

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО»

На правах рукописи

КУНИЦКИЙ ЮРИЙ ЛЕОНИДОВИЧ

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

14.01.17 - хирургия

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
Совпель Олег Владимирович
доктор медицинских наук, доцент

Донецк– 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ.....	2
Введение.....	6
РАЗДЕЛ 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	21
1.1. Состояние проблемы на современном этапе.....	21
1.2. Процентное соотношение вовлеченных в патологический процесс органов гепатопанкреатодуоденальной системы при сочетанных заболеваниях.....	24
1.3. Сочетание заболеваний печени, желчновыводящей системы и двенадцатиперстной кишки.....	26
1.4. Клиника сочетанных заболеваний двенадцатиперстной кишки, печени и желчновыводящих путей.....	27
1.5. Сочетание заболеваний двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы.....	29
1.6. Диагностика сочетанной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной системы.....	32
1.7. Прогнозирование в клинической медицине.....	35
1.8. Понятие хирургического стресса.....	45
1.9. Обоснование хирургической тактики.....	47
1.10. Спаечный процесс в брюшной полости в послеоперационном периоде.....	59
1.11. Нейродистрофический процесс как основа структурных изменений в денервированной ткани.....	60
1.12. Функциональные последствия хирургического лечения сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы.....	63
РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	68
2.1. Терминология, классификация сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы. Диагностический алгоритм.....	68
2.2. Ультразвуковая диагностика.....	78
2.3. Эндоскопическая диагностика (фиброгастродуоденоскопия).....	91

2.4. Исследование секреторной функции желудка.....	95
2.5. Рентгенологическое исследование.....	98
2.6. Морфологические исследования.....	111
2.7. Исследование буферной ёмкости содержимого желудка.....	111
2.8. Лапароцентез.....	118
2.9. Диагностическая лапароскопия.....	121
2.10. Статистическая обработка полученных результатов	121
2.11. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ.....	122
2.11. 1 группа: больные с основным диагнозом: хронический калькулезный холецистит.....	124
2.11. 2 группа: больные с основным диагнозом: острый калькулезный холецистит.....	126
2.11. 3 группа: больные с основным диагнозом: хронический (острый) калькулезный холецистит, вторичный билиарный панкреатит.....	128
2.11. 4 группа: больные с основным диагнозом: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит	131
2.12. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЫ	133
2.12.1. оперированные больные с основным диагнозом желчнокаменная болезнь и ее осложнения.....	134
2.12.2. язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, как сочетанное заболевание.....	137
2.12.3. вторичный билиарный панкреатит у больных контрольной группы.....	137
2.12.4. хирургические вмешательства у больных контрольной группы.....	139
2.12.5. больные контрольной группы, перенесшие холецистэктомию в анамнезе и повторно госпитализированные в связи с недиагностированными сочетанными заболеваниями.....	142
2.12.6. больные контрольной группы с геморрагическим синдромом.....	143
2.12.7 больные контрольной группы с синдромом тяжелой интоксикации, перенесшие сочетанную травму тяжелой степени.....	144
2.12.8. Обоснование стабилизирующего влияния холецистэктомии на	

клиническое течение сочетанной язвенной болезни	145
2.13. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ.....	146
2.13.1. Характеристика больных с основным заболеванием язвенная болезнь и ее осложнения.....	148
2.13.2. Характеристика больных с основным заболеванием желчнокаменная болезнь и ее осложнения.....	157
2.13.3. Характеристика больных с основным заболеванием острый (обострение хронического) панкреатит и его осложнения...	168
РАЗДЕЛ 3 ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА.....	177
3.1 Балльная оценка факторов хирургического риска.....	177
3.2 Особенности клинического течения язвенной болезни в условиях сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы	180
3.3 Патогенез реализации хирургического стресса.....	189
РАЗДЕЛ 4. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТОПОГРАФИЯ.....	193
4.1 Патологическая топография брюшной полости у больных, перенесших операции по поводу осложненных форм язвенной болезни.....	193
4.2 Этиопатогенез спаечного процесса в брюшной полости у больных с поздними осложнениями селективной проксимальной ваготомии.....	208
РАЗДЕЛ 5. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.....	215
5.1. I этап. Медикаментозное лечение.....	215
5.2. II этап. Хирургическое лечение.....	219
5.3. медикаментозное лечение у больных с основным диагнозом хронический калькулезный холецистит в предоперационном периоде.....	223
5.4. хирургическое лечение.....	225
5.5. медикаментозное лечение у больных с основным диагнозом острый калькулезный холецистит в предоперационном периоде.....	259
5.6. хирургическое лечение.....	260

5.7. медикаментозное лечение у больных с основным диагнозом хронический (острый) калькулезный холецистит, вторичный билиарный панкреатит в предоперационном периоде.....	263
5.8. хирургическое лечение.....	271
5.9. медикаментозное лечение у больных с основным диагнозом хронический (острый) калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит в предоперационном периоде.....	276
5.10. хирургическое лечение.....	276
5.11. Патогенетическое обоснование положительного эффекта холецистэктомии на клиническое течение сочетанных заболеваний в органах, объединенных гепатопанкреатодуоденальной системой.....	286
РАЗДЕЛ 6. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	289
6.1. Обоснование целесообразности и эффективности выполнения симультанных операций у больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы	289
6.2. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде.....	293
6.3. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы	295
ОБОБЩЕНИЕ И АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	299
ВЫВОДЫ.....	311
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	313
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	315
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	319

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования:

По данным ВОЗ сочетанные заболевания органов пищеварения устанавливаются у каждого третьего больного, госпитализируемого в хирургические стационары [107,159,258,301]. Анализ периодической литературы, посвященной вопросам хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), свидетельствует об увеличении числа сообщений, посвященных этой проблеме [30,76]. 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 [56]. В последние годы отмечено увеличение частоты заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы (ГПДС) [76,213,332]. Частота сочетания только язвенной болезни при хроническом калькулезном холецистите варьирует от 28 до 69% [50,114,404]. 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 [258,267]. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости также сочетаются и выбор оптимальной хирургической тактики остается предметом дискуссии [60]. При хирургическом лечении сочетанных заболеваний органов брюшной полости многие авторы являются сторонниками симультанных операций [50,258,286]. Обосновано экономическое преимущество выполнения симультанных вмешательств, возможность избавить больного от нескольких заболеваний во время одного оперативного вмешательства [258]. Однако есть и противоположное мнение. Длительные и тяжелые симультанные операции сопряжены со значительными техническими трудностями, сопровождаются высокой частотой гнойно-септических осложнений (8,7%), высокой послеоперационной летальностью (4,3%) [124,170].

Степень разработанности темы

О том, что патогенетический подход к хирургическому лечению больных с желчнокаменной, сочетанной с язвенной болезнью позволяет сократить выполнение длительных операций с минимальными вмешательствами у 60,8% больных сообщают Короткий В.М. и соавт., 2004 [124]. Что же касается хирургической тактики у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС в целом (сочетание желчнокаменной, язвенной болезней, вторичного панкреатита), имеются единичные сообщения [138]. Не смотря на значительные достижения в использовании миниинвазивных технологий [2, 30, 31, 110, 120, 173, 162, 200, 306, 324, 333, 401, 402, 422, 463, 465], этапных операций у больных с высоким операционным риском [10, 101, 105, 117, 161, 165, 324, 337, 363], количество послеоперационных осложнений у больных с обструктивными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы (6,6-21,6%) и послеоперационная летальность (5,7%-10,8%) остаются на высоком уровне [41, 119, 138, 152]. Наряду с увеличением сроков жизни, увеличилось количество пациентов с тяжелой соматической патологией, больных пожилого и старческого возраста [117, 165, 337]. Выполнение симультанных операций у больных данной категории сопряжено с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском. Таким образом, вопрос о хирургическом лечении больных с сочетанием желчнокаменной, язвенной болезней и вторичного панкреатита, их осложнений, включая диагностику, лечебную и хирургическую тактику на сегодняшний день остается недостаточно изученным, что определяет актуальность данной проблемы.

Цель: повысить эффективность хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы путем прогнозирования развития осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах, использования 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:

1. Впервые создано лечебно-диагностическое направление, при котором с учетом тесной анатомической и функциональной связи между желудком, двенадцатиперстной кишкой, печенью, желчевыводящими протоками и

поджелудочной железой доброкачественные заболевания этих органов рассмотрены не как отдельные нозологические единицы, а как результат поражения всех органов, составляющих ГПДС.

2. Впервые разработан комплексный подход к диагностике, определению хирургической тактики, выбору объема и метода хирургического вмешательства, симультанных и этапных операций при доброкачественных заболеваниях органов ГПДС.

3. Впервые факторы агрессии при язвенной болезни в условиях сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы изучены на основе изучения буферной емкости содержимого желудка. Наиболее значимыми факторами являются: увеличение буферной емкости содержимого желудка (ср.=0,01), что приводит к увеличению его pH, концентрации желчных кислот (в основном за счет содержания фолиевой кислоты ср.=0,056), снижению протекторной функции слизистой оболочки желудка за счет снижения концентрации муцинов.

4. Впервые в прогнозировании развития послеоперационных осложнений использовалось сочетание бальной системы и степени вероятности их развития на основе разработанного индекса хирургического стресса.

5. Разработаны эффективные способы органосохраняющих и этапных вмешательств при сочетании осложненных форм желчнокаменной, язвенной болезней и вторичного панкреатита с применением новых технологий.

6. 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 значимость работы

1. Исходя из фундаментальных данных эмбриогенеза печень, желчевыводящие протоки и поджелудочная железа являются производным той

части первичной кишечной трубки, из которой в дальнейшем образуется двенадцатиперстная кишка. С учетом «генетического родства» желчнокаменную, язвенную болезни и вторичный панкреатит следует рассматривать не как отдельные нозологические единицы (язвенная, желчнокаменная болезнь, панкреатиты), а заболевания гепатопанкреатодуоденальной системы в целом. При этом сочетание желчнокаменной, язвенной болезней и панкреатита являются закономерными (Свидетельство на авторское право №45435, 2012 г.).

2. В системе органов, объединенной гепатопанкреатодуоденальной системой, 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 желчнокаменная болезнь. Исходя из предложенной гипотезы, хирургическая санация желчновыводящей системы приводит к стабилизации клинического течения билиарного панкреатита (контрольная группа-36,9%, основная-12,2%), который способствует обострению язвенной болезни (в 33,3% случаев) и развитию с ее стороны опасных для жизни осложнений (кровотечение, перфорация) (в 26,3% случаев). Таким образом, разрывается патологический круг в системе органов гепатопанкреатодуоденальной системы: желчнокаменная болезнь - обострение вторичного билиарного панкреатита - обострение язвенной болезни с развитием осложнений с ее стороны.

Это позволяет обоснованно использовать симультанные операции, направленные на: 1. Максимальное снижение количества послеоперационных осложнений. 2. Перевод хронического воспалительного процесса в органах гепатопанкреатодуоденальной системы в стадию длительной и стойкой ремиссии, уменьшение сроков пребывания больного в стационаре, периода временной нетрудоспособности у пациентов трудоспособного возраста.

Практическая значимость работы заключается в том, что разработанная хирургическая тактика при сочетании желчнокаменной с язвенной болезнью и вторичным панкреатитом, позволяет увеличить количество симультанных

операций и уменьшить количество послеоперационных осложнений. Учет факторов хирургического риска развития послеоперационных осложнений и индекса хирургического стресса при лечении желчнокаменной в сочетании с язвенной болезнью позволили уменьшить количество послеоперационных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде со стороны сочетанной язвенной болезни с 26,5% до 1,4%. Разработанные способы симультанных и этапных операций внедрены в клиническую практику хирургических клиник им. В.М.Богославского (на базе ИНВХ им. В.К.Гусака-главный врач Шматько Л.П.), 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 № 1 г. Макеевки, главный врач Рудниченко А.А.), а также при оказании лечебно-консультативной помощи по линии санитарной авиации Донецкой области (с 1996 по 2014 г.г.) при хирургическом лечении 674 больных с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Опубликовано информационное письмо "Фактори ризику виникнення післяопераційних ускладнень при лікуванні хворих з жовчнокам'яною, поєднаною з виразковою хворобою" (Київ, 2005), а также методические рекомендации "Диагностика, хирургическое лечение и профилактика обтурационной желтухи после холецистэктомии" (Київ, 2001), положениями которых пользуются врачи-хирурги г. Донецка и Донецкой области. 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 районной больницы 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.

Методология и методы исследования: Общеклинические (клинический анализ крови, общий анализ мочи), биохимические (билирубин, остаточный азот,

мочевина, электролиты, белок и его фракции, коагулограмма), физико-химические (содержание желчных кислот в желудочном соке, буферная емкость содержимого желудка (БЕСЖ), исследование секреторной функции желудка) для оценки факторов агрессии и защиты, рентгенологические (РСЖ, ИОХГ), инструментальные (УЗИ, ФГДС, КТ, РЭХПГ) для оценки степени и распространенности воспалительного процесса, активности сочетанных заболеваний, лечебных мероприятий, морфологические для оценки характера воздействия аппарата биологической сварки тканей, статистические для параметрического анализа полученных результатов.

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: $ИХС = \Sigma / n$, где ИХС—индекс хирургического стресса; Σ —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 $11,3\%$ (с учетом осложнений язвенного генеза с $19,1\%$ до $8,9\%$) (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» порочный 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 учетом осложнений язвенного генеза 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 апробации 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 (64,5%) 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 (зав. отделением Колесникова Л.А., главный врач д.мед.н., профессор Момот Н.В.) проводились в Республиканском

диагностическом центре МЗ ДНР. 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.Овнатаяна 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 г.г.), общей хирургии №1 "Разработка рациональных методик формирования желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов" (Государственный регистрационный номер 0105U008718-2013-2015г.г.). 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 20.01.01-2020-2023г.г.).

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.Овнатаяна (на базе ДОКТМО-главный врач профессор, д.мед.н. Момот Н.В.), хирургических клиниках 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 Донецкой области (с 1996 по 2014 г.г.).

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» (7-8 ноября 2013г., Донецк), XII съезде хирургов России (Ростов-на-Дону), 7-9 октября 2015г., научно-практической конференции «Система медицинского обеспечения в локальных войнах» (14-15 апреля 2016г. Ростов- на-Дону), Национальном хирургическом конгрессе совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля 2017, Москва, V съезде хирургов Юга

России, 18-19 мая, 2017г., международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать... болезнь», (Донецк, 15-16 ноября, 2017г.), XXIV Российской научно-практической конференции с международным участием «Медицина боли: от понимания к действию», (Ростов–на–Дону, 17-19 мая, 2018), II международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь»-(14-15 ноября 2018г.), VI съезде хирургов Юга России, (4-5 октября, 2019 г.)

Личный вклад автора. Научные положения и результаты, которые выносятся на защиту получены диссертантом 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 большинство оперативных вмешательств (64,5%) в клиниках г. Донецка и все операции выполнены лично при выездах на консультации в города и районы Донецкой области по линии санитарной авиации. Из 15 полученных патентов Украины основные идеи изобретений в 14 принадлежат автору. Научные положения, их трактовка, защищенные 12 свидетельствами на авторские права принадлежат автору. Инструментальные методы диагностики (РХПГ, КТ), морфологические, исследования (зав. отделением Колесникова Л.А., главный врач профессор Момот Н.В.) проводились в Республиканском диагностическом центре МЗ ДНР. Морфологические исследования консультированы на кафедре патологической анатомии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО профессором, д.мед.н. Василенко И.В. Исследование буферной емкости содержимого желудка в целях определения состояния факторов агрессии и защиты гастродуоденальной зоны проводилось в институте физикоорганической химии и углехимии им. Л.М.Литвиненко (с.н.с. Хомутова Е.В.), и ЦНИЛе ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО. (Зав. проф. Уманский В.Я.). Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом и являлась фрагментом научно-исследовательской работы кафедры факультетской хирургии им. К.Т.Овнатяна

и хирургических болезней стоматологического факультета "Хирургическое лечение язвенной болезни у больных с сочетанной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны" (Государственный регистрационный номер 0100U006366. 2000-2003 г.г.), «Лечение гнойно-воспалительных заболеваний с комплексным использованием современных технологий» (Государственный регистрационный номер 0110U 001644, 2010–2013 гг.), кафедры общей хирургии №1 "Разработка рациональных методик формирования желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов" (Государственный регистрационный номер 0105U008718, 2013–2015 гг.) кафедры общей хирургии №1. Запланирована и выполняется межкафедральная тема «Изучение девиации адаптационных механизмов в норме и при критических состояниях, разработка стратегии персонализированной медицины» (кафедра хирургии ФИПО, анестезиологии, реаниматологии и неонатологи (Государственный регистрационный номер УН 20.01.01-2020-2023).

Апробация и реализация результатов диссертации. 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 гепатопанкреатології" (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» (Харків, 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» (7-8 ноября 2013г., Донецк). 12 съезде хирургов России (Ростов на Дону), 7-9 октября 2015г., научно-практической конференции «Система медицинского обеспечения в локальных войнах» (14-15 апреля 2016г. Ростов- на-Дону), Национальном хирургическом конгрессе совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля 2017, Москва, V съезде хирургов Юга России, 18-19 мая, 2017г., международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать... болезнь», Донецк (15-16 ноября, 2017г.), XXIV Российской научно-практ. конф. с международным участием «Медицина боли: от понимания к действию» (г. Ростов-на Дону, 17-19 мая, 2018г.), доложены и обсуждены на II международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь (14-15 ноября 2018г.,Донецк). II международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь.-14-15 ноября 2018г., VI съезде хирургов Юга России, 4-5 октября, 2019 г.

Публикации. по теме диссертации опубликовано 63 печатная работа, в т.ч. 43 статья в рецензируемых изданиях., Получено 12 свидетельств на авторские права (Украина), 15 патентов на изобретения (Украина). Изданы 2 информационных письма, 1 методические рекомендации. Отдельные положения диссертации изложены в монографиях «Трубчатые резекции желудка в лечении гастродуоденальных язв» Василенко Л.И., Верхулецкий И.Е., 2003.), «Симптомы и синдромы в неотложной хирургии» (Куницкий Ю.Л., 2020), четырех учебных пособиях: «Протистенотичні кінцеві анастомози в шлунково-кишковій хірургії» Василенко Л.І. та ін., 2011; «Усовершенствованные методики анастомозирования пищевода, желудка и кишечника» под ред. профессора Василенко Л.И., 2012), «Основы ручного кишечного шва» под ред. профессора Василенко Л.И., 2013). «Основы механического (аппаратного) шва» под ред. профессора Василенко Л.И., 2014).

Структура и объем 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 469 источников, из которых 359 кириллицей, 110 латиницей.

РАЗДЕЛ 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Состояние проблемы на современном этапе

Интерес хирургов к проблеме хирургического лечения больных с сочетанной патологией органов желудочно-кишечного тракта за последние годы заметно возрос [54,62,80,85,94,185,187,214,229,231,249,254,268,282,283,284,287,313,331,409]. Вместе с тем, вопросы хирургического лечения больных с сочетанной патологией органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) далеки от своего разрешения. Хирургическая тактика окончательно не разработана, мнения о ней разноречивы [184,288].

К числу сочетанных заболеваний относятся язвенная, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит, заболевания внутренних половых органов у женщин, дивертикулез ободочной кишки, грыжи различной локализации, хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки (ХДН), спаечная болезнь в различной ее комбинации. Особого внимания заслуживает такое сочетание, при котором тесное топографоанатомическое и функциональное взаимоотношение приводят к взаимообусловленному, этиопатогенетическому поражению связанных между собой органов, в частности желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчевыводящих протоков и поджелудочной железы [43,92,149,155,158,181,188,238,325,342].

Представление о тесной взаимосвязи указанных систем органов было четко сформулировано Н.И. Лепорским более 50 лет назад [281]. Общность этих систем органов подтверждается единством и с точки зрения эмбриогенеза. Как известно печень, желчевыводящие протоки и поджелудочная железа в эмбриогенезе являются производным той части первичной кишечной трубки, из которой в дальнейшем образуется двенадцатиперстная кишка (ДПК) [281]. Центральное место в этой системе принадлежит ДПК [149,281]. И если во время резекции желудка, ваготомии некоррегированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, неудаленная киста яичника не несут в себе непосредственной

опасности, то развитие деструктивного холецистита, гнойного холангита, панкреонекроза в ближайшем послеоперационном периоде представляют собой непосредственную угрозу для жизни больного [19, 43, 144, 184, 284, 285, 321, 336, 462]. В связи с этим именно этиопатогенетически взаимообусловленным сочетанным заболеваниям уделяется особое внимание, в частности органов гепатопанкреатодуоденальной системы: язвенной, желчнокаменной болезням, грыжам пищеводного отверстия диафрагмы, панкреатитам, хронической дуоденальной непроходимости [43,44,80,155,231].

В последние годы отмечен рост заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы [43,332,340,460]. Вместе с тем, количество работ, посвященных разрешению данной проблемы невелико [194].

В хирургическом отношении коррекция сочетанной патологии предусматривает выполнение симультанных операций. Несмотря на аргументированно доказанное многими исследователями преимущество подобных вмешательств [25, 44, 95, 121, 147, 155, 156, 157, 233, 256, 266, 285, 294, 323, 337, 341], некоторые авторы не разделяют их мнения [214]. Приводятся данные о возможности выполнения сочетанных операций только в плановой хирургии, в ургентной ситуации их применение ограничено периодом - до развития перитонита [67]. Между тем, некоррегированная сочетанная патология с течением времени ведет к прогрессированию патологических процессов в «соседних» органах с развитием опасных для жизни осложнений [244,336].

При сочетании различных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны установлен факт взаимного отягощения клинического течения каждого из них [187,192,238,252,358]. Так по данным Горбашко А.И. и соавт., [238] рефлюкс-эзофагит в 50% случаев, сочетающийся с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, язвенной болезнью ДПК и хроническим панкреатитом усугубляет их течение. И наоборот, недостаточность пищеводно-желудочного перехода, рефлюкс-эзофагит при таком сочетании, как правило, усугубляются, если не производится соответствующая коррекция [54,238]. Факт взаимного отягощения патологических процессов при сочетанных заболеваниях органов

гепатопанкреатодуоденальной зоны отмечен также Нурмаковым А.Ж. и соавт., [192]. Савин А.М. и соавт., [252] указывает на факт усугубления клинического течения дуоденальной язвы при ее сочетании с хроническим холециститом и хроническим панкреатитом. Сочетанное течение гастродуоденальной язвы с сопутствующими заболеваниями пищеварительного тракта характеризуется взаимным отягощением, быстрым развитием осложнений, и проявляет рефрактерность к консервативному лечению [155]. При обследовании 647 больных через 2-12 лет после холецистэктомии Эсперов Б.Н. и Савенко Ю.П., [358] установили, что из 142 больных, предъявляющих жалобы у 31 (21,83%) больного они не были связаны с поражением гепатобилиарной системы. У них диагностирована язвенная болезнь желудка и ДПК.

Нет единого взгляда на вопросы хирургической тактики. Так одни авторы при сопутствующем дуоденальной язве хроническом панкреатите в ходе резекции желудка выключают из пассажа ДПК [130], другие при данной ситуации называют отдаленные результаты подобных вмешательства неутешительными [67].

Не изучены в должной степени отдаленные результаты хирургического лечения больных с сочетанной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Опубликованные работы, в основном, касаются изучению систем: желчевыводящие пути - хронический панкреатит [20,187,192, 358]. Между тем, согласно классификации симультанных операций [321,342] основным заболеванием следует считать то, которое представляет наибольшую опасность для жизни больного, включая прогноз после вмешательства. Работ, посвященных изучению функциональных последствий хирургического лечения больных с сочетанной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной системы в целом практически нет.

1.2. Процентное соотношение вовлеченных в патологический процесс органов гепатопанкреатодуоденальной системы при сочетанных заболеваниях

По данным Запорожченко Б.С. и соавт., [233], у 20-30% больных, госпитализированных в хирургические стационары диагностируется сочетанная патология органов брюшной полости, которая требует выполнения симультанных операций. Нет единства во мнении, какое заболевание является основным, а какое сочетанным. Опираясь на немногочисленные данные периодической литературы, посвященной данному вопросу, можно сделать вывод о том, что в сочетанной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной системы ведущую роль отводят язвенной болезни [67,155,190,244,257]. Гастродуоденальная язва по данным Луцевича З.В., [155] в 20-50% случаев сочетается с другими заболеваниями органов брюшной полости. При этом определено 20 вариантов различных сочетаний, но чаще всего отмечены следующие: с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы-62%, хроническим холециститом-17,7%, спаечной болезнью-17,7%, грыжами передней брюшной стенки-10,1%. По данным Ермолаева В.А. и Баскакова В.А., [80] из органов желудочно-кишечного тракта наиболее часто сочетаются язвенная, желчнокаменная болезнь и хронический панкреатит. Язвенная болезнь желудка и ДПК часто сочетаются с нарушением дуоденальной проходимости [257]. В настоящее время убедительно доказана взаимосвязь хронической дуоденальной непроходимости с такими распространенными заболеваниями, как язвенная болезнь, хронический холецистит, хронический панкреатит [244], грыжа пищеводного отверстия диафрагмы [241]. По данным различных авторов частота хронической дуоденальной непроходимости в сочетании с другими заболеваниями варьирует от 26 до 80% [25,67,201]. При эндоскопической диагностике выявляемость этой патологии достигает 86,7% [67]. При этом хроническая дуоденальная непроходимость существенно влияет на выбор оперативного вмешательства и его исход [201].

По данным различных авторов язвенная болезнь желудка часто сочетается с различными заболеваниями органов ЖКТ: с дуоденальной непроходимостью—60–75% [72,75,344], желчнокаменной болезнью—30–69% [114].

По данным Короткого В.М. и др. [124] язвенная болезнь желудка часто сочетается со следующими заболеваниями ЖКТ: ГПОД-11-60%, ХДН-60-75%, ЖКБ-30-69%. Поташов Л.В. и соавт., [231] сочетание желчнокаменной болезни при язве желудка и ДПК отметили в 38,6% случаев, Эсперов Б.Н. и Савенко Ю.П., [358] у больных с желчнокаменной болезнью гастродуоденальную язву диагностировали в 21,83% случаев. Брагин В.В. и Борзенко Б.В., [20] у 137 оперированных больных с желчнокаменной болезнью сочетание с язвой желудка и ДПК выявили у 68 (49,63%) больных. По данным Петрушенко В.В. [225] ЖКБ при язвенной болезни диагностирована у 3(25%) больных, у 6(50%) больных подтверждена во время релапаротомии. По данным Дзвонковской В.В. [69] язвенная болезнь ДПК осложняется хроническим панкреатитом у 17,8% больных при длительности основного заболевания более 4 лет. Вторичный билиарный панкреатит при установленном диагнозе ЖКБ развивается в сроки через 3-4 года [153].

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы по данным Земляного А.Г. и соавт. [92] у больных язвенной болезнью отмечена в 69,49%, в сочетании с рефлюкс-эзофагитом в 57,62% случаев. Недостаточность пищеводно-желудочного жома у больных с дуоденальной язвой по данным Джумабаева Х.Д., [68] отмечена в 28,91% случаев. При этом в 6,95% диагностирована грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с развитием рефлюкс-эзофагита в 33,9% случаев. Частота рефлюкс-эзофагита у больных с язвенной болезнью ДПК в сочетании с хроническим панкреатитом варьирует от 19,3 до 50% [54,238]. Эфендиев В.М. и др. [278] ХДН при язвенной болезни ДПК наблюдали в 20,7% случаев.

Хронический панкреатит в сочетании с язвенной болезнью ДПК, осложненной пенетрацией в головку поджелудочной железы по данным Шейко В.Д., [352] выявляется в 73,9% случаев. При этом клинические его проявления отмечаются только у 33,7% больных [32].

1.3. Сочетание заболеваний печени, желчевыводящей системы и двенадцатиперстной кишки

Морфологические исследования печени (операционная биопсия) у больных с осложненной формой язвенной болезни показали высокую частоту ее поражения [281] в виде белковой, жировой дистрофии, некрозов и признаков регенерации в виде двоядерных и крупноядерных гепатоцитов с отложением в них гемосидерина, внутри-, и междольковой клеточной инфильтрации, расширением портальных трактов, колагенизацией их стромы, гиперплазии ретикулоэндотелия, признаков воспаления Глиссоновой капсулы. Описаны 4 типа поражения печени у больных, оперированных по поводу осложненных форм язвенной болезни: белковая, жировая дистрофия, межуточный гепатит и цирроз печени [149]. Вместе с тем патогенез вторичного поражения печени не совсем ясен [281].

При каком бы заболевании не изучалось функциональное состояние печени, оно зачастую оказывается нарушенным. Следовательно, изменение показателей отдельных функциональных печеночных проб далеко не всегда дает право клиницисту диагностировать сочетанную патологию двенадцатиперстной кишки и печени. Однако достоверно установленную при комплексном обследовании дистрофию или гепатит следует обязательно учитывать при выборе рациональной терапии.

Проведенные фундаментальные морфологические исследования (анализ 6456 секционных наблюдений [149] показали, что в отличие от язв желудочной локализации (медиагастральные язвы), именно при язвенной болезни ДПК (пилородуоденальная язва) наблюдается сочетанное поражение печени в виде неспецифического реактивного гепатита, желчевыводящей системы и поджелудочной железы. Данные исследования [149] позволили установить, что неспецифический реактивный гепатит при язвенной болезни ДПК наблюдается в 23,86% случаев. Рецидивирующий характер язвенной болезни приводит к повторным эпизодам воспалительных и дистрофических изменений в печени. При этом неспецифический реактивный гепатит принимает затяжной характер.

Представляется возможным, что язвенная болезнь индуцирует воспалительный процесс в печени, а каждое новое обострение усугубляет патологические изменения в печеночной паренхиме. В условиях такого взаимообусловленного поражения указанных органов адаптация к изменяющимся условиям (чередование периодов ремиссий и обострений) происходит за счет вегетативной нервной системы, интрамуральных нервных сплетений, гастроинтестинальных регуляторных пептидов, причем своеобразным центром этой системы является пилорoduоденальная зона [149].

1.4. Клиника сочетанных заболеваний двенадцатиперстной кишки, печени и желчновыводящих путей

Недостаточная разработанность вопросов, связанных с хирургическим лечением сочетанной патологии органов гепатопанкреатoduоденальной системы в большой степени связана со сложностью диагностики [25,80,121,184,230,250]. Особенности сочетанной патологии заключаются в том, что симптомы каждого заболевания, сочетаясь друг с другом, суммируются. Это приводит к тому, что клиническая картина того или другого заболевания протекает атипично, и это в свою очередь затрудняет их диагностику [80].

Авторы, изучавшие состояние двенадцатиперстной кишки при заболеваниях билиарного тракта весьма часто диагностировали дуоденит. Безоговорочно утверждать какая патология была первичной, а какая вторичной, в каждом отдельном случае невозможно [281]. Так при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерны голодные и ночные боли, более-менее выраженная сезонность. С присоединением вторичных изменений желчных путей, обычно в виде дискинезий, может существенно меняться картина болезни. Зачастую ведущими в клинической картине сочетанных заболеваний являются признаки дискинезии желчного пузыря. Может существенно меняться болевой синдром: боли начинают локализоваться преимущественно в правом подреберье, иногда они иррадиируют в правое плечо, обычно выявляется местная

болезненность в проекции желчного пузыря с непостоянным выявлением "желчнопузырных" симптомов [281]. Сочетанная одномоментная радиохолецистография и хроматическое фракционное зондирование с интрадуоденальным введением раствора ксилита [281] позволили выявить двигательные нарушения желчного пузыря у 95,5 % больных с язвенной болезнью ДПК, а дискинезии желчных путей в 100% случаев. Нарушения функции желчного пузыря отмечены по гипо-, и гипермоторному типу. По всей видимости частота того или другого типа дискинезии желчных путей при язвенной болезни зависит от возраста больных, длительности заболевания, наличии осложнений язвенной болезни. У молодых людей часто наблюдаются гиперкинезия желчного пузыря и спастическое состояние сфинктеров желчных путей. По данным Комарова Ф.И. и соавт., [281] на ранних стадиях развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с одинаковой частотой наблюдаются гипер-, и гипокинетические нарушения желчевыделения, тогда как при длительности заболевания более 5 лет - чаще медленное опорожнение желчного пузыря. Четко выделяется зависимость типа дискинезии желчных путей от кислотообразующей функции желудка. При повышении кислотообразования наблюдалась гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря, при нормальной и пониженной кислотности желудочного сока преобладала гипокинетическая дискинезия.

Чрезвычайно большая частота сочетанных заболеваний ДПК и желчновыводящих путей считается общепризнанной. Однако взгляды на их сущность разноречивы [281].

Холелитиаз существенно изменяет течение язвенной болезни. В клинической картине при этом сочетании могут преобладать симптомы, характеризующие заболевание билиарного тракта. Однако не всегда выявление желчных камней у больных язвенной болезнью ДПК при нормально функционирующем желчном пузыре и болях в правом подреберье может их объяснить, а холецистэктомия облегчить болевой синдром. Клиническое толкование подобных сочетаний иногда затруднительно [281]. Некоторые клиницисты большое значение в развитии дискинезии желчных путей и хронического холецистита, как и панкреатита

придают дуоденальному стазу, независимо от его происхождения [281]. Луцевич Э.В. и соавт., [155] отмечают, что при сочетании гастродуоденальной язвы с другими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта клиническая картина может существенно меняться. Данные авторы отмечали изжоги, боли в эпигастрии и за грудиной при сочетании язвенной болезни с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Проявление таких симптомов зависит от положения тела после еды. Подобные проявления не характерны для язвенной болезни в изолированном виде. При сочетании гастродуоденальной язвы с хроническим холециститом на первый план могут выступать клинические проявления патологии внепеченочной желчной системы: приступообразные боли в правом подреберье, диспепсия в виде тошноты и рвоты [155].

1.5. Сочетание заболеваний двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы

Частота вовлечения в патологический процесс поджелудочной железы при заболеваниях ДПК по данным различных авторов неодинакова, что объясняется трудностями диагностики хронического панкреатита [281,305,315]. О сочетанном заболевании поджелудочной железы при язвенной болезни с нарушением ее экзо- и эндокриной функций сообщают многие авторы [43,48,78,80,332]. По данным Верхулецкого И.Е. и соавт. [280] из 1203 больных с острым и хроническим панкреатитом, наблюдавшихся в клинике операции по поводу язвенной болезни в прошлом перенесли 414 (34.5%) больных. По данным тех же авторов соотношение язвенной болезни желудка и ДПК при панкреатитах составили 11,7% и 88,3% соответственно. При этом язвенная болезнь ДПК может сопровождаться значительными не только функциональными, но и морфологическими изменениями со стороны поджелудочной железы [43,149,332,339]. Сочетание язвы ДПК и хронического панкреатита в некоторых случаях сопровождается значительными деструктивными изменениями головки поджелудочной железы, что приводит к развитию желтухи и дуоденальному

стенозу [64,335,410,449]. Гаджиев А.С. [43], изучая функционально-морфологическое состояние поджелудочной железы у больных с язвой ДПК установил наличие изменений в ферментном составе панкреатического сока, но в большей степени в его общем количестве. Проведенная патоморфофункциональная параллель позволила сделать вывод о первичности поражения поджелудочной железы и вторичности по отношению к дуоденальной язве. Уменьшение выработки панкреатического сока при хроническом панкреатите, поступающего в ДПК недостаточного для нейтрализации соляной кислоты приводит к изъязвлению слизистой оболочки ДПК с последующим образованием язвы [43].

Установлено, что при язвенной болезни ДПК происходит повышение активности амилазы и снижение активности липазы в содержимом двенадцатиперстной кишки в ответ на стимуляцию панкреазиминном [280]. Механизм возникновения панкреатита при язвенной болезни связан с гиперсекрецией желудочного сока и ускоренной эвакуацией из желудка [280]. При этом кислотность содержимого ДПК повышается. Затем следует нарушение продукции интестинальных гормонов, что вначале вызывает увеличение выброса секретина и панкреазимина в плазму крови, и это способствует возникновению, либо обострению панкреатита. Впоследствии, из-за повышенной кислотности содержимого ДПК возникает атрофия ее слизистой оболочки, уменьшается число клеток, продуцирующих секретин. Снижение уровня секретина способствует уменьшению выброса бикарбонатов поджелудочной железой и недостаточности ощелачивающей способности панкреатического сока, что приводит к химической травме слизистой оболочки ДПК кислым содержимым желудка.

Таким образом, язвенная болезнь и панкреатит, потенцируя друг друга формируют порочный круг и оказываютотягщающее влияние на клиническое течение каждого из заболеваний [280,335].

Отмечается тяжелое течение панкреатита после выполнения операций на желудке по поводу язвенной болезни [280]. Летальность после операций по поводу деструктивного панкреатита, сочетающегося с язвенной болезнью

составляет 11,5%, по поводу осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение, стеноз) на фоне панкреатита 9,5% [280]. Частота возникновения симптоматических панкреатогенных острых гастродуоденальных эрозий у больных с острым панкреатитом составляет 8-24%. Общая летальность при острых гастродуоденальных язвах, осложненных кровотечением в подобных ситуациях достигает 80% [32].

Острый послеоперационный панкреатит нередко представляет собой обострившийся хронический панкреатит. Причинами обострения хронического панкреатита, сочетающегося с язвенной болезнью являются: травма поджелудочной железы во время операции, гипертензия в ДПК, нейрогенные, бактериальные, аллергические и другие факторы [127,300]. Острый послеоперационный панкреатит является одним из тяжелых осложнений после операций на органах панкреатодуоденальной зоны. По данным Брехова И.Е. и савт. [22] после резекции поджелудочной железы и желудка он развивается в 31,8% и 26% случаев соответственно. После папиллосфинктеротомии острый послеоперационный панкреатит встречается в 0,7-45,3% случаев и приводит к панкреонекрозу в 4-10% наблюдений [115,202]. Важным этиологическим фактором острого послеоперационного панкреатита является повышение давления в протоковой системе поджелудочной железы и желчных протоков, как следствие посттравматического отека большого дуоденального сосочка [210,354]. В эксперименте доказаны рост объема панкреатической секреции и ферментативной активности в первые часы послеоперационного периода [37], что в условиях нарушения оттока секрета также способствует росту внутрипротоковой гипертонии [176].

При пенетрации гастродуоденальной язвы клиническая картина характеризуется поражением того органа, куда пенетрирует язва – чаще в поджелудочную железу (80,5% случаев) [143] и проявляется клиническими признаками хронического панкреатита.

Основные причины острого послеоперационного панкреатита у больных, оперированных по поводу гигантских язв ДПК – травматизация поджелудочной

железы, пенетрация язвы с возникновением хронического панкреатита, дуоденостаза. Частота возникновения острого послеоперационного панкреатита—20-25%, летальность—30-55% [127,300,322]. В последние годы отстаивается позиция раннего оперативного лечения при панкреонекрозе [196].

1.6 Диагностика сочетанной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной системы

Клиническая диагностика сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы зачастую затруднена, однако является обязательной, особенно при развитии острых осложнений [128,138,203,264]. Трудности диагностики связаны с тем, что симптомы каждого заболевания, накладываясь друг на друга суммируются, делая клиническую картину того или другого заболевания атипичной [25,80,121,184,230,370,394,396,425,427]. По данным Луцевича Э.В. и соавт., [155] при сочетании гастродуоденальной язвы с другими заболеваниями органов брюшной полости клиническая картина может существенно меняться, поэтому решающее значение, в диагностике сочетанных заболеваний отдают инструментальным методам исследования.

Одним из ведущих методов инструментальной диагностики при сочетанных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны является ультразвуковая диагностика (УЗД) [223,232,309]. Диагностическая достоверность данного метода исследования составляет 97–98,9% [223,232,309]. Однако, следует помнить, что общность клинических проявлений у ряда больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы приводит к диагностическим ошибкам в 10–30% случаев [232,309]. Высокоэффективным методом диагностики язвенной болезни и ее осложнений является фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). ФГДС является ведущим методом в диагностике язвенной болезни желудка с целью выявления предраковых состояний (хронический гастрит, полипы, хроническая язва) [122,123,180,349,360,362,365,369,371,380,381,382,383,387,389,397,399,414,424,431,

446,469] и предраковых изменений слизистой оболочки желудка (дисплазия различной степени выраженности, атипичная гиперплазия) [180,428,430,437,452,454,458,459]. Выполнение полипозиционной прицельной биопсии с последующим цитологическим исследованием повышает диагностическую ценность эндоскопической диагностики первично-язвенной формы начального рака или малигнизированной хронической язвы желудка до 94,4% [193,263]. При этом следует помнить, что как для первично-язвенной формы рака желудка так и для хронической язвы характерна цикличность в изменении морфоструктуры язвенного дефекта. Любая форма изъязвления, независимо от ее природы для которой характерно нарушение целостности слизистой оболочки желудка влечет за собой стандартный ответ: изъязвление - регенерация - эпителизация дефекта – изъязвление [349]. Если учесть тот мощный арсенал противоязвенных препаратов, который в настоящее время имеют интернисты, то становится понятным, что за изъязвлением под воздействием медикаментозной противоязвенной терапии наступает эпителизация язвенного дефекта. Следующим этапом возникает инфильтрация постязвенного рубца раковыми клетками с развитием рецидива изъязвления. Описанный цикл злокачественного роста может повторяться несколько раз и растянуться на довольно продолжительный срок, исчисляемый, порой, годами [371]. Проведено значительное количество эндоскопических исследований в определении роли *Helicobacter pylori* в генезе язвенной болезни, включая рак желудка [269,400,405,406,432,434,435,436,453,467]. Анализ результатов исследований свидетельствует о противоречивости мнений о роли *Helicobacter pylori* в трактовке малигнизированной хронической язвы желудка.

Подавляющее количество публикаций свидетельствуют о высокой эффективности эндоскопической диагностики и лечения гостродуоденальных кровотечений [7,102,199,319,407,408,416]. Она позволяет установить источник кровотечения и его характер от 89,1% до 95% [59,146,392] и выполнить эндоскопический гемостаз независимо от характера кровотечения и общего состояния больного [274]. Проведенная в первые 24 часа с момента

госпитализации больного в стационар эндоскопия сокращает срок госпитализации и риск повторного кровотечения в 2 раза [457].

Оскретков В.И. и Вильгельм Н.П., [201] указывают, что при сочетании язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с хронической дуоденальной непроходимостью, симптомы последней немногочисленные и клинически выявлялись только у 13,2% больных. На проявления сочетанной патологии оказывает влияние длительность одного из сочетаемых заболеваний. Так Оскретков В.И. и Вильгельм Н.П., [201] указывают, что из-за длительного язвенного анамнеза, наличия осложненных форм язвенной болезни установление истинных причин тех или иных клинических симптомов было затруднительно. Данные авторы в диагностике хронической дуоденальной непроходимости, сочетающейся с язвенной болезнью ДПК используют релаксационную дуоденографию, гастроскопию, синхронную гастродуоденоманометрию, дуоденодебитометрию, фракционное исследование желудочного сока, гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка.

Учитывая тот факт, что в патологический процесс зачастую вовлекается несколько систем органов у конкретного больного используют комплексное обследование: ФГДС, УЗИ, компьютерную томографию (КТ), контрастное исследование желчных путей, включая контрастные методы исследования на операционном столе, ретроградную холангиопанкреатографию [1,93,103,125,155,257]. Учитывая атипичность течения желчнокаменной болезни при ее сочетании с гастродуоденальной язвой рекомендуются обследование желчных путей даже при отсутствии соответствующих жалоб. По данным Сажина В.П. и соавт., [291] ультразвуковое заключение у больных с сочетанной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной системы подтвердило диагноз желчнокаменной болезни в 97%, холедохолитиаза а 84,2% случаев.

1.7. Прогнозирование в клинической медицине

За последние десятилетия в мировой литературе появилось достаточное количество работ, посвященных прогнозированию в клинической медицине: развитию послеоперационных осложнений [9,16,178,182,195,235,275,316,317], определению показаний к объему и виду хирургического пособия [18,235], эффективного ведения послеоперационного периода [178,183,198,304], оценке тяжести состояния больных [16], выбору наиболее рациональной лечебной и хирургической тактики [12]. По отдельным нозологическим единицам используются следующие критерии:

1. лабораторные, биохимические показатели, включая лабораторные маркеры.
2. инструментальные методы исследования (инструментальный мониторинг):
 - а) неинвазивные: (Р-исследование, УЗИ, КТ и т.д.)
 - б) инвазивные – лапароцентез, диагностическая (в т. ч. программированная) лапароскопия.
3. специальные многофакторные клинико-лабораторные шкалы.
4. факторы операционного риска, выраженные в баллах.

Впервые кибернетические методы для дифференциальной диагностики в гастроэнтерологической практике применили Вишневский А.А. и соавт. [34,35], которые использовали универсальную диагностическую систему, разработали таблицы медицинской памяти, на основе которых осуществлялась диагностика по информационно-вероятностной логике и логике фазового интервала. Наиболее показательные результаты были получены при неосложненной язве ДПК, где достоверность данных составила 75 %. В последующем, Борисовым В.А. [18], были разработаны принципы дифференциальной диагностики неосложненной язвенной болезни и хронических гастритов с помощью условно-вероятностных методов, основанных на теории Байеса. На основе всех признаков хронический гастрит был распознан у 62%, а неосложненная дуоденальная язва у 99%, причем диагностика впервые выявляемой язвенной болезни при давности заболевания до одного года составила 62%.

Лабораторные, биохимические критерии, маркеры

Верхулецкий И.Е. и соавт. [236], прогнозируют образование острых кровотокающих эрозивно-язвенных повреждений желудка и ДПК у больных с острым панкреатитом, при этом учитывали уровень панкреатической А-амилазы крови и показатели сенсibilизации организма к тканям желудка, париетальной и висцеральной брюшине. Ковальчук Л.Я., и соавт., [106], прогнозируют развития печеночной недостаточности в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу механической желтухи. Послеоперационная летальность высокая-17-42%. По мнению большинства авторов причиной морфологических и функциональных нарушений в печени у больных, оперированных по поводу механической желтухи является одномоментная декомпрессия желчных протоков после которой наступает реперфузия печеночной паренхимы. Метод основан на изучении уровня билирубина крови, щелочной фосфатазы, АЛТ, АСТ, L-FABP (liver fatty acids binding protein), внутриклеточных протеаз с молекулярной массой 1500, связанных жирными кислотами, которым соответствовал высокий уровень тканевой специфичности с исключительной локализацией в гепатоцитах, являющегося маркером повреждения. Установлено, что в послеоперационном периоде происходит нарастание цитологической активности маркеров повреждения L-FABP в 1 сутки после операции у всех больных по сравнению с дооперационными показателями и тем больше, чем выше уровень билирубина крови (до 200 мкмоль/л.). Процессы цитолиза не были выражены, начиная со 2 суток после операции. При этом было установлено, что если маркер L-FABP в дооперационном периоде не увеличивался более чем в 3 раза (при норме 647 нг/л.–риск развития печеночной недостаточности был минимальный, в 3-10 раз-высокий, более чем в 10 раз риск очень высокий. На основании полученных данных авторами предложена схема лечения введением ингибиторов оксидных радикалов (корвинтон 0,5 в сутки).

Инструментальные методы исследования на основании морфологических исследований, включая инструментальный мониторинг

Баринов Э.Ф. и соавт. [178], проводили эндоскопический мониторинг с учетом морфологических критериев при изучении слизистой оболочки желудка и

ДПК при язвенной болезни, осложненных кровотечением. В основу исследования положено: исследование гастробиопатов спустя 6,12, часов, 1,3,7 суток после достижения лечебного гемостаза. При этом были выявлены прогностически неблагоприятные факторы рецидива острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК): атрофические и диспластические процессы в слизистой оболочке желудка и ДПК выраженные нарушения микроциркуляции через 6 часов, наличие зоны некроза в слизистой оболочке желудка и ДПК через 12 часов от момента гемостаза. Данное исследование позволяет прогнозировать повторное кровотечение у больных с язвенной болезнью в 20-30-% случаев.

Годлевский А.И., Саволук С.И.[51] у больных при хирургическом лечении осложненных форм доброкачественной механической желтухи с высокой степенью операционно-анестезиологического риска разработаны индивидуализированные алгоритмы, которые базируются на объективных прогностических критериях. Исследовали исходное морфофункциональное состояние печени и прогнозировали ее дисфункцию с исходом в развитие печеночной недостаточности.

Велигоцкий Н.Н. и соавт. [332], выделяют наиболее информативные показатели, позволяющие прогнозировать послеоперационные осложнения при хирургическом лечении больных с обструктивными заболеваниями панкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой. В основу брались изучение уровня цитокинов, оксипролина, антител к ткани поджелудочной железы и печени (звездчатые клетки, миофибробласты, коллаген), длительность и уровень механической желтухи. Выделены 4 группы с низким (1), средним (2), высоким (3) и максимальным (4) риском развития послеоперационных осложнений, что определило необходимость в этапности хирургической тактики. В результате принятой тактики авторам удалось снизить количество послеоперационных осложнений с 43,3% до 24,1%, послеоперационную летальность с 9,9% до 4,5%.

Ольшанецкий А.А. и соавт. [204] считают необходимым тщательные поиски прогностически значимых морфологических маркеров, как факторов риска

развития рака желудка. Малейшие сомнения должны решаться в пользу язвенной формы рака желудка.

Лапароцентез, диагностическая лапароскопия

Андрющенко В.П. и соавт., [191] при прогнозировании исходов комплексного лечения острого панкреатита ведущим считали присоединение инфекционного фактора. Оценку проводили по данным результатов лапароцентеза, диагностической лапароскопии и полученных результатов выпота из брюшной полости. При отсутствии эффекта от консервативного лечения на протяжении 3-4 суток и тенденции к смещению pH выпота брюшной полости в кислую сторону-ставили показания к операции. И наоборот при высоком уровне А-амилазы в выпоте брюшной полости pH и щелочном его характере говорит об асептическом некрозе, что служит показанием для дальнейшего проведения консервативной терапии. Таким образом, при инфицированном панкреонекрозе показатель pH содержимого брюшной полости смещается в сторону кислой среды, при асептическом- имеет щелочную среду.

Использование специальных многофакторных клинико-лабораторных шкал

Баранник С.И. и соавт. [235] для прогнозирования тяжести заболевания и развития осложнений у больных с острым панкреатитом используют маркеры острого воспаления, наряду с другими показателями гомеостаза. Определяют прогноз тяжести заболевания и развитие его осложнений. Для оценки тяжести состояния больных с острым панкреатитом авторами использованы критерии шкал RANSONS, APACHE-II, GLASGOW, MOF. Исследовали уровень интерлейкина-6 в сроки от 1 до 18 суток после операции. Выделены 3 группы больных в зависимости от этих показателей с прогнозом исхода заболевания.

Ганжий В.В. и соавт., [46], Дронов А.И. и соавт., [289] считают необходимым дальнейший анализ результатов обследования больных с острым панкреатитом, для разработки точной и простой системы оценки тяжести состояния таких больных. Традиционные мультифакторные шкалы APACHE-II, RANSONS, используемые в течение трех десятилетий, являются громоздкими, требуют 24-48

часов лабораторных и инструментальных методов исследования для определения всех показателей, их оценки, принятия тактического решения. Предпочитают шкалу BISAP. Она не уступает по чувствительности и прогностической ценности приведенным шкалам. Рассчитывается в течении 24 часов.

Балльная система прогнозирования

Балльная система прогнозирования является многофакторной. В нее включаются данные пола, возраста, анамнеза, лабораторных и инструментальных методов обследования, результаты проведенных операций, включая их неудовлетворительный результат.

Использование балльной системы прогнозирования результатов хирургического лечения больных с обструктивными заболеваниями панкреатодуоденальной зоны и их осложнениями [12], острым калькулезным холециститом [28], кишечной непроходимостью у больных пожилого и старческого возраста [97], осложненными формами язвенной болезни ДПК [42], позволили выявить факторы операционного риска на основании данных многофакторного дискриминантного анализа у больных с острой кишечной непроходимостью пожилого и старческого возраста и их влияние на результаты хирургического лечения с цифровыми значениями от 1 до 5[18].

В результате выявлены 3 группы больных с относительно низкой (сумма баллов от 0 до 10), высокой (сумма баллов от 11 до 15) и критической (сумма баллов выше 15) степенью операционного риска.

В результате проведенных исследований автору удалось широко внедрить этапные оперативные вмешательства у больных с высокой и критической степенями операционного риска. Результаты работы позволили автору снизить количество послеоперационных осложнений у больных с данной патологией с 27,5% до 16,5%, послеоперационную летальность с 25,0% до 14,4%.

При дискриминантном анализе факторов операционного риска у больных с острым калькулезным холециститом и их влиянии на результаты хирургического лечения [28] выявлены цифровые значения от 1 до 5. В результате выявлены 2

группы больных с низкой и высокой степенью операционного риска. При этом удалось широко внедрить этапные оперативные вмешательства у больных с высокой степенью операционного риска: чрескожная чреспузырная микрохолецистостомия (ЧЧМХС) под контролем УЗИ, с последующим выполнением радикальной операции. Установлено, что оптимальный срок выполнения второго этапа (радикальной операции) после декомпрессии желчного пузыря являются 7-9 сутки с учетом снижения степени операционного риска. Результаты работы позволили автору снизить количество послеоперационных осложнений у больных с данной патологией с 6,9% до 2,1%, послеоперационную летальность с 2,2% до 0,8%.

При анализе факторов операционного риска у больных с язвенной болезнью ДПК в зависимости от факторов, определяющих тяжесть клинического течения язвенной болезни и показаний к выполнению органосохраняющих операций на желудке [87] выявлены цифровые значения факторов риска от 0,5 до 2,0. Кроме этого у больных с язвенной болезнью ДПК на основании анализа данных амбулаторных карт (500 больных) выявлены 3 типа течения язвенной болезни ДПК: стабильный, нестабильный и прогрессирующий. Результаты работы позволили автору широко рекомендовать использование органосохраняющих операций (селективная проксимальная ваготомия-СПВ) при язвенной болезни ДПК, добиться хороших результатов использования данных операций у 90,4% больных.

Использование балльной системы прогнозирования результатов хирургического лечения больных с обструктивными заболеваниями панкреатодуоденальной зоны и их осложнениями [12] позволили широко внедрить этапную тактику при хирургическом лечении больных с обструктивными заболеваниями панкреатодуоденальной зоны и их осложнениями. При этом использовали миниинвазивные оперативные вмешательства и органосохраняющие операции.

Білокий В.В. [12] на основании балльной системы прогнозирует тяжесть состояния больных с острым калькулезным холециститом, осложненным

перитонитом. При этом, использование предложенных оценивающих критериев позволяет определить тяжесть общего состояния больных с острым калькулезным холециститом, осложненным перитонитом сразу при госпитализации больного, и в связи с этим выбрать рациональную тактику подготовки больного в предоперационном периоде. При этом показателями, определяющими тяжесть состояния больного являлись: возраст, давность заболевания, показатели центральной гемодинамики, лабораторные данные (уровень лейкоцитоза, наличие сдвига лейкоцитарной формулы влево).

Достаточно внимания уделено вопросам прогнозирования клинического течения язвенной болезни и ее осложнений. Однако, в связи с тем, что приоритетом лечения последней признано считать медикаментозную терапию «хирургический» интерес к данной проблеме несколько забыт. Широкое использование в гастроэнтерологической практике высокоэффективных противоязвенных препаратов привело к уменьшению плановых операций, однако число осложненных форм язвенной болезни неуклонно растет [16,166,179,221,240,413]. Считаем возможным напомнить основополагающие положения прогнозирования этой до конца не разрешенной проблемы.

Выявление зависимости развития, особенностей течения и исходов язвенной болезни от ряда привходящих моментов, натолкнули на мысль о возможности предсказания прогноза на всех этапах течения язвенной болезни. Необходимость предсказания определяется вопросами противорецидивного течения, показаниями к операции, трудовой, профессиональной и социальной реабилитации.

Так Крапивин Б. В. [129] выделяет 4 фазы течения язвенной болезни: I – функциональная, II – язвенно-гастрическая, III – висцеропатическая, IV – дистрофическая. При первых двух автор призывает к консервативной терапии, а при III и IV ставит показания к операции. Смагин В. Г., Горбатенко С. А. [273] выделяет три типа клинического течения язвенной болезни: доброкачественный (редко рецидивирующий), стабильный и прогрессирующий. Частота повторных обострений соответственно составила 12 %, 34 %, 83 %. Медведев В. Н. и соавт. [113] по частоте рецидивов и выраженности клинической картины выделяют три

типа течения язвенного процесса: агрессивный, периодический, атипичный. Загоруйко Н.Н. [87] выделяет три типа течения язвенной болезни ДПК: стабильный, нестабильный и прогрессирующий.

Немаловажное значение в предсказании особенностей течений язвенной болезни придается исследованию показателей желудочной секреции [35,240]. Если МПК превышает 40 мэкв/час, то имеется высокая вероятность развития осложнений язвенной болезни (кровотечение, перфорация), а консервативная терапия большей частью обещает мало надежд на сколь-нибудь прочный успех. Брайдо В.П., Павлюк П.А. [21] выделяют 4 типа кислотовыделения, определяемого соотношением БПК к МПК: I - нормальный (БПК к МПК 1:6), II - пангиперхлоргидрический (1:3-4), III - гиперреактивный (1:2,5-2), IV - гиперпариетальный (соотношение не приводится). Авторы указывают, что кровотечение чаще наблюдается при I типе, перфорация и стеноз при IV, что и определяет тактику ведения больного. Мартов Н.Б., Васильев А.Б. [167] прогнозируют течение язвенной болезни, эффективность консервативной терапии и ставят показания к операции до развития осложнений использованием атропинового теста с отдельным изучением кислотопродуцирующей и кислотонейтрализующей функции желудка.

Есть мнение [236] об отсутствии прогностической ценности показателей желудочной секреции в прогнозировании течения язвенной болезни. В разрешении проблемы прогнозирования гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии Белоусов А. С. и соавт. [194,304] изучают локальный фибринолиз, используют показатели плазменокоагуляционных факторов циркулирующей крови и сосудисто-тканевого гемостаза, полученные при прицельной фиброгастродуоденоскопии. Винниченко А.Г. и соавт. [24] рекомендуют в плане показаний к оперативному вмешательству по относительным показателям учитывать пол, возраст, давность заболевания, эффективность консервативного лечения

Построению математических моделей развитию язвенной болезни посвящена работа Kirk R.M. [415], объясняющего возникновение язвенного дефекта теорией

катастроф Rene Thom, где взаимодействие факторов агрессии и защиты моделируется диаграммой иллюстрирующей возможность развития язвы при медленном изменении факторов, образующих поверхность диаграммы. Единичность язвенного дефекта автор обосновывает принципами теории вероятности. Если язву обозначить P и язвы возникают независимо, то вероятность двух язв равна P^2 .

Sonnenberg A., Muller L. S. [451] изучают прогностическое значение пола, возраста, курения, употребления алкоголя, длительности язвенного анамнеза, площади пептических язв и т.д. на скорость заживления и частоту рецидивирования язв. Установлено, что среди больных с высокой, спонтанной частотой случаев заживления дуоденальной язвы пол, возраст, употребление алкоголя и курение наряду с применением лекарственных препаратов имеют прогностическое значение в отношении результатов проводимой консервативной терапии.

К компьютерным системам диагностики относятся и программы для дифференциальной диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта предложенные Cumberbotch J., Heaps H.S. [384].

Скуя Н.А. [272] предложил формулу для быстрого определения тяжести клинического течения язвенной болезни и обоснования показаний к операции. Чирков Ю. В. [348] прогнозирует дальнейшее течение впервые выявленной язвенной болезни по прогностической таблице, объединяющей информативные признаки выраженные в баллах.

Для разработки достоверного прогноза острых осложнений гастродуоденальных язв с целью проведения превентивных радикальных оперативных вмешательств предлагается табличный метод изучения тяжести течения язвенной болезни [255]. Критическая сумма более 3,4 позволяет отнести больного к группе больных с длительным неосложненным течением, сумма баллов ниже 3,4—свидетельствует с вероятностью в 92,6% о возможности вероятности развития у больного острого осложнения.

Дифференциация осложненной и неосложненной форм язвенной болезни достигается использованием последовательного анализа А.Вальда. Установлены прогностически важные признаки с помощью которых достаточно надежно прогнозируется развитие осложнений. По данным сообщения [195] прогноз осложнения совпал с его последующим возникновением у 76% больных. Предпринята попытка разграничения осложненных и неосложненных форм язвенной болезни на основе секреторных данных с использованием методов Вальда А., Генкина А.А., Гублера С.В.. Составленные прогностические таблицы позволили получить правильный ответ в 48,3 %, ошибочный—5,4 %, неопределенный—в 46,3% случаев [234]. Барановский А.Ю., Цветкова Т.Л. [8], основываясь на методах последовательного и дискриминантного анализов прогнозируют развитие геморрагических осложнений с достоверностью до 87%, перфорации и пенетрации язвы ДПК – 89,5 %, малигнизации язвы желудка— 90 %, предсказывают неосложненное течение язвенной болезни с благоприятным исходом у 93% больных.

Для оценки тяжести состояния больного с острым желудочно-кишечным кровотечением и определения прогноза выздоровления или опасности летального исхода Плотников Ю. В. [226], отбирает факторы в соответствии с критерием Пирсона и их оценкой при помощи последовательного анализа Вальда А.П. По алгебраической сумме признаков дается комплексная оценка состояния больного, при сумме +10 или -10 вероятность ошибки равна 20%. Об использовании математической теории игр при гастродуоденальных кровотечениях и о выборе оптимальной тактики в абдоминальной хирургии при неопределенном диагнозе и прогнозе сообщает Хай Г. А. [320].

Следует отметить, что каждый метод прогнозирования в отдельности не может дать максимальной объективной информации в решении вопроса об исходе заболевания, рекомендаций о принятии правильного тактического решения, выборе объема и метода хирургического пособия как в плановой, так и в неотложной хирургии.

Подводя итог литературным сообщениям отметим, что, несмотря на длительное и всестороннее изучение клинического течения язвенной, желчнокаменной болезней и панкреатита в отдельности до настоящего времени не разработаны вопросы объективной, унифицированной оценки степени тяжести пациента, позволяющей в динамике обосновать дальнейшее консервативное лечение, либо выполнение хирургической, предпочительно органосохраняющей операции с прогностически минимальным риском неудовлетворительного результата. Прогнозирование течения указанных заболеваний и выработка объективных показаний к дальнейшему консервативному или оперативному лечению является спорным и окончательно нерешенным вопросом.

Что же касается хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС, то вопросы прогнозирования осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах остаются открытыми. Их решение наиболее целесообразно с позиций системного подхода при широком использовании математических методов прогнозирования, применение которых в хирургической гастроэнтерологии принесут реальные положительные результаты.

1.8 Понятие хирургического стресса

По данным Ветшева П.С. и соавт. [329], понятие хирургического стресса определяется следующим образом: совокупность общих (неспецифических) и местных (специфических, зависящих от зоны операции и ее характера) патофизиологических реакций организма в ответ на чрезвычайное воздействие особого типа. Авторы подвергнули анализу три группы больных с ЖКБ, перенесших традиционную (ТХЭ), лапароскопическую (ЛХЭ), холецистэктомию. При этом проводили изучение уровня стрессовых гормонов (кортизол, альдостерон, 11-ОКС, тиреоидные гормоны (Т3,Т4), а также ТТГ, СТГ, инсулин, пролактин. Изучение уровня этих гормонов проводили на трех этапах: до операции за 3 дня, интраоперационно (сразу после удаления желчного пузыря), после операции на 2-е сутки. На основании проведенных исследований сделаны следующие выводы: выполнение минимальноинвазивных операций

сопровождается менее агрессивной хирургической травмой. Следствием меньшей выраженности хирургического стресса является короткий срок реабилитации и более высокий уровень качества жизни в ближайшие сроки после оперативного вмешательства. В последние годы все больше внимания уделяется изучению симпатoadреналой системы (САС) у больных с язвенной болезнью (ЯБ). При этом состояние САС имеет значение в развитии как самой язвенной болезни, так и целого ряда ее осложнений [74,299]. Наблюдающийся выброс норадреналина (НА) приводит к дистрофическим изменениям слизистой оболочки желудка с развитием эрозий и язв.

Ельский В.Н. и соавт., [168] изучали общие механизмы формирования и этапности развития синдрома эндогенной интоксикации при травматической болезни, общие механизмы формирования и этапности развития синдрома эндогенной интоксикации при травматической болезни при экспериментальной черепно-мозговой травме [222], состояние системной гемодинамики при комбинированном действии на организм шахтного взрыва и электрического тока [270], особенности и основные закономерности формирования нарушений кальциевого обмена при тяжелой механической травме, протекающей на фоне стероидного остеопороза [206], нарушение функции систем внешнего дыхания, кровообращения и нервной системы в условиях тяжелой шахтной травмы [356]. При этом: изучение общих механизмов формирования и этапности развития синдрома эндогенной интоксикации при травматической болезни позволили сделать вывод, что они определяют запуск процессов липопероксидации с накоплением продуктов перекисного окисления липидов и истощение резервов антиоксидантных систем. Это приводит к гиперферментемии (усилению активности катепсина Д, кислой фосфатазы в тканях головного мозга и в крови) и накоплению токсических веществ (молекул средней массы) в крови (токсемии). Установлено, что максимальные расстройства системного кровообращения при комбинированном воздействии на организм шахтного взрыва и электрического тока происходят вследствие сочетанного действия электрического тока и комбинированной шахтной травмы и более выражены на фоне пребывания

организма в условиях шахтной производственной среды. Описаны осложнения со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной системы в условиях хирургического стресса [139].

Таким образом, научно обоснованы и подтверждены многочисленными исследованиями механизмы стресса при тяжелой травме. Между тем, хирургическое вмешательство также следует отнести к «тяжелой травме». Однако определение вышеописанных маркеров стресса малодоступно для практической медицины. И что это может дать практическому врачу реально, какие рекомендации до сих пор не ясно. Имеются редкие обозначения конечного пункта реализации хирургического стресса [222]: «в основе синдрома эндогенной интоксикации при черепно-мозговой травме, травматической болезни лежит запуск процессов липопероксидации и накопление в крови и тканях продуктов ПОЛ. Это приводит к развитию гиперферментемии и накоплению токсических продуктов (токсемии)». В связи с вышеизложенным становится очевидным поиск «конечного пункта» и механизмов реализации хирургического стресса.

