вопросы. /Ю.Л. Куницкий, А.Н. Колесников, В.А. Харьковский, А.А. Христуленко [Текст] //Вестник неотложной и восстановительной хирургии.-Том.2,№2-3,2017.-С.278-281.(Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

14. Куницкий Ю.Л. Буферная емкость содержимого желудка в диагностике сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы /Ю.Л. Куницкий, А.А. Христуленко, Е.В. Хомутова [Текст] //Университетская клиника.-Мат-лы международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь», Донецк,15-16 ноября,2017г.-№3(24),Т.2,2017.-С.111-114. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

15. Куницкий Ю.Л. Использование малоинвазивных операций у больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы / Ю.Л. Куницкий, А.А. Христуленко [Текст] //Университетская клиника.-Мат-лы международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь», Приложение.-Донецк,15-16 ноября,2017г.-С.78-80. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

16. Куницкий Ю.Л. Диагностическое значение синдрома боли у больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы /Ю.Л. Куницкий [Текст]//Боли.-мат-лы XXIV Российской научно-практ. конф. с международным участием «Медицина боли: от понимания к действию».- Ростов–на-Дону,17-19 мая, 2018.-С.181.(Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

17. Куницкий Ю.Л. Осложнения со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной системы в условиях хирургического стресса /Ю.Л. Куницкий [Текст]//Боли.-мат-лы XXIV Российской научно-практ. конф. с международным участием «Медицина боли: от понимания к действию».- Ростов–на Дону,17-19 мая,2018.-С.183-184. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

18. Куницкий Ю.Л. Хирургическая тактика у больных желчнокаменной болезнью, сочетанной с неопухолевыми заболеваниями органов панкреатодуоденальной системы /Ю.Л. Куницкий [Текст]//Медицинский вестник Юга России.- Тез.докл. VI

съезда хирургов Юга России, 4-5 октября, 2019 г. С.240-241. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

19. Куницкий Ю.Л. Хирургическая тактика у больных желчнокаменной болезнью, сочетанной с неопухолевыми заболеваниями органов панкреатодуоденальной системы /Ю.Л. Куницкий [Текст] //Университетская клиника.-Мат-лы международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать...болезнь, Приложение.-Донецк, 14-15 ноября 2019г.-С.234-235. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

20. Куницкий Ю.Л. Роль хирургического стресса в возникновении осложнений со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной системы при использовании хирургических методов лечения /Ю.Л. Куницкий, А.Г. Гринцов, А.Н. Колесников, В.В. Гончаров В.В. //Мат-лы международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать...болезнь, Приложение.-Донецк,-14-15 ноября 2019г.-С.235. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

21. Куницкий Ю.Л. Снижение травматичности при хирургическом лечении больных с желчнокаменной болезнью, сочетанной с неопухолевыми заболеваниями органов панкреатодуоденальной системы /Ю.Л. Куницкий, О.В. Совпель, А.А Христуленко [Текст] //Вестник неотложной и восстановительной хирургии.-Том.5,№ 1,2020.-С.89-92. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

#### **Работы, опубликованные в других изданиях:**

22. Куницкий Ю.Л. Новые подходы при хирургическом лечении больных с желчнокаменной, сочетанной с язвенной болезнью /Ю.Л. Куницкий, А.А. Христуленко [Текст] //Тез.докл. XII Съезд хирургов России.-Ростов-на-Дону,7-9 октября.- 2015г.-С.970-871. Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

23. Куницкий Ю.Л. Организация хирургической помощи при лечении больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы /Ю.Л. Куницкий, А.А. Христуленко, Г.А. Гринцов, В.В. Гончаров [Текст] //Тез.докл. научн.-практ конф.-Ростов-на-Дону,14-15 апреля 2016г.-С.211-213. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

24. Куницкий Ю.Л. Профилактика кровотечений язвенного происхождения у больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы /Ю.Л.Куницкий, А.А.Христуленко [Текст] //Тез. докл. Национального хирургического конгресса совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля 2017, Москва.-С. 798-799. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

25. Куницкий Ю.Л. Новые подходы в хирургическом лечении больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы. /Ю.Л. Куницкий, А.Г Гринцов, А.Д.Зубов [и др.] [Текст] //Тез.докл. V съезда хирургов Юга России, 18-19 мая,2017г. С.192-193. (Соискателем выполнен сбор клинического материала, анализ полученных результатов).