1.9. Обоснование хирургической тактики

Игнорирование сочетанной патологии является одной из причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения язвенной болезни [132,245,252,336,398,462]. Более того, частота неудовлетворительных результатов, связанных с некоррегированной своевременно сочетанной патологией с увеличением срока после операции увеличивается [336]. Неустраненное нарушение дуоденального пассажа при язвенной болезни, хроническом панкреатите являются одной из причин неудовлетворительных результатов операций на желудке и внепеченочных желчных путях [245]. Наличие сочетанной патологии чревато развитием опасных для жизни осложнений. Так, при хирургическом лечении больных язвенной болезнью в сочетании с ЖКБ, холедохолитиазом, хроническим панкреатитом опасность развития в ближайшем послеоперационном периоде острого деструктивного холецистита, гнойного холангита, панкреонекроза вполне реальна [124,184,225,284,287,336]. Однако

осложнения возникают не только при сочетании патологических процессов в брюшной полости когда имеет место процесс взаимного отягощения. Хирургическое вмешательство, выступая в роли агента-стресса способно вызывать осложнения в системах, анатомически и функционально не связанных между собой. Так Семагин А.П. и соавт., [82] при аортокоронарном шунтировании (при наличии в анамнезе язвенной болезни) получили следующие осложнения со стороны органов ЖКТ: кровотечение язвенной этиологии у 5,6% больных (развилось от 3 до 8 суток после вмешательства), острый панкреатит у 1, прободная язва ДПК у 1 больного (на 4 сутки после операции). И это не смотря на то, что в до-, и послеоперационном периоде эти больные получали Н-2 блокаторы.

Возможность развития в ближайшем послеоперационном периоде опасных для жизни осложнений при наличии сочетанной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной системы диктует соответствующую хирургическую тактику. Большинство авторов высказываются в пользу активной тактики при сочетанном поражении органов гепатепанкреатодуоденальной системы, указывая на то, что консервативное лечение в данном случае малоэффективно [77]. Бойко В.В. и соавт., [334] указывают, что острый и хронический панкреатит, сопутствующий пенетрирующей в головку поджелудочной железы дуоденальной язве требуют дифференцированного подхода к лечебной программе и выбору хирургического вмешательства. Не смотря на индивидуальный подход [57] патологические послеоперационные синдромы отмечены в 12,1% случаев (контрольная группа - 40,8%). Поэтому при выявлении признаков вторичного панкреатита при язвенной болезни ДПК оперативное вмешательство должно быть более ранним для предупреждения усугубления патологических процессов в "смежных" органах и развития дальнейших осложнений.

Обоснована целесообразность одновременной хирургической коррекции всех пораженных органов, в частности выполнения вмешательств на желудке и ДПК (язвенная болезнь), желчных путях (желчнокаменная болезнь (ЖКБ), пищеводном

отверстия диафрагмы (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы), дуоденально-еюнальном переходе (ХДН), поджелудочной железе (острый, хронический панкреатит) в различной их комбинации. Обоснована экономичность симультанных операций, приводятся убедительные доказательства того, что летальность и частота послеоперационных осложнений при подобных вмешательствах не превышают таковые при раздельном оперировании указанных заболеваний [25,44,95,121,155,157,233,265,293,336]. Однако некоторые авторы не разделяют их мнения [124,184,214].

Основная дилемма в вопросах хирургической тактики при лечении больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы состоит в решении вопроса о показаниях к выполнению симультанных операций, либо в разделении хирургического вмешательства на отдельные этапы [5,124]. Так Ермолаев В.А. и Баскаков В.А. [80] указывают, что выполнение симультанных операций у больных с острым и хроническим панкреатитом, имеющих несколько этиологических факторов (желчнокаменная, язвенная болезнь, дивертикулез ободочной кишки, полипы, стеноз большого дуоденального сосочка) оправдано. Такая тактика способствует улучшению результатов лечения данной категории больных. Данное утверждение базируется на том, что в случае сочетанных заболеваний они труднее поддаются консервативному лечению, чем отдельно каждое из них [142,287]. Существующая патогенетическая связь между заболеваниями различных органов брюшной полости (калькулезный холецистит, язвенная болезнь, панкреатит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и т.д.) диктуют необходимость одновременной хирургической коррекции указанных заболеваний [5,157]. Тесная анатомо-функциональная взаимосвязь гепатопанкреатодуоденальной системы является одной из причин, создающих общие патогенетические механизмы развития сочетанной патологии. Доказано, что при язвенной болезни ДПК изменяется не только функциональное состояние желчного пузыря, но изменяется качественный состав желчи. При этом, по мере увеличения числа обострений язвенной болезни прогрессируют и ультраструктурные признаки патологии

желчного пузыря, ухудшается гастродуоденальная моторика с дискоординацией сфинктерных систем ДПК, желчного пузыря, большого дуоденального сосочка [56].

Кура Д. М. [142] использует индивидуальный подход при хирургическом лечении данной категории больных: при сочетании хронического калькулезного холецистита с неосложненной формой язвенной болезни выполняет холецистэктомию с последующей лекарственной ваготомией. При наличии осложнений со стороны язвенной болезни (пенетрация, стеноз) выполняет симультанные вмешательства: холецистэктомию, резекцию желудка (антрумэктомию по Витебскому Я.Д.). Отстаивание позиций активной хирургической тактики в пользу симультанных вмешательств данный автор базирует на опыте хирургического лечения 256 больных с сочетанными заболеваниями. Средняя продолжительность операции при этом составила 2,5 часа, сроки пребывания в стационаре— $6,4 \pm 1,1$ дня при отсутствии летальных исходов. При этом симультанные вмешательства [129] можно выполнять из разных доступов: использовании минилапаротомии в правом подреберье без пересечения прямой мышцы живота и срединного разреза [142]. Основное требование при выполнении симультанных операций это высокая квалификация хирурга, достаточное оснащение клиники, высокий уровень анестезиологического и реанимационного обеспечения, а также отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний [142]. Ничитайло М.Е. и соавт. [267], выполнив симультанные лапароскопические операции у 321 больного не обнаружили существенного влияния на длительность послеоперационного периода, реабилитацию пациентов, частоту интра- и послеоперационных осложнений. Авторы считают целесообразным одновременно проводить лапароскопические вмешательства при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Другой тактики придерживаются Короткий В.М. и соавт. [129]. При сочетании желчнокаменной с язвенной болезнью выполняют холецистэктомию с последующим медикаментозным лечением язвенной болезни. Предпочтение отдают малоинвазивным методам лечения (ЛХЭ). И только в случае осложнений

со стороны сочетанной язвенной болезни, как вынужденная мера, используют симультанные вмешательства на желудке. По данным указанных авторов [129] тяжелые послеоперационные осложнения при выполнении симультанных операций наблюдаются у 15% больных. При этом частота гнойно-септических осложнений составляет 8,7%, послеоперационная летальность – 4,3%. В связи с вышеизложенным данные авторы [129] не являются сторонниками травматичных и длительных симультанных вмешательств.

К понятию симультанных операций Поташов Л.В. и Рудаков А.А., [231] относят такие вмешательства, которые выполняют одновременно по поводу 2-3 заболеваний. При этом сопутствующие заболевания, требующие дополнительной хирургической коррекции на догоспитальном этапе диагностируются в 36,7% случаев [231]. По данным Ходакова В.В. и соавт., [342] симультанные операции в абдоминальной хирургии выполняются у 1,5-5% больных, но наиболее часто при сочетании язвенной и ЖКБ (78,9% от всех симультанных вмешательств).

Невысокая частота их применения обусловлена неполным дооперационным обследованием, недостаточной ревизией органов брюшной полости при выполнении вмешательств, но самое существенное – склонностью хирургов к осуществлению многоэтапного лечения больных с сочетанной патологией [233]. Дадвани С.А. и соавт., [288] отмечают, что в последние годы каждая десятая холецистэктомия либо дополняет более сложное вмешательство, либо сочетается с менее сложным. По данным тех же авторов при гастродуоденальной язве холецистэктомия в качестве симультанной операции выполнена в 24% случаев. Нурмаков А.Ж. и соавт., [192] из 84 оперированных больных с ЖКБ язвенную болезнь желудка и ДПК выявили у 14(16,7%) больных.

Предложены классификации симультанных операций [321,342]. Основные положения и преимущества симультанных вмешательств [155,233,342] сводятся к следующему:

1. Симультанные операции одновременно излечивают 2 и более заболеваний.
2. Устраняется риск повторного вмешательства и, связанных с ним возможным развитием осложнений.

3. Повышается экономическая эффективность хирургического лечения, уменьшается продолжительность периода временной нетрудоспособности.
4. Отказ от выполнения симультанных операций приводит к упущению сроков своевременного лечения сочетанной патологии.
5. Учитывается психологический фактор, в частности стрессовая ситуация, связанная непосредственно с самим вмешательством при выполнении симультанных операций [41,44,93,157,233].

Уделено внимание выбору оптимальной тактики при выполнении симультанных операций, последовательности их выполнения. При этом учитываются следующие факторы:

1. Важность каждого из этапов.
2. Возможность сокращения продолжительности вмешательства.
3. Соблюдение правил асептики с учетом минимальной инфицированности брюшной полости по поводу наиболее опасного для жизни заболевания, учитываются также вопросы восстановления трудоспособности [233].

Оговорена последовательность выполнения симультанных вмешательств: сначала выполняются "чистые" операции: холецистэктомия, коррекция недостаточности пищеводно-желудочного перехода, низведение дуоденоюнального перехода. Затем выполняются вмешательства, связанные с формированием желудочно-кишечных анастомозов: резекция желудка, ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой, различные варианты дуоденопластики. Земляной А.Г. и соавт., [94] при наличии дивертикула двенадцатиперстной кишки выключают из пассажа ДПК, выполняя резекцию желудка по второму способу Бильрота. Сеидов В.Г. и Бабаев Э.Я.[257] при выявлении хронической дуоденальной непроходимости выполняют рассечение связки дуоденоюнального перехода. Ходаков В.В. и соавт., [342], Луцевич Э.В. и соавт. [155] при сочетании хронического калькулезного холецистита с гастродуоденальной язвой выполняют холецистэктомию, затем селективную проксимальную ваготомию (СПВ), резекцию желудка (по показаниям), фундопликацию по Ниссену. При наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы используют способ новокаиновой

блокады диафрагмального нерва слева для борьбы с рефлюкс-эзофагитом. Репин В.И. и соавт. [245] строго индивидуализировали показания к хирургической коррекции ХДН при ее сочетании с гастродуоденальной язвой. По мнению Бойко В.В. и соавт. [334] при необходимости выполнения ургентной операции по поводу осложнений язвенной болезни для купирования признаков острого панкреатита (который сопровождает язвенную болезнь в 6,25% случаев) следует выполнять стволовую ваготомию с целью снижения желудочной и панкреатической секреции с обязательным удалением язвенного субстрата (иссечение язвы), дренирование сальниковой сумки, холецистостомию. При язвенной болезни ДПК и хроническом панкреатите со снижением функциональной активности поджелудочной железы, по мнению тех же авторов следует выполнять СПВ. Для улучшения кровоснабжения поджелудочной железы выполняется симпатэктомия верхней брыжеечной артерии. Акцентируется внимание на то, что выполнение симультанных операций допустимо только в плановой хирургии. В неотложной ситуации их применение возможно только в отсутствии перитонита [288]. Ряд авторов указывают, что симультанные операции, выполненные по строгим показаниям после тщательного, комплексного обследования больных не вызывают тяжелых, специфических осложнений и не сопровождаются ростом летальности [157,231,288,334]. По данным указанных авторов она составляет 1,3-1,7%. Хорошие результаты при выполнении симультанных операций отмечены у 69,7%, удовлетворительные у 26,9%, неудовлетворительные у 3,4% больных [155] при отсутствии летальных исходов.

Огромная роль в лечении одного из самых опасных осложнений язвенной болезни (острое желудочно-кишечное кровотечение (ОЖКК)) принадлежит эндоскопическим методам диагностики и гемостазу в критических ситуациях [32,39,46,70,71,118,227,337,357,377,392]. При этом эндоскопический гемостаз и профилактика рецидива кровотечения с последующим клинико-эндоскопическим мониторингом обеспечивают стабильное течение постгеморрагического периода, что существенно влияет на уменьшение частоты экстренных операций, которые проводятся с неоправданным риском, сопровождаются высокой частотой

послеоперационных осложнений и летальностью. Данный метод гемостаза на сегодняшний день принято считать «золотым стандартом» в лечении язвенной болезни, осложненной острым кровотечением [112,307,318]. При этом, эндоскопическое лигирование при кровотечениях из ВРВП позволяет не только остановить, но и избежать рецидива кровотечения у большинства больных циррозом печени [98]. Авторы утверждают, что эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода целесообразнее выполнять после достижения временного гемостаза зондом-обтуратором.

Развитие научно-технического прогресса наряду со стремлением к уменьшению объема операционной агрессии и достижением косметического эффекта послужило толчком к разработке принципиально новых направлений в хирургии [271], которые можно объединить под названием «малоинвазивные технологии» [22,30,31,38,110,251,253,363,368,372,373,391,401,402,411,412,417,418, 419,420,421,440,464]. Основная цель малоинвазивных вмешательств—добиться максимального результата при минимальной операционной травме [7,79]. Со времени выполнения первой в мире лапароскопической холецистэктомии (сентябрь 1985г. доктор Мюге Е.,Германия) [186], она заняла достойное место «золотого стандарта» в лечении желчнокаменной болезни. Сегодня она выполняется в 80-91% случаев при лечении хронического калькулезного холецистита [17,109,148,164,271,306,361,367,447]. Однако, не смотря на неоспоримые преимущества лапароскопическая холецистэктомия имеет ряд ограничений [271]. Это способствовало тому, что наряду с широким внедрением в клиническую практику ЛХЭ параллельно разрабатываются щадящие доступы при выполнении вмешательств на желчных протоках, т.н. минилапаротомия [271].

На сегодняшний день лапаротомный доступ, совершенствуясь путем уменьшения размеров, сохраняет свое достойное место в хирургическом лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений и выполняется у 9–16% больных [361,376,385]. Одно из показаний к использованию альтернативной минилапаротомии ЛХЭ—это отягощенный анамнез по основному и сопутствующим заболеваниям [290]. Традиционная холецистэктомия (ТХЭ)

показана также при осложнениях холедохолитиаза, неудачах и осложнениях эндоскопических вмешательств [205]. Недостатком стандартно используемого классического доступа, как известно, являются высокая травматичность, длительный послеоперационный болевой синдром, выраженные нарушения функции внешнего дыхания [13]. В 70-80-х годах XX столетия наметилась четкая тенденция к уменьшению размеров доступа при выполнении ТХЭ. Впервые в отечественной литературе о таких вмешательствах сообщил Земсков В.С. и Шор-Чудновский М.Е. [96] и предложили использовать разрез длиной 8-10 см без пересечения прямой мышцы живота. Еще в 1976 г. была опубликована работа, в которой обоснованы преимущества сохранения прямой мышцы живота при операциях по поводу желчнокаменной болезни [424], F. Du Bois [390] сообщил об опыте 1500 холецистэктомий без осложнений из подреберного доступа длиной от 3 до 6 см. В 90-х годах появилось большое количество работ, посвященных обоснованию минилапаротомии при операциях по поводу ЖКБ и ее осложнений [260]. Важными выводами явились высокая эффективность, выражающаяся в уменьшении количества послеоперационных осложнений, не превышающих 0,6-1,2%, улучшение ближайших и отдаленных результатов вмешательства [13,343,374,375,378,379,433].

Наибольшее количество работ было опубликовано венгерскими хирургами [429,441,442,443,444,445]. В 1993 году они сообщили о 412, в 1994 году о 607 операциях с частотой конверсии 0,49%, релапаротомией у 0,49% больных и летальностью 0,16%. В 1995 году сообщено о 710 вмешательствах. В 1996 году сообщено о 1357, а в 1997 году о 1575 холецистэктомиях из минилапаротомного разреза с частотой конверсии 0,3% [429,441,445]. Не смотря на значительное количество работ, посвященных минилапаротомии при ЖКБ, критерии и параметры ее остаются неуточненными, что вносит неопределенность в формулировку понятия «минилапаротомия» и не позволяет разделить различные по объему хирургические вмешательства [271]. Так, Прудков М.И. [239], Шестаков А.Л. и соавт. [353] сообщают о выполненных вмешательствах, где определяющим критерием является разрез кожи длиной 3-5 см. Кустрё В.И.

[147]–6-8 см, Балабич А.К. и соавт.[6] разрез кожи–до 5-7 см, подлежащих тканей –10–11 см, Таджибаев Ш.А. и соавт. [297]–8-10 см. Используется также минилапаротомный срединный доступ при ЖКБ [261]. Приведенные примеры свидетельствуют о различных взглядах хирургов на понятие «минилапаротомия» и отсутствие основополагающих теоретических и практических критериев к ее выполнению [271]. Как известно, ко всякому операционному доступу предъявляются два основных требования: минимальная травматичность и наибольший простор в полости операционной раны для рукодействия хирурга. В гармоничном сочетании этих двух противоречивых факторов и находится решение вопроса о наиболее эффективном операционном доступе [277]. В этой связи Скорый Д.И., Литвиненко А.Н. [271] на основании топографоанатомических особенностей доказали, что понятие минилапаротомии включает следующие ориентиры: длина разреза должна составлять не менее $1/2$ и не более $4/5$ глубины раны, что приблизительно соответствует углам операционного действия в 25 и 45 градусов соответственно.

Ничитайло М.Е. и соавт. [267] широко используют комбинацию лапароскопического и традиционного доступов при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости.

Последние годы как в отечественной, так и в зарубежной медицине ознаменовались широким внедрением в хирургическую практику этапных оперативных вмешательств у больных с высоким анестезиологическим и операционным риском [11,51,105,152,328,359]. Данную технологию операций широко используют при обструктивных заболеваниях панкреатодуоденальной системы, которые сопровождаются механической желтухой. Как правило, это больные пожилого и старческого возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологии. Приоритетом являются миниинвазивные вмешательства.

Так Бартош А.М. и соавт.,[152] использовали одно- и 2-х этапные методы лечения холедохолитиаза при ЖКБ: 1. супрадуоденальная холедохотомия в сочетании с наружным дренированием гепатикохоледоха по Керу, Холстеду-Пиковскому, Вишневскому с выполнением холедоходуоденоанастомоза (n=50),

холедохоеюноанастомоза (n=1), гастроэнтероанастомоза (n=1). С 2004г. использовали 2-этапную тактику: РЭХПГ+ЭПСТ (критерии: удовлетворительное состояние, подтвержденный холедохолитиаз с конкрементами до 8-10 мм., небольшой срок механической желтухи, отсутствие признаков деструктивного холецистита, холангита, молодой возраст). Через 2-3 суток выполняли ЛХЭ (23 больных). Послеоперационные осложнения наблюдали в 21,6%, послеоперационная летальность в 10,8% случаев.

По данным Кондратенко П.Г. и соавт. [328], выбор срока, способа и объема хирургического вмешательства зависели от степени выраженности воспалительного процесса в стенке желчного пузыря и уровня билирубинемии. Предложена 2-х этапная тактика при механической желтухе. При уровне билирубина крови до 100 мкмоль/л. и более выполняли чрескожную, чреспеченочную микрохолецистостомию под контролем УЗИ. При этом наблюдали снижение количества ранних послеоперационных осложнений с 6,6% до 3,8%, летальности с 9,2% до 4,0% (325 больных).

1. При остром катаральном калькулезном холецистите и билирубинемии до 100 мкмоль/л- в течение 1-2 суток от момента госпитализации выполняли ЭПСТ, через 7-9 суток ЛХЭ, ТХЭ. 2. При остром катаральном калькулезном холецистите и билирубинемии свыше 100 мкмоль/л. использовали 3-этапную тактику: 1. декомпрессии желчного пузыря (ЧЧМХСТ); 2. через 3-4 суток-ЭПСТ, через 5 суток-ЛХЭ. При этом снизили в этой группе количество послеоперационных осложнений до 3,6% летальность до 3,0%.

По данным Годлевского А.И., Славолюка С.И.[51] у больных с механической желтухой, обусловленной доброкачественными заболеваниями и высоким операционным риском использовали этапные малотравматические декомпрессионные оперативные вмешательства на фоне комплексной метаболической терапии для стабилизации функции печени на этапах предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде.

Данные Березницкого Я.С., Дудки Р.В.[11], свидетельствуют о том, что наличие механической желтухи приводит к развитию дисфункции жизненно

важных органов. Это требует декомпрессии желчновыводящих путей в кратчайшие сроки. Приоритет за миниинвазивными методами лечения с использованием этапных операций. До настоящего времени эти вопросы остаются предметом дискуссии. Показанием к 2-х этапному методу лечения считают: длительность механической желтухи – более 30 суток, высокую билирубинэмию – свыше 100 мкмоль/л. (летальность 11,0%). При этом первым этапом выполняли ЭПСТ, вторым-ЛХЭ. (летальность-7,1%).

Истомин Н.П. и соавт.[105], утверждают, что традиционные оперативные вмешательства уходят в прошлое, но остаются операцией резерва. Предложена двухэтапная тактика лечения ЖКБ, осложненной холедохолитиазом: ЭПСТ с последующей ЛХЭ. Второй этап – через 2-4 суток (контрольная группа 7-12 суток). Осложнения после ЭПСТ возникли у 6(17,1%) больных. Острый панкреатит-4(11,4%),кровоотечение из большого дуоденального сосочка-4(11,4%). Этим больным второй этап выполнен через 10-15 суток.

Саенко В.Ф.[246] утверждает, что выполнение хирургического вмешательства у пациентов с высоким анестезиологическим и хирургическим риском в два этапа уменьшает летальность и количество послеоперационных осложнений

Грубник В.В.,и соавт.[172] сообщают, что из 116 больных с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом при ЭПСТ у 25(21,5%) больных в ближайшем послеоперационном периоде развилось острое желудочно-кишечное кровоотечение (ОЖКК). Связи с этим авторы используют этапные миниинвазивные вмешательства, включая чрескожные и чреспеченочные методы операций на желчных протоках.

Таким образом, по данным литературы сроки выполнения этапных операций выглядят следующим образом: между этапами эндоскопической санации холедоха и ЛХЭ до 2-3 суток [151,324]. В зависимости от уровня билирубинэмии ЭПСТ, через 7-9 суток-ЛХЭ, ТХЭ. При 3-этапной тактике: декомпрессии желчного пузыря путем выполнения ччмхст, через 3-4 суток ЭПСТ, через 5 суток-ЛХЭ. [328].

1.10. Спаечный процесс в брюшной полости в послеоперационном периоде

Механическому повреждению брюшины до настоящего времени придают большое значение, как одному из основных этиологических факторов развития спаечного процесса в брюшной полости после оперативных вмешательств [83,143,224,314]. Однако чаще сращения в брюшной полости образуются тогда, когда действие механической травмы сочетается с воздействием других факторов. По мнению Женчевского Р.А. [83] к ним относятся: высушивание брюшной полости воздухом, наличие внутрибрюшной конденсации, наличие крови в брюшной полости, воздействие агрессивных химических веществ (спирта, йода и др.), внутрибрюшное введение антибиотиков, наличие инородных тел (лигатур, ворсин от марли, талька, томпонов, дренажных трубок), местная ишемия тканей.

Послеоперационные спайки являются наиболее частой причиной развития непроходимости кишечника в послеоперационном периоде: развитие ранней спаечной кишечной непроходимости [303], частота которой варьирует от 12 до 27% [9,171,450], либо в более поздние сроки после операции [7,145,248]. Спаечная кишечная непроходимость обуславливает от 30 до 41% всех случаев непроходимости кишечника, приводящих к повторным, нередко неоднократным вмешательствам [9,171,450].

Что же касается спаечного процесса у больных, перенесших вмешательства включающие в себя ваготомию, то его трудно объяснить только вышеперечисленными факторами, т.е. исключительно механическим повреждением мезотения брюшины. Особенно выраженный спаечный процесс в брюшной полости наблюдается у больных, перенесших СПВ по поводу язвенной болезни ДПК [67,140,327]. При данном виде вмешательства, как известно, наряду с пересечением секреторных ветвей блуждающих нервов производится перевязка ветвей левой желудочной артерии второго порядка. Таким образом, производится частичная денервация и деваскуляризация желудка. Причины развития столь выраженного спаечного процесса в брюшной полости у больных, перенесших СПВ изучены недостаточно. Лишь немногие исследователи трактуют возникшие изменения в брюшной полости у больных, перенесших ваготомию как

постваготомический адаптационный синдром [55,350]. На сегодняшний день, не смотря на огромный опыт повторных и реконструктивных вмешательств на органах брюшной полости нет четкого объяснения причины развития спасечного процесса после ранее выполненных операций, механизмов его развития [45].

1.11. Нейродистрофический процесс как основа структурных изменений в денервированной ткани

Микрофункциональная структура, состоящая из кровеносного капилляра, прекапиллярной соединительнотканной структуры и прилегающих к ним клеток паренхимы, рассматривается как миниатюрный "орган" со сложными функциями и особыми механизмами саморегуляции и управления [40]. Основные функции такого "органа": трофическая (поддержание антигено-структурного гомеостаза) и защитно-барьерная.

Морфофункциональная характеристика такого микрорайона в органе может быть раскрыта только при анализе совокупности указанных элементов микрорайона и его нервного аппарата при учете качественных и количественных особенностей, составляющих этот аппарат нервных компонентов [40].

Сосудистая реакция является наиболее выраженным компонентом реакции органа на денервацию. Как известно, структурные компоненты капилляров, лежащие между кровью и органами клетками, опосредуют трофическое обеспечение последних. При оценке механизмов, регулирующих метаболизм клетки, особое значение приобретают исследования, раскрывающие роль нервной системы в коррекции таких адаптационных механизмов, какими являются гистогематические барьеры в регуляции проницаемости последних. Это обусловлено тем, что в генезе нейродистрофий ведущее значение имеет не только "прямое изменение" нервного компонента, но и последующее опосредованное влияние денервации на гемодинамические нарушения.

Нарушение различных звеньев нервной системы приводит к комплексу морфологических перестроек в любых отделах сосудистого русла. В основе нейроциркуляторных расстройств вначале, очевидно, лежит рефлекторный

ангиоспазм с проходящей ишемией органа и последующим прогрессирующим поражением сосудистой стенки. Его морфологической основой являются: расширение просвета всех капилляров, стаз, пристеночное положение увеличенного числа лейкоцитов, набухание и выпячивание клеток эндотелия и соединительнотканые разрастания. Впоследствии, как правило, фоном наблюдающихся изменений в дзafferентированном органе являются отек и инфильтрация тканей полиморфноядерными лейкоцитами, оказывающими значительное ферментативное влияние на ткани.

Использование в эксперименте в качестве индикатора сосудистой проницаемости коллоидного угля позволило получить данные о нарушении проницаемости микроциркуляторного ложа. Такая картина отмечена при введении в вагосимпатический нервный ствол формалина. Расстройства выражались в виде небольших кровоизлияний, полнокровии сосудов, застойных явлениях, расширении синусоидов. При ваготомии в капиллярах поджелудочной железы происходит изменение клеток. Возникают явления стаза и диапедеза, наиболее выраженные через две недели после ваготомии. Параллельно наблюдаются ультраструктурные изменения, свидетельствующие об изменении проницаемости [99]. Тип нарушения трофической функции капилляров поджелудочной железы при ваготомии совпадает с показателями синдрома «капилляро-трофической недостаточности».

Морфологические признаки, такие как увеличение пиноцитоза, усиление перехода жидкости из крови в перикапиллярное пространство с развитием отека эндотелиальных клеток, явления диапедеза и др. являются признаками, характеризующими повышенную сосудистую проницаемость. Таким образом, факт изменения проницаемости гематотканевого барьера при денервации - закономерное явление и, следовательно, на вопрос о том, являются ли сосудистые изменения важным патогенетическим звеном нейроцистрофического процесса, возможен только положительный ответ. Состояние микроциркуляторного русла, несомненно, во многом определяет суть происходящих при нарушении нервного контроля реакций. Фактически сосудистое русло с его барьерными

гистогематическими механизмами является решающим звеном реализации нервного контроля трофики тканей. В конечном итоге, именно сочетанное расстройство нервных и гуморальных механизмов приводят к патологическому процессу. Возникающие гемодинамические расстройства, застойное полнокровие и, связанные с ними явления гипоксии обуславливают нарушения в течении внутриклеточных процессов окисления и фосфорилирования, что может быть одним из возможных механизмов процесса гибели клеточных элементов в очаге денервации.

Для денервированной ткани характерны своеобразные нарушения специфической функции, хотя никогда не происходит полной блокировки функции, либо ее этапов. Компенсаторные механизмы, поддерживающие морфофункциональный статус органа на относительно стабильном уровне при денервации оказываются недостаточными, то есть возникает потеря способности денервированной ткани проявлять адекватную реакцию на изменение функциональной нагрузки, что свидетельствует об ограничении ее потенциальных свойств.

Совокупность цитологических характеристик при нейродистрофии позволяет вычленить в динамике развивающегося процесса два направления:

1. состояние одних клеток может быть оценено как состояние функционального напряжения; 2. состояние других клеток свидетельствует о той или иной степени тяжелого деструктивного процесса.

Таким образом, нейродистрофический процесс сопровождается комплексом реакций всех его тканевых компонентов. Он постоянно сопровождается сосудистой реакцией и характеризуется деструктивными явлениями той или иной степени во всех элементах тканей, лишенных иннервации. Наличие повышенной проницаемости сосудистой стенки обуславливает, также, возможность проникновения в ткани, окружающие сосуд белков чужеродного характера.

Появление биохимических сдвигов в очаге повреждения и, неизменно следующие за этим деструктивные процессы, вызывают характерные

лейкоцитарные инфильтрации. Ферментативная активность лейкоцитов является одним из факторов развития тяжелых дистрофических процессов.

Процесс в денервированной ткани сопровождается нейтрофильным лейкоцитозом в крови и перестройкой костно-мозгового кроветворения, то есть при нарушении иннервации органа в нем развивается местная реакция, которая сопровождается общей реакцией организма.

1.12. Функциональные последствия хирургического лечения сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы

Успехи консервативного лечения язвенной болезни, включая лечение ее осложнений на сегодняшний день являются неоспоримыми [14,61,81,89,104,219,220,393]. На современном этапе язвенная болезнь рассматривается как следствие нарушения равновесия между защитными механизмами слизистой оболочки гастродуоденальной области и факторами агрессии с перевесом в сторону последних [52,242,456].

Не смотря на достигнутые результаты медикаментозного лечения язвенной болезни количество больных с осложненными её формами не уменьшается [27,33,73,160,162,179,279,330,357,366,455] и имеет тенденции к росту [3,58,111,135,211,221,246,325,338]. Если учесть, что в Украине количество больных язвенной болезнью составляет около 5 млн. [53,277], а сочетание последней только с хроническим калькулезным холециститом отмечается в 30-69% случаев [20,114], то становится очевидным, что эта проблема из медицинской превращается в проблему социальную. В Российской Федерации язвенной болезнью страдает 1,7-5% населения (около 3,5 млн. человек), при этом количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и ДПК составляет 90-160 человек на 100.000 населения и имеет отчетливую тенденцию к увеличению. Летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях составляет 8-10%, достигая при рецидиве кровотечения 40-50% [355]. В европейских странах в течение жизни язвенной болезнью страдает 10-14% населения [69].

Ну и, наконец, очень важный, если не самый главный вопрос - это функциональные результаты хирургического лечения больных с сочетанной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной системы. Работ, посвященных изучению отдаленных результатов хирургического лечения больных с сочетанной патологией органов ЖКТ и, тем более, органов гепатопанкреатодуоденальной системы практически нет. Имеющиеся немногочисленные публикации посвящены исследованиям отдельных сочетаний и не охватывают всю систему в целом. Так Нурмаков А.Ж. и соавт., [192] изучавшие взаимосвязь ЖКБ и хронического панкреатита отмечают, что у 20,8% больных, которым холецистэктомия выполнена на фоне длительного течения ЖКБ причиной страданий после операции были изменения в печени, поджелудочной железе, и ликвидация основного очага у них не привела к полному обратному развитию патологических изменений в указанных органах и они продолжали беспокоить больных. Балабич А.К., [6] изучая отдаленные результаты хирургического лечения больных с осложненной формой язвенной болезни указывает, что они существенно не зависят от возраста, пола, характера и труда больных. Плохие исходы чаще всего наблюдаются через 3-5 лет у пациентов, которые не получали комплексного, этапного лечения после операции.

Изучение функциональных результатов хирургического лечения язвенной болезни является вопросом чрезвычайной важности. При этом результаты оперативного лечения язвенной болезни следует рассматривать не только с точки зрения радикальности операции, но и с точки зрения ее функциональных последствий [6,88,108,134,136,229,292,336,345,439,448]. В настоящее время признано, что качественная оценка различных операций имеет ряд существенных недостатков [131,336]. ВОЗ рекомендует использовать в качестве критерия оценки эффективности и качества медицинской помощи "адекватность лечения", т.е. необходимость достижения приемлемого для больного уровня "качества жизни" [131,137,175].

В настоящее время при сочетаниях язвенной с ЖКБ, хроническим панкреатитом в качестве основного пособия используется как резекция желудка,

так и различные виды ваготомий в «чистом» виде, в сочетании с дренирующими операциями, либо различными видами дуоденопластик [23, 90, 92, 94, 143, 155, 157, 243, 247, 311, 334].

Резекция желудка, выполняемая в огромных количествах (70-1000 тыс. операций в год по бывшему СССР) [36] широко использовалась в хирургическом лечении язвенной болезни. В некоторых случаях она и на сегодняшний день является операцией выбора при лечении осложненных форм язвенной болезни желудка и ДПК. Вместе с тем, необоснованное использование резекции желудка, в частности при неосложненной язвенной болезни ДПК без достаточно обоснованных показаний приводит к появлению большого количества неудовлетворительных результатов этого вида вмешательства [174,212] в виде постгастрорезекционных расстройств достигающих 34% [326] и приводящих к инвалидизации в течение первого года после операции III гр. у 32%, II гр. у 17% больных [36].

Последние десятилетия XX столетия в хирургическом лечении язвенной болезни ознаменовались широким внедрением в клиническую практику СПВ [2,133,150,154,160,248,298,364,426]. Основные преимущества данного вмешательства заключаются в минимальной послеоперационной летальности, хороших функциональных результатах. Однако, необоснованное использование различных видов ваготомий привело к появлению различных патологических состояний, именуемых постваготомическими синдромами [66]. Частота рецидива язвенной болезни после выполнения органосохраняющих вмешательств, и в том числе самых эффективных ее видов (СПВ) достаточно высока и колеблется от 5 до 30% [296], в среднем 10% [438].

Неудовлетворительные результаты хирургических вмешательств объясняются прежде всего недостаточно обоснованным их использованием, отсутствием дифференцированного подхода к выбору адекватного хирургического пособия в каждом конкретном случае. Это относится как к наиболее частому рецидивированию язвенной болезни, появлению различных ее осложнений, так и к тому, что при неосложненной язвенной болезни, когда в

клиническом проявлении доминирует сочетанная патология, последняя в послеоперационном периоде выступает на первый план, сводя на нет безукоризненно выполненную операцию. Более того, тяжесть течения сочетанных заболеваний, как правило, усугубляется [95]. Таким образом, необоснованное использование оперативного пособия, будь-то резекция желудка, или ваготомия, выполненного самым лучшим образом может принести больному больше страданий, нежели сама болезнь.

В настоящее время нет сомнений, что из всех способов резекций желудка наиболее целесообразным является резекция желудка по первому способу Бильрота. Обоснованию этой целесообразности посвящено значительное количество работ [42,84,93,244,254,291,292,345,346,347]. Истинность этого положения ясна и очевидна, так как исходом данного вмешательства является сохраненный пассаж пищи по ДПК. Авторы, изучавшие отдаленные результаты симультанных операций указывают, что они являются "неутешительными" при использовании в комплексе вмешательств резекции желудка по второму способу Бильрота [67].

Существующие противопоказания к операции по Бильрот I известны и сводятся к наличию рубцовых изменений ДПК, ее стеноза на большом протяжении, низких дуоденальных язв, дуоденостаза, дивертикулов ДПК, тяжелых форм сахарного диабета, хронического панкреатита [94,130]. Некоторые авторы сообщают о возможности выполнить резекцию желудка по Бильрот I в 70-97% случаев дуоденальной язвы с летальностью 1,3% [42,94]. Для улучшения результатов операции рекомендуется рассекать связку Трейтца [94]. Тодоров Т. и соавт. [126], Земляной А.Г. и соавт. [94], Чернышев В.Н. и Павлишин Л.В. [347] при невозможности выполнить прямой гастродуоденоанастомоз восстанавливают гастродуоденальную непрерывность путем наложения терминолатерального анастомоза с летальностью 0,3% и хорошими отдаленными результатами в 98,6% случаев.

В связи с этим становится очевидным и общепринятым положение, сформулированное в свое время Матяшиным И.М.,[169], Ганичкиным А.М.,

Резником С.Д., [47]: функциональные последствия резекции желудка в отдаленном послеоперационном периоде определяются не столько объемом удаляемой части, сколько методом восстановления непрерывности ЖКТ. Более того, был предложен парадоксальный путь, который позволил избежать ряда осложнений при резекции желудка; когда ушивание культи ДПК несет в себе угрозу ее несостоятельности (в т. числе при пенетрирующих в поджелудочную железу дуоденальных язвах): гораздо безопаснее сформировать анастомоз по Бильрот I [47,93,94,169,347]. Однако, в некоторых случаях, безукоризненно выполнив резекцию желудка по первому способу Бильрота и, ожидая хорошего должного результата, хирург получает результат совсем противоположный. При обследовании больного субстрата (рецидива язвы) не находят, а больной, тем не менее, длительное время лечится в стационарах, теряет вес, трудоспособность. И дело даже не в демпинг-синдроме, симптомокомплексе, которому подвержены часть больных, перенесших резекцию желудка в т.ч. и по Бильрот I. Детальное обследование подобной категории больных позволяет выявить ряд недиагностированных сочетанных заболеваний, о которых говорилось выше. Некоторые из них, например хронический панкреатит, в большинстве случаев не позволяет использовать хирургические методы лечения. Они, тем не менее, надолго, если не навсегда лишают оперированных больных физического и социального статуса, приводят к инвалидизации. Реабилитация подобной категории больных удел гастроэнтерологических, терапевтических отделений, НИИ гастроэнтерологии и т.д. Между тем, основной диагноз, который выносится таким больным в стационаре-болезнь оперированного желудка. И это, не смотря на то, что при тщательном обследовании рецидива язвы не находят.

Таким образом, вопросы диагностики, хирургической тактики, выбора операционного доступа, объема и последовательности симультанных и этапных вмешательств, изучения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения у больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы остаются предметом дискуссии, окончательно не разработаны и требуют дальнейшего изучения.

РАЗДЕЛ 2. 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 базах ЦГКБ №1 г. Донецка, ГКБ №1 г. Макеевки в период с 2005 по 2020г. (Руководитель хирургической клиники-профессор, д.мед.н., ЗДНТ Украины Гринцов А.Г.). Основную группу составили 214, контрольную 142 больных.

Диссертационная работа построена на сравнении результатов хирургического лечения больных, оперированных в период использования общепринятой тактики (до 2005г.) и в период разработанной нами усовершенствованной лечебной тактики. На основании анализа характера и вида осложнений, которые развились в ближайшем послеоперационном периоде со стороны сочетанной язвенной болезни у больных контрольной группы (n=142) выявлены факторы хирургического риска развития послеоперационных осложнений, а также выведен индекс хирургического стресса. Учет последних позволил избежать опасных для жизни осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, улучшить результаты хирургического лечения больных данной категории, а также разработать оригинальное этапное лечение больных с критической степенью хирургического риска. Основную группу составили 214 больных оперированных по разработанной хирургической тактике и методикам. С учетом больных ретроспективного анализа (n=485-247 учтены в основной и контрольной группах), основной (n=214) и контрольной групп (n=142) обследованием охвачено 594 пациента.

2.1. Терминология, классификация сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы (ГПДС). Диагностический алгоритм

В настоящее время принятой к использованию классификации сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы в клинической практике не существует. Опубликованные в печати классификации относятся к разновидностям симультанных операций при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости [130,192,195,197,273]. Вместе с тем, в клинической медицине при лечении любого заболевания пользуются аксиомой: диагноз определяет тактику. Таким образом, предложение трактовать тем или иным способом сочетанные вмешательства без классифицирования заболеваний по поводу которых они выполняются неверно как с академической, так и с клинической точек зрения. Существующая и принятая к использованию классификация нозологических единиц (МКБ-10) при установленном диагнозе, в т.ч. подтверждённом оперативным вмешательством представлена в следующем виде: Окончательный клинический диагноз: основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания.

Как видно сочетанные заболевания в данной классификации не предусмотрены. Вместе с тем, если обратиться к классическому толкованию понятий сопутствующий и сочетанный, то согласно их трактовке в толковом словаре В.Даля [63] «сопутствующий» определяется как попутный, спутие, общий с кем-то путь, сопровождать, быть спутником и т.д. Совсем иначе трактуется понятие «сочетанный»: соединять парами, подбирать одно к другому (как ключ к замку), сочетать браком, взаимная связь. Учитывая единство эмбрионального происхождения органов гепатопанкреатодуоденальной системы (желудок, двенадцатиперстная кишка, печень, желчевыводящие протоки, поджелудочная железа) с нашей точки зрения целесообразно именовать комбинацию заболеваний со стороны вышеперечисленных органов как сочетанные. Необходимость выделять понятие сочетанных заболеваний определяется также характером, частотой и специфичностью осложнений со стороны одного из них, либо после оперативных вмешательств в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах. Они существенным образом отличаются от осложнений сопутствующих заболеваний. И если осложнения со

стороны сопутствующей патологии (сердечно-лёгочная, эндокринная, сосудистая системы и т.д.) определяются возрастными особенностями, могут быть в большинстве случаев предусмотрены, то осложнения со стороны сочетанных заболеваний не всегда. Это объясняется большой частотой атипичного течения последних. В некоторых случаях они проявляются в ближайшем послеоперационном периоде осложнениями, представляющими непосредственную угрозу для жизни больного: перфорацией язвы, кровотечением из неё, деструктивным холециститом, гнойным холангитом, перитонитом, панкреонекрозом и т.д. Такая специфичность и большая частота вышеуказанных осложнений объясняется общностью эмбриологического происхождения органов гепатопанкреатодуоденальной системы: когда в системе поражается один орган, то рано или поздно в патологический процесс будут вовлечены и другие «генетически» родственные органы, замыкая тем самым порочный круг. Именно с таких позиций можно объяснить, и это подтверждается клинической практикой, наличие феномена «взаимного отягощения» клинического течения сочетанных заболеваний: длительно протекающее хроническое заболевание в одном из органов системы неизбежно приводит к обострению процесса в «генетически» родственных органах, зачастую с развитием осложнений, резистентности к медикаментозному лечению, повторным, часто неэффективным операциям надолго, а то и навсегда лишая больных трудоспособности, приводя их к стойкой инвалидизации. (Свидетельство на авторское право №64168, 2016 г.)

Итак, в предлагаемой нами классификации (Свидетельство на авторское право №71725, 2017г.) мы выделили понятия основного и сочетанного заболеваний. Основным следует считать заболевание, которое доминирует в клинической картине, заставляет обратиться больного к врачу, либо провоцирует вызов кареты скорой медицинской помощи при острой его стадии (обострении хронической), либо развитию осложнений, требующих оказания неотложной хирургической помощи (перитонит, кровотечение и т.д.). Сочетанным следует считать такое заболевание, которое может протекать бессимптомно, быть впервые выявленным при комплексном обследовании больного, либо установленное в

анамнезе. Учитывали, также, понятие госпитализации больных с ведущим клиническим синдромом. Окончательный клинический диагноз (МКБ-10) устанавливался по законченному факту лечения, подтвержденному данными патоморфологического исследования.

Классификация сочетанных заболеваний органов ГПДС

Классификация при сочетанных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной системы с учетом ведущего клинического синдрома может быть представлена следующим образом (таблица 1):

Таблица 1 Классификация сочетанными заболеваниями органов ГПДС

Группы больных
Преимущественное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки. Основное заболевание: язвенная болезнь и ее осложнения. Сочетанные заболевания: желчнокаменная болезнь (ЖКБ) , вторичный панкреатит.
Преимущественное поражение желчного пузыря и желчных протоков. Основное заболевание: ЖКБ и ее осложнения. Сочетанные заболевания: язвенная болезнь, вторичный панкреатит.
Преимущественное поражение поджелудочной железы Основное заболевание: острый (обострение хронического), хронический панкреатит. Сочетанные заболевания: язвенная, ЖКБ.

1. Сочетанные заболевания с преимущественным поражением желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Основное заболевание: язвенная болезнь желудка и ДПК с различными осложнениями, либо их комбинацией (перфорация, кровотечение, стеноз, пенетрация).

Сочетанные заболевания: ЖКБ (хронический калькулёзный холецистит), хронический панкреатит.

2. Сочетанные заболевания с преимущественным поражением желчного пузыря и желчновыводящих протоков.

Основное заболевание: хронический (острый) калькулёзный холецистит, холедохолитиаз с различными осложнениями (механическая желтуха, холангит, перитонит).

Сочетанные заболевания: язвенная болезнь желудка, ДПК, вторичный (билиарный) панкреатит. Язвенная болезнь может быть, как в активной фазе, так и в стадии ремиссии. Она может быть впервые выявленной при комплексном обследовании больного, либо проявиться в ближайшем (кровотечением), отдаленном (кровотечением, перфорацией, стенозом, пенетрацией) послеоперационных периодах. В эту категорию относятся больные ранее перенесшие операции по поводу различных осложнений язвенной болезни, а также больные, оперированные по поводу острого, хронического панкреатита.

3. Сочетанные заболевания с преимущественным поражением поджелудочной железы.

Основное заболевание: острый (обострение хронического), хронический панкреатит с различными осложнениями (ферментативный перитонит, абсцесс сальниковой сумки, флегмона забрюшинного пространства и т.д.).

Сочетанные заболевания: язвенная болезнь желудка, ДПК в активной фазе, стадии ремиссии (в т.ч. впервые выявленная), хронический калькулёзный холецистит. При этом ЖКБ может быть впервые выявленной при комплексном обследовании больного. В эту группу относятся больные, ранее перенесшие холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни и её осложнений, а также больные, оперированные по поводу язвенной болезни и её осложнений.

Существенной особенностью больных этой группы является то, что вторичный (билиарный) панкреатит, который в клинической практике трактуется как осложнение ЖКБ, при длительном течении последней у ряда больных начинает доминировать в клинической картине и из сочетанного переходит в основное заболевание. Холецистэктомия не избавляет их от страданий. Эти больные на протяжении многих лет лечатся в стационарах хирургического (при развитии осложнений) и гастроэнтерологического профилей и, в конечном итоге,

теряют трудоспособность. Основным заболеванием, определяющим тяжесть клинического течения у них является хронический рецидивирующий панкреатит.

Достижения интернистов в консервативном лечении язвенной болезни за последние десятилетия привели к коренному пересмотру тактических подходов к лечению этого заболевания. На сегодняшний день во всем мире принят постулат о консервативном лечении язвенной болезни. Мощный арсенал противоязвенных препаратов, используемый для лечения язвенной болезни дает возможность достичь длительной и стойкой ремиссии практически во всех случаях неосложненной формы заболевания. Этот вопрос многократно обсуждался на различных пленумах, конгрессах, конференциях. и «базисность» этого постулата уже ни у кого не вызывает сомнения. Прерогативой хирургов остались осложненные формы язвенной болезни. Аналогичная установка существует в подходах и к лечению различных форм острого панкреатита. Хирургическое вмешательство предпринимают только при осложнениях этого заболевания. В связи с вышеизложенным мы ставили перед собой задачу перевод больных 1 группы (с основным заболеванием язвенная болезнь) и больных 3 группы (с основным заболеванием острый панкреатит) во 2 группу-с основным заболеванием ЖКБ и ее осложнения. Назначенная мощная противоязвенная терапия позволяет перевести язвенную болезнь в стадию ремиссии в среднем через $11 \pm 1,6$ суток. Назначенная базисная противопанкреатическая терапия, а при необходимости в комплексе с детоксикационными мероприятиями позволяет купировать либо стабилизировать острые явления со стороны поджелудочной железы через $7 \pm 1,3$ суток. В том случае если ЖКБ протекает без угрожающих для жизни осложнений (перитонит, гнойный холангит, механическая желтуха с большой давностью заболевания (более 12 суток) использование вышеназванной тактики позволяет выполнить оперативное вмешательство по поводу ЖКБ с минимальным риском развития осложнений со стороны сочетанных заболеваний (язвенной болезни, панкреатита).

Диагностический алгоритм

Недостаточная разработанность вопросов, связанных с хирургическим

лечением сочетанных заболеваний органов ГПДС в большой степени связана со сложностью диагностики. В ее основе лежит атипичность клинической картины каждого из заболеваний, которые являются звеном в системе пораженных органов (язвенная, ЖКБ, вторичные панкреатиты). Не следует забывать и о том, что каждое из перечисленных заболеваний имеет острую и хроническую формы со всеми известными осложнениями. Не говоря уже о патогенетически связанных с ними таких состояниях, как хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. При этом заболевания, которые входят в систему пораженных патологическим процессом органов могут протекать бессимптомно, картина каждого из них со временем может существенно изменяться. В связи с этим решающее значение в диагностике сочетанных заболеваний органов ГПДС следует отдавать инструментальным методам исследования.

Нами предложен и используется в клинике диагностический алгоритм при сочетанных заболеваниях органов ГПДС при госпитализации больных, в дооперационном и послеоперационном периодах, с учетом плановой и неотложной госпитализации, а также обследования больных в отдаленном послеоперационном периоде (диагностический алгоритм 1). Учитывая тот факт, что в патологический процесс вовлекается несколько систем органов у конкретного больного, использовали комплексное обследование. При этом обследованию подлежат все три системы органов, вовлеченных в патологический процесс:

1. желудок, ДПК; 2. печень, желчный пузырь, желчновыводящие протоки; 3. поджелудочная железа. Использовали следующие методы исследования:

1. Лабораторные - клинический анализ крови, общий анализ мочи.
2. Биохимические - белок сыворотки крови (коагулограмма, билирубин крови, амилаза крови, диастаза мочи, трансаминазы крови, сахар крови, мочевины крови, группа крови, резус-фактор).

Диагностический алгоритм 1 при сочетанных заболеваниях органов ГПДС



3. Инструментальные: фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), ультразвуковая диагностика (УЗД), компьютерная томография (КТ), ретроградная эндоскопическая холангиопанкреатография (РЭХПГ), контрастные методы исследования на операционном столе, фистулография в послеоперационном периоде, гидрозвуковое исследование ДПК на фоне медикаментозной релаксации и контрастирования ДПК бариевой суспензией, лапароскопия, лапароцентез.

4. Физико-химические методы исследования (содержание желчных кислот в желудочном соке, буферная емкость содержимого желудка (БЕСЖ), исследование секреторной функции желудка с использованием фракционного метода исследования и Рн-метрии).

1. Лабораторные методы исследования всем больным проводили в Республиканском диагностическом центре МЗ ДНР, клинической лаборатории ЦГКБ №1 г. Донецка. Гематологические исследования выполняли на анализаторе Beckman Coulter AcT diff (США) с использованием реактивов Beckman Coulter. Уровень эритроцитов определяли кондуктометрическим методом (норма у женщин $3,5-5,1 \times 10^{12}$, у мужчин $3,9-5,5 \times 10^{12}$). Уровень гемоглобина определяли цианметгемоглобиновым методом (норма-120-160 г/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 pg), среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците при помощи электрического счетчика (норма 326-362 г/дл.), тромбоциты методом экстраполяции кривой (норма $160-450 \times 10^9$), лейкоциты подсчитывали при помощи электрического счетчика (норма $4-10 \times 10^9$), 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-2-8%, эозинофилы-1-5%,

базофилы-0-1%). Индекс лейкоцитарной интоксикации (ИЛИ) рассчитывали по методике Островского В.К.(1983).

2. Биохимические исследования проводили с использованием анализаторов KONE ULTRA и KONE lab 30(Финляндия), с использованием 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., для 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: α -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%, α_1 глобулин-2,2-4,2%, α_2 глобулин-7,9-10,9%, γ -глобулин-10,2-18,3%, β -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), тромбоэластографе «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). Тромбоэластограмму определяли на тромбоэластографе 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.).

2.2. Ультразвуковая диагностика

Диагностическая достоверность данного метода исследования составляет 97-98,9% [223,232,309]. По данным Безродного Б.Г. и соавт., [10] чувствительность УЗД составляет 89%, МРТ-94%, РЭХПГ-98%, диагностическая достоверность УЗД-94,7%. Диагностическая достоверность УЗД в сочетании с КТ-98,3%.

Однако, атипичность клинической картины у ряда больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС приводят к диагностическим ошибкам в 10-30% случаях [223,232,309]. В связи с этим, при осложненном течении язвенной болезни исследование ечени, желчных протоков, желчного пузыря, поджелудочной железы проводили даже при отсутствии жалоб, характерных для желчнокаменной болезни и панкреатита.

Анализу ультразвукового исследования подвергнуты 177 больных с основным диагнозом ЖКБ и ее осложнения. Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнено у 146(82,5%) больных. Диагностическая достоверность метода составила 98,4%, чувствительность 91,0%.

У остальных 31 больного выполнены: рентгеноконтрастные методы исследования (n=11), 20 больных были оперированы по неотложным показаниям в связи с различными осложнениями ЖБК (деструктивный холецистит с перитонитом, холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом) (таблица 3). Ультразвуковой оценке морфологического состояния подвергались следующие органы: печень, включая исследование внутрпеченочных желчных протоков, желчный пузырь, гепатикохоледох, поджелудочная железа.

Сонография печени выполнена у 108(74,0%) больных. При этом исследовались следующие параметры (таблица 2):

1. наличие увеличения печени;
2. диффузная неоднородность паренхимы печени;
3. повышение эхогенности паренхимы печени;

4. уплотнение стенок внутрипеченочных желчных протоков;
5. наличие признаков желчной гипертензии (расширение внутрипеченочных желчных протоков, гепатикохоледоха);
6. наличие НРГ (неспецифического реактивного гепатита).

Проведенные исследования показали, что глубина изменений определялась давностью основного заболевания, но в большей степени – видом воспалительного процесса в желчном пузыре (острый, хронический), а также наличием осложнений ЖКБ: перитонит, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит.

Увеличение печени в размерах констатировано у 51(47,2%) больного: при хроническом холецистите в 27,8 %, остром в 33,3 %, деструктивном в 58,6%, механической желтухе в 53,5% случаев.

Таблица 2 Результаты ультразвукового исследования печени у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС

Исследуемый орган (печень)	Хрон. калькул. холецистит		Острый калькул. холецистит		Механичес- кая желтуха		Всего	
	n=18	%	n=47	%	n=43	%	n=108	%
Увеличена	5	27,8	23	48,9	23	53,5	51	47,2
Диффузная неоднородность ткани	8	44,4	35	74,5	39	90,7	82	75,9
Повышение эхогенности ткани	15	83,3	39	82,9	39	90,7	92	85,2
Уплотнение стенок внутрипе- ченочных желчных протоков	10	55,5	30	63,8	35	81,4	75	69,4
Признаки желчной гипертензии			2	4,3	17	39,5	19	17,6
НРГ	8	27,8	27	60,0	35	81,4	70	64,8
Печень без изменений	1	5,5					1	0,9

Примечание: НРГ – неспецифический реактивный гепатит.

Диффузная неоднородность паренхимы печени выявлена у 82(75,9%) больных: при хроническом калькулезном холецистите в 44,4 %, остром в 77,8%, деструктивном в 72,4%, механической желтухе в 90,7% случаев.

Повышенная эхогенность паренхимы печени выявлена у 92(85,2%) больных: при хроническом калькулезном холецистите в 83,3%, остром в 83,3%, деструктивном в 79,3%, механической желтухе в 90,7% случаев.

Уплотнение стенок внутрипеченочных желчных протоков выявлено у 75(69,4%) больных: при хроническом калькулезном холецистите в 59,6%, остром в 72,2%, деструктивном в 58,6%, механической желтухе в 81,4% случаев.

Следует отметить, что холедохолитиаз может протекать с развитием: 1. стойкой билиарной гипертензии, 2. преходящими нарушениями оттока желчи, 3. без нарушения оттока желчи. При стойкой билиарной гипертензии наблюдается расширение ОЖП свыше 6-7 мм. и расширение внутрипеченочных желчных протоков. Как правило расширение внутрипеченочных желчных констатируется на 3-4 сутки от начала острой окклюзии ОЖП. Характерно также формирование картины «желчных озер»-значительного неравномерного расширения внутрипеченочных желчных протоков, вплоть до кистозоподобного их состояния. 2.для преходящих нарушений оттока желчи характерно временное появление вышеуказанных сонографических признаков.

Такой признак, как признаки желчной гипертензии у исследуемой группы больных включал в себя: расширение внутрипеченочных (гепатикохоледох) желчных протоков и был характерен для больных с механической желтухой. Он выявлен у 42(100,0%) больных. Общий желчный проток был расширен от 1,0 до 2,5(1,6±0,7) см. Данный признак выявлен у 2(4,3%) с острым калькулезным холециститом и у 17(39,5%) больных с механической желтухой.

Признаки неспецифического реактивного гепатита (НРГ) (диффузная неоднородность паренхимы печени, повышенная печеночной паренхимы, уплотнение стенок внутрипеченочных желчных протоков) встретились у 70(64,8%) больных: при хроническом калькулезном холецистите у 8(27,8%), остром у 11(61,4 %), деструктивном у 16(59,2 %), механической желтухе у 35(81,4%) больных. Отсутствие изменений в печени отмечено у 1(0,9%) больного с хроническим калькулезным холецититом (рисунок 2.1).

Ультразвуковое исследование желчного пузыря выполнено у 136(76,8%) из 177 больных (таблица 3). Анализу подвергались следующие признаки:

1. увеличение желчного пузыря;
2. повышение эхогенности стенки желчного пузыря;

Таблица 3 Результаты ультразвукового исследования желчного пузыря у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС

Исследуемый орган (желчный пузырь)	Хрон. калькул. холецистит		Острый калькул. холецистит		Механичес- кая желтуха		ВСЕГО	
	n=36	%	n=63	%	n=37	%	n=136	%
Отключен			1	1,6	1	2,7	2	1,5
Увеличен			25	39,7	29	78,4	54	39,7
Стенка повышенной эхогенности	21	58,3	16	25,4	16	43,2	53	39,0
Стенка утолщена	31	86,1	59	93,7	37	100,0	127	93,4
Стенка уплотнена	23	63,9	57	90,5	28	75,7	98	72,1
Желчный пузырь без изменений			1	1,6			1	0,7
Наличие двойного контура			9	14,3	4	10,8	13	9,6
Наличие конкрементов	36	100,0	63	100,0	37	100,0	136	100,0



Рисунок 2.1

Сонограмма больной В. 52 лет. (10.02.14г.) печень несколько увеличена за счет левой доли, (пр.126, лев.-80), контуры волнистые, четкие, паренхима диффузно неоднородная, мелкозернистая, эхогенность несколько повышена, ст.в/п. желчных протоков уплотнены. Заключение: диффузные изменения печени.

3. утолщение стенки желчного пузыря;
4. уплотнение стенки желчного пузыря;
5. наличие двойного контура стенки желчного пузыря;
6. наличие конкрементов в желчном пузыре.

Увеличение размеров желчного пузыря было характерным для больных с острым холециститом, а также для больных с механической желтухой. У больных с острым холециститом этот признак встретился в 14,3%, деструктивным в 60,0%, при механической желтухе в 78,4% случаев.

Повышение эхогенности стенки желчного пузыря отмечено в 39,0% случаев: у больных с хроническим калькулезным холециститом в 58,3%, острым в 35,7%, деструктивным в 17,1%, при механической желтухе в 43,2% случаев. Таким образом, данный признак наиболее характерен для больных с хроническим воспалительным процессом в стенке желчного пузыря.

Утолщение стенки желчного пузыря отмечено в 93,4% случаев: при хроническом калькулезном холецистите в 86,1%, острым в 96,4%, деструктивном в 91,4%, при механической желтухе в 100,0% случаев.

Уплотнение стенки желчного пузыря отмечено в 72,1% случаев: при хроническом калькулезном холецистите в 63,9%, острым в 82,1%, деструктивном в 68,6%, при механической желтухе в 75,7% случаев.

Наличие двойного контура стенки желчного пузыря было характерным для больных с острым воспалительным процессом. Этот признак был выявлен в 9,6% случаев (при остром в 10,7%, деструктивном в 17,1 %, при механической желтухе в 10,8%) (рисунки 2.2-2.4).

Наличие конкрементов в желчном пузыре установлено у всех 136(100,0%) больных. Отсутствие изменений в стенке желчного пузыря при наличии в нем конкрементов установлено у 1(0,7%) больного.



Рисунок 2.2

Сонограмма больной Б., 55 лет. (19.03.15г.): Желчный пузырь не увеличен, стенка уплотнена, утолщена (5,0 мм.) в пришеечном отделе конкремент (14,5x9,8мм.), он смещается, дает четкую акустическую тень. Заключение: калькулез желчного пузыря



Рисунок 2.3

Сонограмма больной А., 58 лет. (6.01.15г.): Желчный пузырь не увеличен, стенка уплотнена, утолщена (5,5 мм.) в просвете группа конкременты до 7,5 мм. дающие четкую акустическую тень. Заключение: калькулез желчного пузыря

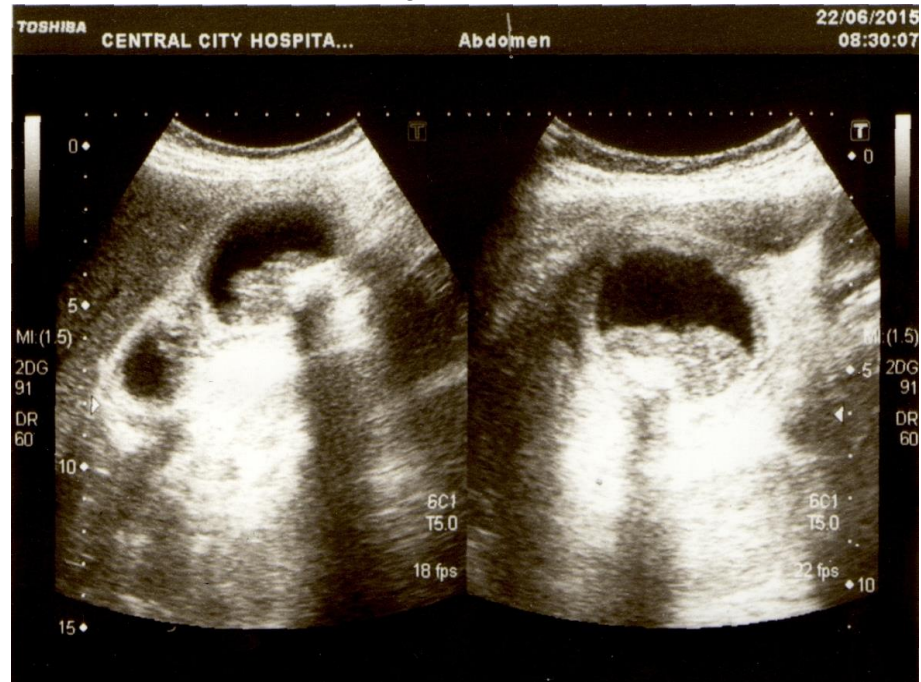


Рисунок 2.4

Сонограмма больной Ш 67 лет. (22.06.15г.): Желчный пузырь не увеличен, стенка неоднородная, имеет «двойной» контур, уплотнена, утолщена (6,5 мм.) в просвете группа мелких конкрементов конкремента до (7,0 мм.), дающие четкую акустическую тень. Заключение: эхопризнаки отрого (деструктивного) калькулезного холецистита

Таким образом, из 7 изучаемых признаков наиболее значимыми (по частоте встречаемости) является:

1. утолщение стенки желчного пузыря (n=127–93,4%);
2. уплотнение стенки желчного пузыря (n=98–72,1%);
3. повышение эхогенности стенки желчного пузыря (n=53–39,0%);
4. увеличение размеров желчного пузыря (n=54–39,7%) (от 10,0 до 14,8 (11,5±1,9)см.;
5. наличие двойного контура стенки желчного пузыря (n=13–9,6%).

При этом, если для хронического воспалительного процесса характерны такие признаки, как повышение эхогенности стенки желчного пузыря, то для острого воспалительного процесса – увеличение его размеров, наличие двойного контура. Утолщение стенки желчного пузыря часто встретилось как при хроническом (86,1%), так и при остром (93,7%) воспалительном процессе, а также при механической желтухе (100,0%) (рисунки 2.5, 2.6).

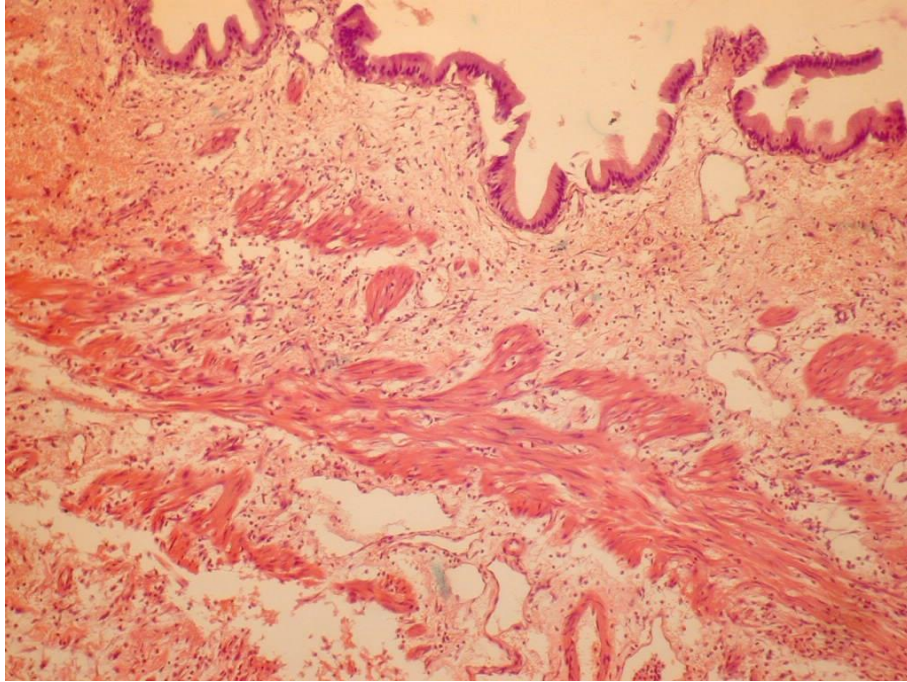


Рисунок 2.5

ПГЗ №90922-27 от 4.01.2010г. Острый флегмонозный холецистит на фоне склеротически-атрофических изменений в стенке желчного пузыря

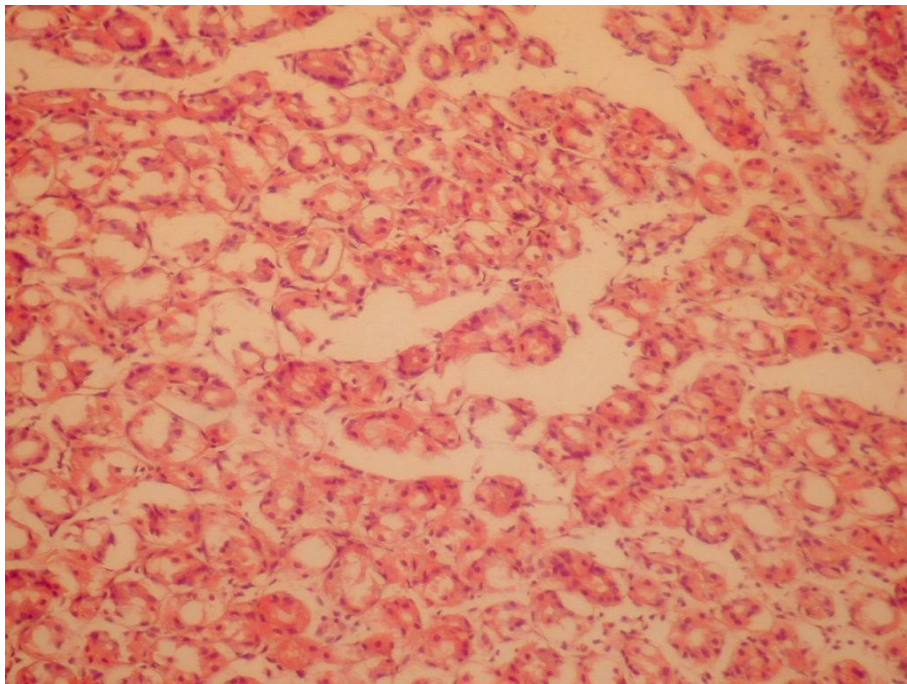


Рисунок 2.6

В ткани печени фиброз стромы портальных трактов, расширение просвета холангиол, очаговая лимфоидноклеточная инфильтрация, флебэктазии

Исследование поджелудочной железы произведено у 126(86,3%) из 146 больных. Патология выявлена у 124(98,4%) больных (таблица 4). Изучению подвергались следующие параметры:

1. увеличение размеров поджелудочной железы;
2. уплотнение ткани поджелудочной железы;
3. повышение эхогенности ткани поджелудочной железы;
4. наличие диффузной неоднородности ткани поджелудочной железы;
5. наличие жидкостных образований в ткани поджелудочной железы;
6. «смазанность» контуров поджелудочной железы и сложность ограничения ее контуров от окружающих тканей.

Информативность этих признаков неравнозначна.

Таблица 4 Результаты ультразвукового исследования поджелудочной железы у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС

Исследуемый орган (поджелудочная железа)	Хрон. калькул. холецистит		Острый калькул. холецистит		Механичес- кая желтуха		Всего	
	n=30	%	n=56	%	n=40	%	n=126	%
Увеличен			5	8,9	30	75,0	35	27,8
Ткань уплотнена	1	3,3	1		2	5,0	4	30,2
Без изменений			2	3,6			2	1,6
Повышение эхогенности ткани	30	100,0	54	96,4	37	92,5	121	96,0
Диффузная неоднородность ткани	22	73,3	45	80,4	32	80,0	99	78,6
Наличие жидкостных образований					2	5,0	2	1,6
«Смазанность» контура	3		8	14,3	7	17,5	18	14,3
Расширение диаметра вирсунгового протока					1	2,5	1	0,8

Так увеличение поджелудочной железы, в основном за счет головки, отмечено в 27,8% случаев: при деструктивном калькулезном холецистите в 14,3%, при механической желтухе в 75,0% случаев.

Уплотнение ткани поджелудочной железы отмечено в 3,3% случаев у больных с хроническим калькулезным холециститом.

Повышение эхогенности ткани поджелудочной железы выявлена в 86,5% и высокая эхогенность в 9,5% случаев. Таким образом, этот признак отмечен у 121 (96,0%) больного: при хроническом калькулезном холецистите в 93,3%, остром в 80,0%, деструктивном в 96,7%, при механической желтухе в 77,5% случаев.

Диффузная неоднородность ткани поджелудочной железы выявлена в 78,6% случаев: при хроническом калькулезном холецистите в 73,3%, остром в 76,9%, деструктивном в 83,3%, при механической желтухе в 80,0% случаев.

«Смазанность» контуров ткани поджелудочной железы и «трудность» отграничения их от окружающих тканей выявлена в 14,3% случаев: при хроническом калькулезном холецистите в 10,0%, остром в 15,4%, деструктивном в 13,3%, механической желтухе в 17,5% случаев (рисунки 2.7-2.11).

Таким образом, наиболее информативными ультразвуковыми признаками патологии поджелудочной железы при ЖКБ и ее осложнениях являются:

1. повышение эхогенности ткани поджелудочной железы (96,0%);
2. диффузная неоднородность ткани поджелудочной железы (78,6%);
3. увеличение поджелудочной железы (27,8%);
4. «смазанность» контуров поджелудочной железы и «трудность» отграничения их от окружающих тканей (14,3%).

При этом повышение эхогенности ткани поджелудочной железы и диффузная ее неоднородность характерны как для хронического (100,0%), так и для острого (96,4%) калькулезного холецистита.

«Смазанность» контуров поджелудочной железы, как признак сочетанного острого воспалительного процесса в поджелудочной железе характерны как для острого воспалительного процесса в желчном пузыре (14,3%), так и для хронического калькулезного холецистита (10,0%), хотя и в меньшей степени. При механической желтухе этот признак выявлен в 17,5% случаев.



Рисунок 2.7

Сонограмма больной М., 62 лет. (20.08.13г.): Поджелудочная железа не увеличена, контуры волнистые, четкие, паренхима диффузно неоднородная эхогенность значительно повышена. Вирсунгов проток не расширен. Заключение: диффузные изменения поджелудочной железы

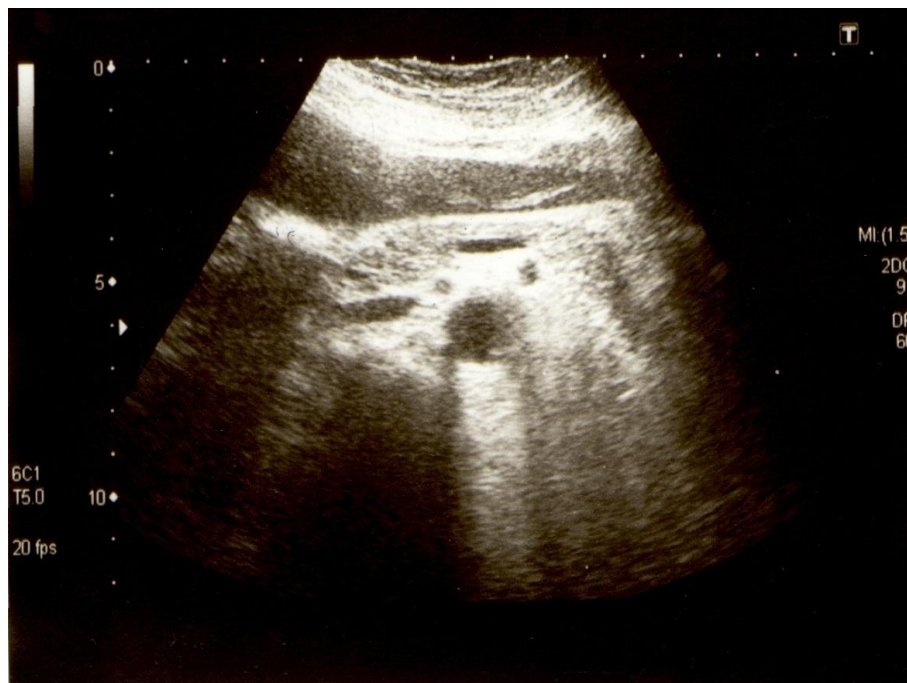


Рисунок 2.8

Сонограмма больной Ш., 67 лет. (22.06.13г.): Поджелудочная железа не увеличена, контуры волнистые, нечеткие, паренхима диффузно неоднородная, мелкозернистая, эхогенность несколько повышена. Заключение: диффузные изменения поджелудочной железы

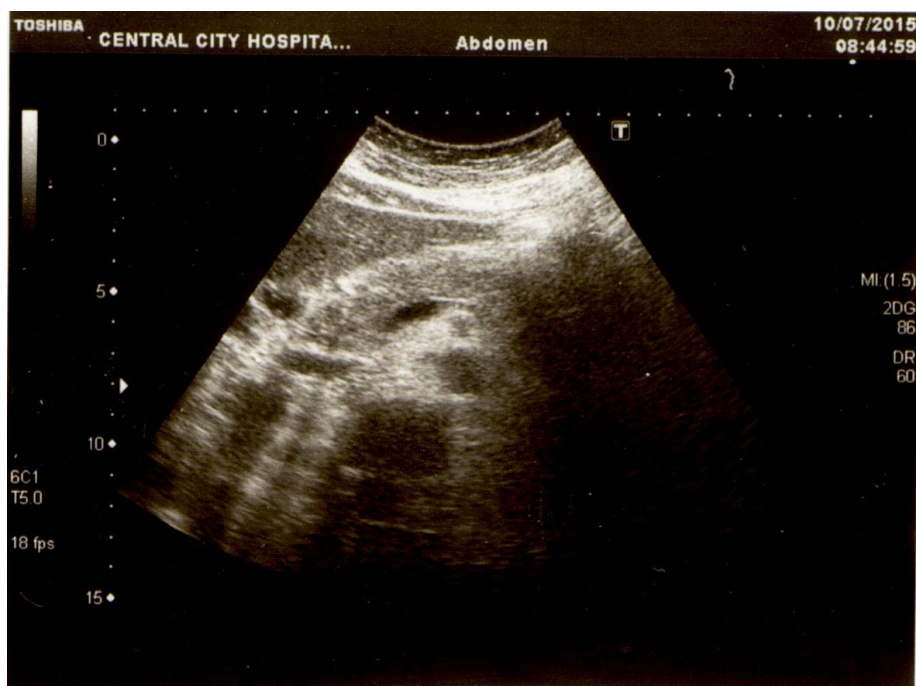


Рисунок 2.9

Сонограмма больной Г., 47 лет. (07.07.15г.): В брюшной полости незначительное количество свободной жидкости. В проекции малого сальника- незначительное количество свободной жидкости. Поджелудочная железа незначительно диффузно увеличена (гол.33,5 мм., тело 19 мм.), контуры волнистые, нечеткие, паренхима диффузно неоднородная, мелкозернистая, эхогенность несколько повышена. Заключение: эхопризнаки обострения хронического панкреатита

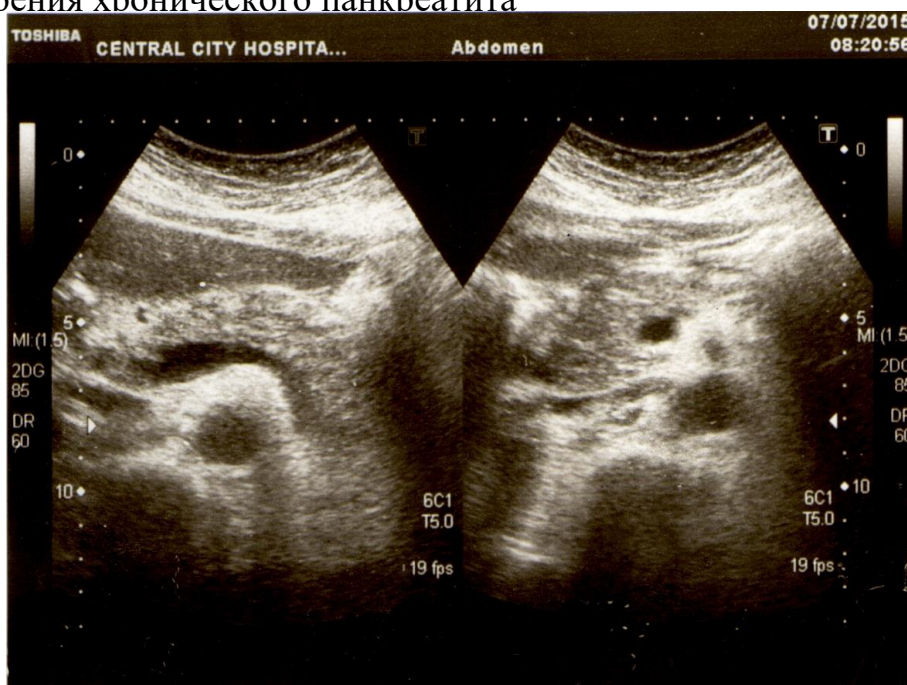


Рисунок 2.10

Контроль через 3 суток. Сонограмма больной Г., 47 лет. (10.07.15г.): В брюшной полости свободной жидкости нет. Поджелудочная железа не увеличена, контуры волнистые, четкие, паренхима диффузно неоднородная, мелкозернистая, эхогенность несколько повышена. Заключение: эхопризнаки хронического панкреатита. По сравнению с УЗИ от 7.07.15г. динамика положительная

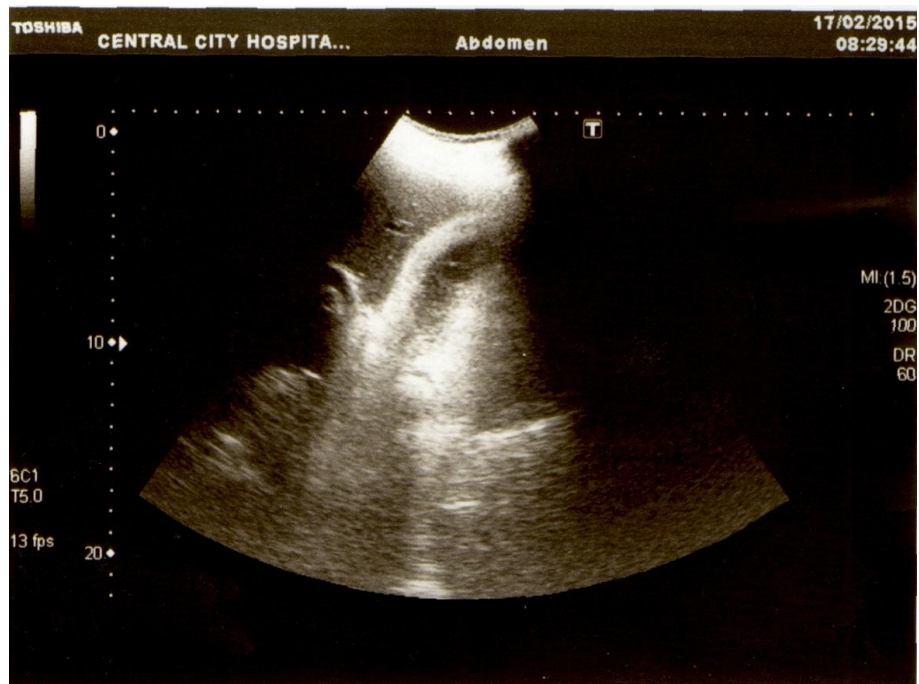


Рисунок 2.11

Сонограмма больного Б., 51 г.. (22.09.09г.): Желчный пузырь увеличен (11,0x38,0 мм.), стенка неоднородная, имеет «двойной» контур, уплотнена, утолщена (5,8 мм.) в просвете несмещающаяся эхопозитивная структура до 11 мм. в «кармане» Гартмана, дающая четкую акустическую тень. Заключение: эхопризнаки острого калькулезного холецистита

2.3. Эндоскопическая диагностика (фиброгастродуоденоскопия)

В отличие от других методов исследования ФГДС - это метод, который использовали на всех этапах диагностики, лечения и реабилитации больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС. ФГДС использовали, как в плановом, так и в неотложном порядке. Диагностика включала исследование больного в предоперационном периоде, во время операции (по показаниям), в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, на этапах реабилитации больного. При развитии в послеоперационном периоде такого осложнения как кровотечение ФГДС наряду с диагностической преследовала лечебную цель и являлась ведущим методом лечения при развитии подобного рода осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни [89]. В послеоперационном периоде ФГДС использовали с диагностической и лечебной целью в комплексе с противоязвенной терапией. Язвенная болезнь, как сочетанное заболевание (анализу подвергнуты 177 больных) имела место у всех 177(100,0%) больных. У больных с хроническим калькулезным холециститом (n=53) язвенная болезнь желудка имела место у 4(7,5%), двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 40(75,5%), язвенная болезнь ДПК в сочетании и вторичной язвой желудка у 2 (3,8%) больных. Резекцию желудка в анамнезе перенесли 7 (13,2%) больных, один из 7 до резекции желудка перенес ушивание прободной язвы ДПК, второй СПВ.

Язвенная болезнь ДПК в стадии ремиссии была у 31(77,5%) больных, трое из них в анамнезе перенесли ушивание прободной язвы ДПК. Язвенная болезнь ДПК в активной фазе (стадии обострения) была у 9(22,5%) больных, у 2(5,8%) из них осложненная пузырно-двенадцатиперстной фистулой). Один из больных с активной фазой в анамнезе перенес иссечение язвы ДПК, пилоропластику, двухстороннюю стволовую ваготомию. Локализация язв ДПК была следующей:

1. На верхней стенке ДПК у 5 больных. У двух из них язва осложнилась формированием пузырно-двенадцатиперстной фистулы.
2. На задней стенке ДПК у 2 больных.
3. Сочетание язв верхней и нижней стенок (зеркальные язвы) у 2 больных.

Размеры язв ДПК варьировали от 0,3 до 0,6 ($0,5 \pm 0,6$) см.

Язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии была у 2 (50,0%), стадии обострения у 2 (50,0%) больных. Язвы желудка (до 2,0 см.) локализовались на малой кривизне желудка в области его угла.

Язвенная болезнь ДПК в сочетании с вторичной язвой желудка имела место у 2 больных (стадия ремиссии $n=1$, стадия обострения $n=1$, в сочетании с «зеркальными» язвами ДПК). Локализация язвы желудка: в области угла желудка на малой кривизне (2,0 см.). Семь больных в анамнезе, в сроки от 10 до 32 ($23,4 \pm 2,5$) лет перенесли резекцию желудка по второму способу Бильрота (Гофмейстер-Финстерер). Двое из этих больных за 1 и 2 года до резекции желудка перенесли ушивание прободной язвы ДПК и СПВ соответственно.

Острое желудочно-кишечное кровотечение средней степени тяжести развилось у 2 больных в сроки 1 и 3 суток после операции и проявилось меленой. При ургентной ФГДС у 1 больного диагностированы «зеркальные» язвы ДПК (в луковице на передней и задней стенках) и в области угла желудка по малой кривизне (2,0 см.) У второй больной установлена язва по верхней стенке луковицы ДПК (0,6 см.). Кровотечение остановлено консервативно.

У больных с острым калькулезным холециститом ($n=29$) язвенная болезнь желудка имела место у 2 (6,9%), ДПК у 21 (72,4%), ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка (в стадии ремиссии) у 1 (3,4%) больного. Резекцию желудка по поводу различных осложнений язвенной болезни в анамнезе перенесли 5 (17,2%) больных. Язвенная болезнь ДПК в стадии ремиссии была у 13 (61,9%) больных, в стадии обострения у 8 (38,1%) больных.

Локализация язв ДПК была следующей:

1. На верхней стенке ДПК у 6 больных (у 3 из них с пенетрацией в желчный пузырь и формированием пузырно-двенадцатиперстной фистулы).
2. На задней стенке ДПК у 1 больного.
3. На нижней стенке ДПК у 1 больного.

Размеры язв ДПК варьировали от 0,4 до 0,7 ($0,5 \pm 0,6$) см.

Язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии была у 1, в стадии обострения у 1(1,2 см.) больного, локализовалась в антральном отделе желудка по малой кривизне.

Язвенная болезнь ДПК в сочетании с вторичной язвой желудка в стадии ремиссии была у 1 больного. Резекцию желудка (по Бильрот–I–1, Бильрот–II–4) в анамнезе в сроки от 18 до 31($22,8 \pm 2,5$) года перенесли 5 больных. Острое ЖКК легкой степени тяжести через 3 суток после операции из язвы желудка развилось у 1 больного и проявилось меленой. Остановлено консервативными мероприятиями.

У больных с деструктивным холециститом ($n=40$) язвенная болезнь желудка имела место у 2(5,0%), язвенная болезнь ДПК у 29(72,5%), сочетание язвенной болезни ДПК со вторичной язвой желудка у 1(2,5%) больного. Резекцию желудка в анамнезе перенесли 8(20,0%) больных. Язвенная болезнь ДПК в стадии ремиссии была у 22(75,1%), в стадии обострения у 7(24,1%) больных. Из 22 больных в стадии ремиссии язвы ДПК–3(36,7%) в анамнезе (в сроки от 5 до 24($13,0 \pm 4,8$) лет перенесли ушивание прободной язвы ($n=2$), иссечение язвы ДПК ($n=1$).

Локализация язв ДПК была следующей:

1. На передней стенке ДПК у 4 больных (у 1 из них осложненная формированием пузырно-двенадцатиперстной фистулы).
- 2, На задней стенке ДПК у 1 больного.
- 3, На нижней стенке ДПК у 1 больного.
4. на верхней стенке ДПК у 1 больного

Размеры язв ДПК варьировали от 0,8 до 1,2($1,1 \pm 0,6$) см.

Язвенная болезнь желудка была у 2-х больных (в стадии ремиссии–1, стадии обострения (язва 1,0 см. в области угла желудка по малой кривизне)–1 больной).

Язвенная болезнь ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка в стадии ремиссии была у 1 больного.

Резекцию желудка в сроки от 4 до 32($16,3 \pm 2,2$) лет перенесли 8 больных (Бильрот–I–1, Бильрот–II–7). Один из них за 1 год до резекции желудка перенесли

ушивание прободной язвы ДПК. У одного больного имели место 2 пептические язвы гастроэнтероанастомоза (1,5 см. каждая).

Острое желудочно-кишечное кровотечение в сроки до 3 до 8($5,1 \pm 1,2$) суток после операции со стороны сочетанной язвенной болезни развилось у 5(12,5%) больных с острым деструктивным холециститом.

Ургентная ФГДС выполнена у всех больных. Кровотечение остановлено консервативными мероприятиями, с использованием методов эндоскопического гемостаза.

У больных с механической желтухой ($n=55$) язвенная болезнь желудка имела место у 6(12,5%), ДПК у 38(79,2%) больных. Резекцию желудка в связи с различными осложнениями язвенной болезни в анамнезе перенесли 7(12,7%) больных. Язвенная болезнь ДПК в стадии ремиссии у 18(47,4%), в стадии обострения—у 20(52,6%) больных.

Локализация язв ДПК была следующей:

1. На передней стенке ДПК – у 12 больных (у 2 с пенетрацией в желчный пузырь, у 1 из них с формированием пузырно-двенадцатиперстной фистулы).
2. На задней стенке ДПК у 4 больных (у 1 осложненная пенетрацией в головку поджелудочной железы).
3. «Зеркальные» язвы (передняя и задняя стенка ДПК) – у 2 больных (у 1 из них с пенетрацией в желчный пузырь).
4. На нижней стенке ДПК—у 1 больного.
5. На верхней стенке ДПК—у 1 больного.

Размеры язв ДПК варьировали от 0,4 до 0,7($0,5 \pm 0,6$) см.

Язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии была у 2, стадии обострения – у 4 больных.

Локализация язв желудка была следующей:

1. В области угла желудка по малой кривизне у 1 больного.
2. В антральном отделе на задней стенке у 3 больных.

Размеры язв желудка варьировали от 0,7 до 1,5($1,2 \pm 0,6$) см.

У 1 больного с ушиванием прободной язвы ДПК и гастроэнтероанастомозом язвенная болезнь ДПК находилась в стадии ремиссии.

Острое желудочное кровотечение в ближайшем послеоперационном периоде, в сроки от 1 до $8(3,5 \pm 1,1)$ суток после операции развилась у 13(13,6%) больных. У 12 больных кровотечение остановлено консервативными мероприятиями, у 1 больной выполнена релапаротомия, иссечение кровоточащей язвы желудка в виду неэффективности консервативных мероприятий.

Резекцию желудка по поводу различных осложнений язвенной болезни от 17 до $38(24,4 \pm 2,6)$ лет перенесли 7 больных. Трое из них за год до резекции желудка перенесли ушивание прободной язвы ДПК.

Из 7 больных у 1 на 4 сутки после операции развилось острое желудочно-кишечное кровотечение. При ургентной ФГДС выявлена пептическая язва гастроэнтероанастомоза (1,5 см. в диаметре), которая послужила причиной кровотечения. Кровотечение остановлено консервативным путем с использованием эндоскопического гемостаза.

2.4. Исследование секреторной функции желудка

Желудочную секрецию изучали фракционным методом по методике Кау (1953) с использованием максимального гистаминового теста, и pH-метрийей. При фракционном методе натошак в желудок вводили тонкий зонд и удаляли содержание желудка (тощаковая порция). Затем через каждые 15 минут на протяжении часа, собирал весь желудочный сок, который характеризовал базальную секрецию, то есть секрецию желудка без применения раздражителей. Через 30 минут от начала исследования вводили антигистаминовый препарат для предупреждения общего действия гистамина (растворы димедрола 1%-2,0, супрастина 2%-2,0.). Через час после начала пробы, то есть через 30 минут после введения антигистаминового препарата подкожно, вводили солянокислый гистамин (0,1% раствор в дозе 0,24 мг на 10 кг веса). После инъекции гистамина желудочный сок получали через каждые 15 минут еще на протяжении часа.

Выделение свободной и общей соляной кислоты вычисляли в миллимолях/ час. Для этого количество сока в миллилитрах умножали на содержание свободной или общей соляной кислоты в титрационных единицах в каждой 15-минутной порции, и полученный результат делили на 1000. Затем данные подытоживали. Показатели желудочной секреции изучены у 105(48,4%) больных с основным заболеванием язвенная болезнь и ее осложнения. При этом установлены следующие данные (таблица 5).

Таблица 5 Показатели желудочной секреции у больных с основным диагнозом язвенная болезнь и ее осложнения.

Вид секреции	Всего больных		Показатели секреции (мэкв\час)	
	абс.	%	БАО	МАО
Гипосекреция	54	51,4	1,9±1,3	4,5±2,1
Нормосекреция	28	26,7	4,9±2,1	17,2±3,6
Гиперсекреция	23	21,9	20,5±3,9	26,8±4,3
ИТОГО	105	95,2	9,2±1,3	16,2±3,2

Сокращения: БАО–базальная продукция соляной кислоты, МАО–стимулированная продукция соляной кислоты.

1. Гипосекреция установлена у 54(51,4%) больных. БАО варьировало от 0 до 5,6(1,9±1,3) мэкв/час. Максимально стимулированная гистамином (МАО)–от 0 до 10,4(4,5±2,1) мэкв/час.
2. Нормосекреция установлена у 28(26,7%) больных. БАО варьировала от 0,3 до 9,1(4,9±2,1) мэкв/час, МАО–от 0,5 до 20,6(17,2±3,6) мэкв/час.
3. Гиперсекреция установлена у 23(21,9%) больных. БАО варьировало от 1,9 до 55,7(20,5±3,9) мэкв/час, МАО от 0,9 до 50,0(26,8±4,3) мэкв/час.

Отмечена, также еще одна особенность показателей желудочной секреции. Была выявлена т. н. парадоксальная или извращенная секреция, которая выражалась в двух вариантах:

1. Показатели базальной продукции HCL (БАО) были выше максимально стимулированной гистамином (МАО).
2. Показатели базальной продукции HSE (БАО) были равны максимально стимулированной (МАО).

У больных с первичными вмешательствами таких больных было 4(9,3%) из 43, у больных с повторными вмешательствами—21(33,9%) из 62.

При этом равные показатели БАО и МАО были только у больных с гипосекрецией (n=6).

БАО: от 0,5 до 2,8(0,9±0,9) мэкв/час. МАО—от 0,5 до 2,8(1,1±0,9)мэкв/час. Второй вид парадоксальной секреции (у больных с гипосекрецией (n=6) представлен цифрами: БАО—от 0,5 до 3,6(1,9±1,3) мэкв/час. МАО—от 0,1 до 3,5 (1,4±1,3) мэкв/час.

У больных с нормосекрецией (n=5) БАО—от 3,8 до 6,0 (4,5±3,2) мэкв/час, МАО – от 0,5 до 5,0(2,3±1,3) мэкв/час.

У больных с гиперсекрецией (n=3) БАО—от 12,2 до 55,7(27,8±4,3) мэк в/час, МАО—от 3,0 до 46,3(19,3±3,8) мэк в/час.

РН–метрию выполняли с использованием индикатора кислотности желудка (ИКЖ-2) у всех 214 больных основной группы Данный вид исследования выполняли в пред-, и послеоперационном периодах, согласно разработанному диагностическому алгоритму во время комплексного обследования больных, а также интраоперационно с целью контроля эффективности проводимой противоязвенной терапии. 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—нормацидность; 1,3-1,5—умеренная гиперацидность; 0,9-1,2—выраженная гиперацидность.

Предоперационное исследование уровня кислотности желудочного сока (включая послеоперационный рН-мониторинг)у больных основной группы позволил установить, что у больных с основным диагнозом ЖКБ и ее осложнения, сочетанная язвенная болезнь ДПК в активной фазе протекает на фоне, преимущественно, умеренно- и выраженной гиперацидностей, в стадии ремиссии выраженной гипоацидности.

2.5. Рентгенологическое исследование

Исследование желудка

На сегодняшний день ведущим методом исследования при язвенной болезни является ФГДС. Однако рентгенологическое исследование больных не утратило своей актуальности и информативности [228]. Мы приведем данные рентгенологических методов исследования у 73 больных контрольной группы, перенесших повторные операции по поводу основного заболевания язвенная болезнь и ее осложнения в сочетании с хроническим калькулезным холециститом и вторичным панкреатитом. Все больные в прошлом перенесли СПВ. Методика исследования включала полипозиционную рентгеноскопию и рентгенографию желудка с использованием двойного контрастирования и беззондовой гипотонии в процессе заполнения его водной смесью сульфата бария (100 г сульфата бария на 100 мл воды), а также через 15, 30, 60, 120 минут и т.д. от начала исследования. Исследование проводили натошак в вертикальном, при необходимости – в горизонтальном положении больного.

В каждом случае оценивали функцию пищевода и кардии, определяли форму, расположение и размеры желудка, характер его контуров и рельеф слизистой оболочки. Обращали внимание на наличие в желудке гиперсекреторной жидкости к началу исследования. Изучали перистальтику, моторно-эвакуаторную функцию желудка, его тонус. Исследовали характер начальной эвакуации и время полного опорожнения желудка.

В группах с рецидивными и незаживающими дуоденальными язвами ($n=50$) тонус желудка оценен как нормальный у $43 \pm 4,5$, гипотонус и гипертонус желудочной стенки выявлен у 4 и 3 больных соответственно.

Характерным для рентгенологической картины желудка у больных с рецидивом болезни язвы после СПВ есть: наличие деформации в верхнем отделе желудка ($42 \pm 4,4$), заключающаяся в расширении свода, деформации малой кривизны (рисунок 2.12), стойкого втяжения по большой кривизне в антральном отделе, наличии гиперсекреторной жидкости у большинства больных к началу

исследования. В некоторых случаях было отмечено наличие дивертикулообразных расширений по ходу тела желудка (рисунок 2.13), каскадного желудка (рисунок 2.14).

Наличие дивертикулообразных расширений по ходу тела желудка объясняем фиксацией передней стенки желудка спайками к передней брюшной стенке.

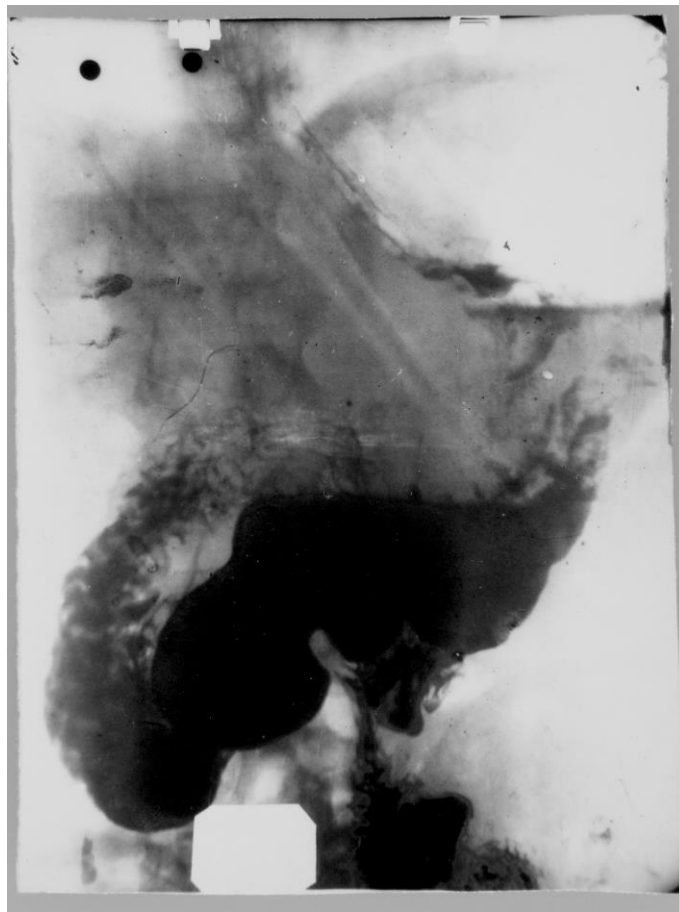


Рисунок 2.12

Рентгенограмма желудка. Расширение свода, укорочение и деформация малой кривизны желудка (через 30 мин.от начала исследования)

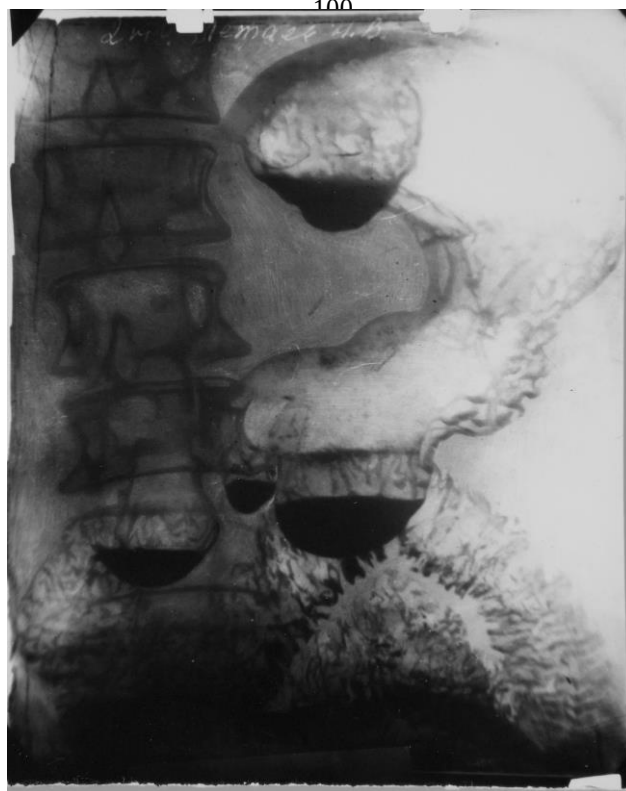


Рисунок 2.13

Рентгенограмма желудка. Наличие дивертикулообразных расширений по ходу тела желудка (через 90 мин. от начала исследования)

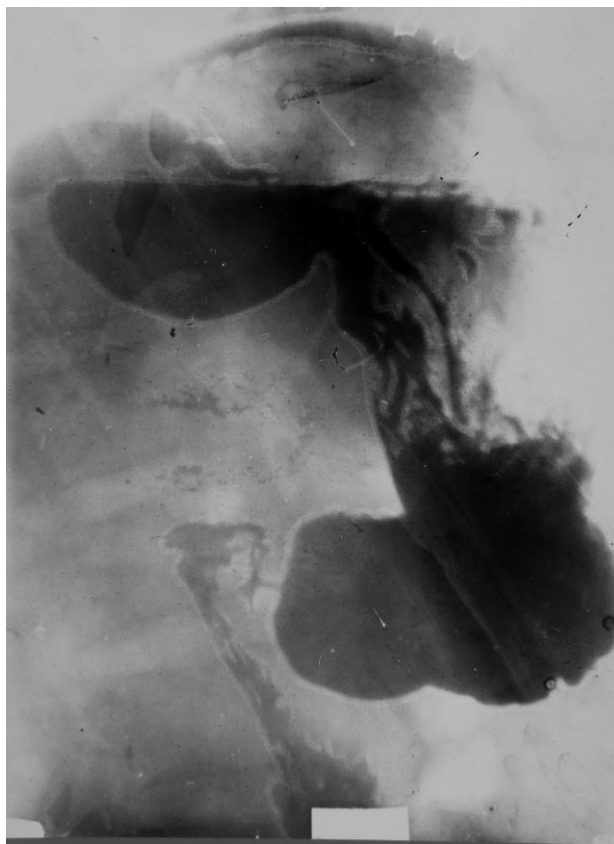


Рисунок 2.14

Рентгенограмма желудка. Наличие «каскадного желудка». Первый момент после приема контрастной массы (в первый момент исследования)

Смещаемость была ограничена у $9 \pm 2,5$, глубокая перистальтика—у $8 \pm 2,3$, в основном у больных с нарушенной эвакуацией из желудка, вялая—у $1 \pm 0,9\%$ больного. При изучении рельефа слизистой оболочки желудка отмеченное равномерное утолщение складок слизистой у $46 \pm 4,5$), грубое у $4 \pm 1,7$ больных, что свидетельствовало о наличии сопутствующего гастрита разной степени выраженности.

Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки отмечена у всех 50 больных, особенно выраженная при сочетании язвы с нарушением эвакуации из желудка на уровне луковицы у $13 \pm 2,9$, а также у больных с ранее выполненной дренирующей операцией – у $19 \pm 3,4$ больных.

Симптом «ниши» в двенадцатиперстной кишке отмечен у $44 \pm 4,5$ больных. У $6 \pm 2,0$ больных данных в пользу язвы двенадцатиперстной кишки не было ($n=5$), или они были сомнительны ($n=1$).

Отмеченные трудности в рентгенологической диагностике незаживших язв двенадцатиперстной кишки, и рецидивных, связанные с наличием выраженных деформаций верхнегоризонтального ее отдела, дивертикулообразных расширений. Сложность диагностики также обусловлена наличием ранее выполненной дренирующей операции типа пилоропластики, гастродуоденостомии. Именно у этой категории больных отмечено стойкое втяжение по большой кривизне в антральном отделе желудка.

В группе больных со стенозом выходного отдела желудка в результате заживления и рубцевания дуоденальной язвы у всех 10 больных диагноз был подтвержден рентгенологически (субкомпенсированная форма). Наличие эвакуации в первый момент приема суспензии бария было отмечено у 2 больных. У всех больных через 24 часа от момента приема суспензии бария в желудке отмечено от $1/3$ до $2/3$ контрастной массы. Форма желудка особенно не отличалась от формы у больных с рецидивной и незаживающей дуоденальными язвами. Размеры желудка были увеличены у всех больных. Характерным было неудовлетворительное выполнение двенадцатиперстной кишки, которое наступало через несколько часов ($n=8$) после приема суспензии бария. Эвакуация

проходила медленно, в виде тонкой струи. Грубая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки и отсутствие симптома «ниши» отмечено у всех больных.

В группе больных со «вторичной язвой» желудка гипотонус отмечен у $2 \pm 1,2$, нормотонус – у $10 \pm 2,6$ больных; смещаемость достаточная у $8 \pm 2,3$, ограниченная у $2 \pm 1,2$ больных; глубокая перистальтика у $4 \pm 1,7$, вялая у $4 \pm 1,7$, нормальная у $4 \pm 1,7$ больных. При изучении рельефа слизистой оболочки желудка грубое утолщение ее выявлено у $7 \pm 2,2$, равномерное у $5 \pm 1,9$ больных. Симптом «ниши» в желудке выявлен у $11 \pm 2,7$ больных (у 2 из них, кроме того, в двенадцатиперстной кишке). Стеноз разной степени (суб-, декомпенсированная форма) отмечен у $7 \pm 2,2$ больных.

Размеры ниши язвы в желудке колебались от 2 до 3 см (в двух случаях имела трехслойное строение, что позволило диагностировать пенетрацию язвы в ткань поджелудочной железы). У всех больных характерным было наличие перегиба в верхнем отделе желудка и расширение свода, укорочение и деформация малой кривизны (рисунок 2.15). Пептическая язва гастроэнтероанастомоза рентгенологически диагностирована у 3 из 4 больных. Форма желудка и вышеперечисленные показатели были свойственные и этой группе больных. У одного больного выявлен стеноз гастроеюнального соустья, симптом «ниши» не выявлен (рисунок 2.16). У двух больных с желудочно-ободочными свищами, вместе с рентгеноскопией и рентгенографией верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполняли ирригоскопию. При этом отмечен характерный симптом желудочно-ободочного свища – сегментарное вздутие толстой кишки в области свища и газообразование в правой половине ободочной и начальных отделах подвздошной кишки (рисунок 2.17). Рентгенисследование желудка с выявлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выполнено у больных (рисунок 2.18).

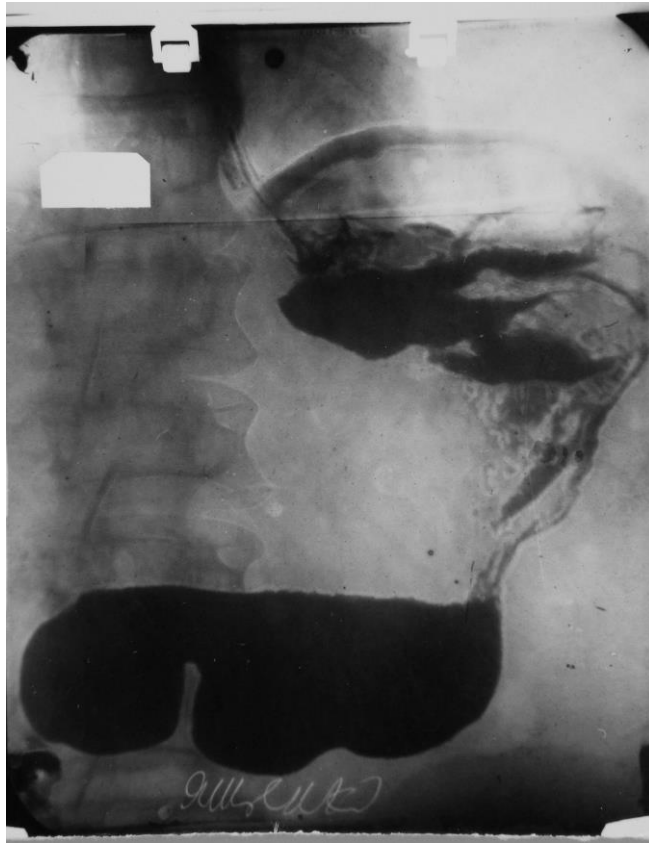


Рисунок 2.15

Рентгенограмма желудка. Симптом «ниши» в кардиальном отделе желудка (через 2 часа от начала исследования).



Рисунок 2.16

Рентгенограмма желудка. Стеноз устья отводящей петли в результате пептической язвы ГЭА (в первый момент исследования)



Рисунок 2.17

Рентгенограмма желудка с ирригоскопией. Наличие желудочно-ободочного свища. Сегментарное вздутие ободочной кишки в области свища. Газообразование в правой половине ободочной кишки и начальном отделе подвздошной кишки (в первый момент исследования)

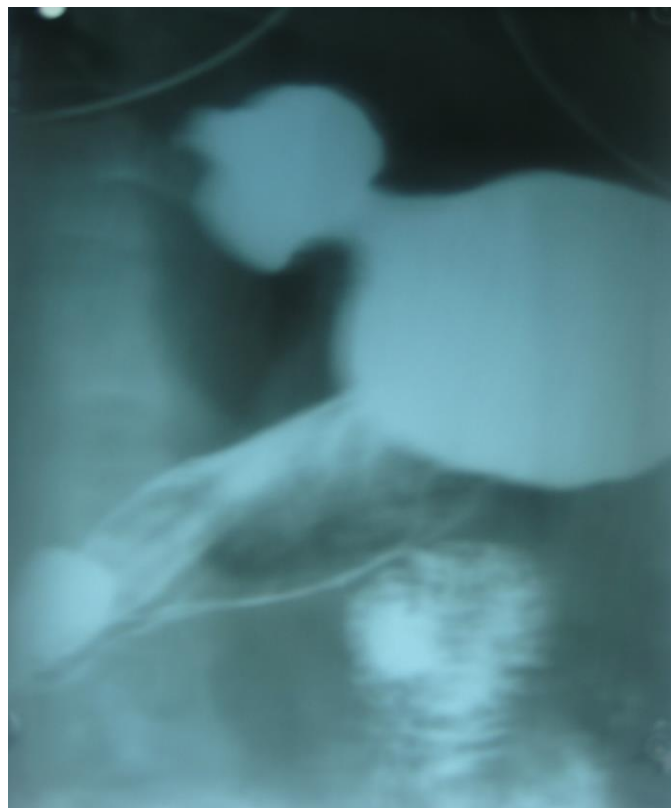


Рисунок 2.18

Рентгенограмма желудка. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Исследование внепеченочных желчных протоков

А. Антеградное контрастирование желчных протоков

Данный способ контрастирования использовался в группе больных с механической желтухой, с целью установления причины обтурации гепатикохоледоха и ее протяженности. При этом использовали транспариетальную антеградную холецистографию и холангиографию. Предпочтение отдавали холангиографии под УЗИ-контролем в условиях ЦДК. Ранее предложенный способ и описанный в литературе (чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия) у больных с механической желтухой не использовали, в связи с тем, что:

1. Пунктировать желчный пузырь под контролем УЗИ можно только через паренхиму печени, т.к. в противном случае возможно «выпадение» дренажа из желчного пузыря с последующим развитием желчного перитонита. Существующие особенности анатомического строения (наличие «мобильного» желчного пузыря) значительно затрудняют техническое выполнение пункции и дренирования последнего.
2. В некоторых случаях, при длительном течении ЖКБ осложненной холедохолитиазом и механической желтухой желчный пузырь является «отключенным». В связи с этим, как контрастирование желчных протоков, так и использование пункции желчного пузыря с целью декомпрессии при наличии механической желтухе оказывается неэффективным.
3. При использовании предложенного способа в послеоперационном периоде холангиостомический дренаж использовали для декомпрессии желчных протоков, что в случае выполненного вмешательства на терминальном отделе общего желчного протока является обязательной манипуляцией. Способ (Патент на корисну модель № 27754, Украина, 2007г.) выполняли с использованием ультразвукового сканера 4-го поколения HDY-500 фирмы «PHILIPS» (использовали конвексный датчик 50 мм. с лучевым действием 3,5-° МГц). Обязательное условие для эффективной пункции: ширина внутрипеченочного желчного протока левой доли печени должна составлять не менее 4,5 мм.

Последний включал: 1. чрескожное цветное доплеровское картирование (ЦДК); 2. дренирование гепатикохоледоха, путем пункции внутripеченочного желчного протока через левую долю печени с последующим временным наружным его дренированием полихлорвиниловым дренажом. Дренаж фиксировали капроновой лигатурой к коже. Последующая холангиография (рисунок 2.19) позволяла установить причину обтурации гепатикохоледоха, а также использовалась для декомпрессии желчных протоков при механической желтухе.



Рисунок 2.19

Холангиография после пункции левого желчного протока под контролем УЗИ с контрастированием желчного пузыря

Б. Интраоперационная холангиография (ИОХ)

Интраоперационная холангиография выполнялась у больных с механической желтухой, с целью выяснения характера, протяженности и уровня обтурации гепатикохоледоха. Как правило, ИОХ выполняли перед холецистэктомией (рисунок 2.20), а также во время ЛХЭ (рисунок 2.21).

Методика заключалась в следующем: проводили капроновую нить №5 у места впадения пузырного протока в карман Гартмана, завязывали ее и подтягивали вправо. Выделяли пузырный проток, острым путем надсекали последний, проводили полихлорвиниловую трубку в холедох и фиксировали ее зажимом Федорова. Желчные протоки контрастировали путем введения 25-30 мл. контраста (триамбраст 76%).



Рисунок 2.20

Интраоперационная холангиография. Признаки желчной гипертензии с наличием тени конкремента в дистальном отделе гепатикохоледоха. Контраст в ДПК не поступает

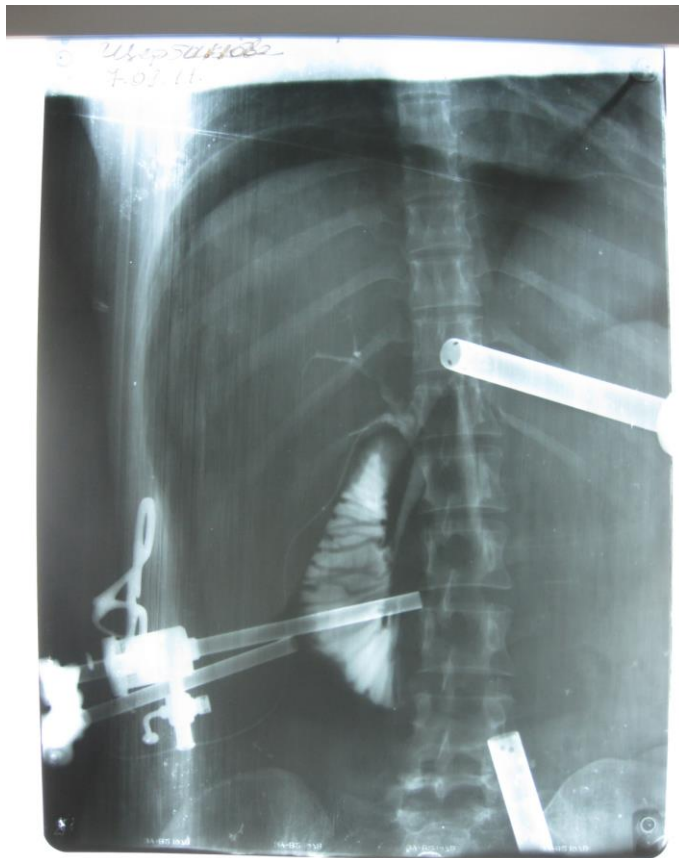


Рисунок 2.21
Интраоперационная холангиография при ЛХЭ

После ИОХ при необходимости наружного дренирования гепатикохоледоха дренаж фиксировали к пузырному протоку путем прошивания и лигирования последнего кетгутовой нитью №3. В том случае, когда холецистэктомия выполнена раньше контрастирование проводили путем пункции общего желчного протока. Первый снимок выполняли сразу после введения контраста, второй спустя 3-4 минуты после введения. По первому снимку определяли характер патологических изменений в желчных протоках, по второму судили о степени нарушения проходимости и ее протяженности в общем желчном протоке. Контроль проходимости холедоха осуществляли также в послеоперационном периоде (рисунок 2.22).



Рисунок 2.22
Фистулография в послеоперационном периоде

В. Ретроградное контрастирование желчных протоков

В данном случае использовали эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (РЭХПГ). Диагностическая достоверность метода составила 99,4%, чувствительность 98,0%. Исследование выполняли в группе больных с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом, стенозирующим папиллитом непосредственно перед эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). Методику выполняли следующим образом: после местной анестезии 1% раствором лидокаина ротоглотки фиброгастродуоденоскопом вводили в двенадцатиперстную кишку. Через специальный канал фиброгастродуоденоскопа вводили жесткий ПХВ катетер диаметром 1-2 мм. Проводили осмотр ДПК, визуализировали и оценивали размеры язвы, ее локализацию, степень перифокального воспаления, либо

выраженность рубцовых изменений ДПК, привратника. Визуализацию большого дуоденального сосочка (БДС) проводили с ориентиром на продольную складку слизистой оболочки ДПК, которая заканчивалась БДС. После обнаружения БДС канюлировали нисходящий отдел ОЖП с помощью ПХВ катетера и вводили 25-30 мл. контраста. Выполняли рентгеновский снимок (рисунок 2.23). В момент выполнения рентгеновского снимка эндоскоп извлекали из ДПК, чтобы его тень не накладывалась на тень желчных протоков.



Рисунок 2.23

Ретроградная эндоскопическая холангиопанкреатография. Контраст беспрепятственно поступает в двенадцатиперстную кишку

2.6. Морфологические исследования

Морфологические исследования проводились на кафедре патологической анатомии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (Зав.кафедрой профессор, д. мед. н. Василенко И.В.) на базе ДОКТМО, Донецком диагностическом центре, патологоанатомическом отделении ГЦКБ №1 г. Донецка, патологоанатомическом отделении ИНВХ им. В.К.Гусака. Результаты проведенных исследований консультированы профессором кафедры патологической анатомии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, доктором медицинских наук И.В.Василенко.

Морфологические исследования имели своей целью выявление всех компонентов нейродистрофического процесса в желудочной стенке у больных с неудовлетворительным результатом СПВ. Для этого анализу подвергались все слои стенки желудка (серозная, мышечная, подслизистая, слизистая оболочки).

Производились микросрезы с последующей окраской препаратов гематоксилином и зозином по Ван -Гизону. Оценка результатов проводилась на светооптическом уровне с использованием бинокулярного микроскопа фирмы «ЛОМО». Морфологическому исследованию также подвергались стенка желчного пузыря для установления степени выраженности воспалительного процесса, характера воздействия на пузырьный проток аппарата биологической сварки тканей. Исследовались биоптаты слизистой оболочки желудка для количественной оценки степени выраженности воспалительного процесса.

2.7. Исследование буферной емкости содержимого желудка

Основной причиной повреждения слизистой оболочки при язвенной болезни с образованием язв, эрозий и воспаления считается преобладание факторов агрессии (соляная кислота, пепсин, нестероидные противовоспалительные лекарства) над факторами защиты. Важную роль среди факторов агрессии имеет и инфицирование *Helicobacter pylori* [165]. Один из возможных механизмов повреждения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки под действием *Helicobacter pylori* - это прямое воздействие аммиаком [NH₃],

образующемся в результате активности уреазы бактерии. Таким образом, факторы, проявляющие свое агрессивное действие на слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки, являются либо кислотами, либо основаниями, обладающими буферными свойствами. При этом органические кислоты, белки, а также фосфат- и карбонат-ионы являются анионами слабых кислот и поэтому обладают также как и факторы агрессии значительными буферными свойствами и тем самым формируют pH желудочного содержимого.

Цель исследования: целью исследования было изучение буферных свойств содержимого желудка и выявление возможных их специфических особенностей для сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы.

Исследовано желудочное содержимое 28 пациентов в возрасте от 35 до 79 лет. Из них у 6 больных диагностирована желчнокаменная болезнь (ЖКБ), у 5 язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в период ремиссии в сочетании с панкреатитом (панкреатит+ЯДПКр.), у 9 ЖКБ в сочетании с ЯБДПК в период ремиссии (ЖКБ+ЯДПКр.), у 8 ЖКБ в сочетании с ЯБДПК в активной фазе (ЖКБ+ЯДПКа.). Забор желудочного содержимого осуществляли утром натощак в процессе эзофагогастродуоденоскопии в стерильные пробирки с несколькими кристаллами тимола в качестве консерванта. Буферные свойства желудочного содержимого были изучены на его 20% растворе методом потенциометрического титрования. Титрование проводилось с использованием 0,01 М HCl и NaOH. Количественно буферную емкость желудочного содержимого выражали через буферную емкость (БЕ), вычисляемую по формуле:

$$BE = \frac{C_a(b) \cdot \Delta V}{\Delta pH \cdot V_T},$$

где $C_a(b)$ —молярная концентрация титранта (кислоты или щелочи), V_T —объем исходного 20% раствора желудочного содержимого (в мл); ΔV —объем прибавляемого титранта (в мл); ΔpH —соответствующее изменение pH раствора желудочного содержимого. Полученные результаты представлялись в виде зависимостей БЕ от pH. Измерение буферной емкости проводилось в диапазоне pH 3–10, который был дополнительно разбит на интервалы pH: 3–5; 5,5–8 и 8,5–

10. В указанных интервалах согласно константам диссоциации проявляют буферные свойства карбоксильные группы органических кислот (рН от 3 до 5), фосфатно-гидрокарбонатный буфер (рН от 5,5 до 8) и аммоний-ионы (рН от 8,5 до 10). В перечисленных интервалах рН путем интегрирования зависимостей ВЕ от рН рассчитывали суммарные значения буферной емкости (БЕ). Интегрирование проводилось по методу Симпсона. Анализируя таким образом зависимость ВЕ от рН можно количественно оценить наиболее значимые индивидуальные буферные системы желудочного содержимого и сравнить их вариабельность в исследуемых группах больных.

В группе больных панкреатит+ЯДПКр. и ЖКБ+ЯДПКр. было определено общее содержание желчных кислот (ЖК) в желудочном содержимом. На Рисунке 2.25 приведена усредненная зависимость буферной емкости 20% содержимого желудка больных ЖКБ в сочетании с язвой двенадцатиперстной кишки в период ремиссии, а также некоторые отдельные буферные системы.

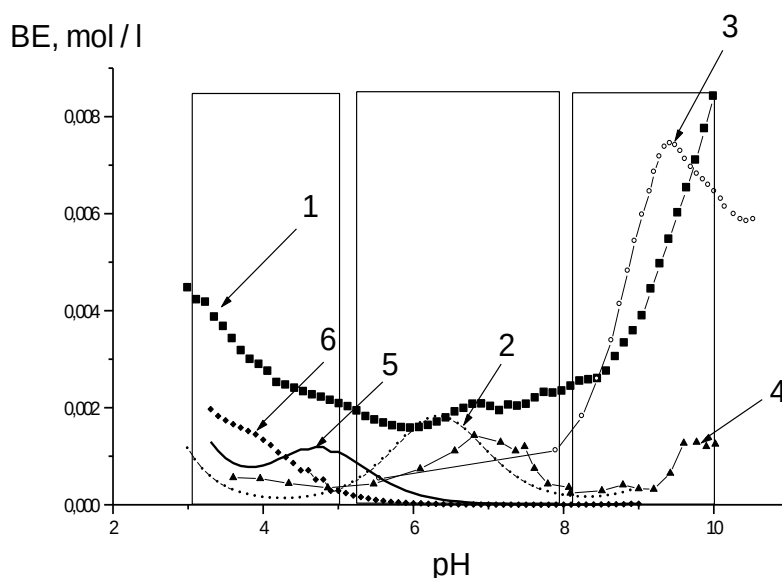


Рисунок 2.24

Буферная емкость (БЕ): 1—усредненные значения 20% содержимого желудка больных группы ЯДПКр+ЖКБ; 2—3,20 мМ карбонатного буфера; 3—11,80 мМ аммонийного буфера; 4—10 % желчи; 5—2 мМ уксусной кислоты; 6—2 мМ молочной кислоты.

Из приведенного рисунка 2.24 видно, что значения буферной емкости в выделенном интервале рН 3–5 определяются вкладом органических кислот, в

интервале 5,5 – 8 - карбонатным буфером и желчью, а в интервале рН 8,5-10 проявляет свои буферные свойства аммоний ион. Интегрирование зависимостей буферной емкости в указанных интервалах рН дает возможность получить суммарные значения буферной емкости указанных групп буферных соединений.

Суммарные значения буферной емкости 20% содержимого желудка в исследуемых группах больных приведены в таблице 6.

Таблица 6 Результаты дисперсионного анализа суммарных значений буферной емкости 20 % содержимого желудка.

БЕ при рН	ЖКБ	ЖКБ +ЯДПКр.	панкреатит +ЯДПКр.	ЖКБ +ЯДПКа.	р
рН	4,822±2,329	5,347±1,647	3,372±2,907	2,420±0,869	0,03**
Общая БЕ, рН 3-10 ммоль /л.	8,258±2,305	18,820±9,613	13,402±8,961	7,870±4,941	0,07**
БЕ рН 3–5 ммоль /л.	2,975±1,475	6,277±2,797	4,930±3,162	2,983±1,611	0,06**
БЕ рН 5,5–8, ммоль /л.	1,727±0,563	4,370±2,226	3,094±1,871	2,227±1,728	0,09**
БЕ рН 8,5– 10 ммоль /л.	3,796±3,058	8,013±5,534	5,380±4,644	2,619±1,764	0,17

Из таблицы видно, что наиболее низкие значения рН желудочного содержимого наблюдается у больных с ЯДПКа, при этом желудочное содержимое этой группы больных имеет самые маленькие значения БЕ. На рисунке 2.25 показана взаимосвязь между общей БЕ содержимого желудка и его рН.

Из приведенного рисунка видно, что увеличение буферной емкости желудочного содержимого с вероятностью 0,01 приводит к увеличению его рН. Этот факт говорит о том, что «закисление» желудочного содержимого и, как

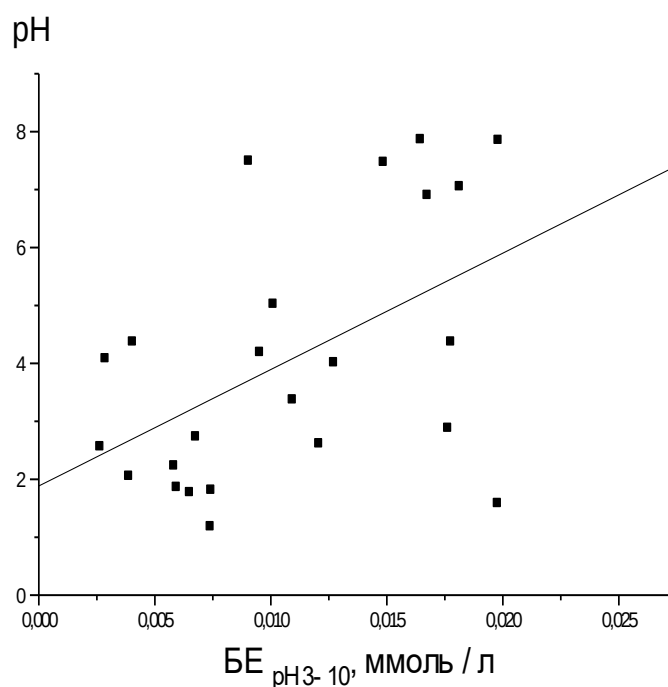


Рисунок 2.25

Зависимость pH содержимого желудка от суммарных значений буферной емкости (BE) в интервале pH 3–10 для объединенной группы обследуемых пациентов. $R = 0,507$, $p = 0,011$.

возможное следствие, возникновение язвы происходит не только из-за увеличения концентрации соляной кислоты, но и из-за снижения концентрации буферных компонентов, способных предотвращать резкое увеличение кислотности желудочного содержимого под воздействием различных факторов. Самые высокие значения буферной емкости имеет желудочное содержимое больных ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью. Как было показано на рисунке 2.26 в интервале pH 3–5 имеют константы диссоциаций органические кислоты, а в интервале pH 5,5–8-карбонатный буфер и желчь, попадающая в желудок в результате дуоденогастрального рефлюкса.

В таблице 7 приведены результаты множественных сравнений кислотно-основных свойств 20 % содержимого желудка в исследуемых группах больных

Таблица 7 Результаты множественных сравнений (LSD–тест) суммарных значений буферной емкости 20 % содержимого желудка *

Характер патологии	pH	Общая БЕ	БЕ pH 3- 5	БЕ pH 5,5- 8	БЕ pH 8,5- 10
ЖКБ+ЯДПКр. ЖКБ+ЯДПКа.	0,007**	0,020**	0,021**	0,056**	0,038**
ЖКБ+ЯДПКр ЖКБ	0,617	0,039**	0,026**	0,024**	0,133
ЖКБ+ЯДПКр панкреатит +ЯДПКр.	0,084	0,273	0,369	0,281	0,341
панкреатит +ЯДПКр. ЖКБ	0,235	0,357	0,233	0,287	0,610
панкреатит +ЯДПКр. ЖКБ +ЯДПКа.	0,416	0,286	0,219	0,503	0,341
ЖКБ +ЯДПКа. ЖКБ	0,038**	0,939	0,996	0,641	0,682

* в таблице приведены значения p, БЕ-буферная емкость

** - значимые различия

Из приведенной таблицы видно, что увеличение буферной емкости желудочного содержимого в группе больных ЯДПКр+ЖКБ происходит в основном за счет увеличения концентрации буферных компонентов имеющих константы диссоциаций в интервале pH 3–5 и 5,5–8.

И действительно существует определенная корреляционная связь между содержанием желчных кислот в желудочном содержимом и значением его буферной емкости в интервале pH 5,5–8 (рисунок 2.26), в котором буферная емкость желчи максимальна. Наблюдаемая зависимость объясняет отсутствие значимых статистических различий в значениях буферной емкости желудочного содержимого больных в группах с ЯДПКр+ЖКБ и ЯДПКр+панкреатит, при которых часто происходит дуоденогастральный рефлюкс.