**Объекты интеллектуальной собственности****Патенты**

1. Декл.пат. на п. м. № 8951 UA МПК А61В17/00 Способ лечения гастродуоденальных язв, сочетанных с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны [Текст] /Ю.Л.Куницкий; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького.-№ u200504623; заявл.17.05.2005,опубл.15.08.2005.Бюл.№8.-4с.
2. Пат. на п. м. № 19735 UA МПК А61В17/00 Способ доступа при операциях на желчном пузыре и желчных протоках. [Текст] /Ю.Л.Куницкий, Г.Д.Попандопуло; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького.- u200608600; заявл. 31.07.2006, опубл. 15.12.2006, Бюл. № 12.-4с.
3. Пат. на п. м. № 68565 UA МПК А61В17/00 Способ проверки надежности герметизации культи пузырного протока [Текст] /Ю.Л.Куницкий, О.В.Совпель; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького.-№u201112191; заявл.18.10.2011,опубл.26.03.2012,Бюл.№6.-4с.
4. Пат. на п. м. № 19587 UA МПК А61В17/00 Способ холецистэктомии [Текст] /Ю.Л.Куницкий, О.В.Совпель, заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.-№ u200607738; заявл.10.07.2006,опубл.15.12.2006,Бюл.№12.-4с.
5. Пат. на п. м. № 19738 UA МПК А61В17/00 Способ ушивания ложа желчного пузыря после холецистэктомии [Текст] /Ю.Л.Куницкий, П.П.Конопля, А.Д.Шаталов; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького.-№ u200608604; заявл.31.07.2006 опубл. 15.12.2006 Бюл. №12.-4с.
6. Пат. на п. м. № 32943 UA МПК А61В17/00 Способ пилороластики при осложненных гастродуоденальных язвах. [Текст] /Ю.Л.Куницкий; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького.-№ u200800209; заявл.04.01.2008,опубл.10.06.2008,Бюл.№11.-4с.
7. Пат. на п. м. № 33434 UA МПК А61В17/00 Способ гастродуоденостомии при осложненной язвенной болезни, сочетанной с хроническим панкреатитом [Текст] /Ю.Л.Куницкий, Г.Д.Попандопуло, В.Я.Веселый; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького.-№ u200801277; заявл.01.02.2008, опубл.25.06.2008, Бюл.12.-4с.
8. Пат. № 65487 UA МПК А61В17/00. Способ хирургического лечения пенетрирующих гастродуоденальных язв [Текст] /Ю.Л.Куницкий, Г.Д.Попандопуло; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.-№ 20031110801; заявл. 28.11.2003; опубл. 15.03.2007, Бюл. № 3.-4 с.
9. Пат. на п. м. № 27756 UA МПК А61В17/00. Способ формирования культи двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни, сочетанной с хроническим панкреатитом [Текст] /Ю.Л.Куницкий Ю, В.Н.Буценко; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.-№ u200708040 ; заявл. 16.07.2007; опубл. 12.11.2007, Бюл. № 18.-4 с.

10. Пат. на п. м. № 19152 UA МПК А61В17/00 Способ лечения деструктивного панкреатита [Текст] /О.В.Совпель, Ю.Л.Куницкий; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького.-№ u200603039; заявл.21.03.2006, опубл.15.12.2006, Бюл.№12.-4с.
11. Пат. на п. м. № 27754 UA МПК А61В17/00 Способ предупреждения послеоперационных осложнений при сочетании желчнокаменной и язвенной болезней [Текст] /Ю.Л.Куницкий, В.Н.Буценко; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького.-№ u200708040; заявл.06.07.2006, опубл.12.11.2007, Бюл.№18.-4с.
12. Пат. на п. м. № 19585 UA МПК А61В17/00 Способ антирефлюксного холедоходуоденоанастомоза [Текст] /Ю.Л.Куницкий, А.Г.Гринцов, П.П.Конопля, А.Д.Шаталов; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького.-№ u200607734; заявл. 10.07.2006, опубл.15.12.2006, Бюл.№12.-4с.
13. Пат на п.м. № 120817 UA МПК А61В17/00 Способ лапароскопического доступа при сочетании желчнокаменной болезни и пупочной грыжи [Текст] /Ю.Л.Куницкий, А.Г.Гринцов, А.А.Литвинов; заявитель и патентообладатель Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького.-№ u201702610; заявл. 20.03.2017;опубл. 27.11.2017;Бюл. № 22.-4с.
14. Пат. № 119787 UA МПК А61В17/00 Способ передней селективной проксимальной ваготомии при сочетании желчнокаменной, язвенной болезней и вторичного панкреатита [Текст] /Ю.Л.Куницкий, А.Г.Гринцов, К.Ю.Куницкий; заявитель и патентообладатель Ю.Л.Куницкий.-№ a201702585; заявл.20.03.2017; опубл.12.08.2019; Бюл.15.-4с.
15. Пат. № 120621 UA МПК А61В17/00. Способ холедохостомии при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой, холангитом, сочетанных с вторичным билиарным панкреатитом [Текст] /Ю.Л.Куницкий, Л.И.Василенко, А.Н.Антонов; заявитель и патентообладатель Ю.Л. Куницкий.-№ a201702606; заявл. 25.09.2018; опубл. 10.01.2020, Бюл.1.-4с.