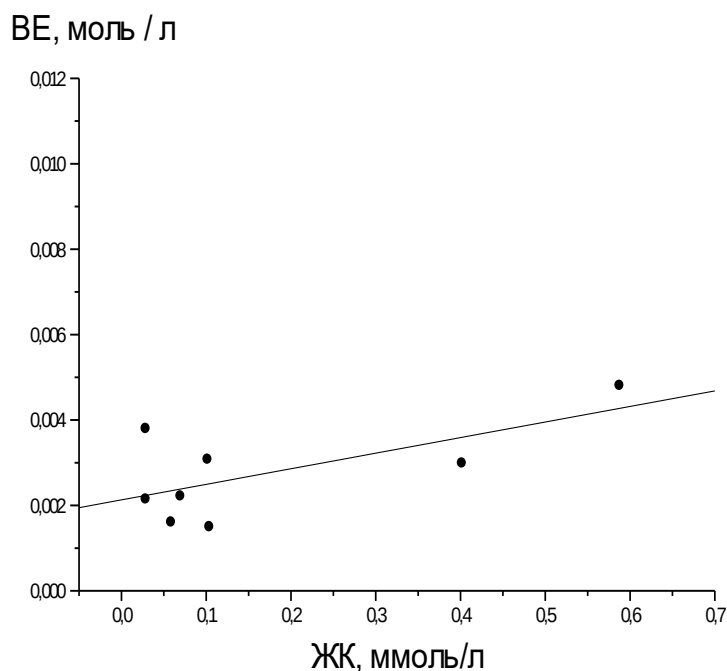


Рисунок 2.26

Зависимость суммарных значений БЕ 20% содержимого желудка в интервале рН 5,5–8 от концентрации в нем желчных кислот (ЖК). $R=0,665$, $p=0,059$.

Однако достоверно низкие значения буферной емкости в интервале рН 5,5–8 в группе больных ЖКБ исключает высокую вероятность дуоденогастрального рефлюкса в этой группе больных. (возможно деформация сфинктера Одди в результате ранее протекавших воспалительных процессов—язва ДПК и определяет наличие рефлюкса в группе ЯДПКр+ЖКБ и отсутствие такового в группе ЖКБ, в которой ранее у пациентов не было язвы).

Не менее интересным является и тот факт, что в интервале рН 8,5–10 существует статистически значимое различие буферной емкости в группах больных ЖКБ+ЯДПКр. и ЖКБ+ЯДПКа. Как видно из рисунка 2,26 в этом интервале рН буферные свойства желудочного содержимого в основном определяется аммоний-ионом. Происхождение аммоний-иона может иметь два источника: первый—бактериальное (инфицирование СОЖ *Helicobacter pylori*), второе — обогащение желудочного содержимого слюной, в которой аммоний-ион

имеет так же бактериальное происхождение. Из наблюдаемого нами факта следует достаточно неожиданный вывод о возможной протективной роли аммоний-иона на СОЖ и слизистую двенадцатиперстной кишки. Однако, это предположение требует дополнительных исследований, связывающих эрадикацию СОЖ и ротовой полости бактериями с уреазной активностью и формирование язвы как двенадцатиперстной кишки, так и желудка.

Таким образом: предложен метод анализа желудочного содержимого на основе измерения его буферной емкости в различных интервалах pH. Доказано, что в группе больных ЖКБ+ЯДПКр. значения pH желудочного содержимого достоверно ($p=0,03$) выше по сравнению с больными страдающих как ЖКБ, так и ЯДПКа. Увеличение буферной емкости желудочного содержимого $sr.=0,01$ приводит к увеличению его pH. Максимальные значения буферной емкости желудочного содержимого наблюдаются в группе больных ЖКБ+ЯДПКр. При этом основными компонентами, влияющими на формирования буферных свойств желудочного содержимого, являются органические кислоты и желчь. Так увеличение концентрации желчных кислот в желудочном содержимом с $p = 0,056$ увеличивают буферную емкость в интервале pH 5,5-8. Выявленные статистически достоверные различия буферной емкости содержимого желудка в различных группах больных с заболеваниями органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта свидетельствует о характерной ее особенности для больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы и может быть использовано для диагностики неопухолевых заболеваний данной системы, а именно: в группах больных ЖКБ+ЯДПКр и ЖКБ+ЯДПКа. в интервале pH 8,5–10 ($8,013 \pm 5,534$ vs. $2,619 \pm 1,764$, $p=0,038$), из чего следует возможное неоднозначное влияние аммоний-иона на СОЖ и слизистую двенадцатиперстной кишки.

2.8. Лапароцентез

Данный метод применяли как с диагностической, так и с лечебной целью. Использовали его в ургентной ситуации, в том числе при неясном клиническом диагнозе в целях дифференциальной диагностики острых хирургических

заболеваний.

Использовали предложенную нами методику выполнения лапароцентеза: прокол передней брюшной стенки осуществляли ниже пупка на 1-1,5 см. Предварительно опорожняли мочевой пузырь катетером Фоллея. Обезболивали область прокола 0,5% раствором новокаина (при непереносимости последнего использовали лидокаин). Инфильтрацию анестетика проводили на всю толщу передней брюшной стенки, включая его введение под апоневроз по белой линии живота. Производили надрез кожи скальпелем, не превышающий диаметр троакара. Тщательно производили гемостаз в подкожной клетчатке, чтобы избежать получения "проводниковой" крови при выполнении исследования. Захватывали кожу цапкой у верхнего угла разреза, при помощи которой приподнимали переднюю брюшную стенку вверх. Троакар проводили мягкими вращательными движениями под углом 45°. по отношению к передней брюшной стенке. После прокола передней брюшной стенке стилет извлекали, в трубку-проводник проводится "шарящий" катетер. Направление введения катетера следующие: оба подреберья, по центру эпигастральной области, по направлению малого таза, подвздошные области (направление фланков). При получении выпота из брюшной полости проводили макроскопическую и микроскопическую его оценку. В том случае, когда выпота из брюшной полости не получено в нее вводили 400 мл. 0,9% физиологического раствора. Одно из основных требований к информативности метода считали получение обратного, адекватного тока введенной в брюшную полость жидкости. При этом допустимо изменение положения операционного стола с изменением уровня его головного конца (вверх-вниз), а также поворот на правый и левый бок (рисунок 2.27). Производили также пальпацию. При получении геморрагической жидкости, характерной для геморрагического панкреатита и подтвержденном содержании в ней диастазы считали допустимым введение дополнительно еще 1-2 дренажных трубок с целью лаважа брюшной полости. Последние проводили сразу же на операционном столе. В случаях панкреатита практически во всех случаях подобный лаваж позволял улучшить состояние больного, что способствовало уменьшению интоксикации,

вызываемой панкреатическими ферментами. Дренажи оставляли в брюшной полости на несколько суток (в зависимости от клинического течения заболевания), они осуществляли лечебную и контрольную функции. Соблюдение вышеописанных правил проведения лапароцентеза позволили вовремя установить правильный диагноз, в случае острого панкреатита избежать необоснованной лапаротомии, в течение последующих суток контролировать содержание в жидкости лейкоцитарный состав и уровень диастазы. Увеличение содержания лейкоцитов и диастазы в динамике на фоне проводимого лечения являлись важным диагностическим критерием, и помогли сыграть решающую роль в решении вопросов хирургической тактики.

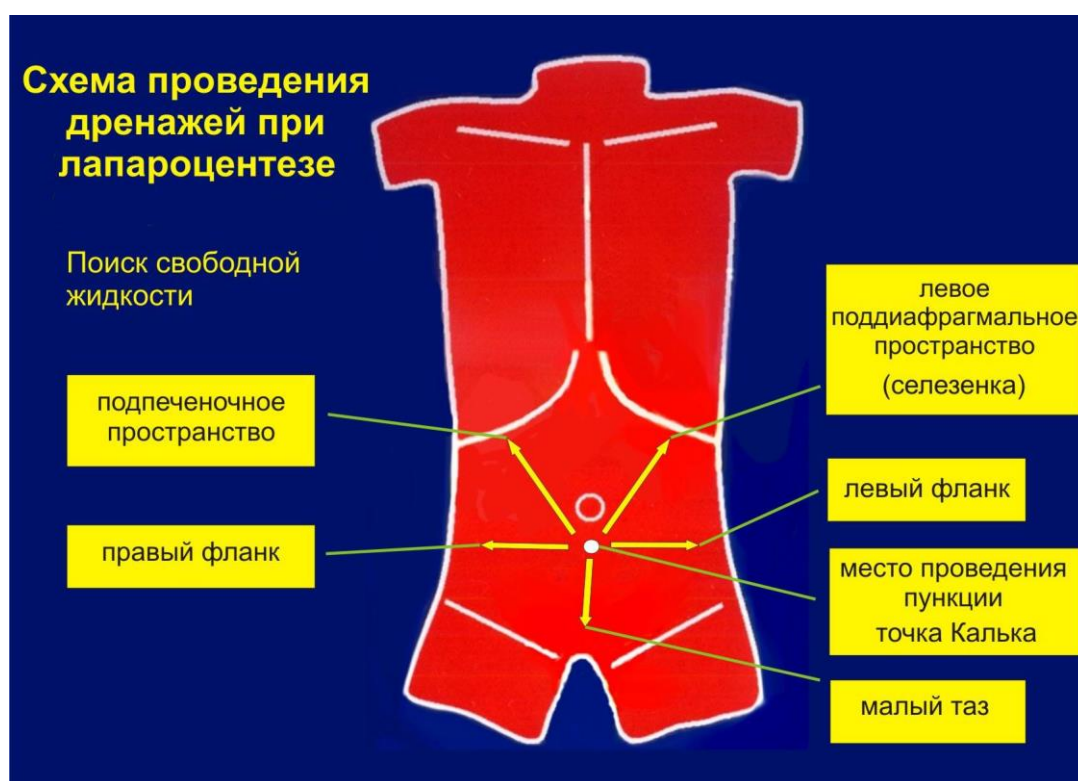


Рисунок 2.27

Схема проведения дренажей при диагностическом и лечебном лапароцентезе

2.9. Диагностическая лапароскопия

Лапароскопические признаки панкреатита:

А) Наличие стеатонекрозов, отека корня брыжейки поперечной ободочной кишки, выпота с высокой активностью амилазы;

Б) Лапароскопические признаки тяжелого панкреатита: геморрагический характер ферментативного выпота (малиновый, розовый, вишневый, коричневый) без запаха, распространенные очаги стеатонекрозов, обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы.

2.10. 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 (p), 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).

2.11. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ

Всего оперировано 214 больных. Мужчин было 101(47,2%), женщин–113 (52,8%). Возраст больных варьировал от 21 до 89 ($59,9 \pm 3,1$) лет. Большинство больных были в возрасте от 50 до 69 ($115-53,7 \pm 3,1\%$) и от 70 до 89($60-28,0 \pm 3,4\%$) лет. Возрастной интервал от 50 до 89 лет представлен 175(81,8%) больными. Возрастно-половые особенности оперированных больных основной группы с основным диагнозом желчекаменная болезнь и ее осложнения представлены в таблице 8.

Таблица 8 Возрастно-половые особенности больных основной группы

Возраст (лет)	Всего		Мужчины		Женщины	
	n=214	%	n=101	%	n=113	%
20-29	8	3,7	-	-	8	3,7
30-39	12	5,6	5	2,3	7	3,3
40-49	18	8,4	8	3,7	10	4,7
50-59	54	25,2	30	14,0	24	11,2
60-69	61	28,5	19	8,9	42	19,6
70-79	55	25,7	37	17,3	19	8,9
80-	6	3,7	3	1,4	3	1,4
ИТОГО	214	100	101	47,2	113	52,8

Как видно из приведенной таблицы до 60 лет было 93(43,5%), старше 60 лет 115(53,7%) больных. Больных пожилого и старческого возраста было 121($56,5 \pm 3,1\%$). Суммарные данные взаимоотношения суммы баллов хирургического риска и ИХС представлены следующим образом (таблица 9):

Таблица 9 Степень хирургического риска и индекс хирургического стресса у больных основной группы.

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

Сокращения: с. баллов-сумма баллов

В плановом порядке госпитализированы 81(37,9%), в неотложном— 133(62,1%) больных. Длительность анамнеза по основному заболеванию у 129 больных варьировала от 1 до 30($5,1 \pm 1,1$) лет. У 132(61,7%) больных отмечено атипичное течение, как основного, так и сочетанного заболеваний в различной их комбинации. Атипичное («немое») течение основного заболевания отмечено у 42(19,2%), сочетанной язвенной болезни у 62(29,0%) больных.

Полное отсутствие клинических проявлений как основного, так и сочетанного заболеваний отмечено у 39(18,2%) больных. Диагноз этой группы больных (n=132) был установлен при госпитализации в клинику. При этом после 50 лет язвенная болезнь без язвенного анамнеза, наличия «желудочных» жалоб отмечена в 83,1% случаев.

Наибольшее число больных приходится на длительность анамнеза по основному заболеванию от 1 до 5(69-48,5%) и от 6 до 10(27-16,6%) лет, всего 96 больных, что составляет 44,8% от всех оперированных больных.

У больных, госпитализированных по неотложным показаниям давность заболевания на момент госпитализации составила от 3,0 часов до 12($68,4 \pm 3,3$ час.) суток.

Распределение больных по группам осуществляли в соответствии с требованием постановки диагноза по факту законченного случая заболевания [207]. Таким образом, учитывались: клинические проявления, лабораторные, биохимические и инструментальные методы исследования, интраоперационные данные, подтвержденные патогистологическим заключением. Показанием к госпитализации были: хронический калькулезный холецистит у 81(37,9%), острый калькулезный холецистит у 65(30,4%), ЖКБ, хронический (острый) калькулезный холецистит, острый (обострение хронического) вторичный билиарный панкреатит у 42(19,6%), ЖКБ, осложненная холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом у 26(12,1%) больных. (таблица 10).

Таблица 10 Распределение больных основной группы

Группы больных	Количество больных	
	n = 214	%
Основное заболевание: хронический калькулезный холецистит Сочетанные заболевания: язвенная болезнь, ГПОД.	81	37,9
Основное заболевание: острый калькулезный холецистит Сочетанное заболевание: язвенная болезнь	65	30,4
Основное заболевание: ЖКБ, хронический (острый) калькулезный холецистит Сочетанные заболевания: острый (обостр.хр.) панкреатит, язвенная болезнь, ГПОД.	42	19,6
Основное заболевание: ЖКБ, осложненная холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом Вторичный билиарный панкреатит Сочетанные заболевания: язвенная болезнь	26	12,1
ВСЕГО	214	100

2.11. 1 группа: больные с основным диагнозом: хронический калькулезный холецистит

Основное заболевание представлено хроническим калькулезным холециститом у всех (n=81) больных. Сочетанные заболевания: язвенной болезнью у всех (n=81). Оперированы 81 больной. Мужчин было 28(34,6%), женщин 53(65,4%). Возраст больных варьировал от 21 до 78 ($57,0 \pm 3,1$) лет. Большинство больных были в возрасте от 50 до 69 (52–64,2%) лет. До 60 лет было 37(45,7%), лиц пожилого и старческого возраста было 44(54,3%) больных. В плановом порядке госпитализированы 77(95,1%), в ургентном 4(4,9%) больных. Показанием к госпитализации в неотложном порядке было острое желудочно-кишечное кровотечение язвенного генеза. Наибольшее количество больных приходится на длительность анамнеза по основному заболеванию от 1 до 5(36-44,4%) и от 6 до 10(18-22,2%) лет, всего 54 больных, что составляет 66,7% от всех оперированных больных.

У 40(49,4%) больных отмечено атипичное течение как основного, так и сочетанного заболеваний в различной их комбинации. Атипичное («немое») течение основного заболевания отмечено у 3(3,7%), сочетанной язвенной болезни у 32(39,5%) больного. Полное отсутствие клинических проявлений, как основного, так и сочетанного заболеваний отмечено у 6(7,4%) больных. Диагноз этой группы больных (n=40) был установлен на догоспитальном этапе, согласно разработанному диагностическому алгоритму у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС. При этом после 50 лет язвенная болезнь без язвенного анамнеза, наличия «желудочных» жалоб отмечена у 16(19,8%) больных.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как сочетанное заболевание у больных основной группы с хроническим калькулезным холециститом

Язвенная болезнь диагностирована у всех 81(100,0%) больных: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у 60(74,1%, у 2 больных в сочетании со «вторичной» язвой желудка), желудка у 13(16,0%) больных. Язвенная болезнь ДПК в стадии обострения была у 19(23,5%), в стадии ремиссии у 40(49,4%) больных. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения была у 13(16,0%) больных. 10(12,3%) больных в анамнезе (в сроки от 4 до 33 лет) перенесли различные операции по поводу различных осложнений язвенной болезни: резекцию желудка – 8 (у 1 из них радикальной операции предшествовала СПВ), СПВ 2 больных. Характер осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, по поводу которых выполнены были различными: перфорация, стеноз, пенетрация, кровотечение и их сочетание.

Язва ДПК при госпитализации диагностирована в луковице ДПК с локализацией: на малой кривизне (латеральный контур) у 4 больных (у 1 в сочетании с зеркальной язвой большой кривизны, у 2 с формированием пузырно-двенадцатиперстной фистулы); на большой кривизне (медиальный контур) у 3 больных (у 1 из них в сочетании с субкомпенсированным стенозом). Размеры язв

ДПК составили $1,2 \pm 0,5$ см. Язвы желудка локализовались в области угла, их размеры составили $1,5 \pm 0,7$ см., пептических язв анастомоза до 2 см. в диаметре.

Осложненная форма гастродуоденальной язвы на момент госпитализации в виде стеноза выходного отдела желудка, кровотечения, пенетрации язв имела место у 15 больных, что составило 78,9% от всех больных, госпитализированных с активной фазой сочетанной язвенной болезни. Комбинация различных осложнений в виде стеноза выходного отдела желудка, кровотечения, пенетрации, формирования пузырьно-двенадцатиперстной фистулы имела место у 9(11,1%) больных.

Если учесть осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в анамнезе, в связи с которыми 10(12,3%) больных перенесли различные операции, больных, с осложнениями на момент госпитализации (15-18,5%), больных с кровотечением в анамнезе (3-3,7%) то осложненная форма сочетанной язвенной болезни в виде стеноза, пенетрации, перфорации, кровотечения, их комбинации, полное отсутствие эффекта от медикаментозного лечения у больных с основным заболеванием ЖКБ имели место у 30(37,0%) больных. Данный факт свидетельствует об агрессивном течении язвенной болезни при ее сочетании с желчнокаменной болезнью.

2.11. 2 группа: больные с основным диагнозом: острый калькулезный холецистит

Основное заболевание представлено острым калькулезным холециститом у всех ($n=65$ -30,4%) больных. Сочетанные заболевания: язвенная болезнь у всех ($n=65$). Оперированы 65 больных. Мужчин было 33(50,8%), женщин 32(49,2%). Возраст больных варьировал от 35 до 89 ($62,4 \pm 3,2$) лет. Средний возраст больных с катаральным калькулезным холециститом составил $55,0 \pm 3,1$ деструктивным $66,3 \pm 3,2$ лет. Большинство больных были в возрасте от 50 до 69 (37–56,9%) лет. До 60 лет было 23(35,4%), лиц пожилого и старческого возраста было 42(64,6%) больных. В ургентном порядке госпитализированы все 65(100,0%) больных. Наибольшее число больных приходится на длительность анамнеза по основному

заболеванию от 1 до 5(18-27,7%) и от 6 до 10(7-10,8%) лет, всего 25 больных, что составляет 38,5% от всех оперированных больных.

Осложнения основного заболевания среди больных с деструктивным калькулезным холециститом представлены следующим образом: у больных с острым флегмонозным холециститом (n=32) местный перитонит констатирован у 2, гангренозным холециститом (n=12) местный перитонит у 5, диффузный у 2 больных (у 1 из них в сочетании с пузырно-ободочной фистулой). Таким образом, осложненная форма острого калькулезного холецистита в виде околопузырных абсцессов, местного, диффузного перитонита имела место у 10(15,4%) больных.

У 50(76,9%) больных отмечено бессимптомное «атипичное» течение как основного, так и сочетанного заболеваний в различной их комбинации. Атипичное («немое») течение основного заболевания отмечено у 24(36,9%), сочетанной язвенной болезни у 16(24,6%) больного. Полное отсутствие клинических проявлений как основного, так и сочетанного заболеваний отмечено у 16(24,6%) больных. Диагноз у этой группы больных (n=50) был установлен при госпитализации, согласно разработанному диагностическому алгоритму у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС. При этом после 50 лет язвенная болезнь без язвенного анамнеза, наличия «желудочных» жалоб отмечена у 20(30,8%) больных.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, как сочетанное заболевание у больных основной группы с острым калькулезным холециститом

Язвенная болезнь, как сочетанное заболевание имела место у всех 65(100,0%) больных острым калькулезным холециститом. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностирована у 56(86,2%), в сочетании с вторичной язвой желудка у 1(1,5%) больного (стадия ремиссии).

Язвенная болезнь ДПК в стадии обострения была у 15(23,1%), в стадии ремиссии у 41(63,1%) больных. 8(12,3%) больных в прошлом (в сроки от 5 до 29 лет) перенесли различные операции по поводу осложнений язвенной болезни:

резекцию желудка – 4, ушивание прободной язвы ДПК-3, гастрэктомию-1 больной. Характер осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, по поводу которых выполнены операции в анамнезе были различными: перфорация, стеноз, пенетрация, кровотечение и их сочетание.

Язвы ДПК диагностированы в луковице с локализацией: на малой кривизне (латеральный контур) у 8 больных (у 2 в сочетании с пенетрацией в желчный пузырь без формирования пузырно-двенадцатиперстной фистулы); на большой кривизне (медиальный контур) у 2 больных, по верхнему контуру у 2 больных. Размеры язв ДПК составили $0,6 \pm 0,5$ мм.

Осложненная форма гастродуоденальной язвы на момент госпитализации в виде стеноза выходного отдела желудка ($n=1$), кровотечения (геморрагический гастродуоденит – $n=2$), пенетрации язв ДПК ($n=2$), имела место у 5 больных, что составило 33,3% от всех больных, госпитализированных с активной фазой сочетанной язвенной болезни. Если учесть осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в анамнезе (в связи с которыми 8(12,3%) больных перенесли различные операции), больных, с осложнениями на момент госпитализации (5-7,8%), больных с кровотечением в анамнезе ($n=1$) то осложненная форма сочетанной язвенной болезни в виде стеноза, пенетрации, перфорации, кровотечения и их комбинации у больных с основным заболеванием ЖКБ имела место у 14(21,5%) больных. Данный факт свидетельствует об агрессивном течении язвенной болезни в условиях ее сочетания с ЖКБ.

2.11. 3 группа: больные с основным диагнозом: хронический (острый) калькулезный холецистит, острый (обострение хронического) вторичный билиарный панкреатит

Основное заболевание представлено острым ($n=15$), обострением хронического ($n=27$), билиарного панкреатита у 42(100,0%) больных. Сочетанные заболевания представлены язвенной болезнью у всех больных.

Всего оперировано 42 больных. Мужчин было 19(45,2%), женщин 23(54,8%). Возраст больных варьировал от 29 до 79 ($58,9 \pm 3,1$) лет. Большинство больных были в возрасте от 50 до 69 (26–61,9%) лет. До 60 лет было 22(52,4%), лиц пожилого и старческого возраста было 20(47,6%) больных. В ургентном порядке госпитализированы все больные ($n=42$).

Острый панкреатит диагностирован у 15(35,7%): легкий у 11, тяжелый у 4 больных (острый очаговый геморрагический панкреонекроз-2, субтотальный геморрагический панкреонекроз-2). Постановка диагноза основывалась на клинических проявлениях (выраженные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, опоясывающего характера, многократной рвотой) данными лабораторных и биохимических исследований (амилаземией $413,0 \pm 1,8$, билирубинемией $211,0 \pm 1,8$ (прямой $125,0 \pm 0,5$), данными УЗ-исследования (увеличение поджелудочной железы, смазанность ее контуров, трудности отграничения железы от окружающих тканей, расширение Вирсунгового протока). Ферментативный перитонит выявлен у 9 больных (с тяжелым панкреатитом- $n=4$, легким- $n=5$). Давность заболевания на момент госпитализации составила $1,4 \pm 6,9$ суток. Желчнокаменный анамнез у 6 больных составил $3,3 \pm 0,8$ лет, у 8 больных ЖКБ протекала бессимптомно, диагностирована при комплексном обследовании больных. Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 8(19,0%), острый (катаральный $n=4$, деструктивный (флегмонозный $n=3$, гангренозный $n=2$) у 5(11,9%) больных. Один больной в анамнезе перенес ТХЭ.

Язвенная болезнь желудка и ДПК, как сочетанное заболевание у больных с острым панкреатитом диагностирована у всех ($n=15$) больных. Язвенная болезнь ДПК выявлена у 13(30,9%) больных: в стадии обострения у 5 с локализацией язв в луковице ДПК на передней стенке размерами $0,5 \pm 0,5$ см. Язвенная болезнь желудка диагностирована у 2(4,8%) больных в стадии обострения с локализацией в препилорическом отделе желудка на малой кривизне, размерами $1,2 \pm 0,5$ см. Длительность язвенного анамнеза у 4 больных составила $6,5 \pm 1,3$ лет, у 11 больных язвенная болезнь протекала бессимптомно, диагноз сочетанного заболевания был поставлен при комплексном обследовании больных.

Таким образом, бессимптомное течение сочетанных заболеваний (ЖКБ, язвенная болезнь) из 15 больных с острым панкреатитом имело место у 13(30,9%). «Немое» течение ЖКБ было у 4, язвенной болезни у 4 больных. Полное отсутствие клинических проявлений желчнокаменной и язвенной болезни было у 6 больных. У одного больного в анамнезе ОЖКК язвенного генеза.

Обострение хронического билиарного панкреатита диагностировано у 27(64,3%) больных. Данный диагноз основывался на клинических проявлениях, анамнестических данных с указанием на факты стационарного лечения по поводу острого панкреатита, подтвержденные выписками из историй болезни в амбулаторной карте, данными биохимических и инструментальных методов обследования. Билирубинемия выявлена у 7($91,9 \pm 3,4$ мкмоль/л.), гиперамилаземия у 10($184,4 \pm 2,2$ мкмоль/л.) больных. ЖКБ диагностировано у всех ($n=27$) больных. Один больной в анамнезе перенес ТХЭ. Хронический калькулезный холецистит имел место у 13 (в сочетании с холедохолитиазом, механической желтухой у 10) больных, острый калькулезный холецистит был у 13(катаральный-4, флегмонозный-6, гангренозный-3) больных. Давность заболевания на момент госпитализации составила $2,7 \pm 5,6$ суток. Длительность желчнокаменного анамнеза у 14 больных составила $5,1 \pm 1,1$ лет, язвенного анамнеза у 17 больных $12,1 \pm 1,9$ лет. Бессимптомное течение ЖКБ было у 6, язвенной болезни у 4 больных. Полное отсутствие клинических проявлений ЖКБ и язвенной болезни отмечено у 7 больных. Таким образом, атипичное течение сочетанных заболеваний в различной комбинации имело место у 17(63,0%) больных с обострением хронического билиарного панкреатита.

Язвенная болезнь желудка и ДПК, как сочетанное заболевание у больных с обострением хронического панкреатита выявлена у всех ($n=27$) больных. Язвенная болезнь ДПК диагностирована у 36 больных: в стадии обострения у 13 больных с локализацией язв на передней стенке луковицы ДПК, размерами $0,6 \pm 0,5$ см., в сочетании со вторичной язвой желудка (язва ДПК в стадии ремиссии) у 1 больного. Язвенная болезнь желудка диагностирована у 2(у одного больного в стадии обострения с локализацией язвы в антральном отделе по малой кривизне, размерами

0,8 см.) больных. Резекцию желудка в анамнезе, в сроки от 22 до 33 лет перенесли 3 больных. У одного из них радикальной операции предшествовало ушивание прободной язвы ДПК, СПВ, операция Джабулея-1 больной.

Таким образом, бессимптомное течение сочетанных заболеваний в различной комбинации у больных с острым (обострением хронического) билиарным панкреатитом отмечено у 30(71,4%). Обострение язвенной болезни выявлено у 14(33,3%) больных. Длительность желчнокаменного анамнеза составила $4,2 \pm 1,0$ лет, язвенного $9,3 \pm 1,4$ лет.

2.11. 4 группа: больные с основным диагнозом: желчнокаменная болезнь, хронический (острый) калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит

Основное заболевание представлено хроническим и острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, механической желтухой, без признаков обострения вторичного билиарного панкреатита у всех ($n=26$ -12,1%) больных, сочетанное заболевание: язвенной болезнью у всех ($n=26$) больных.

Всего оперировано 26 больных. Мужчин было 21(80,8%), женщин 5(19,2%). Возраст больных варьировал от 41 до 78 ($61,4 \pm 3,2$) лет. Большинство больных были в возрасте от 50 до 78(19–73,1%) лет. До 60 лет было 10(38,5%), лиц пожилого и старческого возраста было 9(34,6%) больных.

Механическая желтуха холедохолитиазом была обусловлена у всех больных, в сочетании с дивертикулитом ДПК у 2, пузырно- двенадцатиперстной фистулой у 1 больного. Хронический калькулезный холецистит имел место у 16, деструктивный у 8 больных (флегмонозный-5, гангренозный-3). Двое больных в анамнезе перенесли холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита (ЛХЭ-1, ТХЭ-1). Гнойный холангит у больных с механической желтухой имел место у 10(38,5%) больных.

У 14(53,8%) больных отмечено атипичное течение как основного, так и сочетанного заболеваний в различной их комбинации. Атипичное («немое») течение основного заболевания отмечено у 6(23,1%), сочетанной язвенной болезни у

5(19,2%) больных. Полное отсутствие клинических проявлений как основного, так и сочетанного заболеваний отмечено у 5(19,2%) больных. Диагноз у этой группы больных (n=14) был установлен при госпитализации, согласно разработанному диагностическому алгоритму у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС. При этом после 50 лет язвенная болезнь без язвенного анамнеза, наличия «желудочных» жалоб отмечена у 8(30,8%) больных.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как сочетанное заболевание

Язвенная болезнь, как сочетанное заболевание у больных с механической желтухой имела место у всех 26(100,0%) больных. Язвенная болезнь ДПК диагностирована у 17(65,4%), желудка у 2(7,7%) больных. Язвенная болезнь ДПК в стадии обострения была у 3(11,5%), в стадии ремиссии у 15(57,7%) больных. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения с локализацией язвы в препилорическом отделе желудка на передней стенке, размерами 0,7см. у 1 больного. 7(26,9%) больных в анамнезе (в сроки от 4 до 14 лет) перенесли различные операции по поводу осложнений язвенной болезни: резекцию желудка 4(у 2 из них радикальной операции предшествовало ушивание прободной язвы ДПК), ушивание прободной язвы ДПК, ГЭА с межкишечным анастомозом по Брауну 1, иссечение язвы ДПК, СтВ-2 больных. Характер осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, по поводу которых выполнены были различными: перфорация, стеноз, пенетрация, кровотечение и их сочетание.

Язвы ДПК при госпитализации диагностированы в луковице ДПК с локализацией: на малой кривизне (латеральный контур) у 2 больных (у 1 в сочетании с зеркальной язвой большой кривизны, пенетрацией язвы передней стенки в желчный пузырь и формированием пузырьно-двенадцатиперстной фистулы. Размеры язв ДПК составили $0,5 \pm 0,5$ см.

Если учесть осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в анамнезе, в связи с которыми 6(23,1%) больных перенесли резекцию желудка, больного с осложнениями на момент госпитализации (1-3,8%), то осложненная форма

сочетанной язвенной болезни в виде стеноза, пенетрации, перфорации, кровотечения и их комбинации у больных с основным заболеванием ЖКБ имела место у 7(26,9%) больных. Данный факт свидетельствует об агрессивном течении язвенной болезни в условиях ее сочетания с осложненными формами ЖКБ.

2.12. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЫ

Контрольная группа представлена 142 больным. Из них мужчин-65(45,8%), женщин-77(54,2%), в возрасте от 27 до 82(50,4 $\pm$ 4,0) лет. Больные представлены следующими группами:

1. Оперированные больные (n=68) с основным диагнозом ЖКБ и ее осложнения, сочетанная с язвенной болезнью и вторичным панкреатитом-для расчета факторов хирургического риска.
2. Больные, перенесшие холецистэктомию в анамнезе (n=43) и повторно госпитализированные для изучения факторов хирургического риска развития неудовлетворительных результатов хирургического лечения сочетанных заболеваний органов ГПДС.
3. Больные с наличием геморрагического синдрома (n=13)- для расчета факторов риска развития данного осложнения у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС.
4. Больные с наличием синдрома тяжелой интоксикации, перенесшие травму тяжелой степени (n=18)-для изучения влияния данной патологии на характер и частоту развития осложнений со стороны органов ГПДС.

Для расчета факторов хирургического риска использованы больные 1,2,3,4. групп, 2 для оценки неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС, разработки диагностического и тактического алгоритма лечения больных данной категории.

2.12.1. Оперированные больные с основным диагнозом желчнокаменная болезнь и ее осложнения

Всего оперировано 68 больных. Мужчин было 32(47,1%), женщин—36(52,9%). Возраст больных варьировал от 27 до 82 ($50,4 \pm 4,0$) лет. Большинство больных были в возрасте от 50 до 79($55,0-82,1\%$) лет. Все больные были оперированы до 2005 г. в период общепринятой хирургической тактики.

Возрастно-половые особенности оперированных больных с основным диагнозом желчекаменная болезнь и ее осложнения представлены в таблице 11.

Таблица 11 Возрастно-половые особенности больных с основным диагнозом желчекаменная болезнь и ее осложнения

Возраст (лет)	Всего		Мужчины		Женщины	
	n=68	%	n=32	%	n=36	%
20-29	1	1,5	-	-	1	2,8
30-39	4	5,9	2	6,2	2	5,5
40-49	6	8,8	2	6,2	4	11,1
50-59	19	27,9	8	25,0	11	30,5
60-69	26	38,2	15	46,9	11	30,5
70-79	10	14,7	5	15,6	5	13,9
80-	2	2,9	1	3,1	1	2,8
ИТОГО	68	100	32	47,1	36	52,9

Как видно из приведенной таблицы до 60 лет было 30(44,1%) больных, 38(55,9%) больных составили пациенты пожилого (32-47,0%) и старческого (6-8,8%) возраста. В плановом порядке госпитализированы 21(30,9%), в неотложном 47(69,1%) больных. Длительность анамнеза по основному заболеванию у 50 больных составила от 1 месяца до 30($5,3 \pm 1,1$) лет.

У 30(44,1%) больных отмечено атипичное течение, как основного, так и сочетанного заболеваний в различной их комбинации, что в ряде случаев впоследствии привело к диагностическим ошибкам и развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде. Атипичное («немое») течение основного заболевания отмечено у 18(26,5%), сочетанной язвенной болезни у 20(29,4%) больных, у 7(10,3%) из них острое желудочно-кишечное кровотечение со стороны

сочетанной язвенной болезни развилось в раннем послеоперационном периоде. Полное отсутствие клинических проявлений, как основного, так и сочетанного заболеваний отмечено у 7(10,3%) больных. У больных с клиническими проявлениями ЖКБ наибольшее число больных приходится на длительность анамнеза до 5 лет (n=36), что составляет 52,9% от всех оперированных больных. У больных, госпитализированных по неотложным показаниям (47-69,1%) давность заболевания на момент госпитализации составила от 3,5 часов до 6 (43,4±2,8 час.) суток.

Показанием к госпитализации были: хронический у 21(30,9%), острый калькулезный холецистит у 20(29,4%), в том числе деструктивный холецистит диагностирован у 14(20,6%) больных: флегмонозный у 9, гангренозный у 5 больных. Из 14 больных с деструктивным холециститом у 6(8,8%) диагностирован местный перитонит.

По поводу механической желтухи оперировано 27(39,7%) больных. Механическая желтуха холедохолитиазом была обусловлена у 9, дивертикулом ДПК, дивертикулитом у 1, перивезикальным абсцессом у 2(с формированием пузырно- двенадцатиперстной фистулы), стенозирующим папиллитом II-III ст. у 2, индуративным псевдотуморозным панкреатитом у 13 больных. Хронический калькулезный холецистит имел место у 19, деструктивный у 5 больных (флегмонозный-5, гангренозный-1). 2 больных в анамнезе перенесли ТХЭ по поводу острого калькулезного холецистита.

Осложненная форма основного заболевания в виде острого деструктивного холецистита (n=20), перитонита (n=9), холедохолитиаза (n=14), индуративного панкреатита (n=13), механической желтухи (n=27), гнойного холангита (n=11), в различной их комбинации имели место у 42(61,8%) из 68 больных.

Особенностью клинического течения сочетанных заболеваний органов ГПДС с основным заболеванием ЖКБ и ее осложнения является то, что в клинике у подавляющего большинства больных (66-97,1%) доминируют симптомы, характерные для поражения билиарного тракта.

Клинические проявления: постоянные, приступообразные боли в правом подреберье, эпигастрии, с иррадиацией в правую лопатку, область сердца, правое плечо. Из других симптомов отмечены: тошнота, горечь во рту, сухость во рту, рвота, повышение температуры тела, сопровождающейся ознобом, общая слабость.

У больных с признаками обострения вторичного (билиарного) панкреатита к вышеперечисленным симптомам была присуща частая рвота, опоясывающие боли, их иррадиация в спину, поясничную область, либо превалирование их локализации в эпигастральной области. Только у 2(2,9%) больных наряду с симптоматикой, характерной для желчнокаменной отмечены классические симптомы язвенной болезни: периодичность болей, сезонный характер, связь с приемом пищи, наличие «голодных», ночных болей.

Таким образом, симптоматика, характерная для поражения билиарной системы отмечена у подавляющего числа больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями, не смотря на то, что обострение сочетанной язвенной болезни диагностировано у 34(50,0%) больных.

Учитывая литературные данные о том, что при сочетанных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной системы центральным звеном является ДПК, мы изучили частоту и процентное соотношение первичности клинических проявлений и диагностируемое заболевание в клиническом течении сочетанной патологии. При этом установлено, что у больных с основным диагнозом ЖКБ и ее осложнения при ее сочетании с язвенной болезнью начало клинических проявлений, равно, как и установленный диагноз язвенной болезни отмечено у 48(70,6%), симптомов ЖКБ у 6(8,8%) больных. Сочетание клинических проявлений и установленный диагноз одновременно желчнокаменной и язвенной болезней отмечено у 10(14,7%) больных. Лечение по поводу язвенной болезни получали 16 больных: в стационаре–10, амбулаторно–6 больных. У 12 больных оно было неэффективным, у 4 давало временный, нестойкий эффект.

2.12.2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как сочетанное заболевание

Язвенная болезнь, как сочетанное заболевание имела место у всех 68(100,0%) больных. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностирована у 50(73,5%) (в стадии обострения у 27), язвенная болезнь желудка у 5(7,3%) (в стадии обострения у 4), язвенная болезнь ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка у 2(2,9%) (в стадии обострения у 4) больных.

В анамнезе 16(23,5%) больных перенесли различные операции по поводу осложненных форм язвенной болезни (перфорация, стеноз, пенетрация, кровотечение и их сочетание): ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки–4(5,9%), резекцию желудка–11(16,2%) (у 4 из них радикальной операции предшествовало ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки), иссечение прободной язвы двенадцатиперстной кишки, пилоропластику, стволовую ваготомию–1(1,5%) больной.

Таким образом, активная фаза сочетанной язвенной болезни на момент госпитализации выявлена у 34(50,0%) больных: язвы ДПК у 27(39,7%), язвы желудка у 4(5,9%), язвы ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка у 1(1,5%), пептической язвы анастомоза у 2(2,9%) больных. Данный факт свидетельствует об агрессивном течении язвенной болезни в условиях ее сочетания с ЖКБ и ее осложнениями.

2.12.3. Вторичный билиарный панкреатит как сочетанное заболевание

Сочетанное заболевание в виде вторичного билиарного панкреатита по данным УЗИ выявлено у 68(100,0%) оперированных больных контрольной группы. Обострение вторичного билиарного панкреатита клинически, по данным лабораторных, инструментальных методов исследований, а также выявленным интраоперационным находкам (увеличение, уплотнение поджелудочной железы) установлено у 35(51,5%) из 68 больных с основным заболеванием ЖКБ и ее осложнения. Мужчин в этой группе было 16(45,7%), женщин 19(54,3%).

Длительность желчнокаменного анамнеза у больных с обострением вторичного билиарного панкреатита варьировала от 1 месяца до 15($2,5 \pm 7,8$) лет, язвенного от 5 месяцев до 32($13,5 \pm 5,8$) лет.

Больные контрольной группы ($n=68$) с обострением вторичного панкреатита (35-51,5%) представлены: хроническим-1, острым калькулезным холециститом-12(катаральный-4, деструктивный-8); механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом ($n=9$), хроническим индуративным панкреатитом ($n=13$).

Активная фаза язвенного процесса установлена у 24(68,6%) из 35 больных с обострением вторичного билиарного панкреатита: язвенная болезнь ДПК имела место у 22(62,8%) (в активной фазе у 18), язвенная болезнь желудка у 4(11,4%) (в активной фазе у 4). 9(25,7%) больных в прошлом перенесли резекцию желудка по поводу различных осложнений язвенной болезни (у 2 из них с пептической язвой гастроэнтероанастомоза).

Из 24 больных с обострением сочетанной язвенной болезни на фоне обострения вторичного билиарного панкреатита осложнения в ближайшем послеоперационном периоде в сроки от 1 до 8($3,5 \pm 1,4$) суток после операции развились у 13(54,2%) и у 1(4,2%) больного непосредственно перед госпитализацией. Источники ОЖКК: из язвы ДПК у 8, язвы желудка у 4, пептической язвы ГЭА у 2 больных. У трех больных без обострения вторичного билиарного панкреатита также развилось ОЖКК через $3,5 \pm 3,8$ суток после операции со стороны сочетанной язвенной болезни (язва ДПК-2, язва ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка-1).

Проведенные биохимические исследования у больных с развившимся ОЖКК выявили следующие данные: уровень билирубинемии в группе больных с развившимся ОЖКК: 84,6-624($399 \pm 7,8$) мкмоль/л., без ОЖКК-37-258($244 \pm 7,4$) мкмоль/л. Уровень α -амилазы крови: 86-350($218 \pm 6,9$) г./часхл. у всех больных с обострением вторичного билиарного панкреатита.

Характерной особенностью клинического течения вторичного билиарного панкреатита у больных контрольной группы является то, что его обострение приводит к обострению сочетанной язвенной болезни в 24 из 35(68,6%) случаях и

развитию осложнений в виде ОЖКК язвенного происхождения в 14 (40,0%) из 35 случаев. Таким образом, ОЖКК развилось у 17(25,0%) больных контрольной группы: при обострении вторичного билиарного панкреатита у 14(20,6%), без такового у 3(4,4%) больных. Такое агрессивное течение сочетанной язвенной болезни, продуцируемое обострением билиарного панкреатита у больных анализируемой группы наблюдается при анамнезе ЖКБ $2,5 \pm 1,0$ лет и наличии язвенного анамнеза, как сочетанного заболевания— $13,5 \pm 2,0$ лет.

2.12.4. Хирургические вмешательства у больных контрольной группы

Хирургические вмешательства у больных контрольной группы (n=68) выполнялись под комбинированным эндотрахеальным наркозом с использованием мышечных релаксантов. Характер выполненных оперативных вмешательств представлен в таблице 12.

Таблица 12 Хирургические вмешательства у больных контрольной группы с сочетанными заболеваниями органов ГПДС

Вид хирургического вмешательства	Количество больных	
	n = 68	%
ТХЭ	41	60,3
Симультанные операции: -ХДА, ушивании язвы желудка -ТХЭ,ХСТ, иссечение язвы ДПК, пилоропластика по Джаду-Танак	1 1	2,9
Операции, направленные на магистральное и реконструктивное восстановление оттока желчи -ТХЭ, ХДА -Холецистоеюностомия, гепатикоеюностомия	8 8	23,5
Операции, направленные на наружное дренирование хепатикохоледоха ТХЭ,ХСТ	9	13,2
ВСЕГО	68	100

Список сокращений: ХДА-холедоходуоденоанастомоз; ТХЭ-традиционная холецистэктомия; ХСТ-холедохостомия: ДПК-двенадцатиперстная кишка

ТХЭ выполнена у всех (n=68) (ЛХЭ у 1 с выполнением конверсии вмешательства) больных. Доступ Кохера использован у 64(94,1%), верхнесрединная лапаротомия у 4(5,9%) больных (разлитой перитонит в

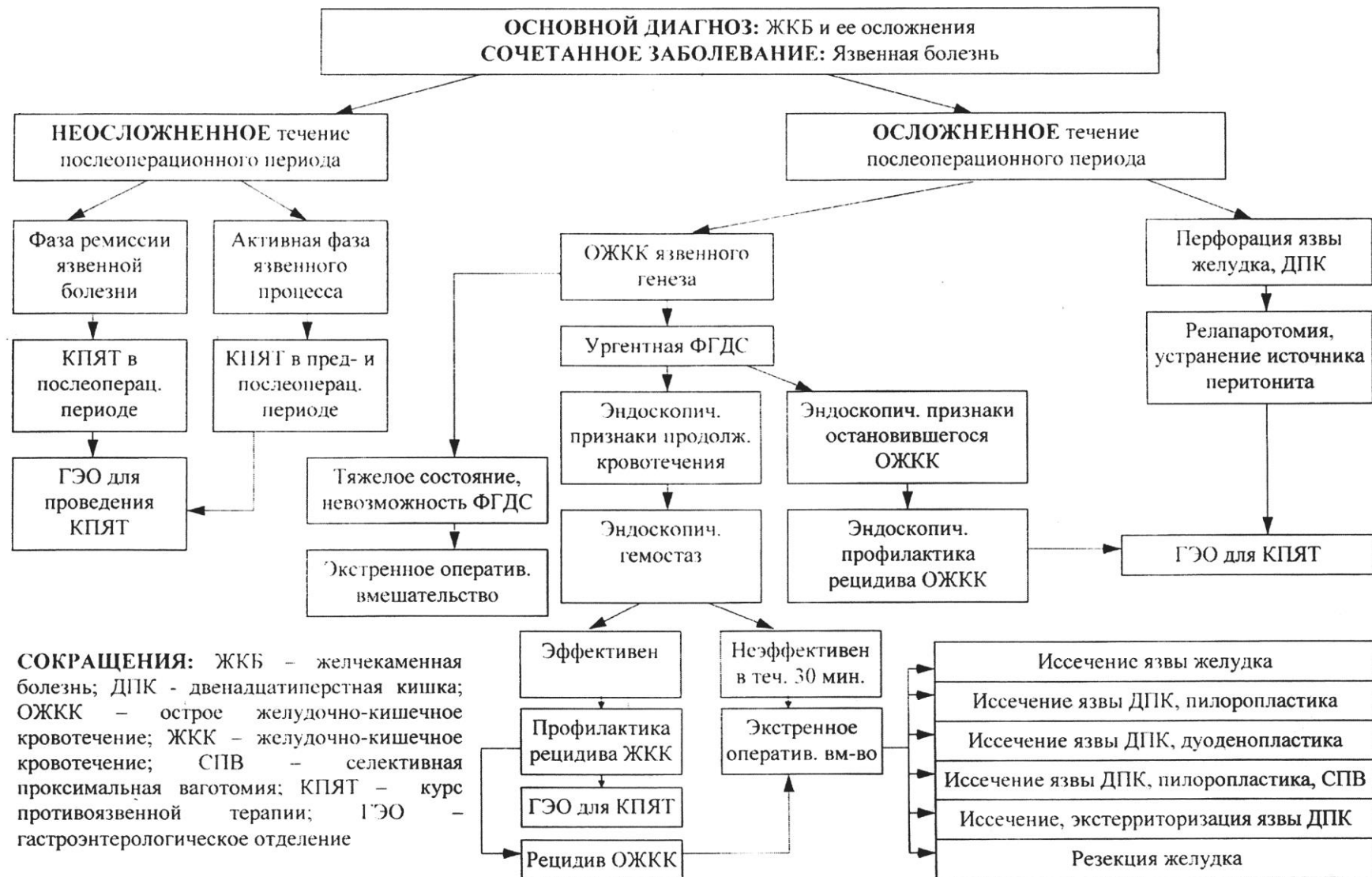
результате деструктивного калькулезного холецистита (n=3), деструктивного калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи (n=1).

В зависимости от причины механической желтухи выполнены следующие вмешательства: ТХЭ в сочетании с ХСТ у 10, ТХЭ в сочетании с ХДА у 5, ТХЭ в сочетании с ХДА, ХСТ у 2, ТХЭ в сочетании с ГЭА у 1, изолированный ХДА у 2, холецистоеюностомия с межкишечным анастомозом по Брауну у 6, гепатикоеюностомия у 1 больного. Симультанные операции (иссечение язвы желудка (n=1), иссечение язвы ДПК, пилоропластика по Джаду-Танака (n=1) по поводу сочетанной язвенной болезни выполнены у 2(2,9%) больных.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде в сроки от 1 до 8($3,5 \pm 1,4$) суток после операции в виде ОЖКК развились у 15(21,7%), из них язвенного генеза у 13(19,1%), в результате острого геморрагического гастродуоденита у 2 больных контрольной группы: при обострении вторичного билиарного панкреатита у 12, без такового у 3 больных (у 1 больного ОЖКК диагностировано на момент госпитализации). У всех больных ОЖКК проявилось в виде кровавой рвоты (n=2) и мелены (n=13). У всех больных кровотечение остановлено консервативно путем проведения гемостатической, противоязвенной и заместительной терапии с учетом эндоскопических методов гемостаза. В отдаленном послеоперационном периоде (через 3 месяца) 1 больная оперирована в связи с перфорацией недиагностированной язвы ДПК.

Таким образом, частота осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни у оперированных больных контрольной группы с основным диагнозом ЖКБ и ее осложнения с учетом ближайшего и отдаленного послеоперационных периодов составила 19,1% (13 больных). На основании анализа характера осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах нами разработан тактический алгоритм с использованием консервативных и хирургических методов лечения развившихся осложнений (Тактический алгоритм 1).

ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ НАЛИЧИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (Такт. алгоритм 1)



2.12.5. Больные контрольной группы, перенесшие холецистэктомию в анамнезе и повторно госпитализированные в связи с недиагностированными сочетанными заболеваниями

Группа представлена 43 больными. При этом: А). 19(44,2%) больных были госпитализированы с основным диагнозом язвенная болезнь; Б). 24(55,8%) с основным диагнозом обострение хронического билиарного панкреатита.

А). В группе больных с основным диагнозом язвенная болезнь ($n=19$) мужчин было 6(31,6%), женщин-13(68,4%). Возраст больных варьировал от 46 до 86($60,4\pm 3,1$) лет. Больных старшей возрастной группы (пожилого ($n=7$), старческого ($n=3$) возраста было 10(52,6%). ФГДС перед холецистэктомией не выполнялась. Язвенный анамнез от 1 мес. до 30 ($12,0\pm 1,6$) лет, у 3 больных выявлена недиагностированная язва ДПК. Консервативно пролечены 12(27,9%), оперированы 7(16,3%) больных. Возраст оперированных больных варьировал от 46 до 83($62,8\pm 3,2$) лет. Диагноз сочетанных заболеваний органов ГПДС был установлен при комплексном обследовании больных, согласно разработанному диагностическому алгоритму. Показанием к оперативному лечению явились: декомпенсированный стеноз привратника ($n=3$), пенетрация язвы ДПК в печеночно-двенадцатиперстную связку, головку поджелудочной железы ($n=3$), при полном отсутствии эффекта от консервативной терапии, у 1 из них в сочетании с острым кровотечением, перфорация недиагностированной язвы ДПК ($n=1$). Таким образом, осложненная форма язвенной болезни имела место у 7(16,3%) больных. Холецистэктомия в анамнезе (ТХЭ-13, ЛХЭ-6) выполнена в сроки от 1 месяца до 20($5,3\pm 1,1$) лет до момента повторной госпитализации. Обострение вторичного билиарного панкреатита констатировано у 13(30,2%) больных. Сочетанная ГПОД выявлена у 6(13,9%) больных. рН-метрия выполнена у 10 больных: выраженная гипоацидность выявлена у 1, умеренная гиперацидность у 3, нормацидность у 1 больного. ОЖКК диагностировано у 3(7,0%) больных. У всех 7 больных, оперированных по поводу осложненных форм язвенной болезни выявлена выраженная гиперацидность.

Б). В группе больных с основным диагнозом обострение хронического билиарного панкреатита (n=24) мужчин было 9(37,5%), женщин-15(62,5%). Больных старшей возрастной группы было 11(45,8%): пожилого (n=9), старческого (n=2) больных. ФГДС перед холецистэктомией не выполнялась. Диагноз подтвержден клиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования, согласно разработанному диагностическому алгоритму. Холецистэктомия в анамнезе выполнена в сроки от 1 месяца до 20(5,3±1,1) лет до момента повторной госпитализации. Возраст больных варьировал от 30 до 82(60,0±3,1) лет, язвенный анамнез от 1 до 22(8,0±1,3) лет. Основная масса больных были в возрасте от 40 до 69 лет(18-75,0%). В анамнезе 10 больных перенесли различные операции по поводу осложненных форм язвенной и желчнокаменной болезни: резекцию желудка-7, СПВ-1, иссечение язвы ДПК, пилоропластику по Джадду, СтВ-1, ТХЭ в сочетании с ХДА-1 больной. Язвенная болезнь в активной фазе диагностирована у 6(25,0%), ОЖКК диагностировано у 3(12,5%) больных. Размеры язв ДПК(n=5) варьировали от 0,4 до 0,7(5,2±1,1) мм., язвы желудка (n=1)-0,9мм. При рН-метрии у 7 больных выявлена умеренная (n=4) и выраженная (n=3) гиперацидность. Консервативно пролечены все больные, с использованием комплексной терапии, с положительным эффектом. ОЖКК диагностировано у 8(18,6%) больных, оно остановлено консервативно, путем проведения комплексной гемостатической, заместительной, противоязвенной и противопанкреатической терапии, включая эндоскопические методы лечения и гемостаза.

2.12.6. Больные контрольной группы с геморрагическим синдромом

Группа представлена 13 больными. Мужчин было 10(76,2%), женщин 3(23,8%). Возраст больных варьировал от 24 до 79(52,1±3,0) лет. Из них больных пожилого (n=4) и старческого возраста (n=2) было 6 (46,2%) больных. С острым (n=7), обострением хронического (n=4) панкреатитом госпитализированы 11, острым калькулезным холециститом в сочетании с вторичным билиарным панкреатитом-2 больных. Давность заболевания на момент госпитализации- от 4

часов до 20 ($69,5 \pm 3,3$) суток. Язвенная болезнь ДПК в анамнезе была у 6 (1 больной 5 лет назад перенес ушивание прободной язвы ДПК), желудка у 2, ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка у 1 больного. У 6 больных язвенный анамнез вариировал от 5 до 30 ($11,8 \pm 1,6$) лет, у 3 больных диагностирована «немая» язва ДПК. У всех 13 (100,0%) больных в сроки от 4 до 6 ($5,0 \pm 1,1$) суток от момента госпитализации развилось ОЖКК: с клиническими и эндоскопическими признаками кровотечения. Источником кровотечения были: язва ДПК-4, острая язва желудка-3, синдром Меллори-Вейса-3, острый геморрагический гастродуоденит-3 больных. Все больные пролечены консервативно. Кровотечение остановлено консервативно путем проведения комплексной гемостатической, заместительной, противоязвенной и противопанкреатической терапии, включая эндоскопические методы лечения и гемостаза у 12 больных. Один больной умер. На вскрытии констатирован субтотальный геморрагический панкреонекроз, пенетрация язвы задней стенки ДПК 1,0 см в диаметре, в головку поджелудочной железы.

2.12.7. Больные контрольной группы с наличием синдрома тяжелой интоксикации, перенесшие сочетанную травму тяжелой степени

Группа представлена 18 больными. Мужчин было 8 (44,4%), женщин – 10 (55,6%). Возраст больных варьировал от 31 до 84 ($65,9 \pm 3,2$) лет. Из них пожилого ($n=6$) и старческого возраста ($n=5$) было 11 (61,1%) больных. Все больные подразделены на 2 группы:

А). больные с синдромом тяжелой интоксикации ($n=14$): (МКБ, уросепсис, ДГПЖ, острая задержка мочи-3, колоректальный рак, осложненный перфорацией, разлитым каловым перитонитом-3, тромбоз мезентериальных сосудов-1, атеросклеротическая гангрена ног-3, инфекционный менингит-1. буллезно-некротическая форма рожи с тотальным поражением ноги-1, ОЖК в стадии декомпенсации-1, прикрытая перфорация язвы ДПК с формированием подпеченочного абсцесса-1) Давность заболевания на момент госпитализации

составила от 5 часов до 30($6,8 \pm 0,8$) суток. Язвенный анамнез отсутствовал у 8 больных, у 3 варьировал от 15 до 40($28,3 \pm 2,4$) лет. Ни одному из указанных больных противоязвенная терапия, равно, как и ФГДС назначены не были. Осложнения со стороны органов ГПДС представлены следующим образом: 1. ОЖКК- развилось от 2 до 4($2,6 \pm 0,8$) суток у 5, перфорация язвы ДПК-от 1 до 4($2,3 \pm 0,7$) суток у 4 больных. ОЖКК клинически проявилось выделением крови по назогастральному зонду у 1, меленой у 3 больных. Панкреонекроз констатирован у 1 больной.

Б). больные, перенесшие тяжелую сочетанную травму ($n=4$), ведущей из которых были: множественный перелом костей таза-1, оскольчатый открытый перелом левого бедра-1, перелом шейки левого бедра-1, повреждение позвоночника-1. У всех больных сочетанная травма сопровождалась травматическим шоком тяжелой степени.

Давность заболевания на момент госпитализации составила 13,8($6,8 \pm 1,3$) часов. Язвенный анамнез отсутствовал у всех больных. Осложнения со стороны органов ГПДС представлены следующим образом: 1. острый деструктивный калькулезный холецистит развился у 3 больных в сроки от 7 до 8($7,6 \pm 1,3$) суток, у 1 больной перфорация язвы ДПК-на 6 сутки после протезирования тазобедренного сустава. Среди указанных больных оперированы 17, умерли 7($38,9\%$) больных.

Таким образом, осложнения, несущие непосредственную угрозу для жизни у больных контрольной группы в ближайшем послеоперационном периоде, на фоне тяжелой интоксикации и при крайне тяжелых сочетанных травмах возникли у 80($56,3\%$) больных. Умерло 9($6,3\%$) больных. Общая летальность у больных контрольной группы составила 6,2%, послеоперационная 4,9%.

2.12.8. Обоснование стабилизирующего влияния холецистэктомии на клиническое течение сочетанной язвенной болезни

Для подтверждения стабилизирующего влияния холецистэктомии на клиническое течение сочетанной язвенной болезни у 57 больных контрольной группы изучали ведущие показатели патогенеза язвенной болезни: уровень

кислотности желудочного сока и нарушение эвакуации из желудка. Программированное исследование показателей кислотности желудочного сока методом рН-метрии показало, что холецистэктомия, (ТХЭ, ЛХЭ) приводит к снижению кислотности желудочного сока на один порядок в градации показателей кислотности. При этом у 53 больных дублировали исследование кислотности желудочного сока фракционным методом, при котором был установлен парадоксальный факт: даже в том случае, когда общая кислотность желудочного сока была одинаковой до и после холецистэктомии, после удаления желчного пузыря она снижалась за счет содержания свободной соляной кислоты (в среднем на $20 \pm 1,2$ титр. единиц в каждой порции), которая является ведущим фактором агрессии при язвенной болезни. Улучшение эвакуации из желудка в послеоперационном периоде констатировано у всех больных при изучении пассажа бариевой взвеси: он не превышал $60 \pm 1,4$ минут. Косвенными признаками, также, служила контрольная ФГДС, при которой было выявлено зияние пилорического сфинктера у всех больных изучаемой группы. Однако указанный эффект холецистэктомии на показатели желудочной секреции, достаточный для перевода язвенной болезни ДПК в стадию длительной и стойкой ремиссии наблюдается не у всех больных. Он относится к группе больных, у которых в дооперационном периоде при рН-метрии констатирована нормацидность (1,6-2,2), умеренная (2,3-3,5) и выраженная гипоацидность (3,6-6,9). Установленные факты позволяют в 35,5% случаев выполнить изолированную холецистэктомию, достаточной для перевода сочетанной язвенной болезни в стадию длительной и стойкой ремиссии.

2.13. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Ретроспективный анализ охватывает 485 (247 из них учтены в основной и контрольной группах) больных. Они госпитализированы с учетом ведущего клинического синдрома. В данном случае преследовался глубокий анализ анамнестических данных с целью выяснения характера взаимоотношений

язвенной, желчнокаменной болезней и панкреатита при их сочетании и влияния каждого из них на характер и частоту развития осложнений. Он представлен тремя группами:

- 1. Преимущественное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки** (Основной диагноз: язвенная болезнь и ее осложнения, сочетанные: ЖКБ, вторичный панкреатит) - 217 больных;
- 2. Преимущественное поражение печени, желчного пузыря, желчновыводящих протоков** (Основной диагноз: желчнокаменная болезнь и ее осложнения, сочетанные: язвенная болезнь, вторичный панкреатит)- 177 больных;
- 3. Преимущественное поражение поджелудочной железы** (Основной диагноз: острый, обострение хронического, хронический панкреатит, сочетанные: желчнокаменная, язвенная болезнь)- 91 больной.

В каждой группе больных охарактеризованы характер клинического течения основного и сочетанного заболеваний, влияние каждого из них на течение болезни в условиях сочетанных заболеваний органов ГПДС. Группа больных с основным заболеванием язвенная болезнь и ее осложнения представлена 217 больными. Она разделена на две подгруппы:

1. Больные, перенесшие первичные оперативные вмешательства по поводу язвенной болезни и ее осложнений-100 больных; 2. Больные, перенесшие повторные и реконструктивные вмешательства по поводу язвенной болезни и ее осложнений-117 больных. Целесообразность такого разделения обусловлена следующими соображениями:

1. Особенности клинического течения заболевания, принципиальным отличием техники выполнения оперативного вмешательства у больных с рецидивом язвенной болезни и развитием осложнений после ранее выполненных оперативных вмешательств. 2. Необходимостью аргументированного обоснования использования повторного хирургического вмешательства.

2.13.1. Характеристика больных с основным заболеванием язвенная болезнь и ее осложнения

Группа представлена 217 больными. У 100 больных выполнены первичные оперативные вмешательства, у 14 из них симультанная холецистэктомия по поводу сочетанной желчнокаменной болезни. Группа больных, перенесших повторные и реконструктивные вмешательства на желудке, представлена 117 больными, у 4 из них выполнена симультанная холецистэктомия в связи с наличием сочетанного хронического калькулезного холецистита.

Больные, перенесшие первичные хирургические вмешательства

Характеристика основного заболевания

Всего оперировано 100 больных. Мужчин было 79(79,0%), женщин-21(21,0%). Возраст больных варьировал от 23 до 76($44,1 \pm 5,0$) лет. Большинство больных представлено возрастным периодом от 30 до 59 лет (80-80,0%). Самое большое количество больных представлено возрастным периодом от 50 до 59(35-35,0%) лет. В плановом порядке госпитализированы 86(86,0%), в ургентном-14 (14,0%) больных.

Показанием к госпитализации больных в неотложном порядке были: острое желудочно-кишечное кровотечение язвенного происхождения у 14 больных. В группе больных с язвенной болезнью, осложненной кровотечением давность заболевания составила от 1 до 6($2,5 \pm 1,7$) суток. Мужчин было 12, женщин-2. Острое желудочно-кишечное кровотечение было обусловлено язвой двенадцатиперстной кишки у 12, язвой желудка у 2 больных (у 1 из них "вторичная" язва желудка в сочетании с язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией в головку поджелудочной железы). Диагноз острого кровотечения у всех больных был подтвержден ФГДС. По степени тяжести кровотечения средней степени тяжести было у 13, тяжелое у 1 больного. Клинически у всех больных кровотечение проявилось меленой, у двух больных в сочетании с кровавой рвотой.

Показанием к госпитализации 86 больных в плановом порядке были неэффективность консервативной терапии у всех больных и развитие осложнений

язвенной болезни у 83(83,0%) больных: пенетрация гастродуоденальных язв в соседние органы и ткани у 62(62,0%), стеноз выходного отдела желудка различной степени у 38(38,0%), кровотечение у 33(33,0%) больных. Комбинация различных осложнений (пенетрация, стеноз, кровотечение) отмечена у 40(40,0%) больных. Кровотечение в анамнезе имело место у 22(22,0%) больных. Повторные кровотечения отмечены у 10(10,0%) больных, у 8 по два, у 2 по три раза.

Язвенная болезнь ДПК была у 88(88,0%) больных (у 3 в сочетании с вторичной язвой желудка), язвенная болезнь желудка у 12(12,0%) больных (из них у 10 вторичная язва желудка, у 3 из них в сочетании с активной фазой язвы двенадцатиперстной кишки, у 1 осложненная пенетрацией в головку поджелудочной железы, острым кровотечением). Из 100 больных, перенесших первичные вмешательства, осложненная форма язвенной болезни желудка и ДПК имела место у 83(83,0%) больных. Пенетрация гастродуоденальных язв в головку поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстную связку, печень, малый сальник в различной их комбинации имела место у 26(26,0%), больных, комбинация пенетрации с кровотечением у 12(12,0%) больных, пенетрации и стеноза 12(12,0%) больных. Всего пенетрация гастродуоденальных язв имела место у 62(62,0%) больных. Стеноз в чистом виде имел место у 12(12,5%) больных, в комбинации с кровотечением у 4, пенетрацией у 12(12,0%) больных пенетрацией и кровотечением у 12(12,0%) больных. Всего стеноз выходного отдела желудка различной степени имел место у 40(40,0%) больных. Кровотечение в чистом виде имело место у 5(5,0%), в комбинации с пенетрацией гастродуоденальных язв у 12(12,0%), пенетрацией и стенозом у 12(12,0%), стенозом у 4(4,0%) больных. Комбинация пенетрации гастродуоденальных язв в соседние органы и ткани стеноза выходного отдела желудка различной степени выраженности и кровотечения различной степени тяжести отмечена у 40(40,0%) больных.

Характерным явилось взаимоотношение таких осложнений, как пенетрация гастродуоденальной язвы и кровотечения. Так из 33 больных с кровотечением

пенетрация в соседние органы и ткани во время операции была установлена у 24(72,7%) больных.

Характерным является тот факт, что из 14 больных, у которых язвенная болезнь сочеталась с хроническим калькулезным холециститом осложненная форма основного заболевания была у всех 14(100,0%) больных, в то время как у больных без сочетания с хроническим калькулезным холециститом (86-86,0%) осложнения основного заболевания были у 69(69,0%).

Осложнения у 14 больных со стороны основного заболевания были следующими: пенетрация у 2(у 1 больного в сочетании с кровотечением), комбинация пенетрации, стеноза и кровотечения у 5, стеноз различной степени у 5, стеноз и кровотечение у 1, изолированное кровотечение у 1 больного. Комбинация различных осложнений отмечена у 7 больных.

Достаточно интересными явились результаты анализа эффективности проводимого длительного консервативного лечения и осложнений язвенной болезни у анализируемой группы больных. Так из 100 больных осложнения в виде пенетрации, стеноза, кровотечения и их комбинации имели место у 83(83,0%) больных. У 17(17,0%) больных осложнений на момент госпитализации выявлено не было и они были оперированы в связи с безуспешностью медикаментозного лечения на протяжении длительного времени при наличии обострений язвенной болезни по 2-4 раза в год. У 83 больных с осложненной формой язвенной болезни осложнения выявлены на момент госпитализации и при комплексном обследовании в условиях клиники. Таким образом, отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения язвенной болезни должно натолкнуть врача на мысль о возможности осложненной формы язвы и своевременно передать больного хирургу.

Анализ особенностей клинического течения сочетанных заболеваний показал, что из 100 больных у 52(52,0%) имело место совпадение клинических проявлений язвенной, ЖКБ и панкреатита с инструментальным подтверждением о выраженном хроническом воспалительном процессе в поджелудочной железе и наличии желчнокаменной болезни у этих больных. У 50(96,2%) из них имели

место осложнения язвенной болезни в виде пенетрации, стеноза, кровотечения и их сочетания. Для сравнения у 48(48,0%) больных, у которых клинически хронический панкреатит не проявлялся, осложненная форма язвенной болезни в виде пенетрации, стеноза, кровотечения и их сочетания установлена у 34(70,8%) больных.

Таким образом, отсутствие эффекта от противоязвенной медикаментозной терапии у анализируемой группы больных объясняется наличием осложненной формы язвенной болезни, а также сочетанных заболеваний в виде желчнокаменной болезни и острого (обострения хронического) панкреатита. Клинически превалирование панкреатита отмечено в 37(37,0%), холецистито-панкреатита в 11, холецистита в 4 случаях.

Учитывая приведенные выше факты можно заключить, что отсутствие эффекта от проводимого медикаментозного противоязвенного лечения должно преследовать направление поисков врача на выявление:

1. Осложнений язвенной болезни и вовремя ставить вопрос о необходимости хирургического лечения; 2. Наличие сочетанных заболеваний в виде желчнокаменной болезни зачастую протекает бессимптомно, однако сводит на нет все усилия по медикаментозному лечению язвы, а также хронического панкреатита, обострение которого приводит к рецидиву язвенной болезни, развитию осложнений. Отсутствие комплексной терапии, включающей противоязвенную и противопанкреатическую в таком случае сводит усилия по излечению язвы медикаментозным способом на нет.

Исследование желудочной секреции

Показатели желудочной секреции изучены у 43(43,0%) из 100 больных с первичными хирургическими вмешательствами. При этом выявлены три группы больных:

1. Гипосекреция–10(23,26%) больных; 2. Нормосекреция–20(46,51%) больных;
3. Гиперсекреция–13(30,23%) больных.

1. Гипосекреция: показатели базальной продукции соляной кислоты (БАО) вариировали от 0,1 до 3,4(1,5±1,4) мэкв/час., стимулированной гистамином от 0 до 6,8(2,9±1,7) мэкв/час.
2. Нормосекреция: показатели БАО вариировали от 0,3 до 9,01 (4,6±2,2)мэкв/час, МАО от 6,0 до 20,6(12,1±3,2)мэкв/час.
3. Гиперсекреция: показатели БАО вариировали от 1,9 до 42,0(16,0±3,7)мэкв/час, МАО от 09, до 50,8(27,3±4,4)мэкв/час.

Таким образом, из 43 больных у 30(69,76%) выявлена гипо- и нормосекреция соляной кислоты.

Больные, перенесшие повторные хирургические вмешательства

Всего оперировано 117 больных. Возраст больных варьировал от 20 до 74 (44,9±4,5) лет. Большинство больных (112–95,7%) представлено возрастом от 20 до 59 лет. Мужчин было 113(96,6%), женщин–4(3,4%).

До 60 лет было 108(92,3%) больных. В плановом порядке госпитализированы 108(92,3%), в неотложном 9(7,7%) больных. Показанием к госпитализации в неотложном порядке были: ОЖКК различной степени тяжести у 8(6,8%), острый панкреатит у 1(0,8%) больного. Источником ОЖКК были: незажившая язва ДПК у 2, рецидивная язва ДПК у 5, «вторичная» язва желудка у 1, пептическая язва дуоденоюноанастомоза – у 1 больного. Больные, перенесшие повторные вмешательства представлены следующими группами (таблица 13).

Таблица 13 Больные, перенесшие повторные вмешательства на желудке.

Группы больных	Количество больных	
	N=117	%
1. Незажившая язва ДПК	31	26,5
2. Рецидивная язва ДПК	48	38,5
3. Стеноз в результате заживления и рубцевания язвы ДПК	10	8,5
4. Вторичная язва желудка	12	10,3
5. Пептическая язва анастомоза	19	16,2
ИТОГО	117	100

Примечание: 3 больных учтены в 4 и 5 группах.

При этом использовали термин «рецидивная» язва ДПК, принимая во внимание следующие критерии: 1. Время, прошедшее после операции – более 6 месяцев; 2. отсутствие клинических проявлений рецидива в течение этого периода времени; 3. эндоскопическое подтверждение отсутствия язвы в течение первых 6 месяцев после операции. Отсутствию одного из первых двух признаков давало основание считать язву не рецидивной, а незажившей.

Показанием к госпитализации в плановом порядке были неэффективность консервативной терапии у всех 117 больных, с развитием различных осложнений у 102(87,2%) больных в виде пенетрации гастродуоденальных и пептических язв анастомозов, стеноза, кровотечения различной степени тяжести. Данные о частоте и характере осложнений у больных, перенесших повторные вмешательства на желудке, представлены в таблице 14. Сочетанные заболевания в виде хронического калькулезного холецистита выявлены у 4(3,4%) больных (с незажившей язвой ДПК–1, пептической язвой гастроэнтероанастомоза–1, вторичной язвой желудка–1), хронического панкреатита у всех 117(100,0%) больных.

Таблица 14 Характер и частота осложнений у больных, перенесших повторные вмешательства на желудке.

Группа больных	Всего больных	Из них с осложнениями		Осложнения							
		n=102	%	пенетр.	стеноз	пенетр.+стеноз	пенетр.+ стеноз+ ЖКК	изол. ЖКК в анамн.	изол. ОЖКК	ДОС	ЖОС
Незажившая язва ДПК	31	22	70,97	12	1	2	3	2	1	1	-
Рецидивная язва ДПК	48*	43	89,56	26	5	9	1	1	-	1	-
Стеноз в р-те заживления и рубцевания язвы ДПК	10	10	100	-	10	-	-	-	-	-	-
Вторичная язва желудка	12	10	83,33	1	4	3	-	-	1	-	1
Пептическая язва анастомоза	19	17	89,47	9	2	1	-	2	1	-	2
ИТОГО	117	102	87,18	48	22	15	4	5	3	2	3

Примечание: 3 больных учтены в группах 4 (2) и 5 (1); Сокращения: ЖОС – желудочно-ободочный свищ; ДОС–дуодено-ободочный свищ; ДПК–двенадцатиперстная кишка; ЖКК–желудочно-кишечное кровотечение; ОЖКК–острое желудочно-кишечное кровотечение.

Таким образом, группа больных с основным диагнозом язвенная болезнь и ее осложнения представлена 217 больными. Все больные оперированы. Данная группа разделена на 2 категории больных:

Больные, перенесшие первичные хирургические вмешательства (n=100-46,1%).

больные, перенесшие повторные и реконструктивные вмешательства (n=117-53,5%). Возраст варьировал от 20 до 76 ($44,1 \pm 2,7$) лет. Мужчин было 192(88,5%), женщин 25(11,5%). До 60 лет (больные трудоспособного возраста) было 198 (91,2%) больных. В плановом порядке госпитализированы 194(89,4%), в ургентном 23(10,6%) больных. Показанием к госпитализации в ургентном

порядке были: ОЖКК различной степени тяжести (n=22). Среди больных с первичными вмешательствами больных, госпитализированных в неотложном порядке было несколько больше (n=14-14,0%), по сравнению с больными, перенесшими повторные операции (n=9-7,7%). По локализации язвенной болезни больные распределились следующим образом: язвенная болезнь ДПК у 175(87,9%) больных. Из них у 5(2,8%) больных язва ДПК сочеталась с вторичной язвой желудка (n=4) и пептической язвой ГЭА (n=1). Язвенная болезнь желудка была у 24(12,1%) больных. Из них у 22 язва желудка была вторичной, у 2 сочеталась с рецидивной язвой ДПК. Из 217 больных осложненная форма язвенной болезни установлена у 185(85,3%) больных. Характер осложнений был следующим: изолированная пенетрация язв ДПК, желудка, пептических язв ГЭА выявлена у 86(39,6%), стеноз выходного отдела желудка различной степени у 38(17,5%) больных. Комбинация пенетрации и стеноза установлена у 27(12,4%), пенетрации, стеноза, ЖКК у 16(7,4%) больных. Изолированное кровотечение в анамнезе было у 9(4,2%), острое у 74(1,8%) больных. ДОС диагностирован у 2(0,9%), ЖОС у 3(1,4%) больных. Частота развития осложнений у больных с первичными и повторными вмешательствами была приблизительно одинакова (83,0% и 87,2% - соответственно). Таким образом, наиболее часто встречаемые осложнения представлены в трех видах:

1. Пенетрация – 129(59,4%) больных.
2. Стеноз различной степени (компенсированный (n=4), субкомпенсированный (n=64), декомпенсированный (n=13) – 81(37,3%) больной.
3. Кровотечение – 62(28,6%) больных. Острое желудочно-кишечное кровотечение различной степени тяжести было у 21(9,7%), кровотечение в анамнезе у 41(18,9%) больного. Повторные кровотечения в анамнезе были у 18(8,3%) больных (от 2 до 4 раз). У одного из больных с рецидивной язвой ДПК кровотечение повторялось 10 раз.

Пенетрация вышеперечисленных язв наблюдалась в различные органы и ткани: поджелудочную железу, печеночно-двенадцатиперстную связку, печень,

аорту, ПОК, брыжейки тонкой и толстой кишок, переднюю брюшную стенку в различной их комбинации.

Характерно взаимоотношение таких осложнений, как пенетрация и кровотечение. Комбинация этих осложнений отмечена у 40(18,4%) больных. Пенетрация в поджелудочную железу (головка–30, тело–1) было у 31 больного (из них у 6 в сочетании с пенетрацией в печеночно-двенадцатиперстную связку), в печеночно-двенадцатиперстную связку – у 9 больных. Сочетанный хронический панкреатит с обострением клинически с инструментальным его подтверждением выявлен у 24(60,0%) из 40 больных. Следовательно, пенетрация гастродуоденальных язв в поджелудочную железу в 60,0% случаев сопровождается кровотечением различной степени тяжести. Совпадение клинических проявлений сочетанных заболеваний с инструментальным их подтверждением отмечено у 127(58,5%) больных. Осложненная форма язвенной болезни выявлена у 116(91,3%) из них. Показатели желудочной секреции изучены у 105(48,4%) больных. При этом установлены следующие данные.

1. Гипосекреция установлена у 54(51,4%) больных. БАО варьировало от 0 до 5,6(1,9±4,9) мэкв/час. Максимально стимулированная гистамином (МАО)–от 0 до 10,4(4,5±4,7) мэкв/час.
2. Нормосекреция установлена у 28(26,7%) больных. БАО варьировала от 0,3 до 9,1(4,9±4,3) мэкв/час, МАО–от 0,5 до 20,6(17,2±4,1) мэкв/час.
3. Гиперсекреция установлена у 23(21,9%) больных. БАО варьировало от 1,9 до 55,7(20,5±4,0) мэкв/час, МАО от 0,9 до 50,0(26,8±3,8) мэкв/час.

Была выявлена т. н. парадоксальная или извращенная секреция, которая выражалась в двух вариантах:

1. Показатели базальной продукции соляной кислоты (БАО) были выше максимально стимулированной гистамином (МАО).
2. Показатели базальной продукции соляной кислоты (БАО) были равны максимально стимулированной (МАО).

У больных с первичными вмешательствами таких больных было 4(9,3%) из 43, у больных с повторными вмешательствами – 21(33,9 %) из 62.

При этом равные показатели БАО и МАО были только у больных с гипосекрецией ($n=6$).

БАО: от 0,5 до 2,8($0,9\pm 1,9$) мэкв/час. МАО—от 0,5 до 2,8($1,1\pm 3,1$)мэкв/час. Второй вид парадоксальной секреции (у больных с гипосекрецией ($n=6$)) представлен цифрами: БАО—от 0,5 до 3,6($1,9\pm 2,2$) мэкв/час. МАО—от 0,1 до 3,5 ($1,4\pm 3,1$) мэкв/час.

У больных с нормосекрецией ($n=5$) БАО—от 3,8 до 6,0 ($4,5\pm 3,2$) мэкв/час, МАО – от 0,5 до 5,0($2,3\pm 3,3$) мэкв/час.

У больных с гиперсекрецией ($n=3$) БАО—от 12,2 до 55,7($27,8\pm 4,3$) мэк в/час, МАО—от 3,0 до 46,3($19,3\pm 5,7$) мэк в/час.

2.13.2. Характеристика больных с основным заболеванием желчнокаменная болезнь и ее осложнения

Всего оперировано 177 больных. Мужчин было 83(46,9%), женщин 94(53,1%). Возраст больных варьировал от 27 до 82($50,4\pm 3,4$) лет. Большинство больных были в возрасте от 50 до 69 ($113\pm 3,6$ –63,8%) лет.

До 60 лет было 78(44,1 %) больных, старше 60 лет 99(55,9%) больных: лиц пожилого возраста—65(36,7%), старческого—34(19,2%) ($n=99$ -55,9%). В плановом порядке госпитализированы 53(29,9%), в неотложном 124(70,1%) больных. Длительность анамнеза по основному заболеванию у 89 больного составила от 1 месяца до 30($5,3\pm 3,8$) лет. У 88 (49,7%) больных отмечено атипичное течение как основного, так и сочетанного заболеваний в различной их комбинации, что в ряде случаев впоследствии привело к диагностическим ошибкам и развитию осложнений в раннем послеоперационном порядке. Атипичное («немое») течение основного заболевания отмечено у 57(64,8%), сочетанной язвенной болезни у 39(44,3%) больных. Отсутствие классических клинических проявлений как основного, так и сочетанного заболеваний отмечено у 18(20,5%) больных. Диагноз этой группы больных ($n=88$) был установлен при госпитализации в клинику.

Процентное соотношение длительности анамнеза по основному заболеванию у больных с клиническими проявлениями желчекаменной болезни представлено следующим образом: 1 мес.-1г.-30(38,5%); 1-2 г.-8(10,3%); 2,1-5 лет-10(12,8%); 5,1-10 лет-21(26,9%); 10,1-30 лет-9(11,5%) больных. Как видно из представленной градации наибольшее число больных приходится на длительность анамнеза по основному заболеванию от 1 месяца до 1 года и от 5 до 10 лет (51 больной), что составляет 65,4% от всех оперированных больных.

У больных, госпитализированных по неотложным показаниям (124-70,1%) давность заболевания на момент госпитализации составила от 3,5 часов до 6 ($43,4 \pm 3,4$ час.) суток.

Показанием к госпитализации были: хронический калькулезный холецистит у 53(29,9%), острый калькулезный холецистит у 69(39,0%) больных, в том числе деструктивный холецистит имел место у 40(58,0%) больных: флегмонозный у 25, гангренозный у 15 больных. Из 40 больных с деструктивным холециститом у 17(42,5%) больных констатирован перитонит (местный-14, диффузный-1, разлитой-2).

По поводу ЖКБ, осложненной механической желтухой оперированы 55(31,1%) больных. У 20 из них имел место хронический калькулезный холецистит, у 15 острый, (в т.ч. деструктивный у 14 больных: флегмонозный у 10, гангренозный у 4). Холецистэктомия в анамнезе по поводу острого калькулезного холецистита перенесли 7 больных. Перитонит из 14 больных с деструктивным холециститом и механической желтухой был у 3 больных (местный-2, разлитой-1). Из 55 больных механическая желтуха холедохолитиазом была обусловлена у 38, другими причинами у 4 больных: дивертикулом двенадцатиперстной кишки, дивертикулитом-1, стенозирующим папиллитом II-III степени-1, обострением хронического индуративного панкреатита у 14, околопузырным абсцессом, пузырно-двенадцатиперстной фистулой-1. Холангит наблюдали у 15(27,3%) больных с механической желтухой.

Таким образом, осложнения основного заболевания в виде деструктивного калькулезного холецистита (n=40), холедохолитиаза (n=41), механической

желтухи (n=55), гнойного холангита (n=15), перитонита (n=20) в различной их комбинации имели место у 109(61,6%) из 177 больных.

В клинических проявлениях у больных данной категории при госпитализации (153-86,4%) доминировали симптомы, характерные для поражения билиарной системы: постоянные (n=86), приступообразные (n=12) боли в правом подреберье, эпигастрии (n=68), с иррадиацией в правую лопатку (n=23), область сердца (n=14), правое плечо (n=3). Из других симптомов отмечены: тошнота (n=72), горечь во рту (n=104), сухость во рту (n=43), рвота (n=39), повышение температуры тела, сопровождающейся ознобом (n=44), общая слабость (n=12).

У больных с признаками обострения вторичного (билиарного) панкреатита к вышеперечисленным синдромам присоединялась частая рвота, опоясывающие боли, их иррадиация в спину, поясничную область, либо превалирование их локализации в эпигастральной области. Только у 5(2,8%) больных наряду с симптоматикой, характерной для желчекаменной болезни отмечены классические симптомы язвенной болезни: периодичность болей, сезонный характер, связь с приемом пищи, а так же наличие голодных, «ночных» болей.

Таким образом, симптоматика, характерная для поражения билиарной системы отмечена у подавляющего числа больных с желчекаменной болезнью и ее осложнениями (у 153(86,4%) из 177), не смотря на то, что активная фаза язвенного процесса со стороны сочетанной язвенной болезни отмечена у 58(32,8%) больных. Все эти больные были госпитализированы в ургентном порядке в клинику. Симптоматика, характерная для поражения билиарного тракта при сочетании желчекаменной с язвенной болезнью превалировала, что клинически проявилось атипичностью течения указанного сочетания заболеваний, и привело в ряде случаев к диагностическим ошибкам и развитию осложнений в раннем послеоперационном порядке со стороны атипично протекающей сочетанной язвенной болезни.

Мы изучили частоту и процентное соотношение первичности клинических проявлений и диагностируемое заболевание в клиническом течении сочетанной

патологии. В результате проведенных исследований было установлено, что у больных с основным диагнозом желчекаменная болезнь и ее осложнения при ее сочетании с язвенной болезнью начало клинических проявлений, равно, как установленный диагноз язвенной болезни отмечено у 48(41,0%), симптомов желчекаменной болезни у 6(5,1%) больных. Сочетание клинических проявлений и установленный диагноз одновременно желчекаменной и язвенной болезни отмечено у 10 (8,5%) больных. Лечение по поводу язвенной болезни получали 39 больных: в стационаре—36, амбулаторно—3 больных. У 10 больных оно было эффективным, 24—неэффективным, у 4 давало временный, нестойкий эффект.

Учитывая высокую частоту атипичного течения сочетанных заболеваний у больных с основным диагнозом желчекаменная болезнь и ее осложнения (88—49,7%) наше внимание было обращено к изучению частоты и характера осложнений у больных этой группы и их сравнение с таковыми у больных с клиническими проявлениями сочетанных заболеваний в анамнезе. При сравнении частоты и характера осложнений со стороны основного и сочетанного заболеваний в группах больных с атипичным клиническим течением и с проявлением желчекаменной и язвенной симптоматики выяснено (таблица 15), что частота осложнений со стороны основного заболевания на момент операции у больных с атипичным течением была значительно выше.

Таблица 15 Характер и частота осложнений у больных для ретроспективного анализа с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны

Вид клинического течения сочетанных заболеваний органов ГПДЗ	Характер осложнений						
	ВСЕГО		Со стороны основного заболевания		Со стороны сочетанного заболевания		
	абс.	%	абс.	%	в анамнезе	на операции	в п/о периоде
-не соответствующее классическим проявлениям течение сочетанных заболеваний органов ГПДЗ	88	49,7	57	64,8	22	7	8
-течение сочетанных заболеваний с клиническими проявлениями	89	50,3	34	38,2	26	-	4
Итого:	177	100	91	100	48	7	12

Большинство больных при атипичном течении сочетанных заболеваний (n=38) представлено возрастом от 50 до 69 лет.

Осложненная форма основного заболевания при атипичном течении в виде острого деструктивного калькулезного холецистита (гангренозного, флегмонозного (n=32), холедохолитиаза, механической желтухи (n=28), перитонита (n=12), гнойного холангита (n=15) в различной их комбинации имели место у 57(64,8%) больных, что значительно превышает таковые показатели у больных с клиническими проявлениями заболеваний (у 34-38,2%). Со стороны сочетанной язвенной болезни осложнения в анамнезе развивались приблизительно с одинаковой частотой (у 22 при атипичном течении, у 26 с клиническими проявлениями) (перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрация, стеноз, кровотечение). Однако при атипичном течении в 7 случаях осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (пенетрация язв в соседние органы и ткани (n=4), стеноз двенадцатиперстной кишки (n=1), наличие пузырно-двенадцатиперстной фистулы (n=2) установлены только на операции, что явилось находкой и послужило поводом к изменению объема и характер оперативного вмешательства, в двух случаях послужило причиной конверсии ЛХЭ. Если учесть осложнения, выявленные на момент операции со стороны сочетанной язвенной болезни, то острый деструктивный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, перитонит, гнойный холангит, пенетрация язв в соседние органы и ткани, стеноз выходного отдела желудка язвенного генеза у больных с атипичным течением сочетанных заболеваний выявлен у 65(73,9%) больных.

Сочетанные заболевания были представлены язвенной болезнью и вторичным (билиарным) панкреатитом.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как сочетанное заболевание у больных с желчнокаменной болезнью

Язвенная болезнь, как сочетанное заболевание имела место у всех 177(100,0%) больных. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностирована у 131(74,0%), язвенная болезнь желудка у 14(7,9%), язвенная болезнь ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка у 5(2,8%) больных.

Язвенная болезнь ДПК в стадии обострения была у 44(33,6%), в стадии ремиссии у 84(66,4%) больных. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения была у 7(50,0%), в стадии ремиссии у 7(50,0%) больных. Язвенная болезнь ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка в стадии обострения была у 3, в стадии ремиссии у 2 больных.

33(18,6%) больных в прошлом перенесли различные операции по поводу осложнений язвенной болезни: резекцию желудка–27(81,8%) (у 4 из них радикальной операции предшествовало ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки, у 1 СПВ); ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки – 4 (у 1 из них - активная фаза язвы); иссечение прободной язвы двенадцатиперстной кишки, пилоропластику, стволовую ваготомию – 1 (у 1 из них активная форма язвы); СПВ с гастродуоденостомией по Джабулею–1 больной.

Характер осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, по поводу которых выполнены операции в анамнезе были различными: перфорация, стеноз, пенетрация, кровотечение и их сочетание.

Таким образом если учесть активную фазу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных, перенесших в анамнезе операции, то активная фаза язвы двенадцатиперстной кишки на момент госпитализации выявлена у 56(31,6%) больных: язвы ДПК у 44(78,6%), язвы желудка у 7(12,5%), язвы ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка у 3(5,4%), пептической язвы анастомоза у 2(3,6%) больных.

Если учесть осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в анамнезе (в связи с которыми 33(18,6%) больных перенесли различные операции), больных, у которых осложнения (ОЖКК-21, перфорация язвы ДПК-1) развилось в ближайшем послеоперационном послеоперационном периоде (n=19), на момент госпитализации (n=2) и в отдаленном послеоперационном периоде, то осложненная форма сочетанной язвенной болезни в виде стеноза, пенетрации, перфорации, кровотечения и их комбинации у больных с основным заболеванием ЖКБ имела место у 55(31,1%) больных. Данный факт свидетельствует об

агрессивном течении язвенной болезни в условиях ее сочетания с ЖКБ и ее осложнениями.

Вторичный билиарный панкреатит как сочетанное заболевание у больных с желчнокаменной болезнью

Сочетанное заболевание в виде вторичного билиарного панкреатита по данным УЗИ выявлено у 177(100,0%) больных. Обострение вторичного билиарного панкреатита клинически, по данным лабораторных, инструментальных методов исследований, а также выявленным интраоперационным находкам установлено у 88(49,7%) больных из 177 с основным заболеванием ЖКБ и ее осложнения. Мужчин в этой группе было 43(48,9%), женщин 45(51,1%). Клинические проявления обострения хронического панкреатита в сочетании с признаками основного заболевания были у 42(47,7%), лабораторное подтверждение обострение было у 27(30,7%) больных. По данным УЗИ обострение хронического панкреатита выявлено у 86(97,7%) больных. Во время операции признаки обострения хронического панкреатита подтверждены у всех больных (увеличение, уплотнение поджелудочной железы).

При госпитализации в клинику у 84(95,5%) больных основной диагноз трактовался как острый панкреатит, у 3(3,4%) как холецистопанкреатит, у 1(1,1%) как прободная язва ДПК. Пять из них в прошлом неоднократно лечились в стационаре по поводу холецистопанкреатита.

Длительность желчнокаменного анамнеза у больных анализируемой группы варьировал от 1 до 20($5,3 \pm 1,2$) лет, язвенного анамнеза – от 1 до 38($13,9 \pm 2,0$) лет. Основное заболевание было представлено хроническим калькулезным холециститом у 11(12,0%) , острым калькулезным холециститом - у 32(36,4%) (в т. ч. деструктивным с осложнениями у 17), механической желтухой у 45(51,1%) больных.

Характерно взаимоотношение вторичного панкреатита с язвенной болезнью у больных этой группы. Из 88 больных язвенная болезнь ДПК имела место у 64 (в активной фазе у 29), язвенная болезнь желудка у 7 (в активной фазе у 5). 17 больных в прошлом перенесли резекцию желудка по поводу различных

осложнений язвенной болезни. Таким образом, активная фаза язвенной болезни на фоне обострения вторичного панкреатита имела место у 34(38,6%) больных. Характерным является тот факт, что из 14 больных с острым желудочно-кишечным кровотечением, развившемся со стороны сочетанной язвенной болезни, у 9(64,3%) из них оно возникло на фоне обострения вторичного панкреатита.

Характерной особенностью клинического течения вторичного (билиарного) панкреатита является то, что он приводит к обострению сочетанной язвенной болезни в 38 из 71(59,5%) случаях и развитию осложнений в виде острого ЖКК язвенного генеза в 15(39,5%) из 38 случаев (у 11 больных ОЖКК развилось в ближайшем послеоперационном периоде в сроки от 1 до 8($3,5 \pm 1,1$) суток после операции, у 4 непосредственно перед госпитализацией). Такое агрессивное течение сочетанной язвенной болезни, продуцируемое обострением билиарного панкреатита у больных анализируемой группы наблюдается при анамнезе ЖКБ в среднем $5,3 \pm 1,2$ и наличии язвенного анамнеза, как сочетанного заболевания $13,9 \pm 2,0$ лет.

Обострение вторичного (билиарного) панкреатита имеет место в 49,7% случаев при осложненном течении ЖКБ. Так осложнения со стороны основного заболевания (ЖКБ) в виде деструктивного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи, перитонита, гнойного холангита в различной комбинации имели место у 71(80,7%) из 88 больных.

Таким образом, из 177 больных с основным диагнозом ЖКБ 78(44,1%) больных представлено возрастом до 60, 99(55,9%) свыше 60 лет. Наибольшее количество больных (113-64,5%) представлено возрастом от 50 до 69 лет. Длительность анамнеза по основному заболеванию составила $5,3 \pm 1,2$ года. Осложненная форма основного заболевания в виде острого деструктивного холецистита, перитонита, холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита в различной их комбинации имели место у 109(61,6%) из 177 больных.

Симптоматика сочетанной язвенной болезни в сочетании с признаками заболевания билиарного тракта отмечена лишь у 4(3,4%) больных, не смотря на то, что активная фаза язвенной болезни установлена у 56(31,6%) больных.

У 88 (49,7%) больных отмечено атипичное течение основного заболевания (57-64,8%) и сочетанной язвенной болезни (39-44,3%). Атипичность клинического течения язвенной болезни («немая» язва), невозможность обследовать больного в полном объеме из-за неотложных показаний к экстренной операции привели к ряду диагностических ошибок и развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде. Острое ЖКК язвенного генеза в сроки от 1 до 8 ($3,5 \pm 1,1$) суток после операции развилось у 21 (11,9%) больных. У 1(0,6%) больной через 3 месяца после операции по поводу ЖКБ, осложненной механической желтухой развилась перфорация недиагностированной язвы ДПК. Осложнения в виде пенетрации язв в соседние органы и ткани ($n=7$), стеноза выходного отдела желудка ($n=1$) при атипичном течении язвенной болезни были выявлены на операции, что послужило поводом к изменению объема и характера оперативного вмешательства.

Осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в анамнезе в виде перфорации, пенетрации, стеноза и кровотечения и их комбинации имели место у 33(18,6%) больных, в связи с чем все они были оперированы. 6 больных перенесли по 2 операции по поводу осложненной формы язвенной болезни.

Вторичный билиарный панкреатит в стадии обострения диагностирован у 88(49,7%) из 177 больных, что было подтверждено клиническими проявлениями, лабораторными исследованиями, интраоперационными находками. Из 88 больных с обострением вторичного панкреатита сочетанная язвенная болезнь была у 71(66,7%) больных, 17 больных в прошлом перенесли различные операции по поводу осложнений язвенной болезни. У 36(59,5%) больных язвенная болезнь была в активной фазе. Данный факт свидетельствует о том, что обострение билиарного панкреатита приводит к обострению язвенной болезни с развитием осложнений с ее стороны в виде ОЖКК у 15(39,5%) из 38 больных.

Эти данные подтверждают существование «феномена» взаимного отягощения клинического течения сочетанных заболеваний органов ГПДС.

Характерной особенностью клинического течения обострения сочетанного билиарного панкреатита является то, что он приводит к обострению сочетанной язвенной болезни в 59,5%(у 38 из 71) случаев и развитию осложнений в виде ОЖКК в 39,5%(у 15 из 38) случаев. Подобное агрессивное течение сочетанной язвенной болезни продуцируемое обострением сочетанного билиарного панкреатита у больных с основным диагнозом ЖКБ наблюдается при течении ЖКБ в течение $5,3 \pm 1,2$ лет и наличии язвенного анамнеза длительностью $13,9 \pm 2,0$ лет.

Таким образом, атипичное клиническое течение у больных с желчекаменной, сочетанной с язвенной болезнью, вторичным панкреатитом и их осложнениями отмечается в 49,7% случаев (88 больных). Осложнения со стороны основного и сочетанного заболеваний у больных этой группы развиваются в 81,8% случаев (72 больных).

Анализ случаев атипичного течения желчекаменной, сочетанной с язвенной болезнью, вторичным панкреатитом и их осложнениями свидетельствует о том, что у больных с желчекаменной болезнью необходимо обследовать желудок и двенадцатиперстную кишку независимо от наличия или отсутствия клинических признаков язвенной болезни. Использование комплексного обследования больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы (в частности желчекаменной сочетанной с язвенной болезнью) позволит своевременно диагностировать сочетание последних на ранних стадиях, до развития осложнений. Это в свою очередь позволит более широко использовать миниинвазивные методы хирургического лечения (лапароскопическая холецистэктомия, круроррафия, фундопликация, ваготомия) больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы, уменьшить количество послеоперационных осложнений и таким образом улучшить качество оказания квалифицированной хирургической помощи данной категории больных.

2.13.3. Характеристика больных с основным заболеванием острый (обострение хронического) панкреатит и его осложнения

Группа больных с преимущественным поражением поджелудочной железы (острый, обострение хронического, хронический панкреатит) представлена 91 больным. Мужчин было 61(67,3%), женщин-30(32,97%). Консервативное лечение проведено 82(90,1%) больным, 9(9,9%) больных оперированы. Возраст больных варьировал от 24 до 83 ($47,8 \pm 3,3$) лет. Возрастно-половые особенности указанной группы больных представлены в таблице 16.

Таблица 16 Данные о возрастно-половых особенностях больных с основным диагнозом острый (обострение хронического) панкреатит

Возраст	ВСЕГО		Мужчины		Женщины	
	n=91	%	n=61	%	n=30	%
20 – 29	8	8,79	6	6,59	2	2,2
30 – 39	19	20,88	13	14,29	6	6,59
40 – 49	30	32,97	25	27,47	5	5,49
50 – 59	15	16,48	7	7,69	8	8,79
60 – 69	10	10,99	7	7,69	3	3,3
70 – 79	8	8,79	3	3,3	5	5,49
80 –	1	1,1	-	-	1	1,1
ВСЕГО	91	100	61	67,03	30	32,97

Как видно из приведенной таблицы большинство больных представлено возрастом от 30 до 69(74–81,3%) лет. До 60 лет было 72 (79,1%) больных. Преобладали больные мужского пола (61–67,0%).

В ургентном порядке госпитализированы 67(73,63%), в плановом–24(26,4%) больных. Острый панкреатит с различными его осложнениями имел место у 39(42,9%), обострение хронического у 28(30,8%), хронический у 24 (26,4%) больных. Давность заболевания на момент поступления в клинику у больных, госпитализированных в неотложном порядке, варьировала от 1 часа до 14($47,3 \pm 3,3$ час.) суток. Давность основного заболевания у больных с обострением хронического панкреатита варьировала от 1 до 23 ($6,09 \pm 1,5$) лет. Структура основного заболевания у больных данной группы представлена в таблице 17.

Таблица 17 Структура основного заболевания : острый (обострение хронического), хронический панкреатит

Пол	Острый панкреатит					Обострение хронического панкреатита					Хронический панкреатит		Всего	
	Всего		отеж. форма	гемор. панкреатит	панкреонекроз	Всего		хр. индуратив. панкреатит	+ киста	обостр. хронич.	абс	%	абс	%
	абс	%				абс	%							
М.	29	47,54	23	4	2	23	37,7	3	3	17	9	37,5	61	67,03
Ж.	10	33,33	10	-	-	5	16,67	1	-	4	15	62,5	30	32,97
Итого	39	42,86	33	4	2	28	30,77	4	3	21	24	26,37	91	100

Как видно из приведенной таблицы для больных мужского пола характерно преобладание случаев острого (29–47,5%) в том числе деструктивного панкреатита. В случаях хронического панкреатита 15(62,5%) составляют женщины, мужчины–37,5%. Обострение хронического панкреатита больше встретилось у мужчин – 23(37,7%), чем у женщин(5-16,7%). Таким образом, острый панкреатит имел место у 39(42,9%) больных: отечная форма острого панкреатита – у 33 (36,3%) больных, острый геморрагический панкреатит у 4(4,4%) больных. Последний сопровождался ферментативным перитонитом у всех 4 больных. Панкреонекроз имел место у 2(2,2%) больных, сочетался с острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом, механической желтухой, гнойным холангитом у 1, ферментативным перитонитом у 1 больного. Обострение хронического панкреатита было у 28(30,8%) больных: индуративного панкреатита у 4(4,4%), у двух из них осложненный механической желтухой. Обострение хронического панкреатита в сочетании с кистой поджелудочной железы имело место у 3(3,3%) больных (у 2 псевдокиста поджелудочной железы), у 1 из них в сочетании с псевдотуморозным панкреатитом, осложненным механической желтухой, у 1 – посттравматическая киста поджелудочной железы.

Обострение хронического панкреатита отмечено у 21(23,1%) больного (у 1 из них имел место геморрагический панкреатит, осложненный ферментативным перитонитом). Хронический панкреатит вне стадии обострения был у 24(26,4%) больных.

Осложнения со стороны основного заболевания выявлены у 21(23,1%) больного, ферментативный перитонит у 8, механическая желтуха у 10 (хронический индуративный панкреатит (n=2) , отек поджелудочной железы (n=7), острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, гнойный холангит (n=1); киста поджелудочной железы у 3 больных.

Сочетанные заболевания были представлены следующими нозологическими единицами: 1. Язвенная болезнь–91; 2. Желчнокаменная болезнь–7; 3. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы–5 (у 2-х больных в сочетании с пептическим рефлюкс-эзофагитом); 4. Послеоперационная вентральная грыжа–1 больной.

Клиническая картина основного заболевания у больных с острым (обострением хронического) панкреатитом

В клинической картине ведущим симптомом как у больных с острым (обострение хронического), так и с хроническим панкреатитом была боль. Она выявлена у всех 91(100,0%) больного. Отличие этого ведущего симптома в зависимости от фазы воспалительного процесса состояло в том, что у больных с острым (обострение хронического) боль была выраженной и доминировала в клинической картине. Особенно выраженной она была у 4 больных (геморрагический панкреатит – 3, отечный – 1), она характеризовалась резким, внезапным началом, что в сочетании с «доскообразным» напряжением передней брюшной стенки не могло исключить возможности перфорации гастродуоденальной язвы. Всем 4 больным выполнена лапаротомия после проведения кратковременной (на основе комплексной противоязвенной,

противопанкреатической) терапии. На операции у 3 больных выявлен острый геморрагический, у 1 – отечный панкреатит.

У больных с хроническим панкреатитом клинически выраженная боль была только у 1(4,2%) больного, у остальных 23(95,8%) больных она была тупой, умеренно выраженной, периодической. Наиболее частая локализация боли отмечена в эпигастральной области (29–43,3%), эпигастрии, правом подреберье (16–23,9%), верхней части живота (10–14,9%). Указанные локализации отмечены у 55(82,1%) больных. Возникновение болей у 13(19,4%) больных было связано с приемом острой, жирной пищи, у 4 (6,0%) с употреблением алкоголя.

В отличие от постоянного характера болей при остром (обострении хронического) панкреатита у больных с хроническим панкреатитом постоянная боль отмечена только у 6(25,0%) больных. Приступообразной она была у 3 (12,5%), периодической у 15(62,5%) больных. Связь возникновения болей с приемом жирной пищи отмечена у 4(16,6%) больных. Боли, характерные для язвенной болезни (усиливающиеся после еды, ночные, голодные боли) отмечены у 5(20,9%) больных. Периодически возникающая тошнота и рвота выявлены у 6(25,0%) больных. Характерным признаком для больных, как с острым, так и с хроническим панкреатитом были потеря аппетита и снижение массы тела от 2 до 10(5,4±3,8) кг. Этот признак отмечен у 10(11,0%) больных.

Таким образом, боли, характерные для язвенной болезни из 91 больного отмечены лишь у 5(5,5%) больных (у 4 с язвой двенадцатиперстной кишки, у 1 – язвой желудка). При этом язва желудка была в активной фазе (n=1), язва двенадцатиперстной кишки (n=4) находилась в стадии ремиссии. Из других симптомов отмечены: тошнота (n=14–42,4%), сухость во рту (n=11–33,3%), общая слабость (n=8–24,2%), изжоги (n=3), горечь во рту (n=2), желтуха (n=3), повышение температуры тела до субфебрильных цифр (n=4), периодическое вздутие живота (n=2), озноб (n=1). Несмотря на то, что из 91 больного язвенная болезнь у 19(20,9%) находилась в активной фазе (двенадцатиперстная кишка – 15, желудка – 4), клинические проявления язвенной болезни в виде болевого синдрома отмечены лишь у 5(26,3%) больных. Таким образом, клиника

панкреатита, будь-то острого, обострения хронического или хронического доминировала и подавляла клинические проявления язвенной болезни.

Одной из характерных особенностей клинического течения осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни явилось то, что острое желудочно-кишечное кровотечение язвенного происхождения у 7 больных развилось на фоне активной фазы язвенного процесса, однако при полном доминировании клиники острого и обострения хронического панкреатита. Клинических признаков обострения язвенной болезни, которое, как правило, предшествует развитию осложнений при классическом течении язвенной болезни, не было.

Особенности клинического течения сочетанной язвенной болезни в условиях острого (обострения хронического) панкреатита

В зависимости от активности воспалительного процесса в поджелудочной железе различным образом ведет себя и сочетанная язвенная болезнь. Острый процесс (обострение хронического) влечет за собой обострение язвенной болезни. В некоторых случаях со стороны язвенной болезни на фоне активной его фазы развиваются осложнения. Так из 67 больных с острым (обострение хронического) панкреатитом язвенная болезнь в активной фазе была у 19(28,3%) больных. Из 19 больных с активной фазой осложнения в виде желудочно-кишечного кровотечения язвенного происхождения развилось у 5 (26,3%) из 19 больных. В то время, как из 24 больных с хроническим панкреатитом у всех больных сочетанная язвенная болезнь находилась в стадии ремиссии.

Таким образом, обострение хронического воспалительного процесса в поджелудочной железе, либо острая его фаза приводит к обострению сочетанной язвенной болезни в 28,3% случаев и развитию острого кровотечения язвенного происхождения в 26,3% случаев в этой группе больных. Мы назвали этот процесс «феноменом взаимного отягощения» клинического течения сочетанных заболеваний. Консервативная терапия, проводимая у этой категории больных по поводу обострения язвенной болезни была неэффективной во всех случаях,

несмотря на использование новейших, высокоэффективных схем противоязвенного лечения. После того, как в клинике было диагностировано основное заболевание в виде острого, либо обострения хронического панкреатита и назначена комплексная терапия – купирование его признаков сразу же отразилось на эффективности противоязвенной медикаментозной терапии. Данный факт объясняется тем, что усилия интернистов были направлены на лечение сочетанного, а не основного заболевания, и положительная динамика в заживлении язвенного дефекта (подтвержденная данными ФГДС) в ходе проведения комплексной терапии при коррекции в первую очередь основного заболевания (обострения хронического панкреатита) подтверждает правильность высказанного положения. Консервативная же терапия, проводимая по поводу язвенной болезни, иногда на протяжении многих лет признана неэффективной, либо приносящей временный нестойкий эффект. Так из 52 больных с хроническим и обострением хронического панкреатита у 20(38,5%) больных указанная терапия была неэффективной, и это несмотря на то, что у всех больных этой группы при госпитализации язвенная болезнь по данным ФГДС была в стадии ремиссии. Таким образом, вся полнота клинических проявлений заболевания проходила при полном доминировании хронического и обострения хронического панкреатита.

Особенности клинического течения сочетанной желчнокаменной болезни в условиях острого (обострения хронического) панкреатита

Желчнокаменная болезнь как сочетанное заболевание в виде хронического калькулезного холецистита на момент госпитализации имела место у 7(7,7%) больных. 15(16,5%) больных в анамнезе, в сроки от 3 месяцев до 23 ($4,6 \pm 1,1$) лет до госпитализации перенесли операции на желчных путях: холецистэктомия 14 (одна из них лапароскопическим способом), 1 – холецистостомия, холедоходуоденоанастомоз по поводу механической желтухи, гепатикоеюноанастомоз с транспеченочным дренированием по Прадери-Смиту

(1). Из 7 больных с желчекаменной болезнью 2 были оперированы в связи с панкреонекрозом. Наряду с вмешательством по поводу основного заболевания (некрэктомия, абдоминализация поджелудочной железы, марсупиализация поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости) выполнены: холедохотомия, холедохолитотомия, холедохостомия по Вишневскому (n=1), холецистолитотомия, холецистостомия (n=1). Из 7 больных с ЖКБ основное заболевание у 5 было в острой стадии (острый отечный панкреатит – 3, панкреонекроз – 2), у 2 больных в стадии обострения хронического панкреатита. Язвенная болезнь была в активной фазе у 1, в стадии ремиссии – у 4 больных (у 1 в анамнезе выполнена резекция желудка), у 1 больного имел место синдром Меллори-Вейса. Из 15 больных, перенесших в анамнезе холецистэктомию с вмешательствами на гепатикохоledoхе, основное заболевание в виде острого панкреатита было у 3, обострения хронического у 6, в стадии хронического панкреатита у 6 больных.

Активная фаза язвенного процесса из 15 больных, перенесших в анамнезе холецистэктомию, имела место у 3 больных (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки–2, язвенная болезнь желудка–1), у 2 из них осложненная острым кровотечением язвенного генеза–язва двенадцатиперстной кишки–1, язва желудка–1). Основное заболевание у этих больных было представлено отечной формой острого панкреатита у 1, обострением хронического у 2 больных. Сроки выполнения холецистэктомии у этих 3 больных – от 2 до 12($5,7 \pm 1,4$) лет до момента госпитализации. Консервативная терапия, проводимая по поводу обострения язвенной болезни, была неэффективной у всех 3 больных, у 2 из них с развитием осложнения (кровотечение). Таким образом, рецидив язвенной болезни после холецистэктомии наступает в случае длительно протекающего вторичного панкреатита, а именно в тех случаях, когда имеет место его обострение, при отсутствии комплексной терапии основного (панкреатит) и сочетанного (язвенная болезнь) заболеваний. Это те случаи, когда длительно протекающий вторичный панкреатит при ЖКБ после операции переходит в форму основного заболевания, и в отсутствии желчного пузыря

доминирует, как клинически, так и морфологически. Именно поэтому холецистэктомия на этом этапе не избавляет больных от страданий, язвенная болезнь к консервативной терапии, при отсутствии адекватного лечения основного заболевания, проявляет полную рефрактерность, склонна к осложненному течению в виде острого желудочно-кишечного кровотечения. Таким образом, проведение медикаментозного лечения язвенной болезни после холецистэктомии, при отсутствии адекватной терапии, направленной на купирование основного заболевания—эффекта не дает.

Таким образом, из 91 больного анализируемой группы среди лиц мужского пола преобладают случаи острого, в т.ч. деструктивного ($n=29-47,5\%$), обострения хронического панкреатита ($n=23-37,7\%$). Для женщин более характерны случаи хронического панкреатита ($n=15-62,5\%$). Осложнения основного заболевания в виде панкреонекроза, ферментативного перитонита, механической желтухи, кист поджелудочной железы отмечены у 23(25,3%) больных. Осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в анамнезе в виде стеноза, перфорации язв двенадцатиперстной кишки, кровотечения имеют место у 23(25,3%) больных. В анамнезе 17(18,7%) из них перенесли операции по поводу различных осложнений язвенной болезни. При поступлении больных в клинику осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в виде острого кровотечения имели место у 7(7,6%) больных. С учетом осложнений со стороны язвенной болезни в анамнезе и при госпитализации – осложненная форма сочетанной язвенной болезни имела место у 30(33,0%) больных. Атипичное (немое) течение сочетанной язвенной болезни констатировано у 11(12,1%) больных.

В клинической картине у больных с основным заболеванием острый (обострение хронического), хронический панкреатит доминируют признаки панкреатита, несмотря на то, что активная фаза язвенного процесса констатирована у 19(20,9%) больных. Клиника язвенной болезни в сочетании с клиническими признаками панкреатита отмечена лишь у 5(5,5%) больных,

причем у 4 из них язвенная болезнь по данным ФГДС находилась в стадии ремиссии.

Осложнения со стороны язвенной болезни в виде острого кровотечения, развившиеся у 7 больных, констатированы в случаях острого либо обострения хронического панкреатита. Клинических проявлений предшествующего обострения язвенной болезни не было. В клинике полностью доминировали признаки острого либо обострения хронического панкреатита, что затрудняло диагностику, как самой язвенной болезни, так и ее осложнений.

Острый воспалительный процесс в поджелудочной железе либо обострение хронического панкреатита приводит к обострению сочетанной язвенной болезни в 28,3% случаев (19 больных) и в 26,3% (5 больных) к развитию с ее стороны осложнений в виде острого кровотечения. В данном случае имеет место феномен «взаимного отягощения» клинического течения сочетанных заболеваний. Из 20 больных с неэффективным медикаментозным лечением, направленных в клинику из других городов области у 16(80,0%) основной диагноз (панкреатит) установлен не был. Проводимая консервативная терапия (противоязвенная) на протяжении нескольких лет у большинства из них трактовалась как неэффективная. И, несмотря на то, что у всех указанных больных при госпитализации выявлена фаза ремиссии со стороны язвенной болезни (подтверждено ФГДС) больных продолжали беспокоить боли, утрата трудоспособности. Правильно установленный в клинике диагноз с выявлением основного и сочетанных заболеваний позволили своевременно выполнить патогенетически обоснованные оперативные пособия, а назначенная комплексная терапия-добиться стойкого положительного эффекта со стороны основного и сочетанного заболеваний и выписать больных в удовлетворительном состоянии с отсутствием жалоб.

Положительный эффект холецистэктомии на клиническое течение язвенной болезни (перевод ее в стадию длительной и стойкой ремиссии) отсутствует в том случае, когда желчекаменная болезнь протекает в течение $2-12(5,7\pm 1,4)$ лет, а сопутствующий ей вторичный панкреатит начинает доминировать и переходит из сочетанного в основное заболевание.

РАЗДЕЛ 3 ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА

3.1. Бальная оценка факторов хирургического риска

Анализ причин послеоперационных осложнений, летальности у больных контрольной группы показал, что ошибки были допущены на этапах предоперационной диагностики при госпитализации больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы.

С целью выявления причин послеоперационных осложнений нами был использован многофакторный анализ, объектом исследования которого были пациенты контрольной группы ($n=142$). Методом ранжирования из 212 параметрических данных для каждого объекта были исключены 164 параметра, влияние которых было достоверно крайне низким.

Общая сумма баллов факторов хирургического риска составила 29,3 (таблица 18). При сумме баллов 0-5 ($2,7 \pm 3,1$) степень хирургического риска считали низкой (осложнения у больных контрольной группы развились в 4,8% случаев), при сумме баллов 6-10 ($8,0 \pm 3,3$) – высокой (осложнения у больных контрольной группы развились в 16,7% случаев), при сумме баллов выше 10 ($15,9 \pm 3,4$) – критической (осложнения у больных контрольной группы развились в 57,0% случаев). Данные о количественном составе больных и их соответствии к различным степеням хирургического риска представлены в таблице 19.

Таблица 18 Бальная 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 ($2,5 \pm 3,4$) сут.	0,6
5.	МЖ 9-17 ($14,2 \pm 3,9$) 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($153,5 \pm 3,7$))	2,5
10.	Холангит	1,3
11.	умеренная гиперацидность	1,4
12.	выраженная гиперацидность	1,9
13.	АФЯП	2,0
14.	Неэффект. конс. лечения	2,1
15.	Прогресс. 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.	ЛИИ $4,43 \pm 0,5$ и выше	1,1
23.	ТХЭ	2,3
	Общая сумма баллов	29,3
	ИХС	1,3

Больные с развившимися осложнениями на фоне основного заболевания и в ближайшем послеоперационном периоде (кровотечение, перфорация язвы ДПК, деструктивный холецистит, панкреонекроз, перитонит) основной и контрольной групп имели сумму баллов, превышающую 10 баллов.

I (низкая степень хирургического риска): Всего 55(25,7%) больных. Средний возраст составил $57,6 \pm 3,1$ лет. Сумма баллов хирургического риска составила 0,5-4,8($2,7 \pm 3,1$), ИХС=0,9-1,0($0,9 \pm 0,5$). Данная группа представлена следующей

Таблица 19 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	8,9±3,5

нозологией: хронический калькулезный холецистит-35, острый калькулезный холецистит-20 больных. При этом «немое» течение основного заболевания отмечено у 7(12,7%) больных.

II (высокая степень хирургического риска): Всего 74(34,6%) больных. Средний возраст составил 57,6±3,1 лет. Сумма баллов хирургического риска составила 6,0-10,1(8,0±3,3), ИХС=0,3-0,8(0,6±0,5). Данная группа представлена следующей нозологией: хронический калькулезный холецистит-18, острый калькулезный холецистит-1, деструктивный калькулезный холецистит-36, обострение хронического панкреатита-19 больных. При этом «немое» течение основного заболевания отмечено у 23(31,1%) больных.

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±3,4 лет. Сумма баллов хирургического риска составила 12,6-17,1(15,9±1,8), ИХС=1,4-1,8(1,6±0,7). Данная группа представлена следующей нозологией: хронический калькулезный холецистит-28, острый калькулезный холецистит-1, деструктивный калькулезный холецистит-7, острый панкреатит-23, больные с механической желтухой-26 больных. При этом «немое» течение основного заболевания отмечено у 24(30,4%) больных.

Следует отметить, что жесткого отграничения цифровых значений как суммы баллов хирургического риска, так и индекса хирургического стресса нет. Так у некоторых больных с высокой степенью хирургического риска сумма баллов хирургического риска превышала 10 (например, 14,5; ИХС=1,6). При этом использование разработанной тактики ведения больных с сочетанными

заболеваниями органов ГПДС позволило у больных основной группы добиться полной ремиссии сочетанной язвенной болезни, использовать миниинвазивные, этапные и симультанные методы хирургического лечения, без риска возникновения специфических осложнений со стороны сочетанных заболеваний и т.о. значительного снижения суммы баллов хирургического риска до интервала низкой степени.

Таким образом, сумма баллов хирургического риска у больных контрольной группы представлена следующими цифровыми значениями:

1. У больных с хроническим калькулезным холециститом ($n=21$) сумма баллов хирургического риска составила $1,1-6,9(3,6\pm 1,0)$;
2. У больных с острым ($n=20$) калькулезным холециститом сумма баллов хирургического риска при развившихся специфических осложнениях (ОЖКК) составила $11,1-19,1(14,5\pm 1,8)$, без осложнений $6,1-10,1(7,9\pm 1,3)$;
3. У больных с ЖКБ, хроническим (острым) калькулезным холециститом, холедохолитиазом, механической желтухой, хогангитом ($n=27$) сумма баллов хирургического риска при развившихся специфических осложнениях (ОЖКК) составила $15,5-18,0(16,7\pm 1,9)$, без осложнений $6,1-7,7(6,9\pm 1,3)$;
4. У больных, перенесших холецистэктомию в анамнезе ($n=43$) сумма баллов хирургического риска составила $9,9-11,6(11,0\pm 1,6)$;
5. У больных с наличием геморрагического синдрома ($n=13$) Сумма баллов хирургического риска составила $14,2-15,3(14,8\pm 1,8)$;
6. У больных с наличием синдрома тяжелой интоксикации, перенесшие сочетанную травму тяжелой степени ($n=18$) сумма баллов хирургического риска составила $15,5-17,0(16,4\pm 1,8)$.

3.2. Особенности клинического течения язвенной болезни в условиях сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы

Среди больных, подлежащих активной диспансеризации, пациенты с хроническим калькулезным холециститом, язвенной болезнью, панкреатитом

занимают одно из ведущих мест. Это обусловлено такими особенностями клинического течения данных заболеваний, как чередование периодов ремиссий и обострений, возможностью развития опасных для жизни осложнений: кровотечения, перфорации, пенетрации, стеноза при язвенной болезни, острого деструктивного холецистита при ЖКБ, панкреонекроза при панкреатите.

На время СССР из 70-80 тыс. больных, которых оперировали по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у 1/2 больных оперативные вмешательства выполнялись в неотложном порядке. Однако, и среди этих больных, у многих в анамнезе имели место осложнения. По данным Загоруйко Н.Н.[87] из 249 больных, перенесших СПВ в плановом порядке, кровотечение в анамнезе было у 48(19,3%), перфорация у 54 (21,7%) и из этих 102 (41%) пациентов, многократные осложнения отмечены у 21(8,4%) и сочетанные у 9(3,6%). Кроме того, у 64(25,7%) пациентов показанием к операции явились различные степени стеноза, из которых осложнения в анамнезе были у 23(35,9%). Известен факт, что выполнение операции по экстренным показаниям по поводу осложнений ЖКБ, язвенной болезни сопровождается техническими трудностями, более частыми послеоперационными осложнениями, более высокой летальностью. Выбор характера и объема операции в таких случаях часто ограничен.

До недавнего времени показанием к оперативному вмешательству, в частности при язвенной болезни являлись ее осложнения. Эта практика сложилась во времена, когда единственным эффективным хирургическим вмешательством являлась резекция желудка, имеющая ряд недостатков, о которых хорошо известно. Не секрет, что гастроэнтерологами до сих пор не определены показания для консультации хирурга при отсутствии типичных приступов желчной колики даже при установленном при УЗИ наличии конкрементов в желчном пузыре. Внедрение в хирургическую практику миниинвазивных и органосохраняющих операций на органах брюшной полости дало возможность выполнять симультанные хирургические вмешательства с меньшим риском развития послеоперационных осложнений. Однако, на эту схему лечения накладывается

понятие сочетанных заболеваний. Данное заключение кардинальным образом меняет лечебную тактику. Одной из главных задач при установленном диагнозе ЖКБ и сочетанной язвенной болезни ДПК является возможно ранняя санация желчевыводящей системы, не зависимо от наличия или отсутствия классических приступов желчных колик, либо обострения хронического калькулезного холецистита. Язвенная болезнь (в зависимости от типа ее течения) подлежит консервативному, либо оперативному лечению в составе симультанных операций. Именно, таким образом, как показала клиническая практика, можно предупредить опасные для жизни осложнения со стороны сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы.

При сочетанных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной системы анализ больных контрольной группы позволил выявить факторы хирургического риска, которые оказывают решающее влияние на развитие специфических для органов ГПДС послеоперационных осложнений. При этом за рабочую гипотезу приняли тот факт, что язвенная болезнь является своеобразным «индикатором» клинического течения сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы. Наличие желчекаменной болезни, и как ее следствие обострение вторичного билиарного панкреатита приводит к очередному обострению со стороны сочетанной язвенной болезни и развитию опасных для жизни осложнений (кровотечение, пенетрация, перфорация). На основании ранее проведенных исследований [190] методика диспансерного наблюдения язвенной болезнью с выявлением трех типов ее течения адаптирована к понятию сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы, которая показала ее эффективность для прогнозирования ближайших и отдаленных результатов в лечении данной категории больных. Внесены определенные коррективы с учетом сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы,

Исследованию подвергнуты 122 амбулаторные карточки, из которых стабильный тип течения выявлен у 77(63,1%), нестабильный у 26(21,3%), прогрессирующий у 19(15,6%) больных. На момент постановки диагноза или

взятия на диспансерный учет тяжесть состояния пациента, количественно выраженная в баллах, колебалась в пределах 0,5-17,1($8,8 \pm 2,3$) баллов. В каждой группе исключены пациенты с «немой» течением язвенной болезни ДПК, больные с язвенной болезнью желудка, а также больные, перенесшие в анамнезе радикальную операцию (резекция желудка) в связи с различными осложнениями язвенной болезни.

Стабильное течение сочетанной язвенной болезни

Стабильное течение язвенной болезни отмечено у 77(63,1%) пациентов.

1 группа больных с хроническим калькулезным холециститом, сочетанное заболевание: язвенная болезнь ДПК. Анализ-18 больных.

С учетом «немой» течения ЯБДПК (n=22), резекция желудка в сроки от 10 до 33 лет (n=7) больных.

2 группа больных с острым калькулезным холециститом, сочетанное заболевание: язвенная болезнь ДПК. Анализ-33 больных.

С учетом: «немой» течения ЯБДПК (n=23), резекция желудка в сроки от 18 до 29 лет (n=3), гастрэктомия (n=1), ЯБЖ (n=1) больных.

3 группа больных с острым (обострением хронического) панкреатитом, сочетанное заболевание: язвенная болезнь ДПК. Анализ-14 больных.

С учетом: «немой» течения ЯБДПК (n=20), резекция желудка 22 года назад (n=1) больных.

4 группа больных с ЖКБ, холедохолитиазом, механической желтухой, сочетанное заболевание: язвенная болезнь ДПК. Анализ-6 больных.

С учетом: «немой» течения ЯБДПК (n=9), резекция желудка (n=5) больных, ЯБЖ (n=1)

Стабильное течение язвенной болезни характеризуется тем, что во время любого обострения или во время профилактического весенне-осеннего осмотра сумма баллов, количественно отражающая тяжесть состояния больного, не превышает от первоначального два балла. Типичным для данного типа является: невыраженность или отсутствие динамики болевого синдрома, редкие обострения, длительные ремиссии и т.д., что в своей совокупности и отражает при графическом изображении стабильность процесса от исходной суммы баллов (таблица 20, рисунок 3.3).

Этапный эпикриз № 1/27

Ф.И.О. больного(ой): Д. Возраст: 61 год. дата обследования: 2009 г.

№	Факторы хирургического риска	баллы	Год обострения сочетанной язвенной болезни						
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1.	Пол – женщины	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	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-84,8(153,5±3,7)	2,5							
10.	Холангит	1,3							
11.	умеренная гиперацидность	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
12.	выраженная гиперацидность	1,9							
13.	АФЯП	2,0	2,0						
14.	Неэфект.конс. лечения	2,1							
15.	Прогресс.тип течения ЯБ	2,2							
16.	Кровотечение в анамнезе	0,9							
17.	Перфорация(операция)в анамн.	1,6							
18.	Острый(обострение) втор. БП	2,4							
19.	Наличие НРГ	0,8							
20.	Соп.патология: субкомпенсация	0,4							
21.	декомпенсация	0,9							
22.	ЛИИ 4,43±0,5 и выше	1,1							
23.	Отсутствие ПЯТ при обострении язвенной болезни	2,3							2,3
	Сумма баллов при обострении	29,3	3,4	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	3,9
	Обследование, лечение		стац	амб	амб	амб	амб	амб	стац

Таблица 20 Стабильный тип течения сочетанной язвенной болезни

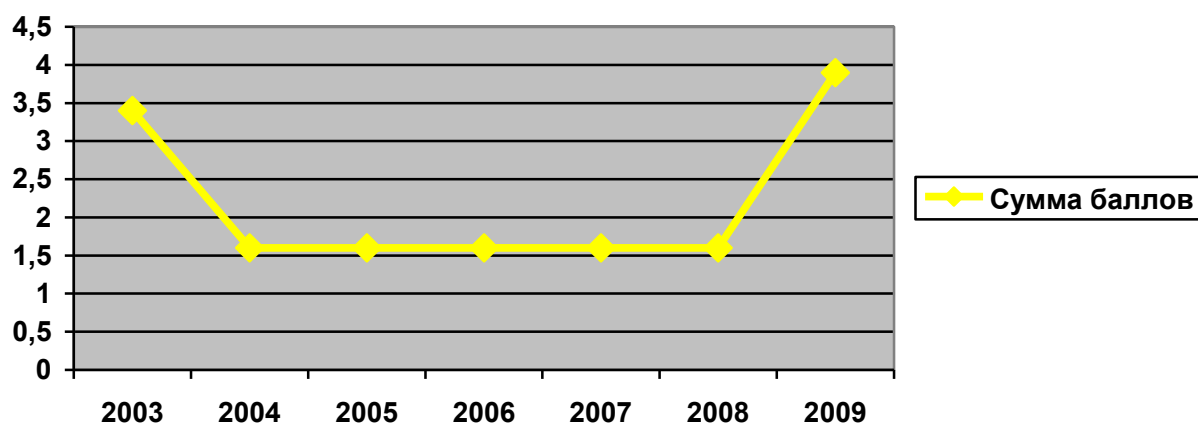


Рисунок 3.3 Графическое изображение стабильного типа течения сочетанной язвенной болезни

У всех больных со стабильным течением язвенной болезни ДПК колебание суммы баллов не более двух от исходной количественной характеристики тяжести состояния пациента, подтверждает прогностически благоприятное течение язвенной болезни. У всех больных этой группы констатированы низкие (от выраженной, умеренной гипоацидности) до нормацидности показатели кислотности желудочного сока, подтвержденная рН-метрией.

Нестабильное течение сочетанной язвенной болезни

Нестабильное течение язвенной болезни выявлено у 26 (21,3%) пациентов. Включены больные с хроническим (n=17), острым (деструктивным) калькулезным холециститом (n=9) (таблица 21, рисунок 3.4)

Данная группа пациентов 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)

Особое внимание заслуживают больные с атипичным течением сочетанной язвенной болезни (n=5). У трех из них на операции констатирована пузырно-двенадцатиперстная фистула (n=2), 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 кислотности желудочного сока, подтвержденная рН-метрией.

Этапный эпикриз № 2/30

Ф.И.О. больного(ой): Т. Возраст: 58 лет. дата обл.: 2017 г.

№	Факторы хирургического риска	баллы	Год обострения сочетанной язвенной болезни						
			2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1.	Пол – женщины	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	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-84,8(153,5±3,7)	2,5							
10.	Холангит	1,3							
11.	умеренная гиперацидность	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
12.	выраженная гиперацидность	1,9							
13.	АФЯП	2,0							
14.	Неэффект. конс. лечения					2,1		2,1	2,1
15.	Прогресс.тип течения ЯБ	2,2							
16.	Кровотечение в анамнезе	0,9							
17.	Перфорация(операция)в анамн.	1,6							
18.	Острый(обострение) втор. БП	2,4							
19.	Наличие НРГ	0,8			0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
20.	Соп.патология: субкомпенсация	0,4							
21.	декомпенсация	0,9							
22.	ЛИИ 4,43±0,5 и выше	1,1							
23.	Отсутствие ПЯТ при обострении язвенной болезни	2,3							2,3
	Сумма баллов при обострении	29,3	1,6	1,6	2,4	6,3	4,2	6,3	8,9
	Обследование, лечение		стац	амб	амб	стац	амб	стац	стац

Таблица 21 Нестабильный тип течения сочетанной язвенной болезни

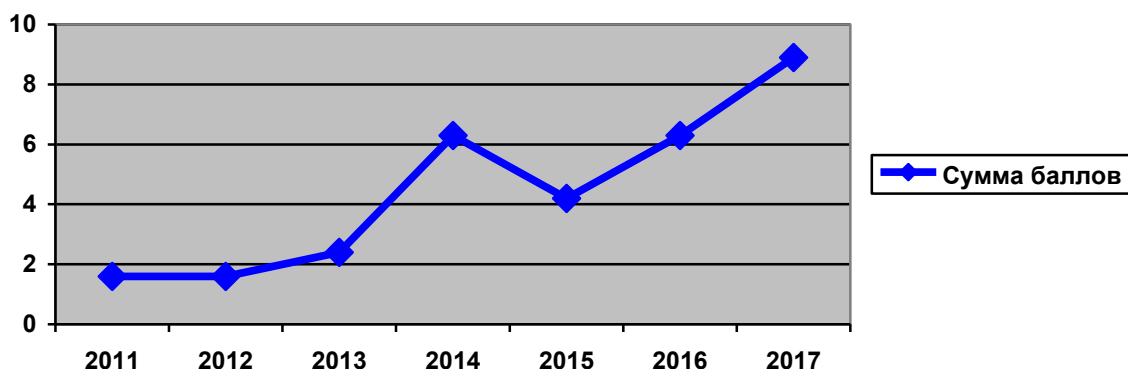


Рисунок 3.4 Графическое изображение нестабильного типа течения сочетанной язвенной болезни

Прогрессирующее течение сочетанной язвенной болезни

Прогрессирующее течение 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 (таблица 22, рисунок 3.5) Язвенная болезнь ДПК установлена у 13(68,4%, у одного из них в сочетании со вторичной язвой желудка), язвенная болезнь желудка у 4(21,0%), пептическая язва гастроэнтероанастомоза у 1(5,3%) больного. Язвенный анамнез у больных с язвенной болезнью ДПК вариировал от 1 до 30 ($16,2 \pm 1,3$) лет. Желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе перенесли 4 (у одной больной дважды) больных. СПВ в анамнезе (в сроки от 1 до 2 лет) перенесли 2, резекцию желудка (13 лет назад) 1 больной. У всех больных отмечалось полное отсутствие проводимой консервативной терапии (n=16), либо временный ее нестойкий эффект (n=3).