### **Рационализаторские предложения**

1. Рац. предл. № 6467 Методика хирургической коррекции хронической дуоденальной непроходимости [Текст]/Ю.Л.Куницкий, О.А.Белозерцев, А.Б.Матийцев [и др.] Подано 14.04.2021г., признано рационализаторским с 24.04.2021г.-Донецк, 2021 г.
2. Рац. предл. № 6468 Методика рентгенологической диагностики хронической дуоденальной непроходимости [Текст]/Ю.Л.Куницкий, О.А.Белозерцев, О.А.Гончарова Подано 14.04.2021г., признано рационализаторским с 21.04.2021г.-Донецк, 2021 г.

### **Авторские права**

1. Куницкий Ю.Л. Обоснование закономерности сочетания заболеваний в гепатопанкреатодуоденальной системе:Ю.Л.Куницкий.-Свидетельство о регистрации авторского права № 45435/Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.-Дата регистрации-03.09.2012г.

2. Куницкий Ю.Л. Физикохимическая диагностика сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы: Ю.Л. Куницкий, К.В. Хомутова, А.А.Христуленко.-Свидетельство о регистрации авторского права №64169 /Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.- Дата регистрації 26.02.2016.
3. Куницкий Ю.Л.Феномен взаимного отягощения клинического течения язвенной, желчнокаменной болезней и вторичного панкреатита при их сочетании: Ю.Л.Куницкий.-Свидетельство о регистрации авторского права №64168/Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.- Дата регистрации-26.02.2016г.
4. Куницкий Ю.Л. Патогенез течения патологического процесса при хирургическом стрессе:Ю.Л.Куницкий.-Свидетельство о регистрации авторского права № 71737/Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.- Дата регистрации 05.05.2017г.
5. Куницкий Ю.Л. Классификация сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы:Ю.Л.Куницкий.-Свидетельство о регистрации авторского права №71725/Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.-Дата регистрации 05.05.2017г.
6. Куницкий Ю.Л. Патогенез реализации хирургического стресса:Ю.Л.Куницкий.-Свидетельство о регистрации авторского права № 71724 /Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.- Дата регистрации 05.05.2017г.
7. Куницкий Ю.Л. Индекс хирургического стресса:Ю.Л. Куницкий.- Свидетельство о регистрации авторского права № 89044/Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.-Дата регистрации 29.05.2019 г.
8. Куницкий Ю.Л. Графическое изображение механизма реализации хирургического стресса:Ю.Л.Куницкий,К.Ю.Куницкий.-Свидетельство о регистрации авторского права № 89046/Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.-Дата регистрации 29.05.2019 г.
9. Куницкий Ю.Л. Трехэтапное хирургическое лечение больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы при угрозе развития осложнений, опасных для жизни:Ю.Л.Куницкий.- Свидетельство о регистрации авторского права № 88583/Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.-Дата регистрации 15.05.2019 г.
10. Куницкий Ю.Л. Морфологическая основа принципа обратной связи клинического течения хронических заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы:Ю.Л. Куницкий.-Свидетельство о регистрации авторского права № 88587/Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.-Дата регистрации 15.05.2019 г.
11. Куницкий Ю.Л. Трактовка понятия хирургического стресса:Ю.Л.Куницкий.- Свидетельство о регистрации авторского права № 88585/Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.-Дата регистрации 15.05.2019 г.

12. Куницкий Ю.Л. Синдром холемии при деструктивном холецистите: Ю.Л.Куницкий.-Свидетельство о регистрации авторского права № 88584./Государственная служба интеллектуальной собственности Украины.-Дата регистрации 15.05.2019 г.