Исходя из окончательного диагноза, подтвержденного данными интраоперационных находок установлено, что осложненная форма язвенной болезни установлена у 13(68,4%) больных. При этом встретились следующие осложнения: комбинация пенетрации язвы ДПК (головка поджелудочной железы, желчный пузырь), субкомпенсированный стеноз, ОЖКК-2, пенетрация, субкомпенсированный стеноз-1, субкомпенсированный стеноз-5(у одного больного с наличием ЖКК в анамнезе), пенетрация язв в поджелудочную железу-4, ОЖКК в комбинации с субкомпенсированным стенозом -1 больной. Ведущим в клинике у данной категории больных была язвенная симптоматика (n=18) с выраженным болевым синдромом, утратой периодов сезонности, практически полным отсутствием эффекта от проводимой консервативной противоязвенной терапии, клинические признаки обострения хронического панкреатита (n=1). У всех больных этой группы констатирована выраженная (n=17), умеренная гиперацидность (n=2) кислотность желудочного сока. Приведенные данные свидетельствуют о крайней агрессивности клинического течения язвенной

болезни при наличии ЖКБ с установленной и подтвержденной рН-метрией выраженной гиперацидностью показателей секреции желудка.

Этапный эпикриз № 1/01

Ф.И.О. больного(ой): **З.** Возраст: **31** год дата обл.: **2014** г.

№	Факторы хирургического риска	баллы	Год обострения сочетанной язвенной болезни						
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1.	Пол – женщины	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
2.	Возраст (пожилой) 60-74 года	0,3							
3.	(старческий) 75 лет и более	0,5							
4.	ОКХ 1-6 ($2,5 \pm 3,4$)сут.	0,6							
5.	МЖ 9-17 ($14,2 \pm 3,9$)сут.	1,2							
6.	ДКХ	0,8							
7.	Перитонит	1,0							
8.	Холедохолитиаз	0,9							
9.	МЖ(билирубин-84,8($153,5 \pm 3,7$))	2,5							
10.	Холангит	1,3							
11.	умеренная гиперацидность	1,4							
12.	выраженная гиперацидность	1,9							
13.	АФЯП	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
14.	Неэфект.конс. лечения	2,1			2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
15.	Прогресс.тип течения ЯБ	2,2			2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
16.	Кровотечение в анамнезе	0,9			0,9		0,9		0,9
17.	Перфорация(операция)в анамн.	1,6							
18.	Острый(обострение) втор. БП	2,4						2,4	2,4
19.	Наличие НРГ	0,8					0,8	0,8	0,8
20.	Соп.патология: субкомпенсация	0,4							
21.	декомпенсация	0,9							
22.	ЛИИ $4,43 \pm 0,5$ и выше	1,1							
23.	Отсутствие ПЯТ при обострении язвенной болезни	2,3							2,3
	Сумма баллов при обострении	29,3	2,2	2,2	7,4	6,5	8,2	10,6	17,7
	Обследование, лечение		амб	амб	стац	стац	стац	стац	стац

Таблица 22 Прогрессирующий тип течения сочетанной язвенной болезни

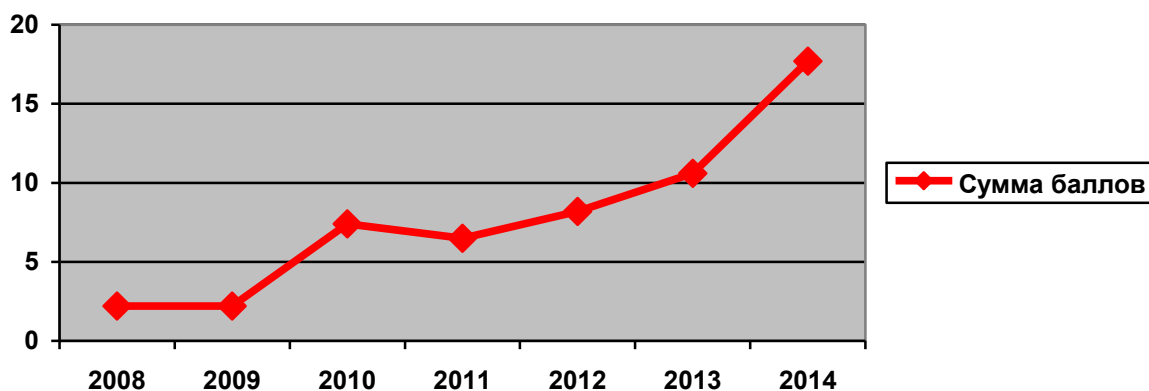


Рисунок 3.5 Графическое изображение прогрессирующего типа течения сочетанной язвенной болезни

3.3. Патогенез реализации хирургического стресса

Учет значительного количества осложнений со стороны печени, желчного пузыря, желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы у больных контрольной группы с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы, включая больных с тяжелой сочетанной и комбинированной травмой, острой непроходимостью магистральных сосудов (86-60,6%) позволили подтвердить понятие хирургического стресса. При этом его последствия, как показывают приведенные выше данные непосредственно связаны с органами ГПДС. Таким образом, понятие хирургического стресса по нашему глубокому убеждению, должно быть связано не только с непосредственной «хирургической агрессией», но и с наличием острой, хронической хирургической патологии, сопровождающейся выраженной интоксикацией, тяжелой политравмой.

При исследовании биохимических показателей в предоперационном периоде у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС уровень α -амилазы крови составил 89-2014 ($1053 \pm 0,7$) ед. у всех без исключения больных. При изучении биохимического состава содержимого желудка в послеоперационном периоде (на 7 сутки после операции!) у некоторых больных выявлено наличие в нем α -амилазы с содержанием до 78 тыс. единиц! Установлено, что уровень сахара крови повышается (по нашим данным до 16,0 ммоль/л.) сразу после перенесенной тяжелой травмы, тяжелой интоксикации, в отсутствии сахарного диабета. После устранения источника сахар крови нормализуется практически на следующий день после операции. Считаем, что при острых и сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости, политравме, синдроме интоксикации, поражениях магистральных сосудов возникают осложнения со стороны органов ГПДС в виде: ОЖКК, перфорации гастродуоденальных язв, острого деструктивного холецистита, панкреонекроза. Данные осложнения являются проявлением хирургического стресса и реализуются через активацию ферментов желез внутренней и внешней секреции, в том числе поджелудочной железы.

(Свидетельство на авторское право № 71737 «Патогенез течения патологического процесса при хирургическом стрессе» от 05.05.2017г.)

При этом предложена следующая схема путей реализации хирургического стресса: патогенез течения патологического процесса при хирургическом стрессе складывается из посылы импульсов по афферентной части нервной системы в ЦНС (головной мозг) со стороны пораженных органов с последующим ответом по эфферентной части нервной системы в железы внутренней секреции, в частности в поджелудочную железу с возникновением ферментемии, выделения ферментов в кровь, просвет полых органов с последующим развитием указанных осложнений со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной системы (рисунок 3.6) (Свидетельство на авторское право № 71724 от 05.05.2017г.).

**ИНТОКСИКАЦИЯ, ТЯЖЕЛАЯ
СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА, ОСТРОЕ
НАРУШЕНИЕ
МАГИСТРАЛЬНОГО
КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ**



Рисунок 3.6

Схема реализации хирургического стресса через центральную нервную систему

В этой связи у больных указанных групп в пред- и послеоперационном периоде (до 8 суток после операции) на фоне проводимого патогенетического

лечения считаем обязательным максимальное подавление внутренней секреции поджелудочной железы в виде антисекреторной терапии в дозировках 100-300 тыс ед. контрикала, либо гордокса в сутки (в зависимости от тяжести травмы, либо уровня интоксикации).

В результате комплексного подхода к диагностике сочетанных заболеваний, а также учета такого понятия, как хирургический стресс удалось улучшить результаты хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы, политравмой, наличием тяжелой интоксикации. При этом частоту осложнений в виде ОЖКК со стороны органов ГПДС, в частности сочетанной язвенной болезни удалось снизить до 1,4%.

В связи с вышеизложенным мы предлагаем свою трактовку понятия хирургического стресса: это многофакторное воздействие на системы и органы хирургической операции, политравмы, осложнений острых хирургических заболеваний, приводящих к возникновению «повреждающего фактора», его последовательной реакции через ЦНС на железы внутренней и внешней секреции (гипоталамо-гипофизарная, симпато-адреналовая системы, слизистая оболочка желудка, поджелудочная железа) с их активацией и реализацией «патологической агрессии» в виде ферментэмии, выделения ферментов в просвет полых органов, развитием осложнений, угрожающих жизни больного.

На основании проведенных исследований предложено понятие «Индекс хирургического стресса» (Surgical Stress Index), который рассчитывали по формуле: $S.s\ Ind. = \Sigma / n$ где S.s Ind.-индекс хирургического стресса; Σ – общая сумма баллов факторов хирургического риска; N–количество признаков (факторов хирургического риска). Среднее статистическое значение индекса хирургического стресса составляет 1,3. Предложенное и учитываемое цифровое значение индекса хирургического стресса позволяет прогнозировать развитие опасных для жизни осложнений со стороны сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной системы. При значении ИХС ниже 1,3 вероятность развития специфических послеоперационных осложнений считали низкой, выше 1,3-высокой.

Итоговые цифровые значения ИХС у больных контрольной группы представлены следующим образом:

1. У больных с хроническим калькулезным холециститом ($n=21$) ИХС-0,6-1,3($1,0\pm 0,7$);
2. У больных с острым ($n=20$) калькулезным холециститом при развившихся специфических осложнений (ОЖКК) ИХС-1,2-1,5($1,3\pm 0,7$), без осложнений ИХС-0,8-1,3($1,1\pm 0,7$);
3. У больных с ЖКБ, хроническим (острым) калькулезным холециститом, холедохолитиазом, механической желтухой, хогангитом ($n=27$) при развившихся специфических осложнений (ОЖКК) ИХС-1,4-1,6($1,4\pm 0,7$), без осложнений ИХС-1,0-1,2($1,1\pm 0,7$);
4. У больных, перенесших холецистэктомию в анамнезе ($n=43$) ИХС-1,4-1,7($1,5\pm 1,0$);
5. У больных с наличием геморрагического синдрома ($n=13$) ИХС-1,4-1,8($1,6\pm 1,0$);
6. У больных с наличием синдрома тяжелой интоксикации, перенесшие сочетанную травму тяжелой степени ($n=18$) ИХС-1,3-1,7($1,5\pm 1,0$).

РАЗДЕЛ 4 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТОПОГРАФИЯ

4.1. Патологическая топография брюшной полости у больных, перенесших операции по поводу осложненных форм язвенной болезни

Патологическая топография—направление топографической анатомии, заложенное в своей основе Н. И. Пироговым, прослеживает весь путь работы с больными - от его всестороннего обследования до операции или отказа от нее, послеоперационного периода, а в случае смерти вплоть до секционного исследования [351]. Данный раздел работы консультирован профессором, д.мед.н. Ороховским В.И., профессором, д.мед.н. Василенко Л.И.

В настоящее время существует незначительное количество работ, посвященных изучению хирургической анатомии органов грудной полости. Что же касается полости брюшной, то данная проблема остается неразработанной. Это объясняется рядом причин и главная из них—отсутствие каркаса, который мы имеем «в лице» грудной клетки, где есть возможность рассчитать, предвидеть отклонение от нормальных анатомических взаимоотношений органов в результате патологического процесса, либо взаимоотношений, возникший после ранее выполненного оперативного вмешательства. Именно относительная мобильность органов брюшной полости, отсутствие костного остова, четких критериев в закономерностях смещения органов и их комплексов и явились непреодолимой сложностью при изучения вопросов патологического состояния топографии органов брюшной полости при указанных состояниях.

Если смещение любого из органов или их комплексов в грудной полости неизбежно влечет за собой изменение жизненно важных функций (дыхание, состояние центральной гемодинамики), то вопрос о том, каким образом влияет изменение нормальной топографии в брюшной полости на функции органов и каким образом это изучить — остается открытым.

В литературе оговорено значение механического [302], химического [180] повреждения мезотелия брюшины в образовании спаек и их роли в

возникновении спаечной непроходимости кишечника [143,302]. Описаны технические сложности при выполнении повторных вмешательств после ранее выполненных ваготомий [67]. О причинах возникновения выраженного спаечного процесса в брюшной полости у больных, перенесших операции на основе ваготомии, имеются единичные сообщения [15,143,350]. Между тем, количество осложненных форм язвенной болезни имеет тенденцию к росту [91,143]. В связи с этим знание основных закономерностей изменения нормальной топографии органов и пространств при рецидиве язвенной болезни и необходимости повторного вмешательства поможет хирургу избежать опасных для жизни осложнений.

При выполнении повторных операций у больных с поздними осложнениями СПВ было обращено внимание на чрезвычайно выраженный спаечный процесс, не встречающийся после других вмешательств на любом из органов брюшной полости, в том числе и на желудке по поводу язвенной болезни (резекция желудка, гастроэнтеростомия, ушивание перфоративной язвы, стволовая, селективная ваготомия с дренирующими операциями и др.), где спаечный процесс, иногда выраженный, представлен лишь плоскостными спайками. В наших наблюдениях имел место процесс, носивший выраженный рубцово-фиброзный характер с прочным контактом органов, разделение которых в некоторых случаях было невозможным без повреждения серозных оболочек на большом протяжении.

С целью определения возможности использования миниинвазивных операций и выбора операционного доступа при ЖКБ проанализированы основные закономерности изменения нормальных топографоанатомических взаимоотношений в брюшной полости у больных, ранее перенесших операции по поводу различных осложнений язвенной болезни у 117 больных (учтены в группе больных «Ретроспективный анализ»), (в анамнезе-СПВ-73,СтВ, СВ-44).

Характер изменений нормальной топографии пространств в брюшной полости после ранее перенесенной СПВ оценивался по следующим параметрам (рисунки 4.1;4.2;4.3):

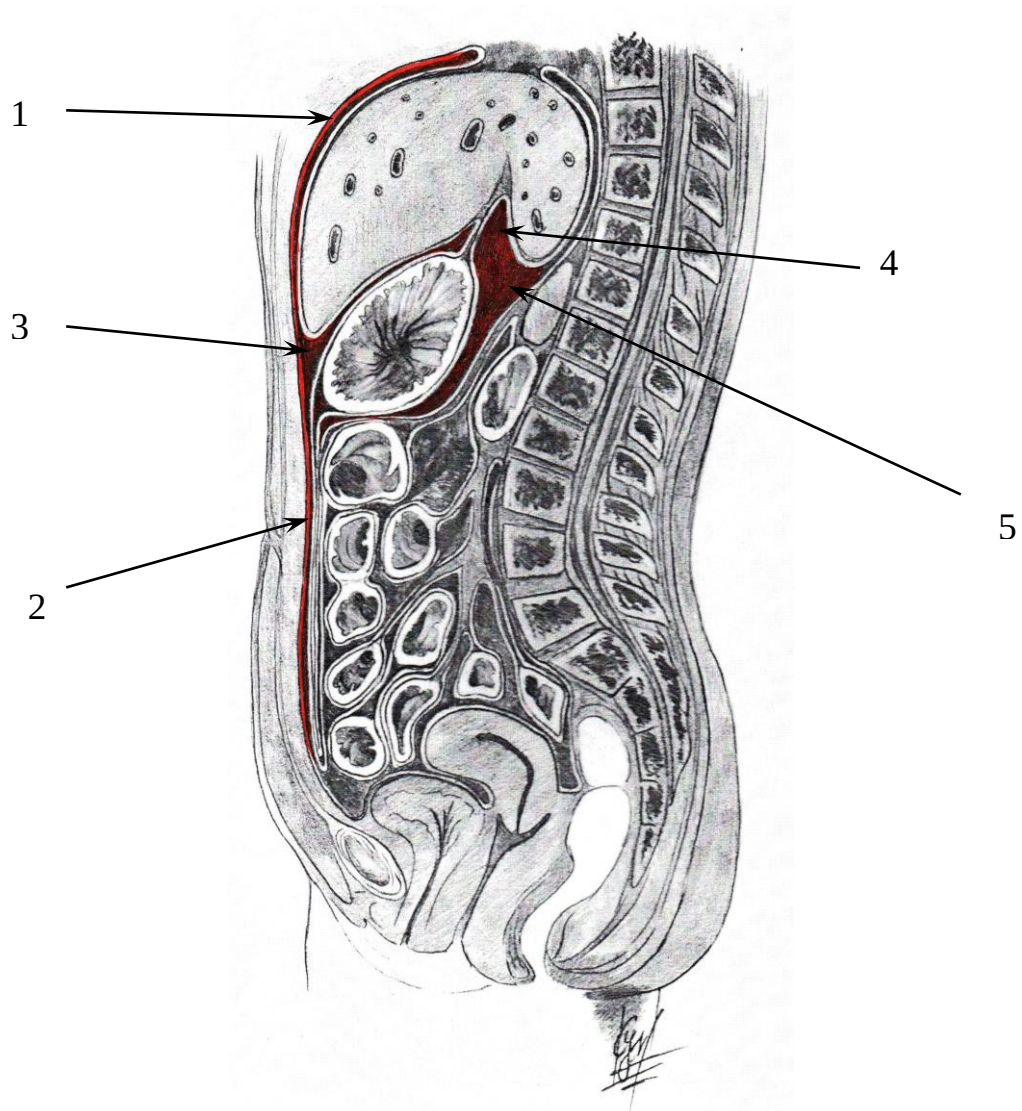


Рисунок 4.1 Сагитальное изображение брюшной полости

1. Заращение поддиафрагмального пространства; 2. Заращение предсальниковой щели; 3. Заращение преджелудочной щели; 4. Заращение подпеченочного пространства; 5. Заращение сообщения между подпеченочным и преджелудочным пространствами

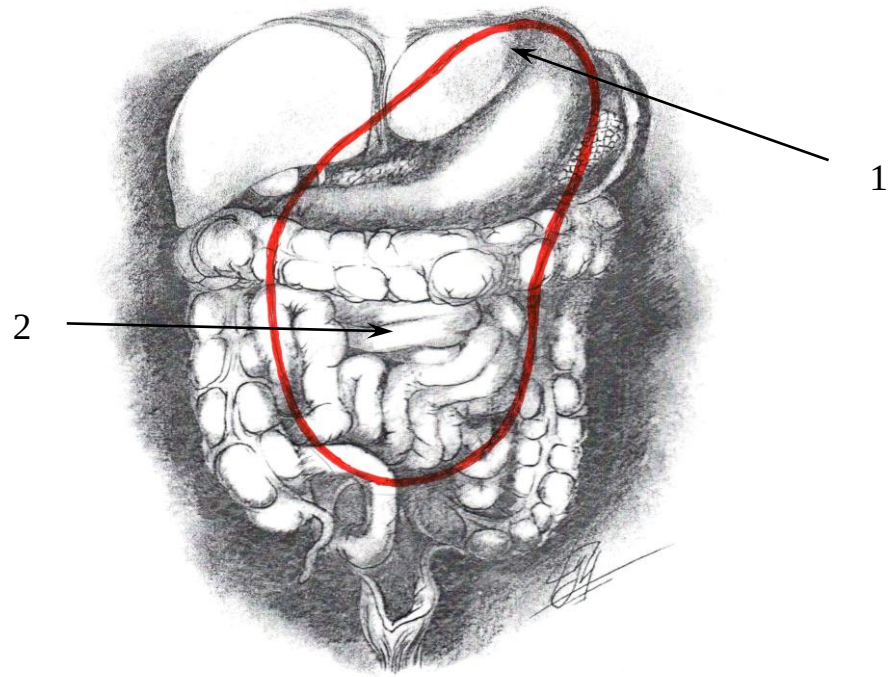


Рисунок 4.2 Фронтальное изображение брюшной полости.

1. рубцово-спаечный процесс в кардиальном отделе желудка (особенно выраженный при наличии в анамнезе фундопликации по Ниссену).
2. рубцово-спаечный процесс, распространен по линии лапаротомии, включающих предсальниковую щель и в проекции боковых отделов брюшной полости

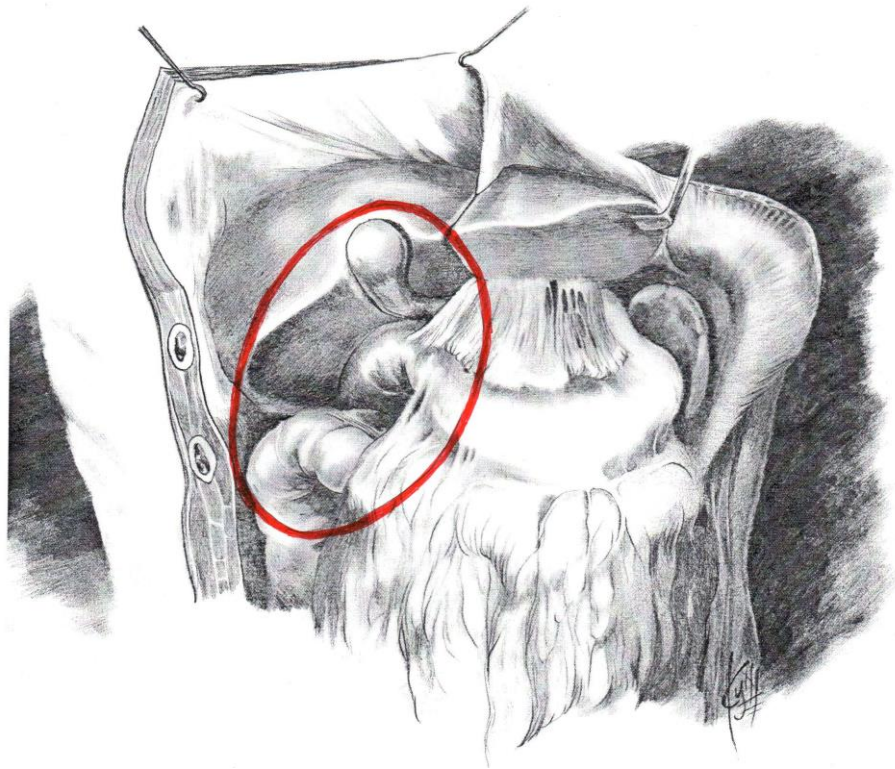


Рисунок 4.3 Фронтальное изображение подпеченочного пространства.

Спаечный процесс в области правого подпеченного пространства носит плоскостной характер (отсутствие зоны частичной денервации и деваскуляризации желудка)

Наиболее часто спаечный процесс локализовался между:

1. желчным пузырем и поперечной ободочной кишкой (n=53-72,6%)
2. желчным пузырем и антральным отделом желудка (n=11-15,1%)
3. желчным пузырем и печеночно-двенадцатиперстной связкой (9-12,3%)
4. во всех случаях (n=73-100,0%) имело место приращение к желчному пузырю участка большого сальника.

Возраст больных варьировал от 20 до 74(44,0+4,5) лет. Мужчин было 113(97,0%), женщин 4(3,0%). До 60 лет было 108(92,3%) больных. В соответствии с характером спаечного процесса, его этиологии и выявленных топографоанатомических изменений все больные распределены на три группы.

I группа больных: По поводу поздних осложнений селективной проксимальной ваготомии (СПВ) оперированы 73 больных. СПВ в изолированном виде ранее выполнено у 49 в сочетании с дренирующей операцией у 24 больных. Выявленный рубцово-спаечный процесс в брюшной полости у этой категории больных трактовался как результат сочетания нейродистрофических и ишемических изменений в результате частичной денервации и деваскуляризации желудка. Показанием к выполнению повторных операций были:

I группа. Незажившая язва двенадцатиперстной кишки(ДПК)-22 больных, 2. Рецидивная язва двенадцатиперстной кишки-28 больных (3 больных учтены в 4 группе), 3. Стеноз выходного отдела желудка в результате заживления и рубцевания дуоденальной язвы-10 больных, 4. «Вторичная» язва желудка-12 больных, 5. Пептическая язва гастроэнтероанастомоза-4 больных

II группа представлена 29 больными. Все больные в прошлом оперированы в ургентном порядке по поводу прободной язвы ДПК: 9 больных перенесли стволовую ваготомию (СтВ) с иссечением язвы и пилоропластикой, 20-ушивание прободной язвы ДПК. Выявленный спаечный процесс трактовался как результат химического повреждения мезотелия брюшины воздействием соляной кислоты и

токсикозов в результате перитонита. Показанием к повторным операциям были: рецидивная язва ДПК-20 больных, незажившая язва ДПК-9 больных.

Основные изменения нормальной топографии относились к заращению предсальниковой щели у всех больных, подпеченочного пространства, особенно выраженного, когда СтВ дополнялась дренирующей операцией, а также в кардиальном отделе желудка в связи с имевшими место манипуляциями на блуждающих нервах. Здесь имели место заражение преджелудочной сумки в результате спаечного процесса между желудком и левой долей печени. Особенно выраженным спаечный процесс был у больного с ранее выполненной дренирующей операцией с пенетрацией язвы ДПК в головку поджелудочной железы, ПОК с формированием ДОС.

В отличие от группы больных, перенесших в анамнезе СПВ в этих наблюдениях спаечный процесс носил плоскостной характер, он не имел такой выраженности и распространенности, не носил рубцово-фиброзного характера. Осложненная форма язвенной болезни в виде пенетрации, стеноза, кровотечения, ДОС и их комбинации выявлена у 24(82,8%)больных. Кровотечение имело место у 11(37,9%) больных: острое у 6, анамнезе у 5 больных. У 2 больных кровотечение повторялось от 2 до 4 раз. Клинически вторичный панкреатит отмечен у 16(55,2%) больных. Симультанная холецистэктомия в связи с хроническим калькулезным холециститом, СтВ и пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу выполнена у 1 больного, 28 больным в качестве повторного вмешательства выполнена резекция желудка.

III группа представлена 15 больными. В анамнезе 4 больных перенесли гастроэнтеростомию (ГЭА), 10-резекцию желудка в связи с различными осложнениями язвенной болезни. 1 больной перенес дуоденоюностомию (ДЕА) в связи с острой мезентериальной непроходимостью. Осложнения в виде пенетрации пептических язв анастомозов в головку поджелудочной железы, печень, ПБС, брыжейку тонкой кишки, корень ПОК, стеноза выходного отдела желудка, формирования ЖОС, кровотечения в анамнезе имели место у 12 (80,0%) больных. У 2 больных кровотечение повторялось от 2 до 4 раз.

Характер изменения топографоанатомических взаимоотношений заключался в ликвидации предсальниковой щели у 10 больных за счет сращения ПОК с ПБС, пенетрации пептических язв анастомозов в ПБС, а также сращения культи желудка, петель тонкой кишки с ПБС. Отмечено заращение подпеченочного пространства за счет сращения ПОК, культи желудка и нижней поверхности левой доли печени у 8 больных. Левое поддиафрагмальное пространство было полностью заращено у 1 больного. Практически полное заращение подпеченочного пространства отмечено у больного с ранее наложенным ДЕА, формированием пептической язвы с ее пенетрацией в правую долю печени. Во время формирования доступа у 2 больных была вскрыта петля тонкой кишки, у 1 больного повреждена селезенка, в связи с чем выполнена спленэктомия. В качестве повторного вмешательства СтВ выполнена у 3 больных (у 2 в сочетании с холецистэктомией в связи с калькулезным холециститом), резекция желудка у 12 больных.

Анализ анатомических взаимоотношений со стороны органов верхнего этажа брюшной полости, выявленных при повторных операциях по поводу поздних осложнений СПВ позволил выявить ряд особенностей и закономерностей, тесно связанных с возможностью определять лечебную тактику в виде объема и метода повторного вмешательства, не подходить к решению вопроса однозначно, прогнозировать возможные осложнения в ближайшем послеоперационном периоде.

На основании интраоперационных данных и анализа анатомо-хирургических особенностей со стороны органов верхнего этажа брюшной полости у 73 больных, перенесших повторные вмешательства по поводу поздних осложнений СПВ, выделены три степени анатомических изменений.

I степень анатомических изменений. Сращение малой кривизны желудка, нижней поверхности левой доли печени, частично поперечной ободочной кишки в единый конгломерат, ограниченное сращение указанного комплекса органов с передней брюшной стенкой. Полное отсутствие предсальниковой щели, частичное заращение преджелудочной сумки, наличие дуоденальной язвы или

органической патологии (стеноз в результате заживления и рубцевания дуоденальной язвы).

Группа представлена 20 клиническими наблюдениями. СПВ в изолированном виде ранее выполнена 15 больным, в сочетании с дренирующей операцией–5 (пилоропластика по Гейнеке-Микуличу-3, гастродуоденостомия по Джабулею-2). Данные о характере патологии представлены в таблице 23.

Из 20 оперированных больных осложнения в виде пенетрации дуоденальной язвы и стеноза выходного отдела желудка имели место у 7(6,0±2,0%) больных (компенсированный–2, субкомпенсированный–3, декомпенсированный–1).

Таблица 23 Характер осложнений в зависимости от степени анатомических изменений.

Степень анатомических изменений	Кол-во больных	Характер патологии							
		язва ДПК	в сочетании с		Стеноз*	ВЯЖ	ПЯА	ЖОС	ДОС
			пенетрацией	стеноз					
I	20	6	1	6	7	-	-	-	-
II	36	7	23	8	3	-	-	-	-
III	17	4	1	-	-	12	4	2	1
Всего	73	17	25	14	10	12	4	2	1

Сокращения: ДПК – двенадцатиперстная кишка; ВЯЖ – вторичная язва желудка; ПЯА – пептическая язва анастомоза; ЖОС – желудочно-ободочный свищ; ДОС – дуодено-ободочный свищ. Стеноз*-стеноз в результате заживления язвы ДПК

У 7 больных (35±4,2%) констатирован стеноз выходного отдела желудка в результате заживления и рубцевания дуоденальной язвы. Из 13 больных с наличием язвы в двенадцатиперстной кишке рецидивная язва отмечена у 5 (4,3±1,7%), незажившая–у 8(6,8±2,2%) больных.

Характерно, что у 4 больных стеноз выходного отдела желудка был вызван как рубцово-язвенным процессом в стенке двенадцатиперстной кишки, так и рубцовыми сращениями извне, распространяющимися на пилорoduodenальную зону. У одной больной отмечена деформация луковицы двенадцатиперстной кишки в результате рубцовых изменений извне–по типу двустволки, что и явилось причиной нарушения эвакуации из желудка.

Полное заращение предсальниковой щели отмечено у 19(16,2±3,2%) больных, сращение малой кривизны, передней стенки желудка, нижней поверхности левой доли печени, частично поперечной ободочной кишки, ограниченное смещение указанного комплекса органов и сращение с передней брюшной стенкой у 13(11,1±2,7%) больных. Частичное заращение поджелудочной сумки было отмечено у всех указанных 13 больных в области передней стенки желудка, включая субкардиальный отдел (рисунок 4.4).

Как правило, контакт желудка с печенью, поперечной ободочной кишкой был более выражен в области тела, при относительной «свободе» пилородуоденальной зоны. У 5 больных с ранее выполненной дренирующей операцией, кроме того, был значительно выражен в зоне привратника, антрального отдела желудка, двенадцатиперстной кишке.

II степень анатомических изменений. Сращение в единый конгломерат, смещение к передней брюшной стенке желудка (преимущественно в области тела, большой кривизны), дорзальной поверхности левой доли печени, поперечной ободочной кишки с более широким вовлечением ее в спаечный процесс, пенетрация дуоденальной язвы в один - два органа, полное заращение предсальниковой щели, частично поджелудочной сумки, частично сальниковой и увеличение внебрюшинного поля желудка как результат рубцово-спаечного процесса.

В группу отнесено 36 клинических наблюдений. СПВ в изолированном виде ранее выполнена у 24, в сочетании с дренирующей операцией у 12 больных (гастродуоденостомия по Джабуле-6, пилоропластика по Гейнеке-Микуличу-4, Джаду-Танака-2). Данные о характере патологии представлены в таблице № 1. Из 36 оперированных больных у 33(28,2%±3,9%) больных имела место язва ДПК: рецидивная-21(17,9±3,3%), незажившая-12 (10,3±2,8%)-стеноз в результате заживления и рубцевания



Рисунок 4.4

Анатомические взаимоотношения после иссечения послеоперационного рубца: к передней брюшной стенке подпаяны левая доля печени (1), передняя стенка желудка (2), поперечная ободочная кишка (3), петли тонкой кишки

дуоденальной язвы. Сочетание указанных осложнений было у 5(4,3±1,7%) больных.

Пенетрация дуоденальной язвы констатирована в головку поджелудочной железы, головку поджелудочной железы в сочетании с пенетрацией в печеночно–двенадцатиперстную связку, печеночно–двенадцатиперстную связку, печеночно–двенадцатиперстную связку, печень, желчный пузырь. У одного больного, наряду с язвой двенадцатиперстной кишки, имел место кардиостеноз, связанный с рубцово – спаечным процессом в кардиальном отделе желудка после ранее выполненной фундопликации. У 3(8±2,3%) больных со стенозом в результате заживления и рубцевания дуоденальной язвы отмечено наличие деформации антрального отдела желудка и привратника.

Сращение в единый конгломерат передней желудка, нижней поверхности левой доли печени, поперечной ободочной кишки, передней брюшной стенки отмечено у 28($23,9 \pm 3,7\%$) больных, без широкого вовлечения в процесс поперечной ободочной кишки—у 8 больных. Увеличение внебрюшинного поля желудка выявлено у больных с локализацией рецидивных дуоденальных язв на задней, заднее—латеральной стенках двенадцатиперстной кишки, сопровождающихся пенетрацией в соседние органы и ткани (рисунок 4.5), а также в тех случаях, когда имели место манипуляции в кардиальном отделе желудка, связанные с выполнением денервации абдоминального отдела пищевода, фундопликацией.



Рисунок 4.5

Увеличение внебрюшинного поля желудка в выходном его отделе в связи с пенетрацией язвы ДПК в головку поджелудочной железы (1), малый сальник

Наряду с уменьшением внебрюшинного поля желудка у этой категории больных отмечено уменьшение и частичное заращение полости сальниковой сумки (рисунок 4.6). В некоторых случаях отмечено прочное сращение брыжейки поперечной ободочной кишки с задней стенкой желудка, что также способствовало изменению размеров полости сальниковой сумки в сторону ее уменьшения.

Наиболее грубые изменения с деформацией выходного отдела желудка и начальной части двенадцатиперстной кишки были связаны не только с наличием пенетрации дуоденальных язв в соседние органы и ткани, но также с наличием ранее выполненных дренирующих операций, особенно гастродуоденостомии по Джабулею. Характерным было наличие изгибов верхнегоризонтального отдела двенадцатиперстной кишки, включая луковицу, привратник, в некоторых случаях, антрального отдела желудка, фиксация сформированных соустьев к нижней поверхности правой доли печени, вовлечение в спаечный процесс желчного пузыря.



Рисунок 4.6

Частичное заращение полости сальниковой сумки. Момент выделения задней стенки желудка в области тела (1), субкардиальном отделе (2). Желудок после выделения выведен в рану и отведен кверху.

Таким образом, из 36 больных осложненная форма дуоденальной язвы в виде пенетрации, стеноза и их сочетания, а также стеноза в результате заживления и рубцевания дуоденальной язвы имела место у 33(28,2±3,9%) больных со II степенью анатомических изменений. Причем, если у больных с I степенью преобладали явления стеноза (у 13 из 20), то у больных со II степенью пенетрация дуоденальной язвы в соседние органы и ткани (у 23 из 36).

III степень анатомических изменений. Полное, либо значительное заращение указанных пространств, преобладание внебрюшинного поля желудка, выраженный рубцово–спаечный процесс в области тела, кардиальном отделе. Вовлечение в процесс пространства и органов левого подреберья, печени, поджелудочной железы. Значительное смещение поперечной ободочной кишки и ее брыжейки, смещение и деформация контуров желудка, наличие дуоденальной и «вторичной» язвы желудка, пенетрация язв в три–четыре органа, наличие желудочно-, дуодено–ободочного свища, пептической язвы гастроэнтероанастомоза с обширной пенетрацией.

Группа представлена 17 клиническими наблюдениями. СПВ в изолированном виде ранее выполнено у 10, в сочетании с дренирующей операцией–у 6 больных (одному больному гастроэнтеростомия выполнена в период от первой до повторной операции) (таблица 23). У 12 больных имела место «вторичная» язва желудка (у 2 больных в сочетании с рецидивной язвой двенадцатиперстной кишки). У одного из них «вторичная» язва осложнилась формированием желудочно–ободочного свища. У 4 больных пептическая язва гастроэнтероанастомоза (у одного больного с формированием желудочно–ободочного свища); у одного больного язва двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы, печеночный угол поперечной ободочной кишки с формированием дуодено–ободочного свища. У 6 больных с «вторичной» язвой желудка отмечена пенетрация язвы в поджелудочную железу (головка, тело), печень, малый сальник. У одного больного язва субкардиального отдела желудка пенетрировала в тело поджелудочной железы, левую доли печени, аорту. У 3 больных в рубцово–спаечный процесс были вовлечены кардиальный

отдел желудка, пространство левого подреберья, селезенка. У 7 больных со «вторичной» язвой был констатирован стеноз выходного отдела желудка (декомпенсированный–1, субкомпенсированный–6).

Наличие «вторичной» язвы желудка сочеталось с практически полным заращением сальниковой сумки, резким увеличением внебрюшинного поля желудка, вовлечением в процесс желудочно–поджелудочной связки. Отсутствие предсальниковой щели и заращение на значительном протяжении (в области желудка, большей части пространства левого подреберья) поджелудочной сумки констатировано у всех больных этой группы. Особенно выраженные сращения с деформацией желудка, поперечной ободочной кишки отмечены у больного с желудочно–ободочным свищем в сочетании со «вторичной» желудочной язвой, сопровождающиеся полным отсутствием всех пространств.

Из 4 больных с пептическими язвами гастроэнтероанастомоза пенетрация язвы в соседние органы и ткани отмечена у 3 больных. У всех больных этой группы имела место выраженная деформация контуров желудка, у одного из них с деформацией и ротацией вокруг вертикальной оси гастроеюнального соустья, связанного со сращением передней губы анастомоза с верхней третью послеоперационного рубца (рисунок 4.7).

У одного больного пептическая язва пенетрировала в брыжейки тонкой, ободочной кишок, тело поджелудочной железы, проникая в забрюшинное пространство.

Деформация контуров желудка по типу «каскада», связанного с рубцово – спаечным процессом извне и в стенке желудка отмечена у 7 больных с желудочно-, дуодено-ободочным свищами, пептическими язвами анастомоза. У 3 больных с пептическими язвами был стеноз выходного отдела желудка.

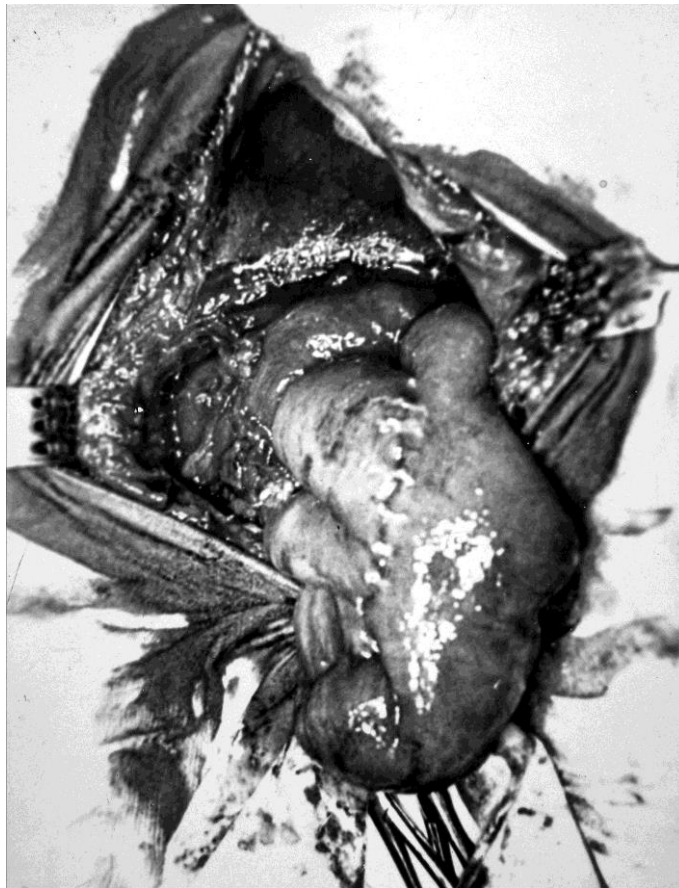


Рисунок 4.7

Деформация гастроэнтероанастомоза, прочное сращение нижней поверхности левой доли печени, желудка. Отсутствие преджелудочной сумки в области желудка.

IX

взаимоотношений и их глубина в верхнем этаже брюшной полости у больных, подвергнутых повторными операциями по поводу неудовлетворительных результатов СПВ увеличивается от I к III степени. Если при первой они наименее выражены, то у больных II степенью они выражены значительно. Именно к этой группе относятся больные с пенетрирующей дуоденальной язвой. Характерным является тот факт, что среди больных со II степенью преобладают пациенты с рецидивной язвой двенадцатиперстной кишки, где анатомические изменения наиболее выражены в пилорoduоденальной зоне (по сравнению с больными I степени, где большинство - это незажившая дуоденальная язва). По всей видимости, этот факт объясняет полное отсутствие эффекта от консервативной терапии у больных с рецидивной язвой двенадцатиперстной кишки. Наиболее выраженные анатомические изменения констатированы у больных с III степенью анатомических изменений. Крайней выраженности они достигают у больных с

желудочно-, дуодено-ободочными свищами, пептическими язвами анастомоза, сочетающихся с наличием рецидивных дуоденальных язв, где имелись значительные изменения как в желудке (на всем его протяжении), двенадцатиперстной кишки, так и в окружающих органах и тканях (вовлечение в пенетрацию печени, поджелудочной железы, связочного аппарата органов, заращение вышеуказанных пространств). Вовлечение в процесс пенетрации аорты представляет угрозу жизни больного.

4.2. Этиопатогенез спаечного процесса в брюшной полости у больных с поздними осложнениями селективной проксимальной ваготомии

Патологический процесс в брюшной полости, вызванный у больных, повторно оперированных по поводу поздних осложнений СПВ, по нашему мнению, развивается по следующей схеме: (рисунок 4.8): Оперативное вмешательство выступает в роли повреждающего агента, в стенке желудка развивается нейродистрофический процесс и ишемические расстройства.

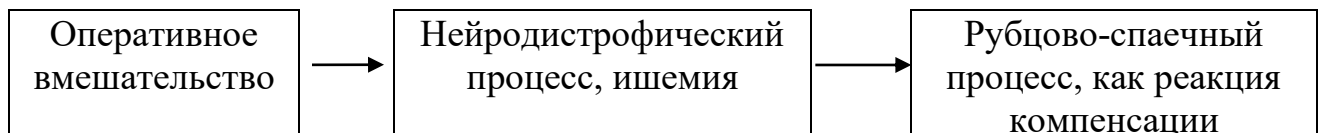


Рисунок 4.8 Схема развития спаечного процесса у больных с поздними осложнениями селективной проксимальной ваготомии.

Ответом на указанное состояние является мощное сращение желудка с окружающими органами и тканями, основные закономерности которого описаны. Ответом на указанное состояние является мощное сращение желудка с перенесших повторные операции на желудке по поводу осложненных форм язвенной болезни, сочетанной с заболеваниями органов ГПДС».

В целях подтверждения изложенной теории возникновения рубцово-спаечного процесса нами проанализированы все его этапы. Анализ второго этапа включал оценку морфологического состояния стенки желудка, при котором

исследовались все компоненты, составляющие функционально-активный «микрорайон» органа: слизистый, подслизистый, мышечный и серозный слои стенки желудка.

Анализ патоморфологических изменений резецированной части желудка позволил выявить определённую закономерность выраженности патологического процесса в зависимости от степени анатомических изменений. В слизистой оболочке альтеративные изменения были одинаково выражены у всех больных и заключались в наличии хронического гастрита (в некоторых случаях атрофического) различной степени гипертрофии и гиперплазии обкладочных клеток (рисунок 4.9).

Отличия в глубине альтерации начинались на уровне подслизистого слоя. Наименее выраженными они были у больных с I степенью анатомических изменений и заключались в наличии отека подслизистого слоя (рисунок 4.10).

У больных со II степенью, кроме отёка имело место хроническое воспаление с очаговым склерозом (рисунок 4.11) у больных с III степенью - резко выраженный очаговый, в некоторых случаях диффузный склероз с отёком (рисунок 4.12).

В мышечной оболочке также имелись также различной степени изменения. Так, если для больных с I степенью характерным было наличие отёка мышечного слоя, атрофии мышечных волокон, очагового склероза, то для больных со II степенью наличие выраженного диффузного склероза с лимфоцитарной инфильтрацией, атрофии мышечных пучков. Именно в мышечной оболочке у больных со II и особенно III степенью анатомических изменений имело место диффузное разрастание плотной волокнистой соединительной ткани с ангиоматозом (наличием новообразованных сосудов) (рисунок 4.13). Выявлены отличия выраженности патологического процесса и в серозной оболочке. Так, если для больных с I степенью основными были отёк серозного слоя, очаговая инфильтрация эозинофилами, то для больных со II степенью-разрастание рыхлой соединительной ткани с лимфоцитарной инфильтрацией, в некоторых случаях имело место разрастание плотной волокнистой соединительной ткани. Наиболее

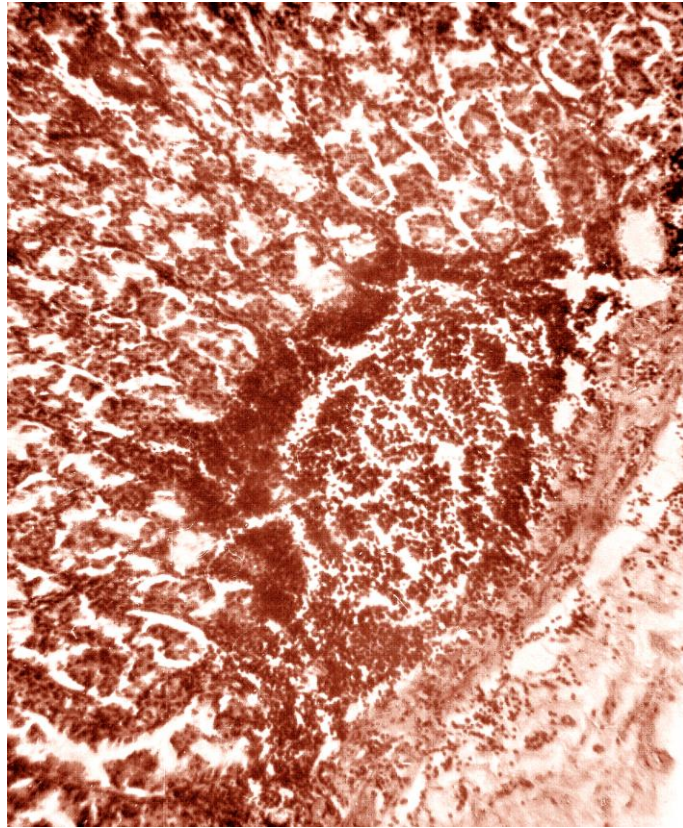


Рисунок 4.9

Гипертрофированный лимфоидный фолликул. Круглоклеточная инфильтрация слизистой и мышечной оболочек, отек подслизистого слоя, умеренный его склероз. Окраска гематоксилином и эозином. Ок.8,об.9

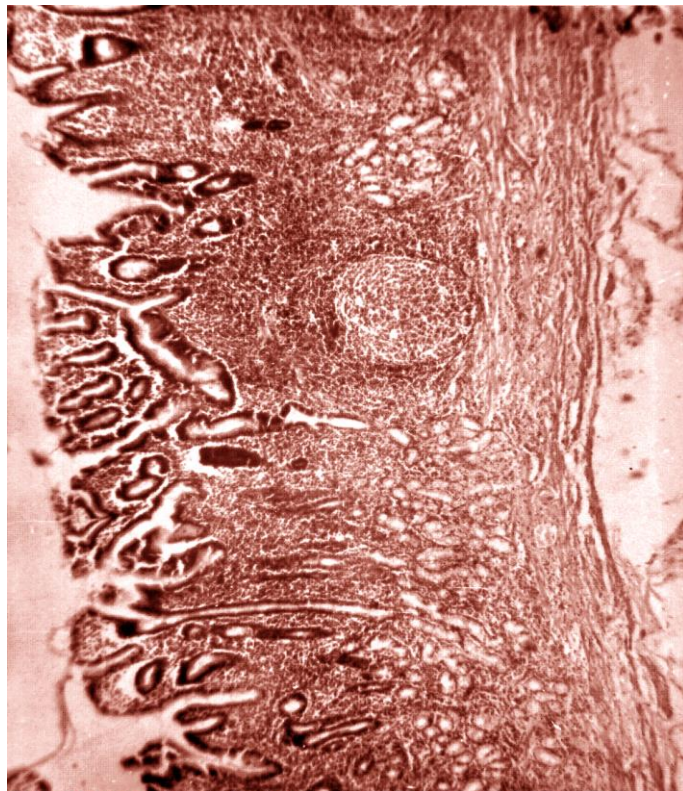


Рисунок 4.10

Атрофия слизистой оболочки, лимфоидная инфильтрация, атрофия желез, отек мышечного и подслизистого слоя. Окраска гематоксилином и эозином Ок.8,об.3,5

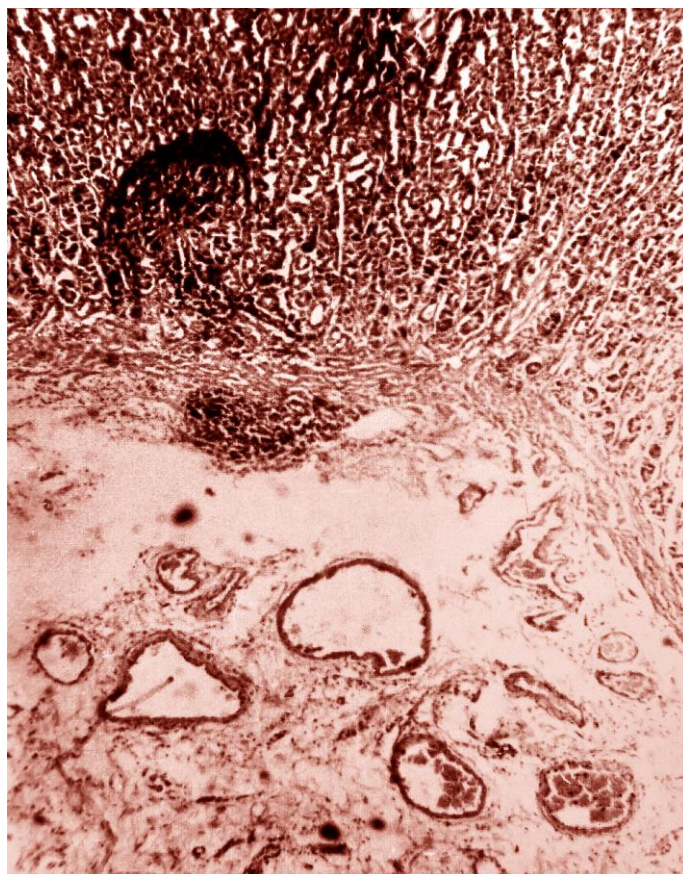


Рисунок 4.11

Отек и склероз подслизистого слоя, редукция микроциркуляторного русла, парез артериол и венул. Окраска гематоксилином и эозином Ок.8,об.3,5

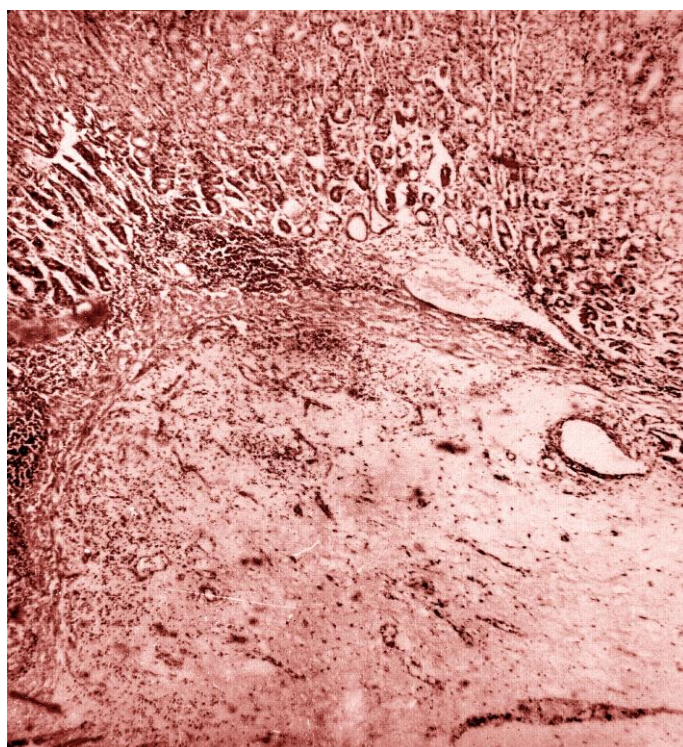


Рисунок 4.12

Очаговый, местами диффузный склероз с отеком подслизистого слоя, атрофия мышечной пластинки слизистой оболочки. Окраска гематоксилином и эозином Ок.8,об.3,5

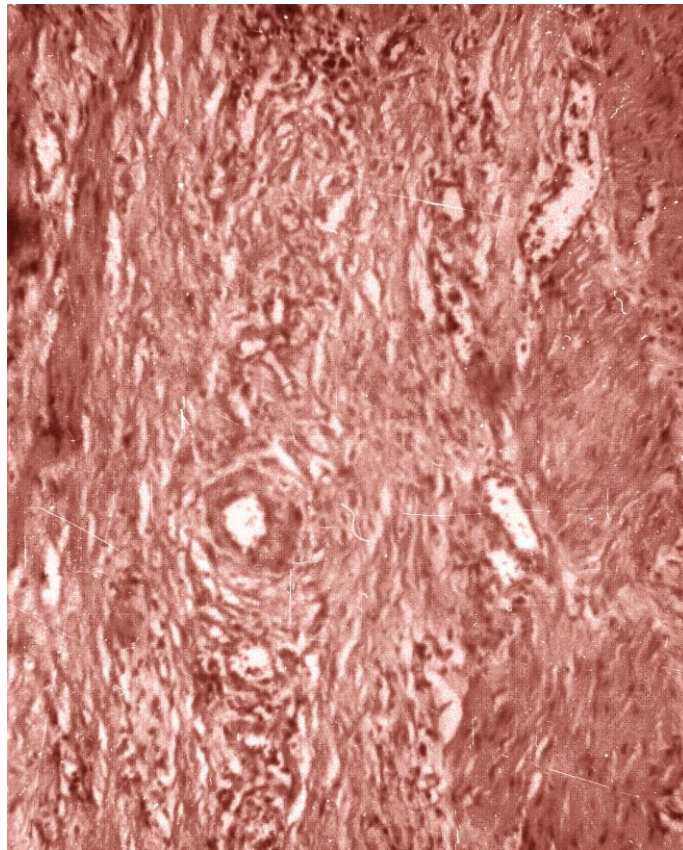


Рисунок 4.13

Диффузный склероз мышечного слоя с лимфоцитарной инфильтрацией и разрастанием рыхлой и грубой волокнистой соединительной ткани. Окраска гематоксилином и эозином Ок.8,об.9

волокнистой соединительной ткани с крупными новообразованными сосудами, грубыми были изменения у больных с III степенью более выраженной инфильтрацией сегментоядерными лейкоцитами, очаговой гистиолимфоцитарной инфильтрацией.

Глубокие изменения выявлены и в интрамуральном межмышечном нервном аппарате (Ауэрбаховское, Мейснеровское нервные сплетения), которые заключались в резких дистрофических изменениях нейронов интрамуральных ганглиев, вплоть до некроза, атрофии ганглиозных клеток, пролиферации глии. В некоторых случаях наряду с некрозом нейронов отмечена гипертрофия и отёк нервных стволов. У больных с III степенью, кроме того, отмечено наличие лимфогистиоцитарной инфильтрации вокруг нервных стволов. Приведенные морфологические изменения резецированной части желудка в ходе повторных операций при поздних осложнениях СПВ показывают, что они являются

результатом многофакторного повреждающего воздействия нейродистрофического и циркуляторного генеза.

Выявленные дистрофические и некробиотические изменения в слизистой, подслизистой, мышечной и серозной оболочках являются, наиболее вероятно, результатом выпадения медиаторной трофической функции блуждающих нервов на функционально активные клетки, а также связанными с ними ранними и поздними расстройствами микроциркуляции. Пересечение секреторных ветвей с лигированием ветвей левой желудочной артерии второго порядка влечёт за собой не только чисто денервационные, а и ишемические расстройства метаболизма в клетках. Первое может иметь проявление в увеличении проницаемости микроциркуляторного русла и перемещении плазмы крови и форменных элементов в интерстициальное пространство. Перевязка пристеночных артерий при мобилизации малой кривизны желудка усугубляет обменные нарушения в клетках и тканях, что неизменно влечет за собой миграцию иммунокомпетентных клеток в очаг повреждения, имеющую проявления в нейтрофильной и гистиолимфоцитарной инфильтрации во всех изученных случаях.

Мигрирующие форменные элементы крови, например, лимфоциты, гистиоциты активируют фибробласты, продуцирующие коллаген, и способствуют формированию на фоне отёка рыхлой, а позже грубоволокнистой соединительной ткани. Последняя по мере разрастания деформирует активно функционирующие микрососуды за счет появления фиброзных тяжей в местах гибели клеток. Возникающие на фоне воспаления гемоциркуляторные нарушения усугубляют денервационные повреждения в стенке желудка, «замыкая» тем самым порочный круг, иллубмеющий выражение в прогрессирующем склерозировании стенки желудка.

Таким образом, патологические изменения в стенке желудка у больных с поздними осложнениями 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.

В результате пролиферации клеток соединительной ткани происходит прочное сращение стенки желудка с соседними органами и тканями, богато снабжаемыми кровью (печень, большой сальник, ПОК). В условиях, когда желудок не подвергается денервации и деваскуляризации, имеют место плоскостные спайки в местах наибольшей травмы серозных оболочек. В наших наблюдениях имеется более грубое сращение желудка с вышеуказанными органами с их деформацией, заращением известных анатомических пространств. Таким образом, данное состояние, по нашему убеждению, должно рассматриваться как закономерная реакция в ответ на денервацию в сочетании с частичной деваскуляризацией желудка и носит адаптационный характер к возникшим изменениям.

Таким образом, рубцово-спаечный процесс у больных с поздними осложнениями СПВ являются следствием частичной денервации и деваскуляризации желудка и носит адаптационный характер к возникающим изменениям. Рецидив язвенной болезни в сочетании с вторичным панкреатитом и хроническим калькулезным холециститом сопровождается большой частотой осложнений (83,76%) с послеоперационной летальностью 2,6%.

Спаечный процесс в брюшной полости независимо от его этиологии после ранее выполненных вмешательств не является противопоказанием к выполнению симультанной холецистэктомии при сочетании рецидивных язв с хроническим калькулезным холециститом. У больных с этиологией спаечного процесса в виде повреждения мезотелия брюшины физическими и химическими факторами он имеет плоскостной характер и в большинстве случаев позволяет использовать миниинвазивные технологии (лапароскопические вмешательства), включая выполнение в качестве повторного вмешательства органосохраняющие операции на основе ваготомии. У больных, перенесших СПВ повторные оперативные вмешательства должны выполняться традиционным способом, без попыток использования лапароскопических методик.

РАЗДЕЛ 5 КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПЕНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

С учетом того факта, что лечение больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС предусматривает комплексные мероприятия, нами предложен индивидуальный подход к лечению данной категории больных. Последний включает в себя два этапа: медикаментозное, проводимое в качестве предоперационной подготовки и хирургическое лечение.

1 ЭТАП: В том случае, когда имело место обострение со стороны сочетанных заболеваний в виде обострения язвенной болезни, вторичного билиарного панкреатита при отсутствии абсолютных показаний к оперативному лечению проводили комплексное медикаментозное лечение, с целью предупреждения осложнений с их стороны в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах. С этой целью медикаментозное лечение сочетанных заболеваний проводилось по предложенным схемам.

2 ЭТАП: выполняли хирургическое вмешательство (сочетанное, этапное комбинированное). Сюда же относили и лапароцентез, который выполняли по методике клиники, использовали для диагностики и с лечебной целью в качестве предоперационной подготовки.

5.1. I этап. Медикаментозное лечение

Основной целью медикаментозного лечения сочетанной язвенной болезни в предоперационном периоде при наличии ЖКБ, с ее осложнений являлось: 1. достижение стадии полной или неполной ремиссии в максимально короткие сроки; 2. В случае диагностированных осложнений язвенной болезни и их комбинация медикаментозное лечение, проводимое в качестве предоперационной подготовки имело своей целью максимально уменьшить воспалительные изменения в области язвы. Поставленная цель достигалась путем нормализация секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка с использованием

высокоэффективных препаратов с хорошей переносимостью и безопасностью лечения. У больных, госпитализированных с острым желудочно-кишечным кровотечением 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 больного из стационара.

Для лечения сочетанной язвенной болезни использовали базисные и вспомогательные средства [4,100,215,312]. В качестве базисных лекарственных препаратов использовали: антисекреторные препараты, антибактериальные препараты, гастроцитопротекторы. В качестве вспомогательных противоязвенных средств использовали: антацидные препараты, холиноблокаторы периферического и центрального действия, прокинетики, спазмолитики и др. Обязательным считали назначение препаратов, нормализующих кровообращение в тканях (трентал, солкосерил).

У больных основной группы использовали антагонисты H_2 -гистаминовых рецепторов (таблица 24), блокаторы протонной помпы (таблица 25).

Таблица 24 Антагонисты H_2 -гистаминовых рецепторов ($AntH_2$) и их стандартные дозы.

Препарат	Стандартная доза, мг	
	Разовая	Суточная
Ранитидин	150	300
Низатидин	150	300
Роксатидин	150	300
Фамотидин	20	40

Таблица 25 Блокаторы протонной помпы (БПП) и их стандартные дозы.

Препарат	Стандартная доза, мг	
	Разовая	Суточная
Омепразол (омез)	20	40-80
Лансопразол (ланза,ланзап)	30	60-90
Пантопразол (контролок)	40	80-120
Рабепразол (париет)	20	20-40
Эзомепразол (нексиум)	20	40
Контралок	40	80

Медикаментозное лечение гастродуоденальных язв, неассоциированных с НР-инфекцией

При отрицательных результатах морфологического и уреазного тестов использовали на протяжении 3-4 недель при язвенной болезни ДПК (ЯБ ДПК) и 4-8 недель - при язве желудка антисекреторных препаратов (АнтН₂, БПП), а также локально-действующих препаратов (де-нол 120 мг 4 раза в день или сукральфат (вентер) 1 г 4 раза в день) в течение 2-4 недель.

Медикаментозное лечение язв, ассоциированных с НР-инфекцией

Всем больным с ЯБ проводили диагностику НР-инфекции, для чего использовали гистологический тест и дыхательный тест с ¹³С-мочевинной. Согласно Маастрихтскому соглашению 2000г., антихеликобактерная терапия должна проводиться всем НР-позитивным больным с наличием язв в желудке или ДПК независимо от стадии заболевания (обострение или ремиссия), в случаях, осложнившихся кровотечением, а также после резекции желудка. По данным многочисленных контролируемых исследований, успешное излечение от НР-инфекции (эрадикация) у больных язвенной болезнью сопровождается не только быстрым заживлением язвы, но и исчезновением воспалительных изменений в слизистой оболочке желудка и ДПК, снижением частоты рецидивов и осложнений заболевания, а также уменьшением риска развития рака желудка.

Терапия первой линии (Маастрихтский консенсус 2-2000 (21-22сентября 2000г.) [221] Как лечить Н.pylori-инфекцию?): ингибитор протонной помпы (или ранитидин, висмута цитрат) в стандартной дозе 2 раза в день +кларитромицин по 500 мг 2 раза в день+амоксциллин по 1000 мг 2 раза в день или метронидазол по 500 мг 2 раза в день в течение минимум 7 дней (таблица 26).

Сочетание кларитромицина+амоксциллина предпочтительнее, чем кларитромицина + метронидазол, поскольку последнее способствует получению лучших результатов при использовании второй линии (квадро- терапии). В случае неудачной эрадикации Н.pylori прибегают к терапии второй линии.

Терапия второй линии: ингибитор протонной помпы (или ранитидин, висмута цитрат) в стандартной дозе 2 раза в день + висмута субсалицилат (субцитрат) по 120 мг 4 раза в день + метронидазол по 500 мг 3 раза в день + тетрациклин по 500 мг 4 раза в день в течение минимум 7 дней. Высоких уровней эрадикации (в пределах 90-95%) достигали только при неукоснительном соблюдении вышеуказанных режимов.

После окончания курса эрадикационной терапии большинство практических врачей продолжают назначение лечение антисекреторных препаратов (АнтН₂, БПП) в стандартной дозе ещё в течение 2-х недель при дуоденальной и 3-6 недель при желудочной локализации язв, хотя сам Маастрихтский консенсус 2-2000 этого не рекомендует. При неосложненной ЯБДПК после эрадикационной терапии антисекреторные препараты не назначали.

Таблица 26 Антимикробные средства для эрадикационной терапии.

Средства с антихеликобактерной активностью и их стандартные дозы

Препарат	Стандартная доза, мг	
	Разовая	Суточная
Полусинтетические пенициллины: амоксициллин (флемоксин солютаб)	1000	2000
Нитроимидазолы: метронидазол, тинидазол	500	1000
Макролиды: кларитромицин (клацид)	500	1000
Тетрациклины: тетрациклина гидрохлорид	500	2000

Оценка эффективности эрадикационной терапии

Через 4 недели после проведения лечения проводили контроль за эрадикацией НР-инфекции с помощью неинвазивных методов (дыхательный тест с ¹³С-мочевинной или Stool-test). При удачной эрадикации НР-инфекции и отсутствии клиники, контрольную эндоскопию при локализации язвы в ДПК не проводили. Для подтверждения эрадикации при язве желудка выполняли эндоскопический контроль эрадикации и при необходимости повторные полипозиционные биопсии [393,423,468].

Появление положительных результатов тестов на НР-инфекцию спустя год после лечения расценивали как рецидив инфекции, а не реинфекцию, поэтому провели повторный курс антихеликобактерной терапии с применением другой комбинации препаратов.

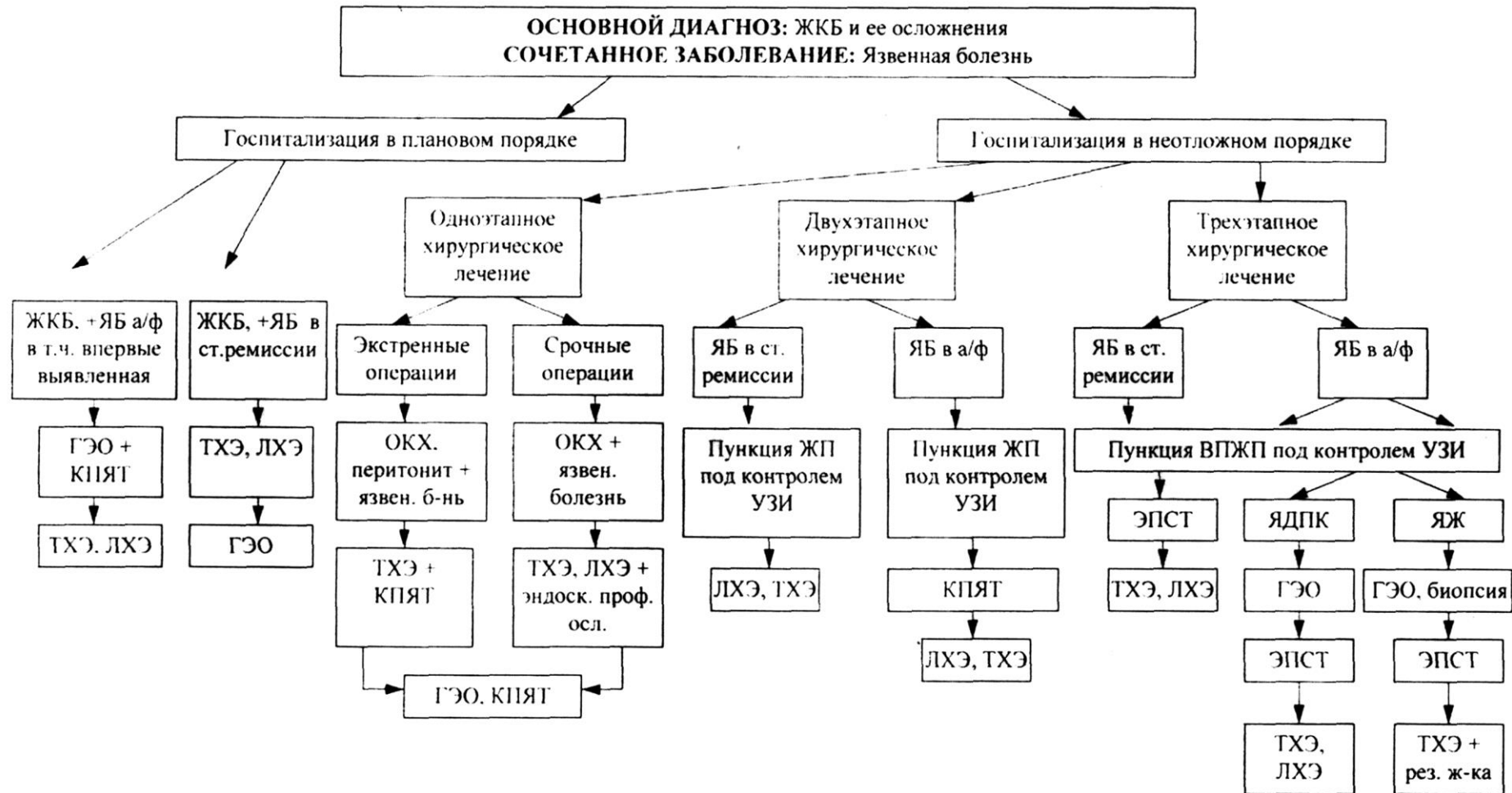
Полная ремиссия язвенной болезни предполагала стойкое исчезновение клинических симптомов заболевания, сопровождающаяся заживлением язвы, ликвидацией признаков гастродуоденита и НР-инфекции.

Неполная ремиссия предполагала наличие незарубцевавшейся язвы любой локализации, и/или эрозий гастродуоденальной зоны, и/или активного гастродуоденита, и/или отсутствие эрадикации НР. В этих ситуациях пытались проанализировать дисциплинированность больного в отношении режима лечения и провести соответствующую коррекцию терапии в зависимости от клинической ситуации. Если язва зарубцевалась, но сохранялся активный гастро-дуоденит с персистирующей НР-инфекцией, проводили повторный курс антихеликобактерной терапии с применением другой комбинации препаратов.

5.2. II этап. Хирургическое лечение

Хирургическое лечение больных основной группы (n=214) выполняли в соответствии с разработанной тактикой, учетом факторов хирургического риска, индекса хирургического стресса, типом течения сочетанной язвенной болезни и ведущей хирургической патологией (в соответствии с описанием в главе «Клиническая характеристика больных основной группы») (тактический алгоритм 2). При этом пользовались тем положением, что ЖКБ является «пусковым механизмом», ликвидация которого приводила к стабилизации клинического течения, как язвенной болезни, так и вторичного билиарного панкреатита. (Способ лечения гастродуоденальных язв, сочетанных с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Декларационный патент на полезную модель № 8951, 2005).

ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ (Такт. алгоритм 2)



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; ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия; рез. ж-ка – резекция желудка; ХЛ – холедохолитиаз; ВПЖП-внепеченочные желчные протоки.

Показания к симультанным операциям

При планировании выполнения симультанных операций по поводу сочетанной язвенной болезни основными критериями считали:

1. уровень кислотности желудочного сока;
2. тип клинического течения сочетанной язвенной болезни.
3. Цифровое значение ИХС о наличии низкой и высокой вероятности развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Уровень кислотности желудочного сока определяли рН-метрией. Руководствовались общепризнанными показателями кислотности желудочного сока: 1. Анацидность-7,0-7,5; 2. Выраженная гипоацидность-3,6–6,9; 3. Умеренная гипоацидность-2,3–3,5; 4. Нормацидность-1,6–2,2; 5. Умеренная гиперацидность-1,3–1,5; 6. Выраженная гиперацидность-0,9–1,2.

Последнюю выполняли в предоперационном периоде на этапах комплексной диагностики сочетанных заболеваний органов ГПДС, а также интраоперационно для оценки эффективности проведенной противоязвенной терапии в предоперационном периоде.

Вид и объем симультанного вмешательства определяли следующим образом:

1. при наличии умеренной, выраженной гипер- и нормацидности считали достаточным выполнение санации желчевыводящей системы в виде изолированной холецистэктомии. Предпочтение отдавали ЛХЭ. По показаниям выполняли коррекцию ХДН. Группа больных со стабильным течением сочетанной язвенной болезни. ИХС $1,3 \pm 0,7$ и ниже.
2. при наличии умеренной гиперацидности выполняли органосохраняющие операции (ПСПВ), включая иссечение язвы, с последующей пилоропластикой, СтВ. По показаниям выполняли коррекцию ХДН. Группа больных с нестабильным течением сочетанной язвенной болезни. ИХС $1,3 \pm 0,7$ и выше.
3. при наличии выраженной гиперацидности ставили показания к выполнению экономной резекции желудка (антрумэктомия). 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 ставили у следующих категорий больных:

1. У больных с деструктивным калькулезным холециститом (без признаков перитонита). Сочетанное заболевание: язвенная болезнь в стадии обострения. При этом принимались во внимание: а). возраст (у больных с острым деструктивным калькулезным холециститом возраст вариировал от 76 до 83($78 \pm 3,4$) лет. б). наличие сопутствующих заболеваний в стадии суб-, декомпенсации и необходимость их коррекции.
2. У больных с ЖКБ, холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом, вторичны билиарным панкреатитом. Сочетанное заболевание: язвенная болезнь в стадии обострения. (3-х этапный способ). При этом 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.
3. ИХС выше $1,3 \pm 0,7$ с абсолютным значением развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Основная группа оперированных больных:

1. Больные с хроническим калькулезным холециститом. Сочетанные заболевания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки ($n=81-37,9\%$).
2. Больные с острым калькулезным холециститом. Сочетанные заболевания: язвенная болезнь ($n=65-30,4\%$).
3. Больные с ЖКБ, острым (обострением хронического) билиарным панкреатитом. Сочетанное заболевание: язвенная болезнь. 42(19,6%).
4. Больные с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом. Сочетанное заболевание: язвенная болезнь—26(12,1%) (таблица 29).

5.3. Медикаментозное лечение больных с основным диагнозом хронический калькулезный холецистит в предоперационном периоде

В группе больных с хроническим калькулезным холециститом (n=81) сочетанная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения имела место у 19, язвенная болезнь желудка у 12(из них ВЯЖ у 4), пептическая язва гастроэнтероанастомоза (в анамнезе резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру) у 2 больных. Таким образом, обострение язвенной болезни на фоне хронического калькулезного холецистита диагностировано у 31(38,3%) больного. Осложненная форма гастродуоденальной язвы в виде пенетрации в окружающие органы и ткани (у двух больных с формированием пузырно-двенадцатиперстной фистулы), стеноза (субкомпенсированная, декомпенсированная формы), крототечения и их различной комбинации диагностирована у 21(25,9%) из 31 больного с обострением язвенной болезни. Полной ремиссии язвенной болезни ДПК в сроки $11,0 \pm 1,5$ сут. удалось достичь у 13 больных с язвенной болезнью ДПК. Неполная ремиссия, с уменьшением язвенного дефекта, периульцерозных воспалительных явлений достигнута у 18 больных. Так у 2 больных язвенный дефект уменьшился с 0,6 см. до 0,2 см. через $9,5 \pm 1,5$ сут. Больные были оперированы в связи с удерживающимся болевым синдромом. У 12 больных со стенозом выходного отдела желудка (субкомпенсированный-11, декомпенсированный-1) сочетанным с другими осложнениями (пенетрация, кровотечение) проведенное медикаментозное лечение в качестве предоперационной подготовки позволило улучшить эвакуаторную функцию желудка, с последующими эндоскопическим проведением питательного зонда за уровень стеноза и зондовым питанием. У больных с язвенной болезнью желудка (n=12) противоязвенная терапия позволила достигнуть неполной ремиссии у всех больных. Этот период использован для верификации доброкачественного характера язвы после проведения полипозиционной гастробиопсии.

Оперативные вмешательства у больных основной группы представлены в следующем виде (таблица 27):

Таблица 27 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, ВБП (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.	ИТОГО	214	100,0	80	37,3	31	14,5

Сокращения: **ЛХЭ**-лапароскопическая холецистэктомия; **ТХЭ**-традиционная холецистэктомия; **ДО**-дренирующая операция; **АЭ**- антрумэктомия; **КПЖСА**-катетеризация правой желудочно-сальниковой артерии; **ЭТВМ** -этапные (2-х,3-х) вмешательства; **РСТ**-рассечение связки Трейца, **МЖ**-механическая желтуха; **ХДА**-холедоходуоденоанастомоз; **пп.**-пилоропластика; **ЯБ**-язвенная болезнь, **ТВ**-традиционные вмешательства; **ВБП**-вторичный билиарный панкреатит. *-учтены в ЛХЭ (n=9)

Количественная оценка суммы баллов хирургического риска и ИХС представлена следующим образом:

1. Хронический калькулезный холецистит (изолированная ТХЭ). Сумма баллов хирургического риска составила 4,8- 10,4(6,9±1,3), ИХС-1,4-2,0(1,7±0,7).

2. Хронический калькулезный холецистит (изолированная ЛХЭ). Сумма баллов хирургического риска составила 0,2-3,4(2,3±0,7), ИХС-0,2-0,95(0,7±0,5).

3. Хронический калькулезный холецистит. Холецистэктомия в сочетании с симультанными операциями (ОСО): сумма баллов хирургического риска составила 10,0-11,9(10,9±1,6), ИХС-1,3-1,8(1,6±0,7).

4. Хронический калькулезный холецистит. Холецистэктомия в сочетании с симультанными операциями (АЭ). сумма баллов хирургического риска составила 11,2-15,2(13,3±1,7), ИХС-1,4-1,8(1,6±0,7).

5.3. Хирургическое лечение

Хирургические вмешательства у больных с хроническим калькулезным холециститом выполняли под эндотрахеальным наркозом. ЛХЭ выполнена у 48(59,3%), ТХЭ у 33(40,7%) больных (Таблица 30-частота рассчитана на 81 больного данной группы). Конверсия ЛХЭ выполнена у 3(5,8%) больных: в результате диагностической ошибки с интраоперационным выявлением пузырно-двенадцатиперстной фистулы (n=1), у больного ранее перенесшего резекцию желудка, в связи с выраженным спаечным процессом в брюшной полости(n=1), и у больного с развитием кровотечения из ложа желчного пузыря в 1 сутки после ЛХЭ.

При ТХЭ использовали доступ Кохера в модификации клиники (Способ доступа при операциях на желчном пузыре и желчных протоках. (Патент на полезную модель № 19735, 2006 г.)

Основной целью данного способа являлось: исключение возникновения послеоперационных вентральных грыж, возможность выполнения минидоступа (8-10 см.), а также сохранение компрессионной функции брюшной стенки благодаря отсутствию повреждений мышц и нервных волокон (рисунки 5.1–5.6).

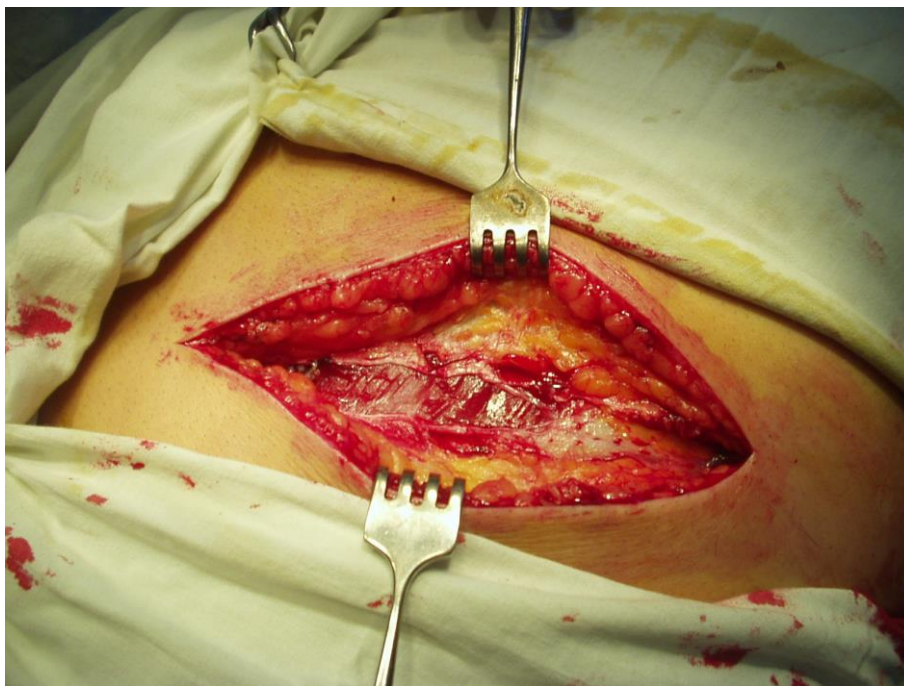


Рисунок 5.1

Доступ Кохера в модификации клиники (снимки производились со стороны головы больного). Рассечены передняя стенка влагалища прямой мышцы живота, апоневроз наружной косой мышцы живота

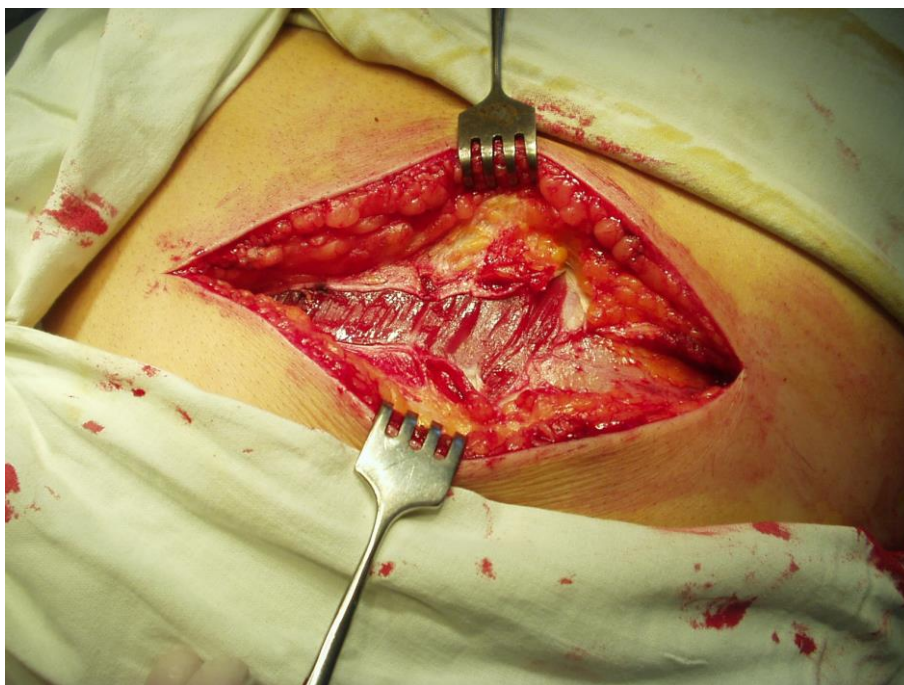


Рисунок 5.2

Рассечен внешний край влагалища прямой мышцы по направлению вверх и вниз на расстояние 2 см



Рисунок 5.3
Мобилизована задняя поверхность прямой мышцы от задней стенки влагалища

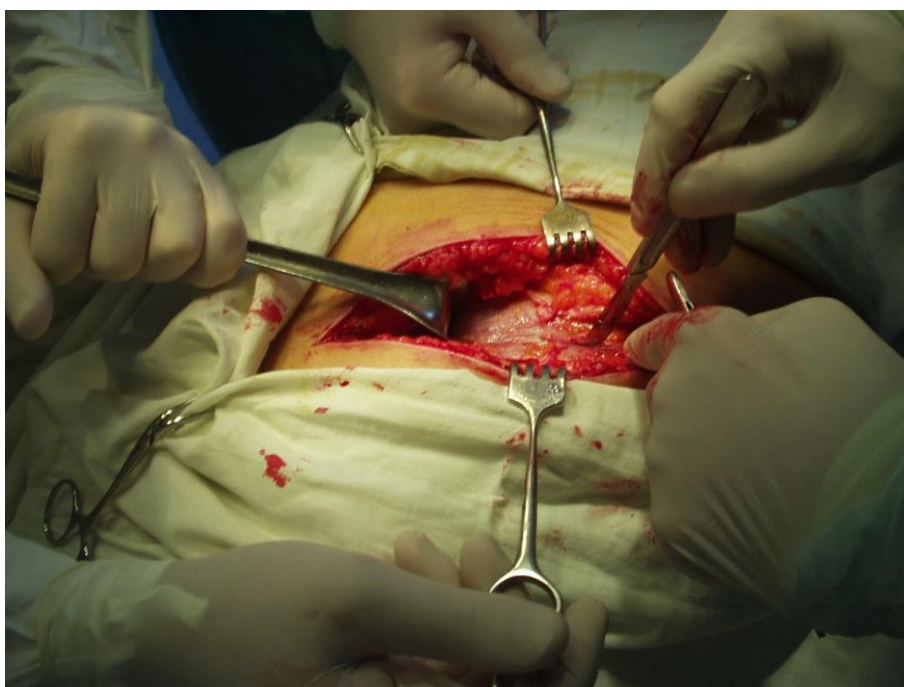


Рисунок 5.4
Прямая мышца живота отведена брюшным зеркалом Фрича медиально.
Рассечение собственной фасции внутренней косой мышцы живота

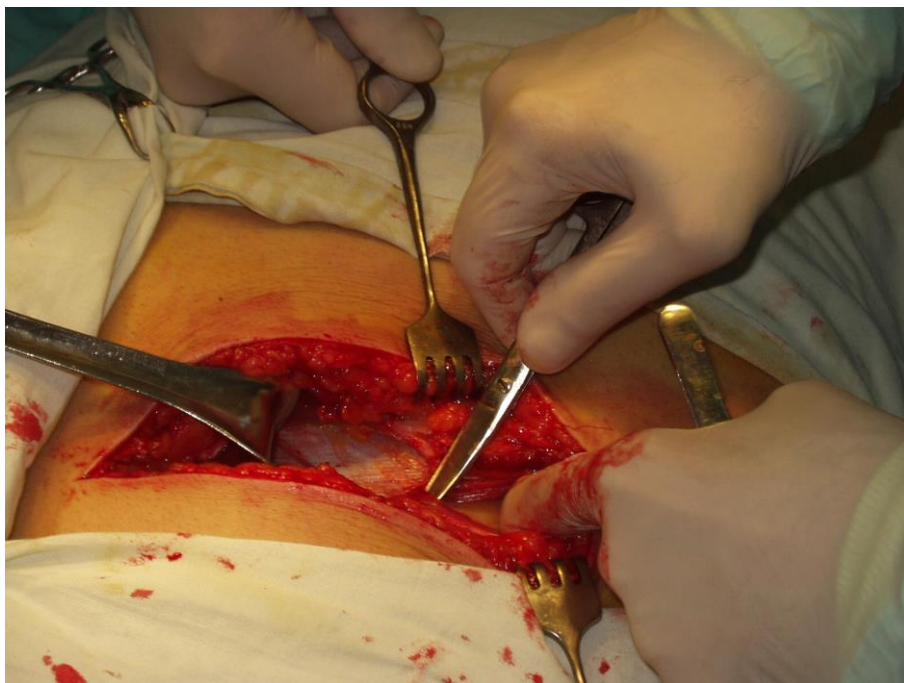


Рисунок 5.5

Тупым путем разведены в стороны внутренняя косая и поперечная мышцы живота Брюшным зеркалом Фрича мобилизованная прямая мщца живота отведена к срединной линии



Рисунок 5.6

Операционный доступ в законченном виде. В нижнем углу операционной раны определяется флегмонозно измененный желчный пузырь. Длина разреза практически соответствует ширине печеночного зеркала

Способ выполняли следующим образом: выполняли правый подреберный разрез на 4 см ниже и параллельно реберной дуге длиной 8-10 см. Послойно рассекали кожу, подкожную клетчатку, переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота, апоневроз наружной косой мышцы живота, частично наружную косую мышцу в латеральной части операционного разреза, внешний край влагалища прямой мышцы по направлению вверх и вниз на расстояние 2 см. таким образом, чтобы было легко мобилизовать и отделить заднюю поверхность прямой мышцы от задней стенки влагалища. Брюшным зеркалом Фрича отводили прямую мышцу к средней линии, в результате чего открывалась вся задняя стенка влагалища прямой мышцы. Рассекали собственную фасцию внутренней косой мышцы и тупым путем разводили в стороны внутреннюю косую и поперечную мышцы по направлению к латеральному краю операционного разреза, а также VII и VIII межреберные нервы, которые иннервируют, не повреждая их. Теперь дно раны представлено париетальной брюшиной во внешней $\frac{1}{2}$ и задней стенкой влагалища прямой мышцы, отведенного и неповрежденного в медиальной $\frac{1}{2}$ операционного разреза. Париетальную брюшину и заднюю стенку влагалища прямой мышцы рассекали острым путем на всю длину операционного разреза, вскрывали брюшную полость. Далее выполняли собственно оперативный прием, связанный с патологией желчного пузыря или желчных протоков.

В клиниках хирургических болезней автор в течение последних 24 лет использовал данный доступ у 168 больных. (за исключением случаев разлитого желчного перитонита). Послеоперационных осложнений в виде послеоперационных вентральных грыж у больных, оперированных по предложенному способу не наблюдали.

ТХЭ и ЛХЭ выполняли по предложенным способам. При этом предложены три усовершенствованных нами способа: 1. Способ проверки надежности герметизации культи желчного протока. Патент на полезную модель № 68565, 2012 г.) 2. Способ холецистэктомии. Патент на полезную модель № 19587, 2006 г.) 3. Способ ушивания ложа желчного пузыря после холецистэктомии. Патент на полезную модель № 19738, 2006 г.)

Способ проверки надежности герметизации культи пузырьного протока

Основной целью данного способа являлось: доказать эффективность использования аппарата биологической сварки тканей при выполнении холецистэктомии (ЛХЭ, ТХЭ), осуществляя контролируемую гипертензию в удаленном желчном пузыре и устанавливали максимальное гидростатическое давление в миллиметрах водного столба, при котором наступает разгерметизация культи пузырьного протока.

Контролируемую гипертензию в просвете удаленного желчного пузыря осуществляли путем постепенного подъема флакона (400,0мл.) с физиологическим раствором. При этом система с физиологическим раствором была связана с просветом удаления желчного пузыря путем прокола его стенки иглой из системы. Подъем флакона осуществляли до тех пор, пока не наступал разрыв «сваренного» пузырьного протока. Таким образом, выявление контролируемых максимальных показателей гидростатического давления происходило за пределами организма больного, исключала вероятность развития желчного перитонита.

Способ выполняли следующим образом: Выполняли холецистэктомию лапароскопическим или традиционный способом. Культю пузырьного протока обрабатывали аппаратом биологической сварки ткани (ЭК 300 М1) Готовили систему (рисунок 5.7), которая включала: штатив для инфузии проградуированный в направлении снизу вверх через каждые 10 см., систему без дозатора, флакон с физиологическим раствором, удаленный желчный пузырь со «сваренным» пузырьным протоком. Желчный пузырь пунктировали иглой, которую подключали к системе. Флакон с раствором постепенно поднимали в направлении снизу-вверх.

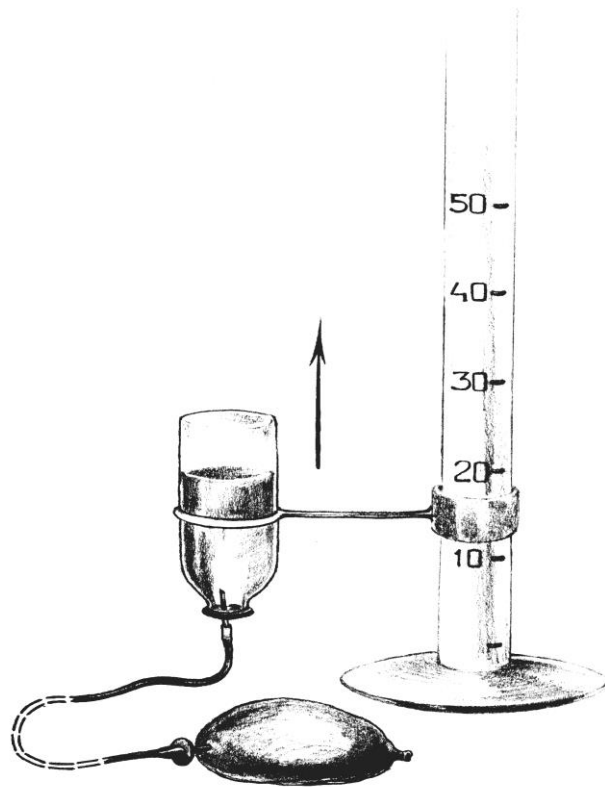


Рисунок 5.7

Способ проверки надежности герметизации культы пузырного протока

При этом в просвете желчного пузыря осуществлялась контролируемая гипертензия. Постоянно фиксировали гидростатическое давление в мм. вод.ст., а также максимальный показатель гидростатического давления в мм.вод.ст., при котором наступает разрыв сварки пузырного протока.

При проведении заявленного способа (при норме гидростатического давления в просвете внепеченочных желчных протоков 80-150мм.вод.ст., при механической желтухе максимально до 300 мм.вод.ст.) разрыв пузырного протока наступал при гидростатическом давлении $450 \pm 2,3$ мм.вод.ст. При этом отмечена следующая особенность: чем толще стенка «свариваемого» органа, тем прочнее наложенный «шов». Так, при флегмонозной форме воспаления в желчном пузыре при «сваривании» его стенки последний выдерживает гидростатическое давление до 1450 мм. водн.ст.

В клинике хирургических болезней хирургических болезней ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО на базе ЦГКБ №1 предложенный способ

использован у 26 больных с желчнокаменной болезнью, и ее осложнениями. Способ показал высокую надежность герметизации биологической сварки тканей. Осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах не наблюдали.

Способ холецистэктомии

Широкое внедрение в хирургическую практику новых технологий в последние годы связано с применением высокочастотной электрохирургии [177]. Ее использование охватывает широкий круг хирургических специальностей: общая хирургия, проктология, онкология, гинекология и многие другие [163,388,395,403,410,461,466].

Благодаря разработкам коллектива сотрудников Института электросварки им. Е.О. Патона НАН Украины по инициативе академика Б.Е.Патона [216,217,218] появилась возможность применения высокочастотного электротока для соединения мягких тканей. Разработанный высокочастотный генератор ЭК-300 М1 и набор специализированного инструментария позволяет производить сварку тканей на основе дозированной подачи модулированного тока, автоматически генерируемого в зависимости от конкретного тканевого импеданса.

Основной целью данного способа являлось: исключение интра- и послеоперационных осложнений в виде кровотечения, несостоятельности культи пузырного протока, обеспечение «безопасной» работы хирурга при выполнении оперативных вмешательств у больных с избыточным весом (ожирение 3-4 ст.) в виде недостаточной фиксации узлов лигатуры на культе пузырного протока, что может привести к несостоятельности лигатуры с последующим истечением желчи в брюшную полость и развитием желчного перитонита. Показанием к данному способу операции является наличие ЖКБ, хронического и деструктивного калькулезного холецистита.

Поставленную задачу решали таким образом, что пузырьный проток и пузырную артерию «лигировали» путем коагуляции зажимом аппарата "Высокочастотный электрокоагулятор ЕК-300 М1"[218].

Способ выполняли следующим путем: выполняли ЛХЭ, либо лапаротомию косым подреберным разрезом в своей модификации. Отграничивали желчный пузырь и печечно-двенадцатиперстную связку марлевыми тампонами и брюшными "зеркалами". Острым путем рассекали наружный край печечно-двенадцатиперстной связки в проекции пузырного протока. Выделяли пузырный проток из окружающих тканей к месту его впадения в общий желчный проток. Накладывали зажим аппарата "Высокочастотный электрокоагулятор ЕК-300М1" на пузырный проток на расстоянии 5 мм от места его впадения в общий желчный проток (рисунок 5.8), выполняли коагуляцию в режиме «Зажим»-6,7,8. Предпочтение отдавали режиму 7. При этом время экспозиции процесса «сваривания» составляло 5 сек. по 4 приема. Дистальный отдел пузырного протока непосредственно у шейки желчного пузыря пережимали изогнутым зажимом Федорова. Пересекали пузырный проток между «сваренным» пузырным протоком и зажимом Федорова. Далее выделяли пузырную артерию в треугольнике Кало и (рисунок 5.9) коагулировали ее таким же способом, субсерозно удаляли желчный пузырь. При этом руки хирурга не погружали в глубины операционной раны. Дренировали брюшную полость через отдельный разрез у нижнего угла операционной раны, ушивали операционную рану.

В клинике хирургических болезней ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО на базе ЦГКБ № 1 г. Донецка по данному способу оперированы 16 больных с хроническим, острым калькулезным холециститом и их осложнениями в виде холедохолитиаза, механической желтухи, желчного перитонита с различными распространением. Интраоперационных и послеоперационных осложнений у больных, оперированных по предложенному способу не наблюдали.

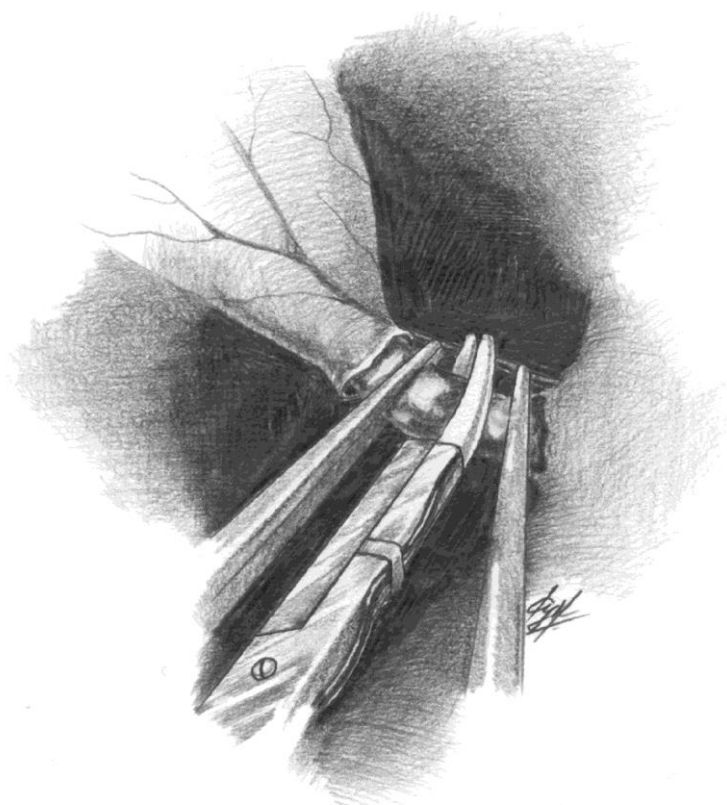


Рисунок 5.8

Способ холецистэктомии. Зажим аппарата "Высокочастотный электрокоагулятор ЕК-300М1" наложен на пузырный проток

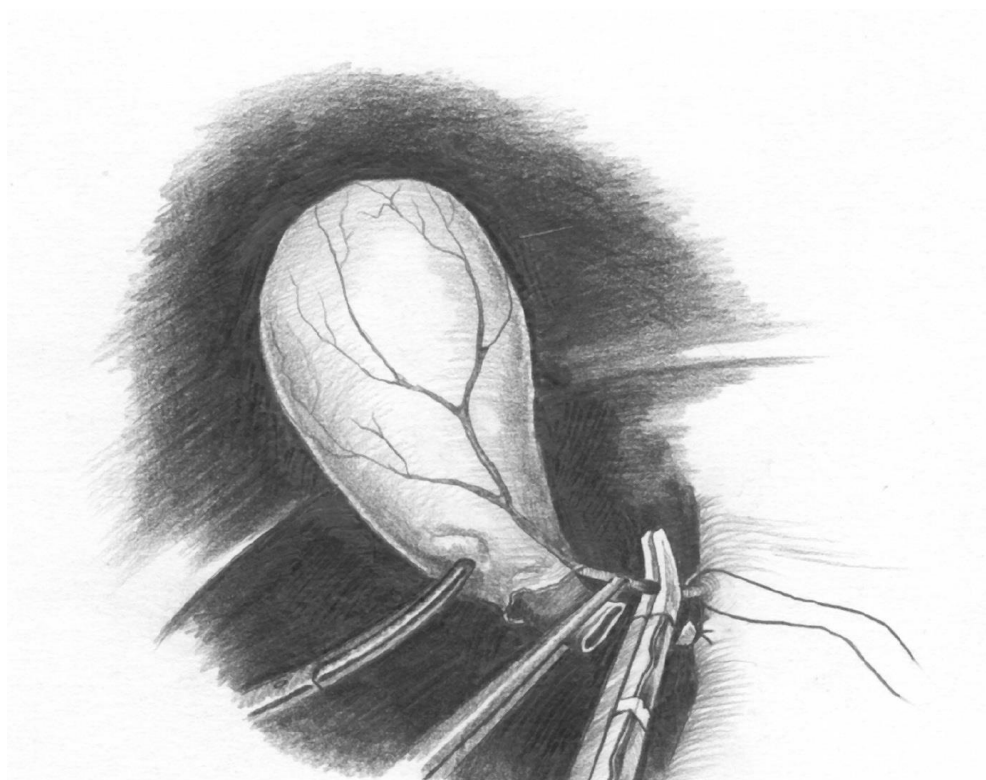


Рисунок 5.9

Способ холецистэктомии. Зажим аппарата "Высокочастотный электрокоагулятор ЕК-300М1" наложен на пузырную артерию

Морфологические изменения в тканях при воздействии ЭК-300 МІ

1. В **жировой клетчатке** (рисунок 5.10) наблюдаются очаги коагуляционного некроза. Размеры повреждений в жировой клетчатке: $0,64-1,8(0,9\pm0,5)$ мм.

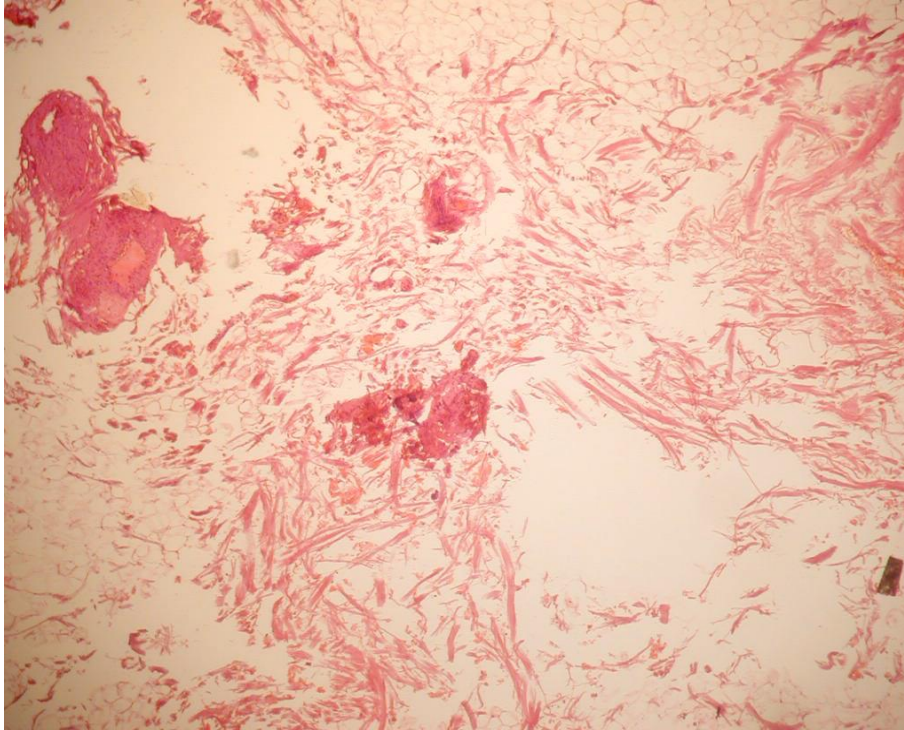


Рисунок 5.10

Очаги коагуляционного некроза в жировой клетчатке Окраска гематоксилином и эозином, Ув.х280 Ок.8,об. 3,5

2. В **серозной оболочке** отмечается деформация, в ней, между сосудами определяются бесструктурные розового цвета массы волокнистого вида как результат коагуляционного некроза. В периферических отделах в стенках сосудов частичный коагуляционный некроз, а также некроз в жировой клетчатке вокруг сосудов. Эритроциты в просвете сосудов гемолизированы. Размеры повреждений в серозной оболочке: $0,16-0,31(0,2\pm0,4)$ мм (рисунок 5.11).

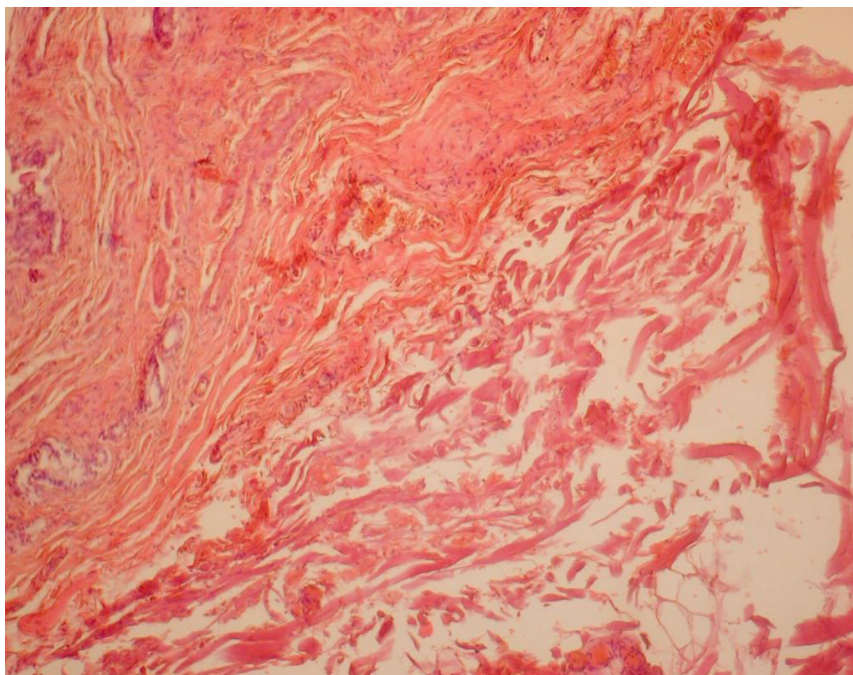


Рисунок 5.11

Деформация в серозной оболочке, безструктурные массы между сосудами
Окраска гематоксилином и эозином, Ув.х280 Ок.8,об. 3,5

3. В **мышечной оболочке** структура нарушена, контуры мышечных волокон не дифференцируются (рисунок 5.12)

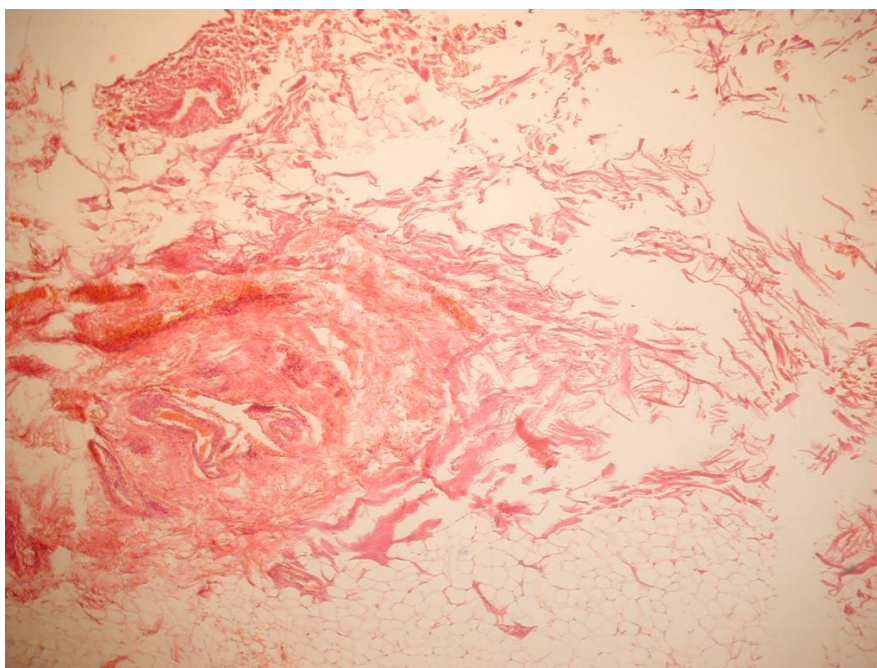


Рисунок 5.12

Частичный коагуляционный некроз в периферических отделах сосудов
Окраска гематоксилином и эозином, Ув.х280 Ок.8,об. 3,5

Мышечные волокна представлены гомогенными мышечными массами с разбросанными мышечными ядрами. Некоторые из них увеличены, с неровными контурами, ядерная оболочка не определяется. Многие ядра представлены «обломками» ядерного хроматина.

Размеры повреждений в мышечной оболочке: $0,22-0,24(0,2\pm0,4)$ мм

4. В **слизистой оболочке** определяются повреждения эпителия, которые выражаются в том, что эпителиальные клетки и их ядра резко вытянуты, сливаются между собой (рисунок 5.13). Границы между ядрами и клетками нет. Поврежденный эпителий теряет связь с базальной мембраной. В некоторых случаях наблюдается полное отсутствие эпителия на всем протяжении (десквамация) по линии воздействия аппарата биологической сварки тканей.

Размеры повреждений в слизистой оболочке: $0,27-0,31(0,3\pm0,4)$ мм.

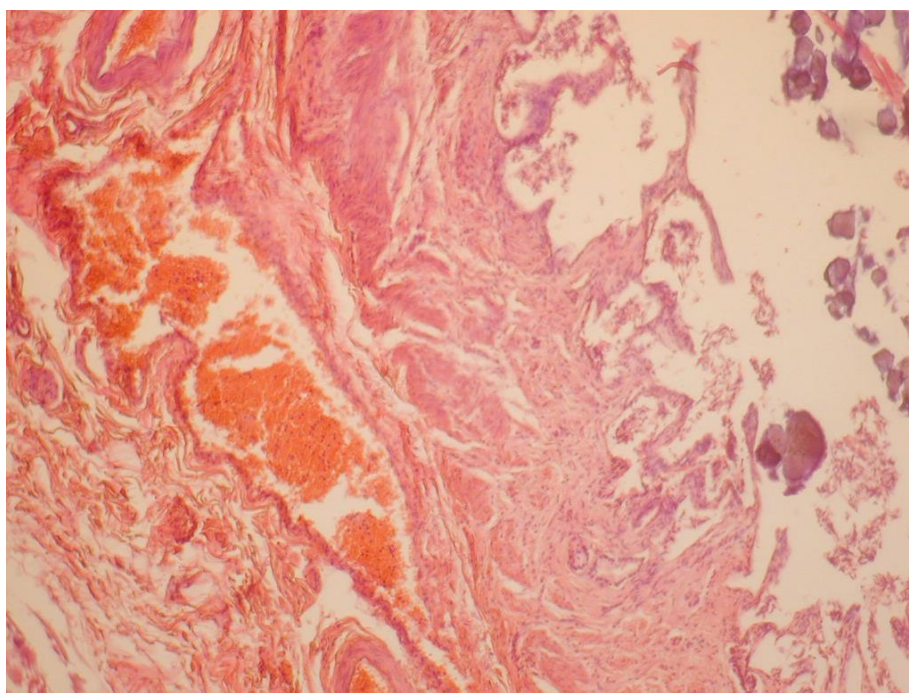


Рисунок 5.13

Гомогенность структуры мышечной оболочки

Повреждение эпителия слизистой оболочки

Окраска гематоксилином и эозином, Ув.х280 Ок.8,об. 3,5

Способ ушивания ложа желчного пузыря после холецистэктомии

Ложе желчного пузыря после холецистэктомии, с целью гемостаза, обрабатывали аппаратом биологической сварки тканей. Однако, в некоторых случаях (механическая желтуха с высоким уровнем билирубинемии) такой гемостаз был малоэффективным. В связи с этим, нами предложен способ ушивания ложа желчного пузыря после холецистэктомии (Патент на полезную модель от 15.12.2006г.). Показанием к выполнению данного способа операции является невозможность произвести надежный гемостаз миниинвазивными способами. Основной целью данного способа являлось: создание надежного гемостаза и герметизации ложа желчного пузыря в том случае когда кровоточивость тканей, в т.ч. печени слишком высока (острый деструктивный холецистит, механическая желтуха).

Способ выполняли следующим образом (рисунки 5.14,5.15): после лигирования пузырного протока и артерии удаляли желчный пузырь. Длинной кетгутовой лигатурой с круглой иглой прошивали ложе желчного пузыря в проксимальной части, вблизи от культи пузырного протока и разделяли лигатуру на 2 равные части. На конец свободной ее части накладывали зажим и размещали ее вдоль ложа желчного пузыря. Второй частью лигатуры с иглой ушивали ложе в дистальном направлении непрерывным обвивным швом таким образом, чтобы свободная лигатура находилась в просвете обвивного шва. После того, как ушивание закончено в дистальном отделе желчного пузыря оба конца двух лигатур связывали. При этом наложенный шов гофрировал ложе удаленного желчного пузыря по типу «кисета». Операцию заканчивали дренированием брюшной полости и ушиванием операционной раны.

В клинике хирургических болезней ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО на базе ЦГКБ № 1 г. Донецка и хирургической клиники ДОКТМО им. К.Т Овнатаняна по данному способу оперированы 484 больных, в т.ч. в 132 случаях при остром деструктивном холецистите, холедохолитиазе, механической желтухе в сочетании с язвенной болезнью (у 48 больных). Послеоперационных

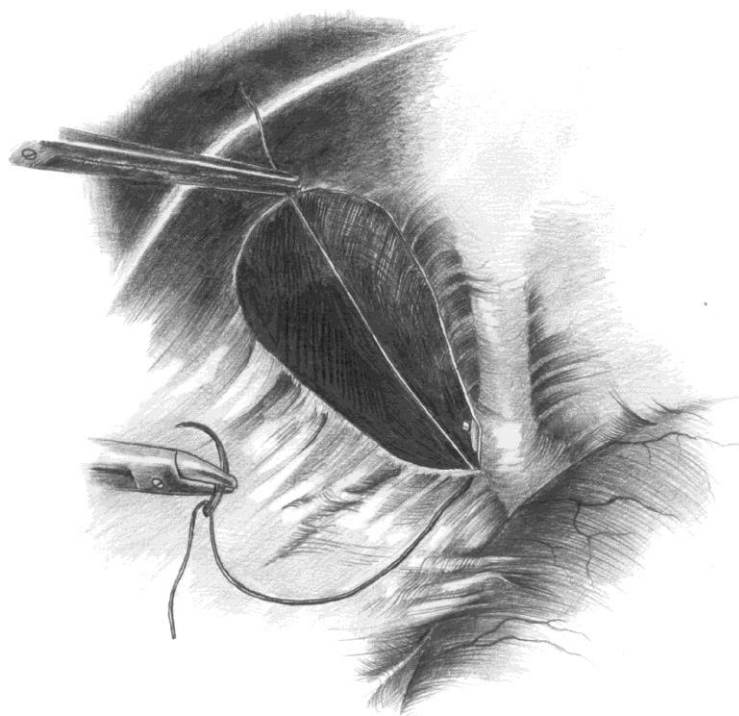


Рисунок 5.14

Способ ушивания ложа желчного пузыря после холецистэктомии. Ушивание ложа желчного пузыря в дистальном направлении

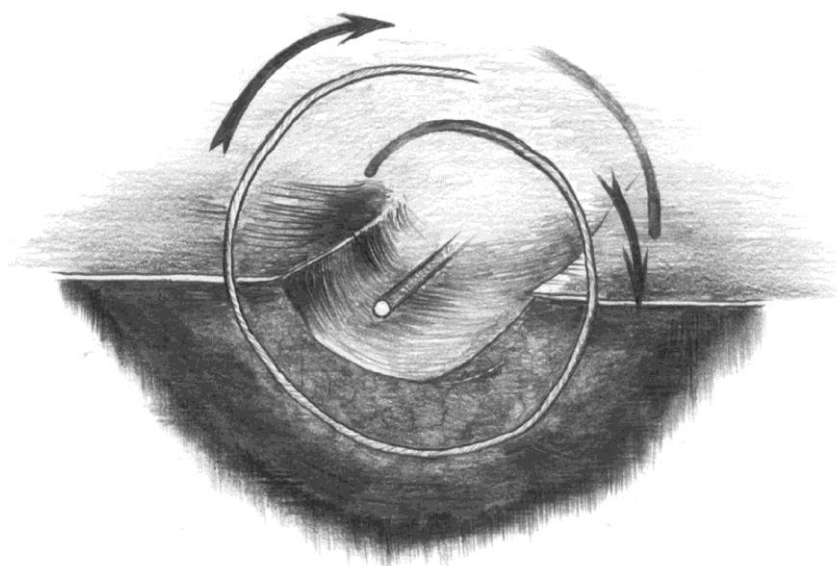


Рисунок 5.15

Завязывание кетгута и гофрирование ушитого ложа желчного пузыря

осложнений, связанных с кровотечением, истечением желчи у больных, оперированных по предложенному способу не наблюдали.

Симультанные операции по поводу сочетанной язвенной болезни

Симультанные операции выполнены у 45(55,6%) больных. 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%), резекционные методы у 26(32,1%) больных. При этом лапароскопические операции (ЛХЭ, ЛСВ-7, ЛРЖ, ЛХЭ-6) выполнены у 13(16,0%), ТХЭ, ТРЖ у 20(24,7%) больных (таблица 28). коррекция ХДН в комбинации с ТХЭ органосохраняющими операциями выполнена у 13(16,0%) больных.

Таблица 28 Характер хирургических вмешательств у больных с хроническим калькулезным холециститом в сочетании с язвенной болезнью

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

Примечание: *-учтены в основных вмешательствах

При выполнении симультанных операций (таблица 29) по поводу сочетанной язвенной болезни пользовались общепринятой схемой и последовательностью выполнения оперативных вмешательств: первым выполняли операции по поводу ЖКБ, вторым-вмешательства, связанные со вскрытием просвета желудочно-кишечного тракта.

Таблица 29 Характер симультанных операций у больных основной группы с хроническим калькулезным холециститом в сочетании с язвенной болезнью

Вид хирургического вмешательства	Количество больных	
	n=81	%
Органосохраняющие способы	n=32	39,5
-пилоропластика	4	
-иссечение язвы желудка	1	
-СтВ	3	
-ГЭА	1	
-ПСПВ	3	
- ЛХЭ, СтВ	7	
-коррекция ХДН	13*	
Резекционные способы	n=26	
-антрумэктомия	26	32,0
ВСЕГО	45	55,6

Примечание: ПСПВ-передняя селективная проксимальная ваготомия, ЛСВ-лапароскопическая ваготомия, ЛРЖ-лапароскопическая резекция желудка. ГЭА- гастроэнтероанастомоз, *-учтены в органосохраняющих операциях.

Ведущим патогенетическим симультанным вмешательством при язвенной болезни ДПК считали переднюю селективную проксимальную ваготомию (Патент на изобретение № 119787, 2019г.). (усовершенствованная методика Сибуля У.Ф.[262]. (рисунок 5.16). Показанием к данному способу операции считали наличие нормацидности и умеренной гиперацидности. Суть операции ПСПВ заключается в том, что производится рассечение серозно-мышечного слоя на передней стенке желудка от его угла в проксимальном направлении, отступая на 1 см. от места соединения желудка и малого сальника. Рассекали серозный, мышечный слои передней стенки желудка до подслизистого слоя (предварительно лигировали сосуды по малой кривизне). Книзу продлевали разрез указанных слоев по методике Сибуля. Как известно ветви переднего (левого) ствола блуждающего нерва в этой зоне проходят интрамурально (в межмышечном слое). Рассечение серозно-мышечного слоя включало Г-образное его рассечение в поперечном направлении по отношению к абдоминальной части пищевода в его субкардиальном отделе. Затем накладывали серозно-мышечные швы.

При выполнении иссечения язв двенадцатиперстной кишки с последующей пилоропластикой использовали усовершенствованные способы операций: 1. Способ пилоропластики при осложненных гастродуоденальных язвах (Патент на полезную модель № 32943, 2008 г.) 2. Способ гастродуоденостомии при осложненной язвенной болезни, сочетанной с хроническим панкреатитом (Панент на полезную модель № 33434, 2008 г.)

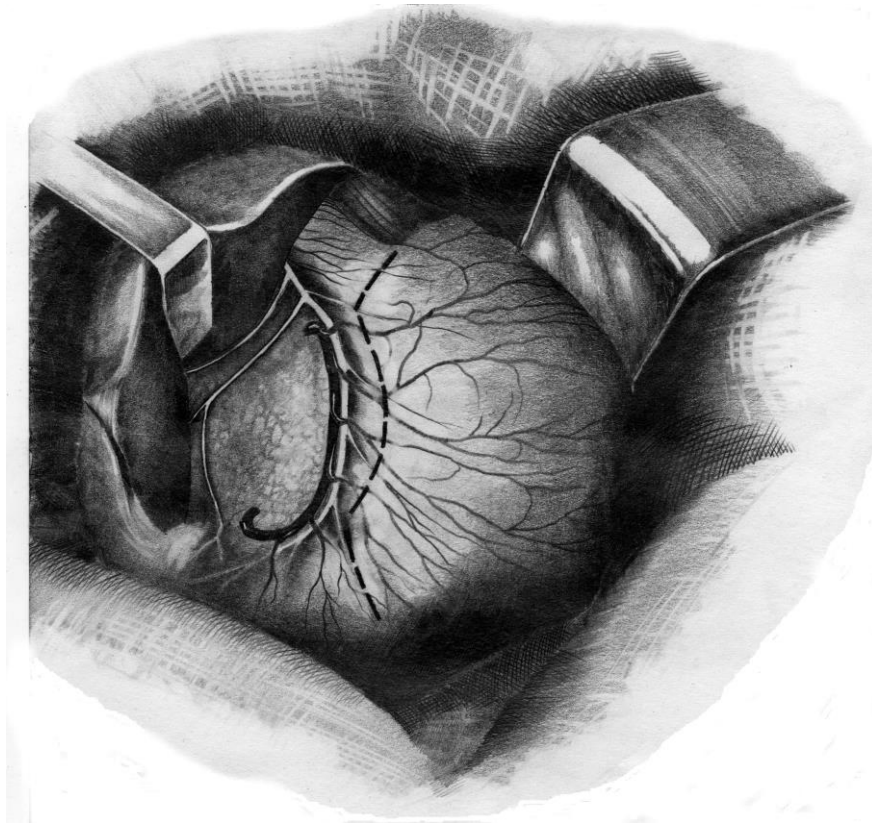


Рисунок 5.16 Способ передней селективной проксимальной ваготомии в модификации клиники (пунктиром отмечена линия рассечения серозно-мышечного слоя желудка)

Способ пилоропластики при осложненных гастродуоденальных язвах

Основной целью данного способа являлось: исключение развития непроходимости в области пилоропластики в результате рубцового процесса. Показанием к данному способу операции является наличие язвы (язвенного инфильтрата) на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, привратника. Ушивание операционной раны на ДПК, привратнике производится в два ряда швов. Способ выполняли следующим образом: выполняли ревизию гастродуоденального перехода и устанавливали характер осложнений язвенной болезни. Выполняли иссечение язвы с язвенным инфильтратом (например, прободной язвы двенадцатиперстной кишки, или привратника). При этом линию иссечения язвы выполнили в форме «ромба» (рисунок 5.17), расположенного перпендикулярно продольному направлению гастродуоденального перехода. Сформированное отверстие ушивали в два ряда отдельных швов (рисунок 5.18). Далее выполняли лаваж, дренирование брюшной полости. Операционную рану зашивали послойно.

В клинике хирургических болезней ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО на базе ЦГКБ № 1 г. Донецка по заявленному способу оперированы 9 больных с прободными язвами двенадцатиперстной кишки, а также осложненной стенозом и кровотечением. Послеоперационных осложнений, связанных с техникой выполнения вмешательства не наблюдали.

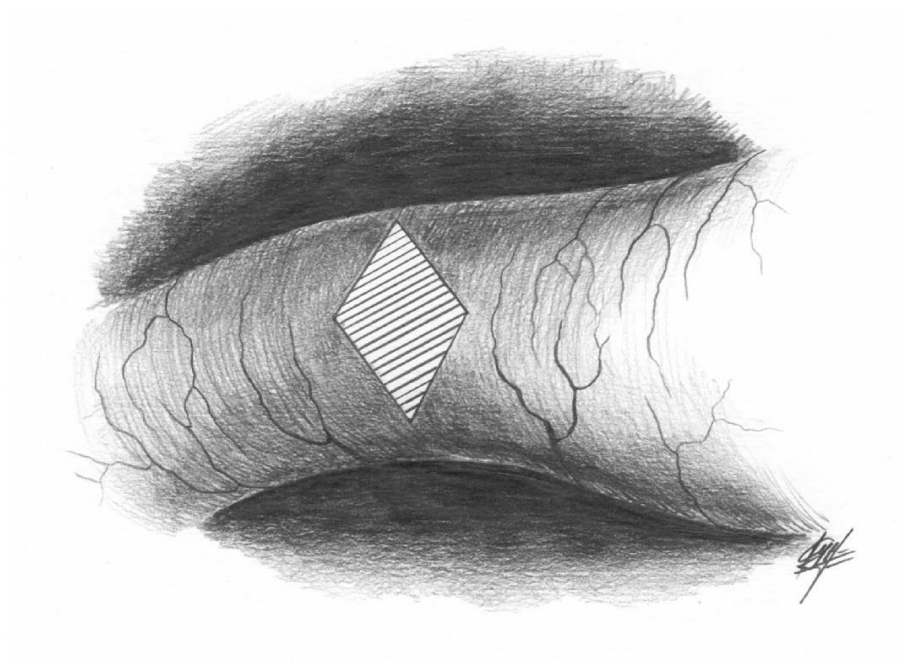


Рисунок 5.17
Способ пилороластики. Иссечение язвы вместе с инфильтратом в форме «ромба»

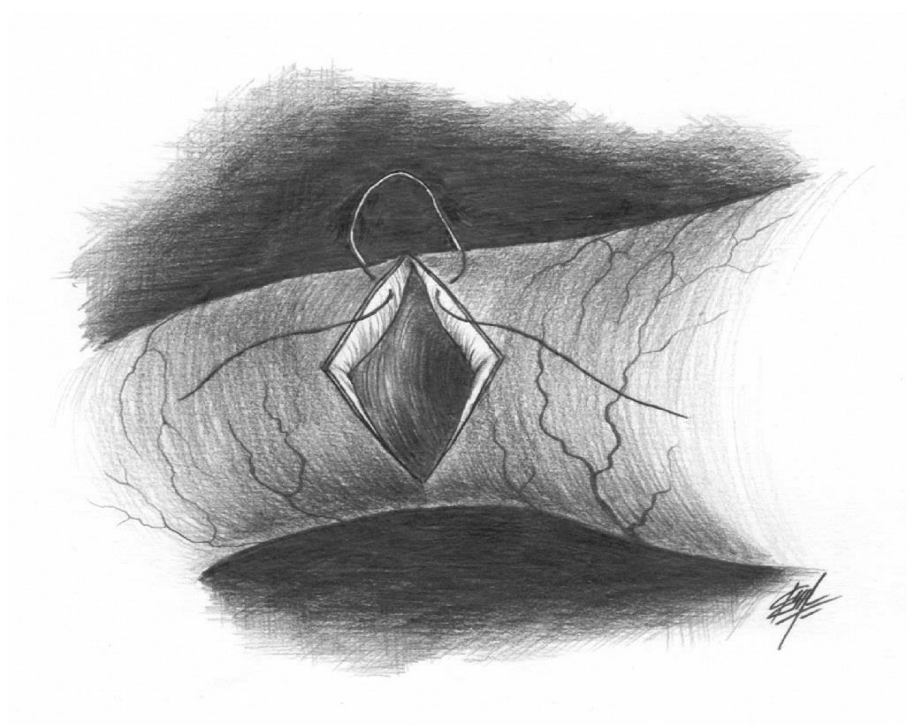


Рисунок 5.18
Ушивание операционной раны на ДПК (зона пилороластики) в два ряда швов

Способ гастродуоденостомии при осложненной язвенной болезни, сочетанной с хроническим панкреатитом

Основной целью данного способа являлось: исключение вероятности развития острого послеоперационного панкреатита. Показанием к данному способу операции является наличие язвы (язвенного инфильтрата) на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, привратнике с пенетрацией в головку поджелудочной железы, наличием клинических и морфологических признаков вторичного панкреатита.

Способ выполняли следующим образом (рисунки 5.19, 5.20): накладывали серозно-мышечные швы между передними стенками антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки на весь просвет последних.