### **Информационное письмо**

1. Гринцов А.Г. Фактори ризику виникнення післяопераційних ускладнень при лікуванні хворих з жвчокам'яною, поєднаною з виразковою хворобою /А.Г. Гринцов, Ю.Л. Куницкий, В.Н. Буценко, И.Ю Филипенко [Текст]//Информационное письмо МЗ Украины.–Киев, 2005.–3с.

### **Методические рекомендации**

1. Гринцов А.Г. Диагностика, хирургическое лечение и профилактика обтурационной желтухи после холецистэктомии /А.Г Гринцов, В.В Хацко, В.П. Танцюра, Ю.Л. Куницкий [и др.] [Текст] //Методические рекомендации.-Киев,2001.–17с.

### **Учебные пособия**

1. Василенко Л.И. Усовершенствованные методики анастомозирования пищевода, желудка и кишечника /Л.И. Василенко, А.М. Белозерцев, А.В. Борота [и др.].-Учебное пособие ЦМК с ВМО МЗ Украины), Донецк 2012.- 523 с. (протокол № 1 от 27.12.2011г.) (главы 2,5,6).

2. Василенко Л.И. Основы ручного кишечного шва /Л.И. Василенко, А.М. Белозерцев, А.В. Борота [и др.].-Учебное пособие ЦМК с ВМО МОЗ України.–Донецк 2013.- 474 с. (протокол № 2 від 4.06.2013г.) (глава 3).

3. Василенко Л.И. Протистенотичні кінцеві анастомози в шлунково-кишковій хірургії /Л.И. Василенко, О.О. Єпіфанцев, Ф.І.Гюльмамедов [та ін.].-Донецк,2011.-189с.(протокол.№3.від.15.04.2011р.) (Розділ 3).

4. Василенко Л.И. Основы механического (аппаратного) шва /Л.И Василенко, А.И. Ладур, А.Д. Шталов [и др.].-Донецк,2014.-583с.(протокол.№4 от 16.05.2014г.) (главы 3,6).

### **Монографии**

1. Куницкий Ю.Л. Симптомы и синдромы в неотложной хирургии /Ю.Л. Куницкий.-Донецк, 2020.-90с. (протокол № 8 от 31.12.2019г.) (раздел 5).

2. Василенко Л.И. Трубочатые резекции желудка в лечении гастродуоденальных язв /Л.И. Василенко, И.Е. Верхулецкий.-Донецк,2003.-338с.(протокол.№ 1 от 27.02.2003) (главы III, VI).

### **Используемые сокращения**

амб	амбулаторное обследование пациента
АЭ	антрумэктомия
БЕСЖ	буферная емкость содержимого желудка
ВБП	вторичный билиарный панкреатит
ГПДС	гепатопанкреатодуоденальная система
ГЭА	гастроэнтероанастомоз
ДИ	доверительный интервал
ДПК	двенадцатиперстная кашка

ДКХ	деструктивный калькулезный холестит
З-х этвм	трехэтапные вмешательства
ИХС	индекс хирургического стресса
ЖКБ	желчнокаменная болезнь
КПЖСА	катетеризация правой желудочно-сальниковой артерии
КТ	компьютерная томография
ЛРЖ	лапароскопическая резекция желудка
ЛИИ	лейкоцитарный индекс интоксикации
ЛСВ	лапароскопическая селективная ваготомия
ЛХЭ	лапароскопическая холецистэктомия
МЖ	механическая желтуха
ОКХ	острый калькулезный холецистит
ОШ	отношение шансов
ПСПВ	передняя селективная проксимальная ваготомия
РСЖ	рентгеноскопия желудка
РЭХПГ	ретроградная эндоскопическая холангиопанкреатография
РЭПСТ	ретроградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ПЯГЭА	пептическая язва гастроэнтероанастомоза
СВ	селективная ваготомия
СП	спаечный процесс
СтВ	стволовая ваготомия
ТРЖ	традиционная резекция желудка
ТХЭ	традиционная холецистэктомия
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХГТ	холангит
ХДА	холедоходуоденоанастомоз
ХЛ	холедохолитиаз
ХДН	хроническая дуоденальная непроходимость
ХКХ	хронический калькулезный холецистит
ччмхст	чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия
Ш	шанс (развития события при статистической обработке материала)
ЯБ	язвенная болезнь
ЯБДПК	язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
ЯБЖ	язвенная болезнь желудка