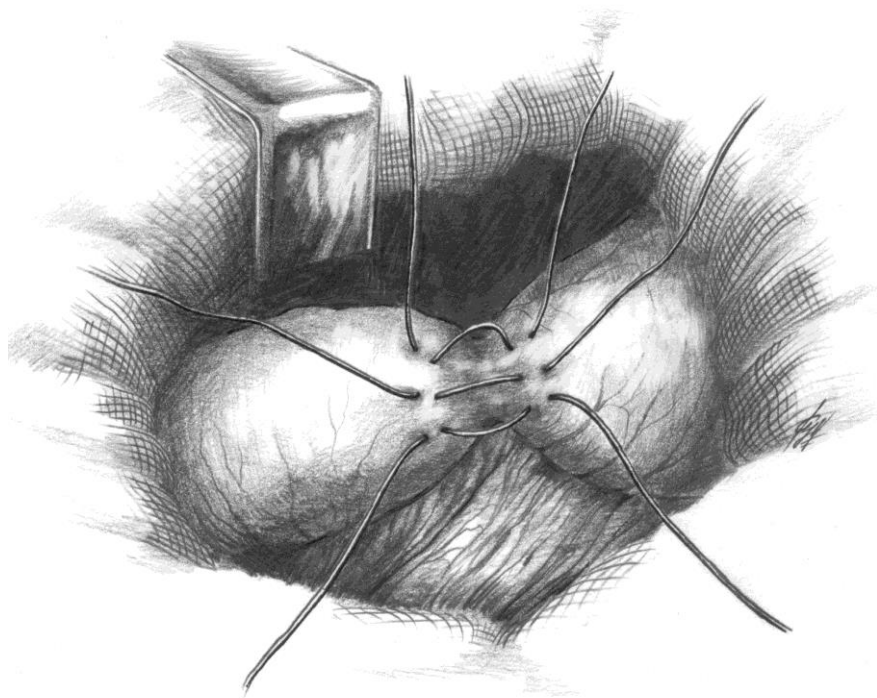


Рисунок 5.19

Способ гастродуоденостомии Формирование задней губы
гастродуоденоанастомоза между передними стенками антрального отдела
желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки

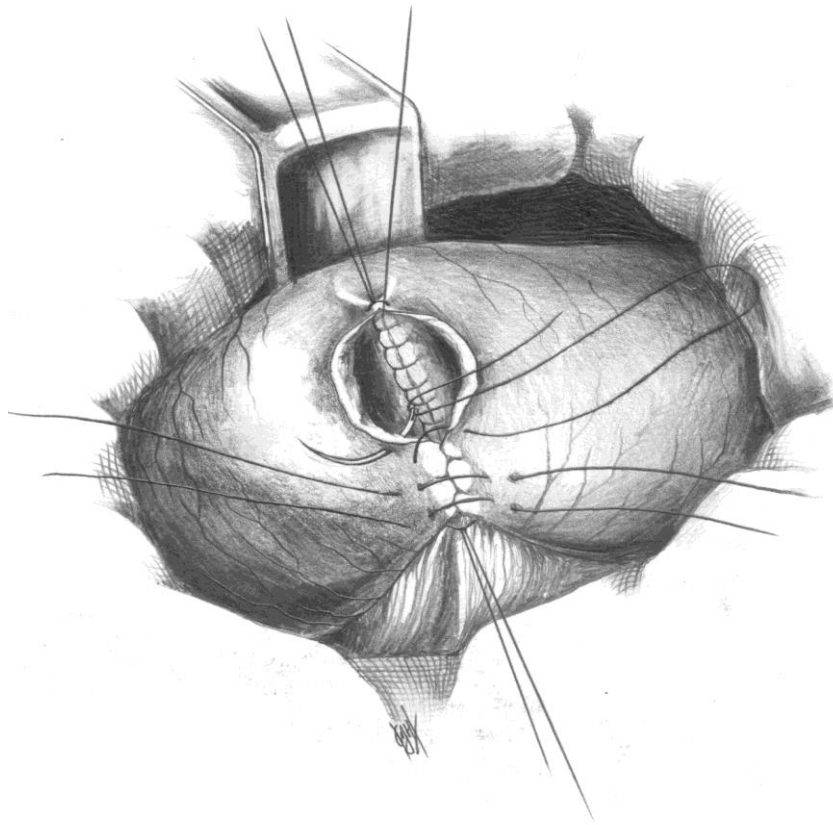


Рисунок 5.20
Формирование передней губы гастродуоденоанастомоза

Вскрывали просвет желудка и двенадцатиперстной кишки поперечными разрезами. Накладывали непрерывный "грязный" шов на заднюю губу гастродуоденоанастомоза. Далее формировали переднюю губу гастродуоденоанастомоза путем ее ушивания непрерывным или отдельными швами. Линию "грязного" шва передней губы гастродуоденоанастомоза перитонизировали отдельными серозно - мышечными капроновыми швами.

В клинике хирургических болезней ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО на базе ЦГКБ № 1 г. Донецка по заявленному способу оперированы 7 больных. Послеоперационных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде в виде острого послеоперационного панкреатита, а также связанных с техникой выполнения операции не наблюдали.

Антрумэктомия (органоэдающие методы хирургического лечения) выполнены у 20 больных. Показанием к выполнению данного вида операции считали наличие выраженной гиперацидности, комбинация различных

осложнений язвенной болезни(пенетрация, стеноз, кровотечение, пептическая язва анастомоза, принадлежность их к прогрессирующему типу течения ЯБ,). Предпочтение отдавали экономной резекции желудка (антрумэктомия) по Бальфуру.

Оперативные вмешательства выполняли из срединного доступа под эндотрахеальным наркозом с использованием мышечных релаксантов. В первую очередь выполняли «чистые» операции (холецистэктомия, манипуляции на желчных протоках), низведение дуодено-еюнального изгиба в соответствии с имеющимися показаниями. Вторым этапом выполняли вмешательства, связанные со вскрытием просвета желудочно-кишечного тракта: экономную резекцию желудка, формирование желудочно-кишечных анастомозов.

Характер и объем оперативного вмешательства определяли наличием осложнений сочетанных заболеваний. Учитывали факт ранее выполненных оперативных вмешательств по поводу осложнений язвенной болезни. В связи с доминирующим в последние годы индивидуальным подходом к выбору оперативного пособия, в каждой ситуации объем оперативных вмешательств определяли индивидуально. Таким образом, соблюдали главный принцип: каждому больному - своя операция.

Экономную резекцию (антрумэктомию, ререзекцию) желудка, как симультанное вмешательство использовали исключительно при осложненных формах язвенной болезни, комбинации различных осложнений, выраженной гиперацидности, выявленной при рН-метрии. Предпочтение отдавали трубчатой резекции желудка [26,27]. Антрумэктомию выполняли также при рецидиве язвенной болезни, развитии поздних осложнений после органосохраняющих вмешательств (СПВ). Ререзекцию желудка выполняли в связи с пептической язвой гастроэнтероанастомоза (приводящей, отводящей петли), и ее осложнениями (кровотечением, перфорацией, пенетрацией в различные органы и ткани). В некоторых случаях ререзекцию желудка сочетали с двухсторонней поддиафрагмальной стволовой ваготомией. При этом, исключали инсулому поджелудочной железы (синдром Золингера-Эллисона).

Метод восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта избирали индивидуально у каждого конкретного больного, что укладывается в две классические схемы: Бильрот-1 (рисунок 5.21) и Бильрот-2 (рисунок 5.22). В том случае, когда имела место обширная пенетрация язвы задней стенки ДПК в головку поджелудочной железы с отсутствием задней стенки ДПК, а формирование культи ДПК чревато опасностью несостоятельности ее швов, выходили из положения, пойдя по парадоксальному пути, который был предложен профессором Матяшиным И.М.[169]: для того, чтобы избежать несостоятельности культи ДПК следует восстановить непрерывность желудочно-кишечного тракта первым способом Бильрота.

При обширной пенетрации язвы ДПК в головку поджелудочной железы мобилизация задней стенки ДПК опасна в связи с возможностью повреждения элементов печечно-двенадцатиперстной связки. В связи с этим выполняли пластическое укрытие кратера язвы задней стенкой культи желудка. (Способ лечения пенетрирующих гастродуоденальных язв, Патент Украины № 65487, 2007г.).

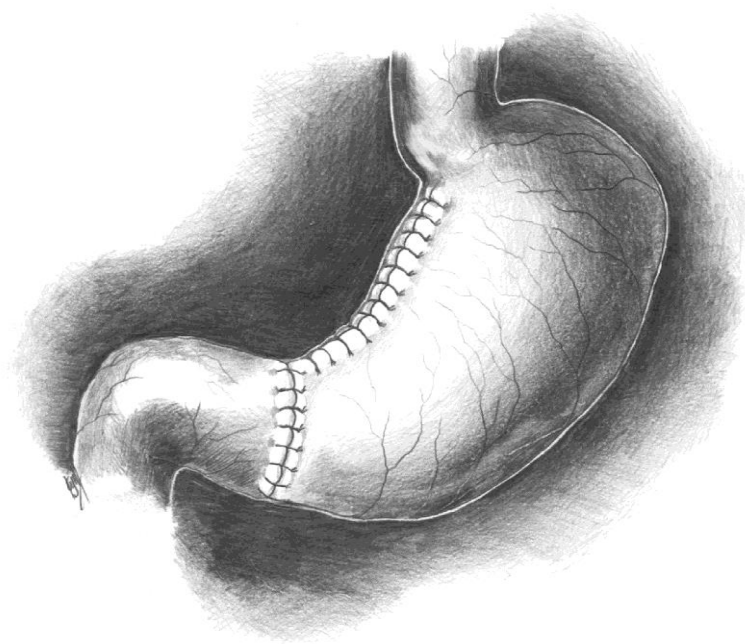


Рисунок 5.21

Способ трубчатой резекции желудка по Бильрот-I в модификации доц.Борисова Б.Ф., проф. Василенко Л.И, выполненный у больных основной группы

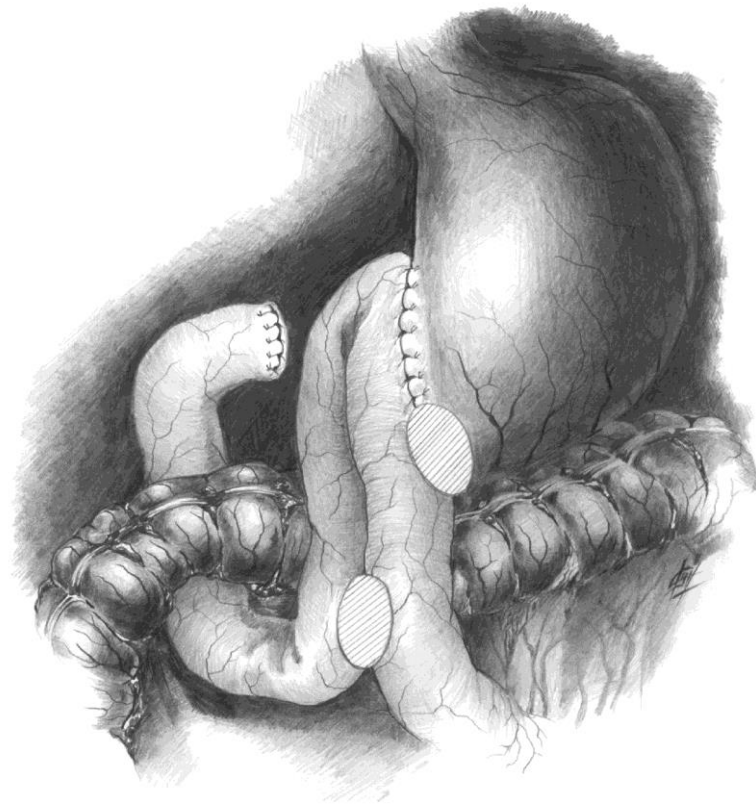


Рисунок 5.22

Способ резекции желудка по Бильрот-II в модификации автора, выполненный у больных основной группы

Противопоказанием к данному виду вмешательства являлось наличие клинически и инструментального подтверждения острого, хронического панкреатита. Способ выполняли следующим образом (рисунки 5.23, 5.24): производили мобилизацию дистальной части желудка (в случае антрумэктомии), либо пилородуоденальную зону (в случае сохранения антрального отдела желудка) по большой и малой кривизне традиционным способом. ДПК пересекали по линии проксимальной полуокружности пенетрирующей язвы ДПК в головку поджелудочной железы. Далее выкраивали из задней стенки культи желудка (препилорического отдела желудка) овальный лоскут со свободным краем размерами 2,5х2,0-2,5х3,0 см. (в зависимости от размеров кратера пенетрирующей язвы). Формировали заднюю губу гастродуоденоанастомоза, путем наложения первого ряда капроновых

отдельных швов, с захватыванием серозно-мышечного слоя задней стенки культи желудка (препилорического отдела) у основания лоскута и рубцово измененной капсулы поджелудочной железы, включая переднюю полуокружность кратера пенетрирующей язвы. Далее фиксировали отдельными капроновыми швами свободный край выкроенного лоскута из слизисто-подслизистого слоя к слизистой оболочке ДПК за задней полуокружностью кратера язвы, захватывая в шов сам кратер. Таким образом кратер язвы ДПК укрывали слизисто-подслизистым лоскутом задней стенки культи желудка, благодаря чему достигается экстерриторизация язвы (выносятся за пределы ЖКТ). Далее формировали переюю губу ГДА отдельными капроновыми швами. По данному способу прооперировано 23 больных с осложненными формами язвенной болезни, включая больных основной группы.

Осложнений в виде несостоятельности ГДА, обострения вторичного панкреатита не наблюдали. Формирование гастродуоденоанастомоза с укрытием кратера язвы, таким образом, предупреждает возможность повреждения элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и развитие стеноза в области анастомоза. В обязательном порядке производили ревизию дуодено-еюнального перехода и в случае выраженной связки Трейтца ее пересекали, производили низведение указанного изгиба (операция Витебского Я.Д.).

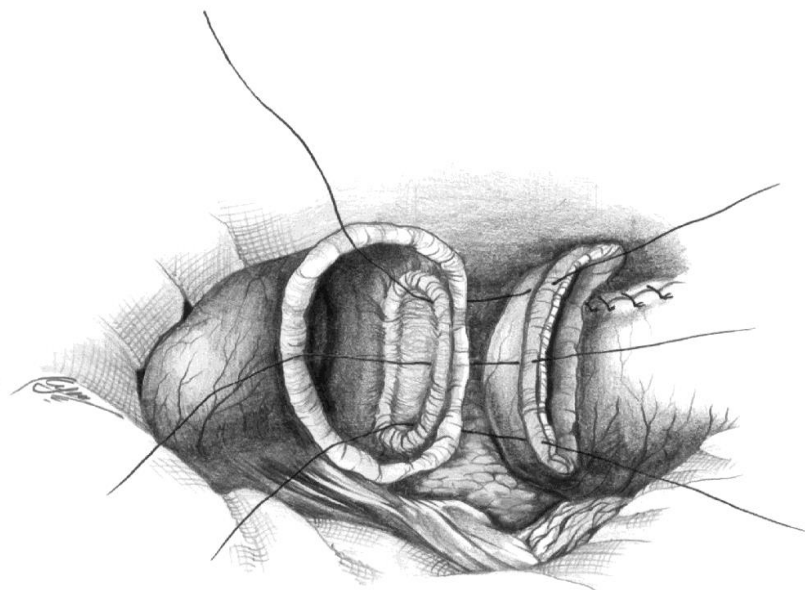


Рисунок 5.23
Способ лечения пенетрирующих гастродуоденальных язв. Формирование задней губы гастродуоденоанастомоза

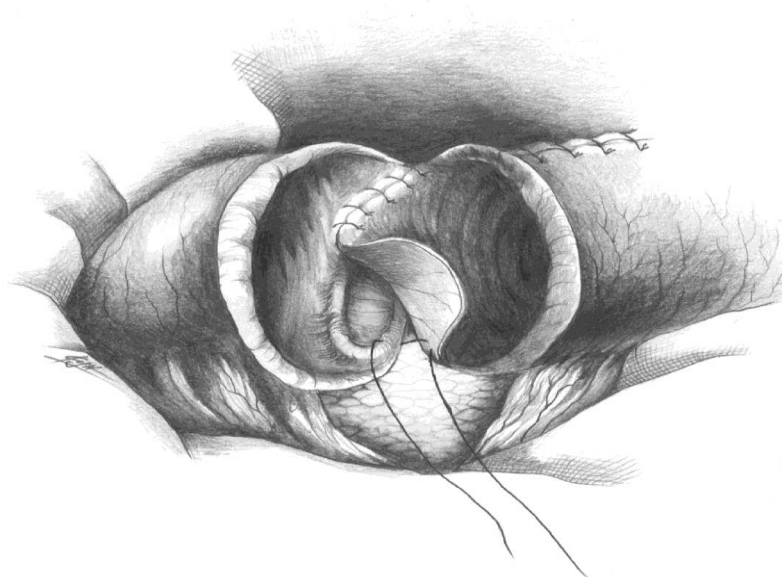


Рисунок 5.24
Вынесение «кратера» пенетрирующей язвы ДПК за пределы желудочно-кишечного тракта

При наличии противопоказаний к операции по Бильрот-1 (клинически и инструментально подтвержденный вторичный панкреатит) вмешательство выполняли по второму способу Бильрота. В данной ситуации придерживались мнения ведущих специалистов в хирургической гастроэнтерологии (необходимость исключения ДПК из процесса пищеварения). Предпочтение отдавали способу Бальфура в модификации клиники. Показанием к выполнению данного способа операции являлись: осложненные формы язвенной болезни, комбинация различных осложнений, выраженная гиперацидности, выявленной при рН-метрии, клинически, лабораторно и инструментально доказанный вторичный панкреатит). Данный способ операции выполняли также с учетом онкологических соображений. Проведенные многочисленные морфологические исследования в последние годы убедительно доказали повреждающую роль желчи на защитный барьер слизистой оболочки желудка с последующим развитием предраковых изменений слизистой оболочки, рака культи желудка. По данным отечественных и зарубежных авторов, в среднем, через 20 лет каждый пятый больной, перенесший резекцию желудка по поводу язвенной болезни, заболевает раком культи желудка. Наиболее полным отведением желчи от культи желудка при дистальной его резекции обладает У-образный гастроэнтероанастомоз по Ру. Однако, в связи с тем, что при язвенной болезни резекция желудка по Ру сопровождается большой частотой развития пептической язвы анастомоза, в качестве первичного вмешательства этот способ не использовали. Операцией выбора в данном случае избрана методика Бальфура.

При формировании культи ДПК в условиях вторичного панкреатита использовали способ операции, разработанный и использованный в клинике. Показанием к выполнению данного способа операции являлись: осложненные формы язвенной болезни в виде пенетрации язвы ДПК, привратника в головку поджелудочной железы и сочетание осложнений язвенной болезни, выраженная гиперацидность, выявленная при рН-метрии, клинически, лабораторно и инструментально доказанный вторичный панкреатит. (Способ формирования

культы двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни, сочетанной с хроническим панкреатитом. (Патент на полезную модель № 27756, 2007 г.)

Основной целью данного способа являлось: исключение вероятности развития острого послеоперационного панкреатита при сочетании язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией в головку поджелудочной железы с хронический панкреатитом.

Способ выполняли следующим образом: проводили мобилизацию желудка по малой и большой кривизне до уровня $1/2$ тела, отсекали желудок от двенадцатиперстной кишки за привратником таким образом, чтобы линия разреза прошла по задней полуокружности кратера пенетрирующей язвы в головку поджелудочной железы. Далее выполняли ушивание двенадцатиперстной кишки вдоль ее длины отдельными швами по Матешуку, или непрерывного швом. Накладывали отдельные серозно-мышечные швы, укрывающие первый ряд швов (рисунки 5.25, 5.26). Выполняли экономную (антрумэктомию) резекцию желудка, и формировали гастроэнтероанастомоза на длинной приводящей петли с межкишечным анастомозом по Брауну.

По разработанному способу оперированы 22 больных с различными осложнениями язвенной болезни ДПК, и их комбинациями, включая ранее оперированных больных ($n=4$), при выездах по линии санитарной авиации в больницах Донецкой области. Послеоперационных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде в виде острого послеоперационного панкреатита, несостоятельности швов культы ДПК не наблюдали. Эффективность предлагаемого способа операции антрумэктомии объясняем следующим:

1. иссечение малой кривизны желудка вплоть до пищевода корректирует первую фазу желудочной секреции.
2. Удаление антрального отдела корректирует вторую фазу желудочной секреции.
3. антрумэктомия приводит к удалению значительной части тела желудка с

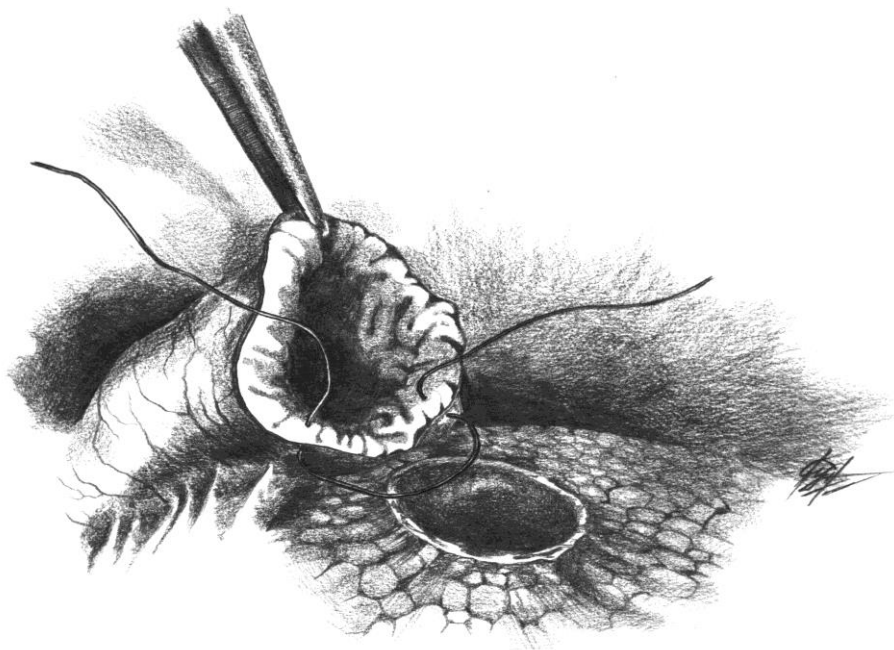


Рисунок 5.25

Способ ушивания культи двенадцатиперстной кишки Ушивание просвета двенадцатиперстной кишки вдоль ее длины первым рядом швов

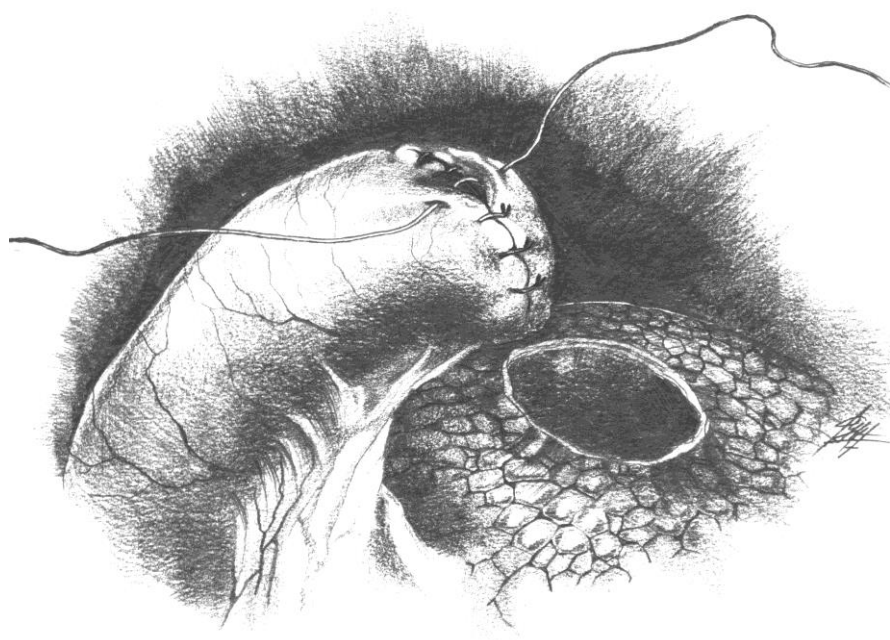


Рисунок 5.26

Наложение второго ряда серозно-мышечных швов

наличием кислотопродуцирующей зоны.

У 6 больных выполнена лапароскопическая резекция желудка (рисунки 5.27-5.34)



Рисунок 5.27 Клипирование левой желудочной артерии



Рисунок 5.28 Наложение сшивающего аппарата со стороны большой кривизны желудка при его резекции

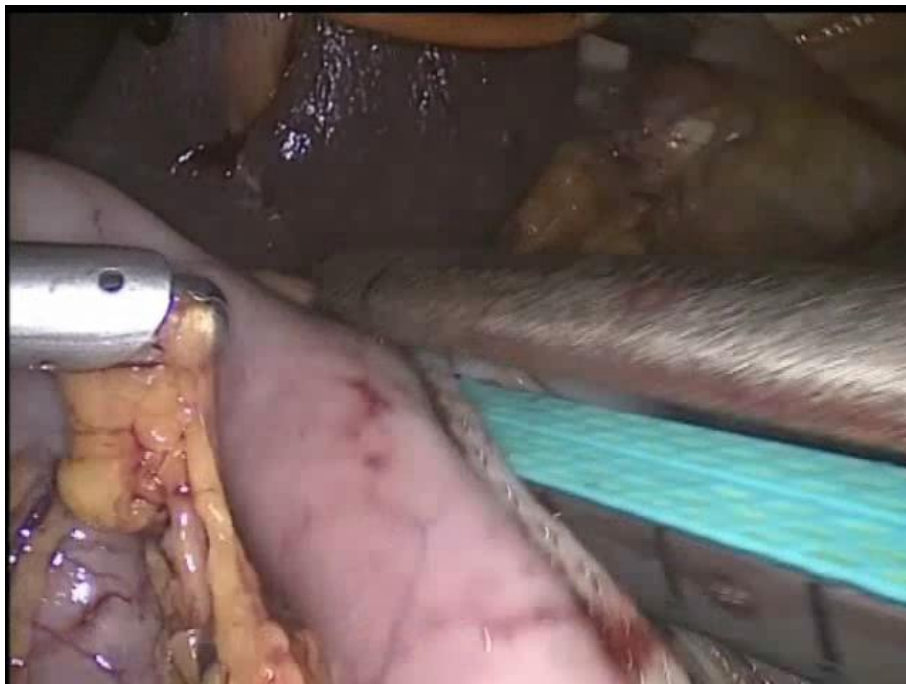


Рисунок 5.29 Резекция желудка



Рисунок 5.30 Перитонизация линии танталового шва на вновь сформированной малой кривизне культи желудка

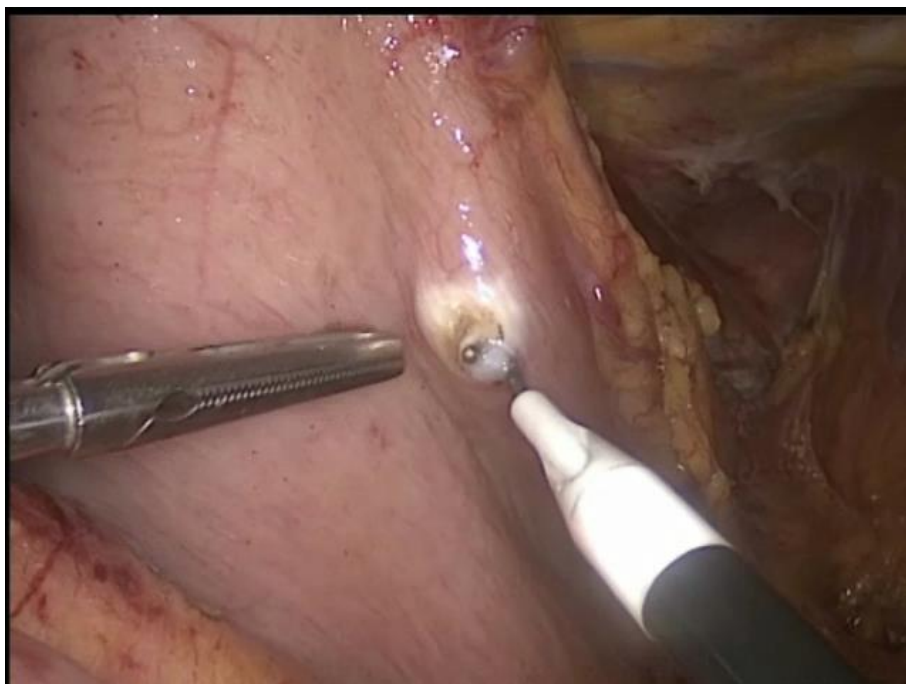


Рисунок 5.31 Формирование отверстия в культе желудка для наложения гастроэнтероанастомоза



Рисунок 5.32 Введение сшивающего аппарата в культю желудка и тощую кишку для формирования гастроэнтероанастомоза

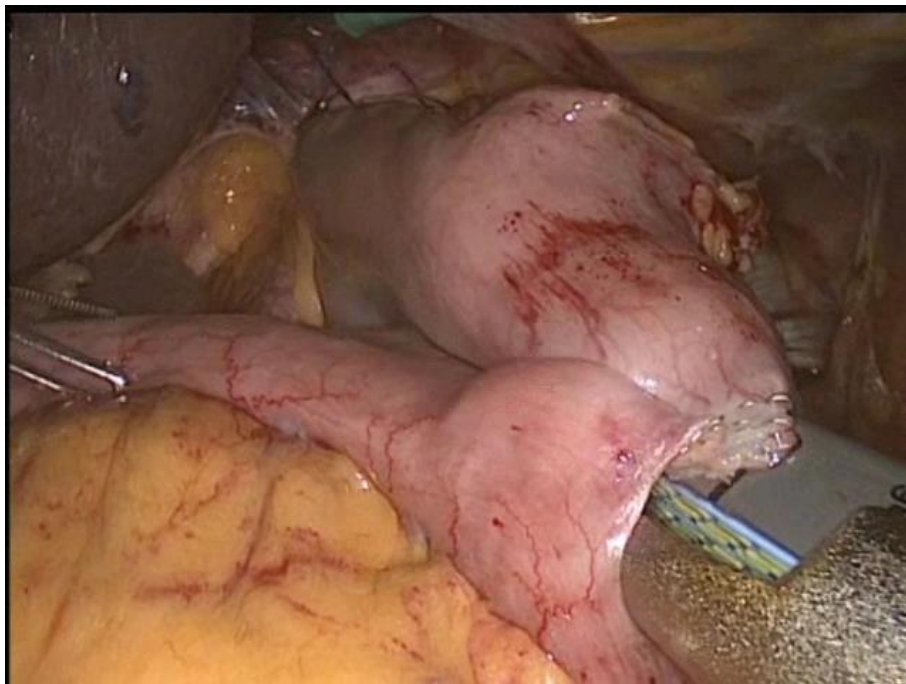


Рисунок 5.33 Сформирован гастроэнтероанастомоз

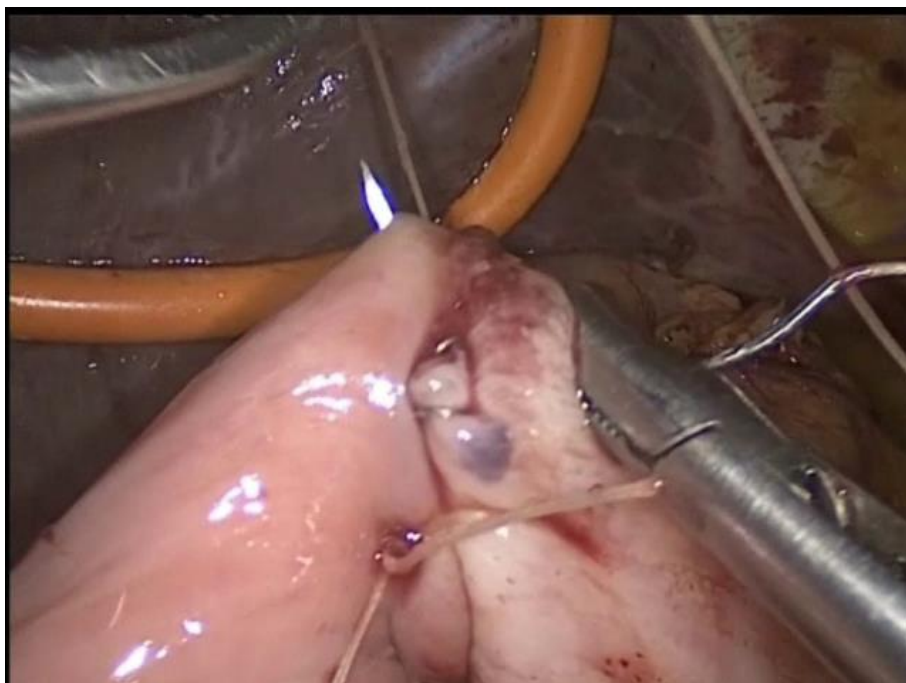


Рисунок 5.34 Перитонизация линии танталового шва на передней губе гастроэнтероанастомоза

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 1 больной (после изолированной ЛХЭ- ОЖКК на 3 сутки после вмешательства. Причиной послужил острой геморрагический гастродуоденит на фоне обострения вторичного билиарного панкреатита. Осложнение купировано путем проведения комплексной противоязвенной, противопанкреатической терапии с использованием эндоскопических методов лечения и гемостаза.

Таким образом, благодаря использованию миниинвазивных(ЛХЭ), и симультанных хирургических вмешательств удалось достоверно снизить сумму баллов хирургического риска у больных с высокой степенью хирургического риска с $6,9 \pm 3,3$ до $0,2 \pm 0,5$, критической степенью хирургического риска с $13,3 \pm 1,7$ до $3,6 \pm 1,0$, ИХС с $1,7 \pm 2,0$ до $0,2 \pm 0,5$. 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.

5.5. Медикаментозное лечение у больных с основным диагнозом острый калькулезный холецистит в предоперационном периоде

В группе больных с острым калькулезным холециститом ($n=65$) сочетанная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения имела место у 14(21,5%) больных. Таким образом, обострение язвенной болезни на фоне острого калькулезного холецистита диагностировано у 14(21,5%) больных. Осложненная форма язвы ДПК в виде пенетрации в желчный пузырь, печеночно-двенадцатиперстную связку диагностирована у 2(3,1%) больных. Из 14 больных с обострением язвенной болезни полной ремиссии язвенной болезни ДПК в сроки $11,0 \pm 1,6$ сут. удалось достичь у 10 больных с язвенной болезнью ДПК. Один больной был оперирован с острым гангренозным калькулезным холециститом, местным перитонитом на фоне активного язвенного процесса (язва ДПК по задней стенке 0,4 см. в диаметре).

В том случае, когда больному выполняли раннее оперативное лечение (случаи острого калькулезного холецистита без перитонита) ФГДС входила в комплекс лечебно-диагностических мероприятий предоперационной подготовки и преследовала две цели: 1. диагностическую - установление активности язвенного процесса, локализации язвы (желудок, ДПК); 2. Лечебную - эндоскопическая профилактика послеоперационных осложнений (нанесение на поверхность язвы пленкообразующих препаратов, обкалывание язвы противоязвенными препаратами и т.д.).

5.6. Хирургическое лечение

Сумма баллов хирургического риска и ИХС у больных данной группы представлена следующим образом:

1. Острый калькулезный холецистит (изолированная ТХЭ): сумма баллов хирургического риска составила 5,6-6,0(5,9±1,2), ИХС-1,5-2,0(1,7±0,7).
2. Острый калькулезный холецистит (изолированная ЛХЭ): сумма баллов хирургического риска составила 3,3-3,7(3,6±1,0), ИХС-0,9-1,2(1,0±0,5).
3. Деструктивный калькулезный холецистит (изолированная ТХЭ): сумма баллов хирургического риска составила 7,1-16,1(11,8±1,6), ИХС-0,9-1,6(1,2±0,5).
4. Деструктивный калькулезный холецистит (изолированная ЛХЭ): сумма баллов хирургического риска составила 3,0-4,8(3,9±1,0), ИХС-0,6-1,1(0,8±0,5).
5. Деструктивный калькулезный холецистит (этапные операции: чмхст): сумма баллов хирургического риска составила 13,1-15,4(13,9±1,7), ИХС-1,2-1,4(1,3±0,5).

Хирургическое лечение больных с острым калькулезным холециститом, в сочетании с язвенной болезнью ДПК проводили по индивидуальной схеме. Данной категории больных полноценный курс противоязвенной терапии назначали в момент госпитализации. Он входил в предоперационную подготовку, выполнялся в послеоперационном периоде и вплоть до выписки больного из стационара. Исключение составляли больные с острым деструктивным холециститом, осложненным различной степени распространенности перитонитом. Этих больных оперировали по абсолютным показаниям, независимо от степени активности язвенного процесса с проведением

комплексной противоязвенной терапии с эндоскопической интраоперационной рН-метрией, профилактикой осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни.

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 в стадии обострения (ЯДПК) диагностирована у 14(21,5%) больных. Выполняли раннее оперативное лечение. Стадия полной (n=10) и неполной (n=4) ремиссии со стороны сочетанной язвенной болезни с учетом выполненного хирургического вмешательства и проведения комплексной противоязвенной терапии достигнута в сроки $11,0 \pm 1,6$ сут. (таблица 30).

Таблица 30 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 калькулезн. 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

Примечание: ТХЭ-традиционная холецистэктомия, ЛХЭ-лапароскопическая холецистэктомия.

ЛХЭ выполнена у 46(70,8%)(катаральная форма-21, деструктивная-25), ТХЭ у 19(29,2%) больных. Этапные вмешательства (ЧЧМХС качестве предоперационной подготовки, с последующей ЛХЭ) выполнены у 7 больных. Таким образом, ЛХЭ выполнена у 46(70,8%), включая 7 больных с этапными вмешательствами), ТХЭ у 19(29,2%) больных.

При выполнении ТХЭ использовали доступ по Кохеру в модификации клиники. Холецистостомию выполнили у 2 больных. Этапные вмешательства у больных с острым деструктивным калькулезным холециститом выполнили у 7 больных. На первом этапе выполняли ЧЧМХС под контролем УЗИ. Методика

заклучалась в следующем: производилось сканирование желчного пузыря датчиком УЗИ-сканера в положении больного на спине. Пункцию желчного пузыря производили под местным обезболиванием 0,5% раствора новокаина. После проведения пункционной иглы в просвет желчного пузыря производили аспирацию его содержимого (во всех случаях это было гнойное содержимое), с последующим лаважем просвета желчного пузыря растворами антисептиков (предпочтение отдавали раствору диоксида). Данная методика, не являясь основным вмешательством, выполнялась в качестве предоперационной подготовки, позволяла стабилизировать воспалительный процесс в желчном пузыре, уменьшить интоксикацию (в течение 1-2 суток), провести оперативное вмешательство в более благоприятных условиях.

Симультанные операции у больных в этой группе выполнили у 10(15,4%) больных. Характер и объем симультанных операций при остром калькулезном холецистите в сочетании с язвенной болезнью определялся ургентной ситуацией. В качестве симультанных операций по поводу сочетанной язвенной болезни выполнены: пилоропластика у 2, ПСПВ у 2, операция Стронга у 5, ушивание дефекта ПОК у 1 больной в связи с наличием пузырно-ободочной фистулы. (таблица 31).

Таблица 31 Характер симультанных операций у больных основной группы с острым калькулезным холециститом в сочетании с язвенной болезнью

Вид хирургического вмешательства	Количество больных	
	n = 10	%
пилоропластика	2	
ПСПВ+пп.	2	
коррекция ХДН	5	
ушивание дефекта ПОК	1	
ВСЕГО	10	15,4

Примечание: ПСПВ-передняя селективная проксимальная ваготомия; ПОК-поперечная ободочная кишка.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде в сроки до 8-х суток язвенного генеза в виде ОЖКК развились у 7(10,8%) больных этой группы. (у 2 больных диагностирован острый геморрагический гастроудоденит). 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. Таким образом, благодаря использованию миниинвазивных (ЛХЭ), симультанных и этапных(ччмхст) операций у больных данной группы удалось снизить сумму баллов хирургического риска и ИХС следующим образом: 1. при остром калькулезном холецистите: сумму баллов с $5,9 \pm 1,2$ до $3,6 \pm 1,0$ (на $2,3 \pm 0,7$), ИХС с $1,7 \pm 0,7$ до $1,0 \pm 1,0$ (на $0,7 \pm 0,5$). 2. при деструктивном калькулезном холецистите: сумму баллов с $11,8 \pm 1,6$ до $3,9 \pm 1,0$ (на $7,9 \pm 1,3$), ИХС с $1,5 \pm 0,7$ до $1,3 \pm 0,5$ (на $0,2 \pm 0,5$). Установлено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение частоты послеоперационных осложнений в 2,3 раза ($95\% \text{ДИ} = 1,8-2,9$). 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.

5.7. Медикаментозное лечение больных с основным диагнозом: хронический (острый) калькулезный холецистит, вторичный билиарный панкреатит в предоперационном периоде

При постановке диагноза острый панкреатит в условиях сочетанных заболеваний и решения вопросов хирургической тактики ссылались на классификацию острого панкреатита, принятой на заседании Российского общества хирургов (2014г.), которая разработана с учётом классификации Атланта–92 и её модификаций, предложенных в г. Кочин в 2011г (Международная Ассоциация Панкреатологов, International Association of Pancreatology) и Международной рабочей группой по классификации острого панкреатита (Acute Pancreatitis Classification Working Group) в 2015г. [207].

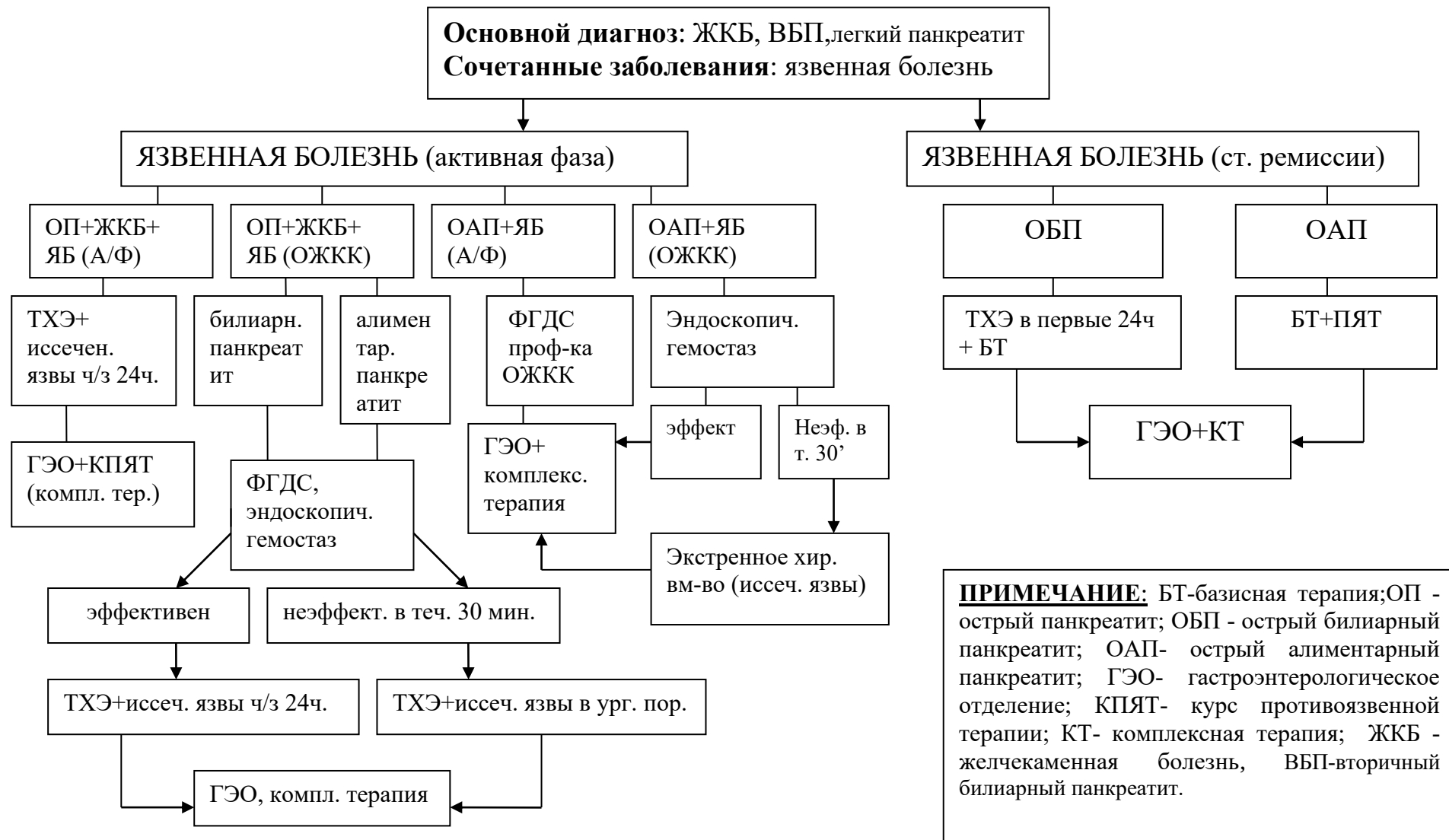
Учитывался также опыт создания методических рекомендаций, протоколов диагностики и лечения острого панкреатита прошлых лет, на базе которых созданы настоящие рекомендации [65,208,294,295,308]. Однако, в тех же рекомендациях сказано, что диагноз острого панкреатита лёгкой, средней или тяжёлой степени устанавливается по факту законченного случая заболевания.

В группе больных с острым (обострением хронического) панкреатитом (n=42) сочетанная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностирована у 40(95,2%) (в стадии обострения у 13, из них со вторичной язвой желудка-2 с обострением). У 1 больного имел место декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка язвенной этиологии). Язвенная болезнь желудка диагностирована у 2(4,8%) больных (с активной фазой у 1). Таким образом, обострение язвенной болезни на фоне острого (обострения хронического) панкреатита диагностировано у 14(33,3%) больных. Осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в виде ОЖКК при госпитализации имели место у 1, в ближайшем послеоперационном периоде у 2 больных. В анамнезе 4 больных имели место осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в виде острого желудочно-кишечного кровотечения-2, перфорации прободной язвы ДПК-2 больных. С учетом осложнений в анамнезе (n=7), при госпитализации (n=3), развившихся в послеоперационном периоде (n=2), осложненная форма язвенной болезни при остром (обострении хронического) панкреатите констатирована у 14(33,3%) больных.

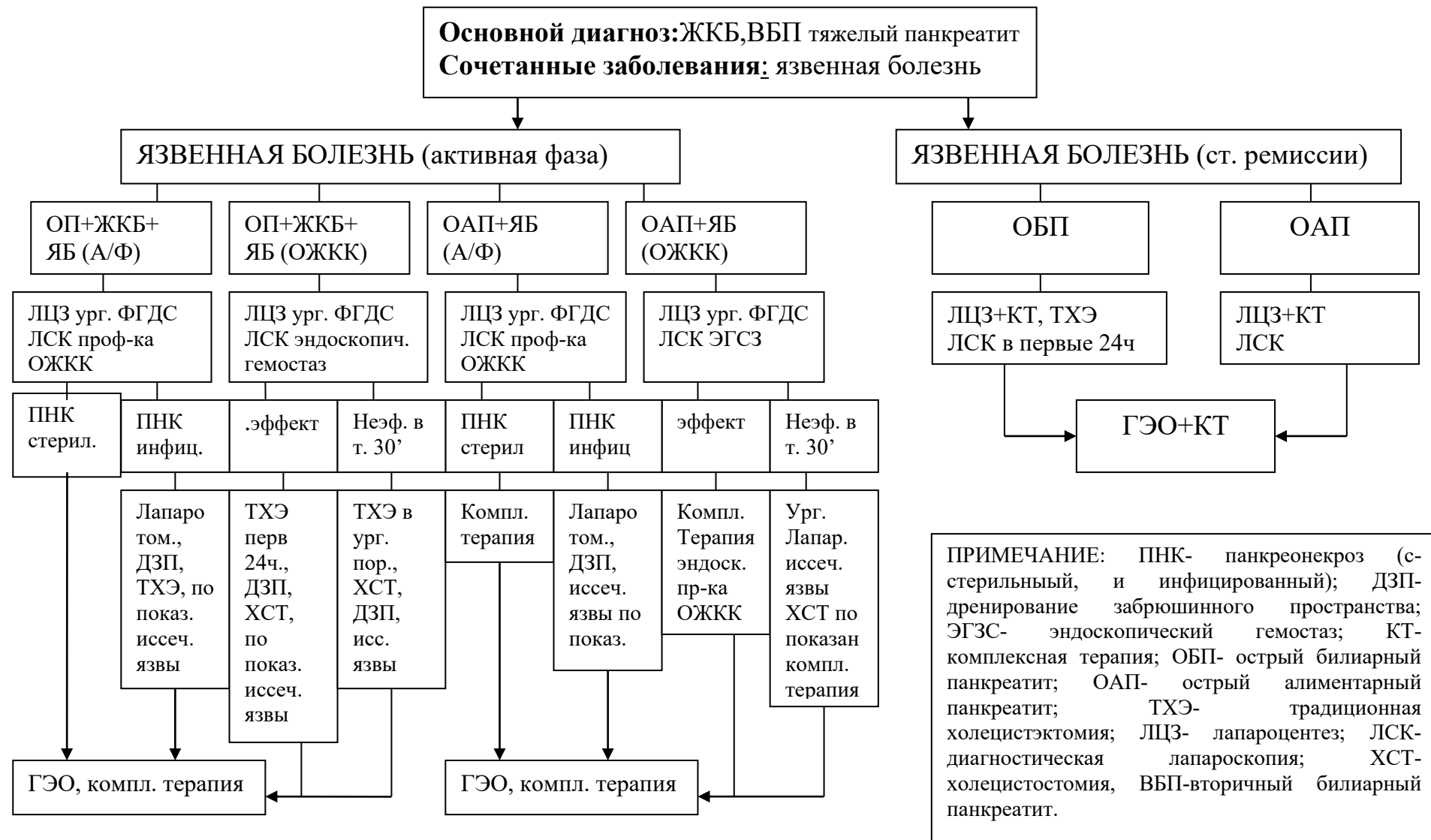
Полной ремиссии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в сроки $14,4 \pm 1,7$ суток удалось достичь у 8 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и у двух больных с язвенной болезнью желудка. Неполная ремиссия, с уменьшением язвенного дефекта, периульцерозных воспалительных явлений достигнута у 1 больного с язвой двенадцатиперстной кишки и у 1 больного с язвенной болезнью желудка. У 1 больного с декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка проведенное медикаментозное лечение в качестве предоперационной подготовки позволило улучшить эвакуаторную функцию желудка, с последующими эндоскопическим проведением питательного зонда за уровень стеноза и зондовым питанием. У больных с язвенной болезнью желудка (n=3) период предоперационной подготовки использован для верификации «доброкачественного» характера язвы после проведения полипозиционной гастробиопсии.

Основную задачу в лечении больных этой группы ($n=42$) при установленном диагнозе острый панкреатит видели в установлении принадлежности его к легкой, либо тяжелой форме (Тактические алгоритмы № 4,5). Снижение суммы баллов хирургического риска и ИХС благодаря использованию миниинвазивных, комбинированных и этапных вмешательств представлено следующим образом: суммы баллов хирургического риска с $17,0 \pm 1,9$ до $10,0 \pm 1,5$ (на $6,0 \pm 1,2$), ИХС с $1,6 \pm 0,7$ до $1,3 \pm 0,5$.

ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ 4



ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ 5



Легкий панкреатит (отечная форма) сопровождался эндотоксикозом, выраженность которого не достигала тяжелой степени выявлен у 27(64,3%) больных. Тяжелый острый панкреатит, морфологическим субстратом которого являлся распространенный панкреонекроз (крупноочаговый, тотально-субтотальный), с эндотоксикозом тяжелой степени выявлен у 15(35,7%) больных.

Первичную диагностику и определение тактики при остром панкреатите в сочетании с желчекаменной и язвенной болезнью осуществляли уже в приемном отделении, однако в некоторых случаях продолжали и в стационаре в соответствии с разработанным диагностическим алгоритмом. Диагноз острого панкреатита основывался на выявлении нижеперечисленных признаков:

1. Наличии типичной клинической картины острого панкреатита: интенсивные, некупирующиеся спазмолитиками опоясывающего характера боли в эпигастрии, частая рвота, употребление алкоголя, наличие ЖКБ в анамнезе (установлено у 14(33,3%) больных);
2. Лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия- установлено у 39(92,8%) больных);
3. Ультразвуковые признаки острого панкреатита: увеличение размеров поджелудочной железы, снижение ее эхогенности, нечеткость контуров, сложности в отграничении контуров поджелудочной железы от окружающих тканей, наличие свободной жидкости в брюшной полости (установлено у 37(88,1%) больных);
4. Высокая активность амилазы ферментативного эксудата, полученного при лапароцентезе (установлено у 14(33,3%) больных);
5. Выявление характерных признаков острого панкреатита при диагностической лапароскопии (установлено у 11 из 14 больных);

Первые три признака в диагностике острого панкреатита считали обязательными. Для решения тактических вопросов считали наиболее важным выявить признаки тяжелого панкреатита. Результаты его лечения во многом зависели от своевременно установленного диагноза и сроками начала лечения. К признакам тяжелого панкреатита относили:

I. Клинические признаки:

- а) энцефалопатия (заторможенность, эйфория, делирий) (n=9)
- б) наличие кожных симптомов (гиперемия лица, мраморность кожи) (n=12)
- в) нестабильность гемодинамических показателей: тахикардия (более 100 в I мин., брадикардия (менее 70 в I мин.), снижение систолического АД ниже 100 мм.рт.ст. (n=14)
- г) перитонеальный синдром: выражение страха на лице, "горящие" глаза, сухой язык, вздутие живота, особенно в проекции поперечной ободочной кишки, значительное угнетение, часто отсутствие перистальтики, положительные симптомы раздражения брюшины (n=14)
- д) олигурия (менее 250 мл. за последние 12 часов) (n=11)

II. Лабораторные признаки:

клинический анализ крови: «сгущение» крови: НТ более 50, НВ более 150 г/л., лейкоцитоз более $14,0 \times 10^9$, глюкоза более 10 ммоль/л., мочевины более 10 ммоль/л. (n=14)

III. Инструментальные признаки:

ЭКГ - признаки ишемии миокарда или выраженные метаболические нарушения

- б) лапароскопические признаки тяжелого панкреатита: геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишневый, бурый - без запаха!), распространенные очаги стеатонекрозов, обширное геморрагическое пропитывание корня брыжейки поперечной ободочной кишки, забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы. (n=7)

Диагноз сочетанных язвенной и желчекаменной болезни устанавливали на основании клинических проявлений, данных анамнеза (имеющейся документации о факте госпитализации по поводу указанных заболеваний, подтвержденных ФГДС и УЗИ), инструментальных методов исследования на момент госпитализации больных в клинику. С учетом атипичного течения ЖКБ и язвенной болезни сонографию и ФГДС выполняли всем без исключения больным в режиме оказания неотложной помощи.

Лечение легкого острого панкреатита при сочетании с язвенной и желчнокаменной болезнью

При данной форме панкреатита проводили базисную терапию, которая включала:

1. Голод
2. Местную гипотермию (холод на эпигастральную область)
3. Декомпрессия желудка и толстой кишки
4. Обезболивание: анальгетики, преимущественно ненаркотического ряда, в некоторых случаях трамал, трамадол
5. Купирование рвоты. Достижали применением гастрокинетиков: диметрамид (5-10 мг/с), метопроклamid, церукал, реглан, примеран (10-20 мг/с), торекан (6,5-13 мг в/м 3-4 р/с)
6. Снятие спазма сфинктера Одди: спазмолитики (Но-шпа -2,0; папаверин-2,0; бускопан 20мг в/м 2 р/с); М-холинолитики- атропин, платифиллин, гастроципин
7. Цитокининовая блокада: пентоксифиллин (20 мг/с в/в капельно 5-7 дн.)
8. Антиоксиданты: аскорбиновая кислота (5% 10-20 мл.-в/в 5 дней), I -токоферол (2 мл./с-5 дней), финоптин (5-10 мг-с в/в медленно 3-5 дней)
9. Объем инфузионной терапии определяли клинической ситуацией, но не менее 50 мл. на 1 кг массы тела
10. Противоязвенная терапия а) подавление желудочной секреции: АнтН-2 блокаторы (квamatел 20-40 мг/с в/в капельно), блокаторы протонной помпы 2-3 поколения (ланзопразол, пантопразол, контралок), б) средства образующие защитную пленку на слизистой оболочке желудка (вентер)
11. Эндоскопическая профилактика кровотечений, в случае активной фазы язвенного процесса, при остром ЖКК - эндоскопический гемостаз.

Лечение тяжелого панкреатита при сочетании его с язвенной и желчекаменной болезнью

Основным видом лечения считали комбинированную интенсивную, внутривенную инфузионную терапию. При этом комбинировали базисную,

противоязвенную терапию и специализированный лечебный комплекс. Последний в себя включал:

1. Антисекреторную терапию. Оптимальные сроки- первые 3 суток от начала заболевания: сандостатин (соматостатин)- 0,1 мг 3 р/с. 5-7 дней, даларгин: ударная доза - 10 мг в/в капельно (на 0,9% физ.р-ре) однократно, затем по 4 мг в/м 3 р/с; цитостатики: 5-фторурацил 10 мг на 1 кг массы тела (суточная и разовая доза).

2. Противоязвенную терапию а) подавление желудочной секреции: блокаторы ГПП (контралок 80 мг/с в/в капельно 2 р/с.)

3. Реологически активную терапию (реополиглюкин, рефортан). При сочетании панкреатита с язвенной болезнью, и тем более в активной фазе, гепарин, фраксипарин, клексан и т.д. не использовали.

4. Детоксикация. Достигали несколькими путями:

а) форсированный диурез. (при мочеотделении более 2 мл. на 1 кг массы тела в 1 час.) Гидратация и гемодилюция включала вливание кристаллоидных и коллоидных растворов, форсирование - в/в введением 15-20% р-ра манитола (сорбитола) в дозе 1-1,5 гр. на 1 кг массы тела; фуросемида (лазикса) в дозе 1/3 мг. на 1 кг массы тела,

б) эвакуацию перитонеального токсического экссудата путем выполнения лапароцентеза, дренированием брюшной полости 2-3 дренажными трубками (2-кверху, 1-книзу) с последующим лаважем брюшной полости физиологическим раствором. Улучшение состояния больного отмечали сразу же ("на конце иглы"), на операционном столе в результате значительного уменьшения интоксикации.

- Экстракорпоральные методы детоксикации (серийный лечебный плазмофорез, фотомодификация крови).

5. Антибактериальную терапию. Карбопинемы: тиенам (3-4 р/с), меронем (500-1000 мг. в/в 1 р/с); фторхолоны: ципрофлоксацин, левофлоксацин, гатифлоксацин. Указанные антибактериальные препараты комбинировали с метронидазолом (100 мг в/в капельно 3 р/с).

- антимикотическую терапию: кетоназол (низорал 200 мг 1 р/с), флюконазол (дифлюкан) 50-400 мг/с
- 6. Стимуляцию моторики ЖКТ: убретид (0,5 мг 1 р/с); бензогексоний (2;5% 0,5 мл. 2 р/с); установление перидурального катетера (перидуральная анестезия).
- 7. Иммунокоррекцию (эхинаcea, траумель, эрбисол).

5.8. Хирургическое лечение

Сумма баллов хирургического риска и ИХС у данной категории больных представлена следующим образом:

1. Традиционные методы лечения: сумма баллов хирургического риска составила 14,2-21,4(17,0±1,9), ИХС-1,5-1,8(1,6±0,7).
2. Использование миниинвазивных, этапных технологий: сумма баллов хирургического риска составила 8,0-15,5(10,4±1,5), ИХС-1,5-1,7(1,6±0,7).

Хирургические вмешательства у больных с ЖКБ, хроническим (острым) калькулезным холециститом, вторичным билиарным панкреатитом (42 больных) выполняли под ЭТН с использованием мышечных релаксантов (таблица 32).

Таблица 32 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, вторичный билиарный панкреатит, сочет. ЯБ	ТХЭ-33 ЛХЭ- 9*	78,6 21,4	23	54,8	2	4,8
	ВСЕГО	42	100,0	23	54,8	2	4,8

Примечание: *- 1 больной учтен в группе симультанных операций.

Использовали индивидуальный подход, который, кроме основного предусматривал выполнение 2-х видов оперативных вмешательств.

1. симультанные (n=23), 2. этапные (n=2) операции. В 15 случаях использовали срединный доступ, в 27 подреберный доступ по Кохеру в модификации автора. У больных с острым панкреатитом в качестве предоперационной подготовки выполняли лапароцентез по методике клиники с последующим лаважем брюшной полости, 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 дополняли наружной холедохостомией (n=29), предпочтение отдавали методике Холстеда-Пиковского. ТХЭ в комбинации с холедоходуоденостомией в модификации клиники (n=4), холедохоеюностомию на отключенной петле по Ру (n=1) выполнили у 5 больных. Реконструктивные вмешательства на гепатикохоледохе (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), антрумэктомия по Бальфуру в модификации клиники (n=1), иссечение язвы ДПК, пилоропластика (n=2), ЛХЭ, ЛСВ (n=1).

У больных с острым и обострением хронического панкреатита считали показанным выполнение холедостомии, которая значительно улучшала течение послеоперационного периода. Холедохостому после предварительной фистулографии удаляли на 10-12 сутки после операции. У 13 больных выполнили разработанный в клинике способ лечения острого панкреатита, который позволил значительно улучшить результаты лечения деструктивных его форм, предупредить развитие опасных для жизни осложнений.

Способ лечения деструктивного панкреатита (Патент на полезную модель № 19152, 2006 г.).

Показанием к выполнению данного вида вмешательства являлось наличие острого деструктивного (тяжелого) панкреатита. Основной целью данного способа являлось: стабилизировать деструктивный воспалительный процесс в поджелудочной железе, исключить «продолженный» панкреатит, значительно уменьшить возможность развития осложнений деструктивного панкреатита и послеоперационных осложнений. Данный способ операции выполняли у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС в том случае, когда в клинике, подтвержденной данными лабораторных, инструментальных методов и интраоперационными данными превалировал острый (обострение хронического) панкреатит. Способ выполняли следующим образом: после лапаротомии, ревизии органов ГПДС на границе нижней и средней трети желудка по большой кривизне выделяли правую желудочно-сальниковую артерию на протяжении 4-6 см. (рисунок 5.35). Брали ее на фиксирующие лигатуры, дистальную лигатуру

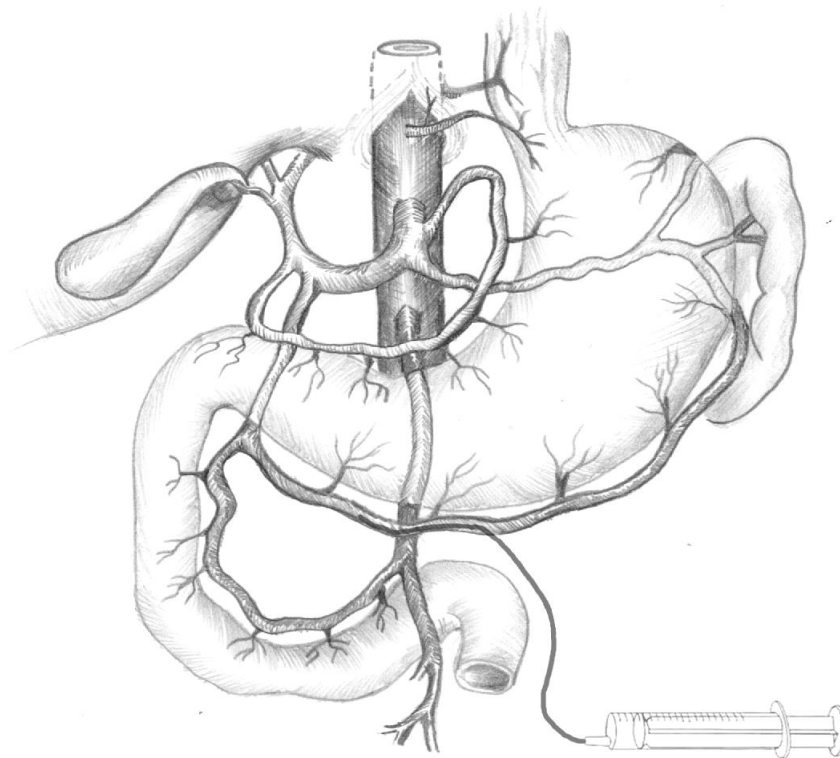


Рисунок 5.35

Способ лечения деструктивного панкреатита. Канюлирована правая желудочно-сальниковая артерия

завязывали. Между лигатурами вскрывали просвет артерии. В проксимальный отдел артерии вводили внутриартериальный катетер на глубину 6-8 см., которая проецируется уровню отхождения верхней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии. Проксимальную лигатуру над введенным катетером завязывали. Артерию между двумя лигатурами пересекали. Внутриартериальный катетер через дополнительный разрез брюшной стенки в эпигастральной области справа от лапаротомной раны выводили на кожу таким образом, чтобы проксимальный сегмент желудочно-сальниковой артерии располагался над уровнем апоневроза наружной косой мышцы живота в подкожной клетчатке. Катетер фиксировали к коже отдельными капроновыми швами. В послеоперационном периоде выполняли внутриартериальное введение лекарственных препаратов по следующей схеме: цефтриоксон 2,0, дексаметазон 8 мг, лидокаин 20мг, раствор хлорида натрия 0,9% (50,0 мл.) в режиме длительной непрерывной инфузии в течение 8 часов на протяжении 5-7 суток после оперативного вмешательства. Данный способ позволил: вводить высокие дозы антибактериальных препаратов, ингибиторов протеолиза непосредственно к зоне поджелудочной железы, уменьшить длительность применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, сравнительно быстрому купированию признаков деструктивного панкреатита, что было подтверждено клиническими, биохимическими и инструментальными данными. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде в сроки до 3-х суток в виде ОЖКК развились у 8(19,0%) больных этой группы (ОЖКК в виде острого геморрагического гастродуоденита диагностировано у 4 больных). Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза.

Таким образом, снижение суммы баллов хирургического риска и ИХС благодаря использованию миниинвазивных, симультанных и этапных вмешательств представлено следующим образом: суммы баллов хирургического риска с $17,0 \pm 1,9$ до $10,0 \pm 1,5$ (на $6,0 \pm 1,2$), ИХС с $1,6 \pm 0,7$ до $1,3 \pm 0,5$. Установлено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение частоты послеоперационных осложнений в 1,6 раза ($95\% \text{ДИ} = 1,0-2,2$). 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.

5.9. Медикаментозное лечение у больных с основным диагнозом хронический (острый) калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит в предоперационном периоде

В группе больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом (n=26) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (n=17) в стадии обострения была у 3 больных (у 1 из них с «зеркальными» язвами на передней и задней стенках, последняя с пенетрацией в желчный пузырь без формирования пузырьно-дуоденальной фистулы). Язвенная болезнь желудка (n=2) была в стадии обострения у 1 больного с локализацией язвы (0,7 см.) на передней стенке препилорического отдела желудка. Операции по поводу различных осложнений язвенной болезни в анамнезе перенесли 7 больных: резекцию желудка-4 (у двух из них радикальной операции предшествовало ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки), ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки 2 больных (у одного из них в комбинации с гастроэнтеростомией), иссечение язвы ДПК, СтВ 1 больной. У всех 4 больных противоязвенная комплексная терапия позволила достичь стадии неполной ремиссии в течение $12,0 \pm 1,6$ суток.

5.10. Хирургическое лечение

Наиболее сложная группа больных для решения тактических вопросов это больные с ЖКБ, хроническим, деструктивным калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом, желчным перитонитом [259]. Группа представлена 26 больными. При наличии деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, холангита, перитонита больных оперировали после кратковременной предоперационной подготовки (n=2). Формировали ХДА и наружное дренирование внепеченочных желчных протоков.

Сумма баллов хирургического риска и ИХС у больных данной группы представлены следующим образом: сумма баллов хирургического риска составила 5,4-10,1(7,9±1,3), ИХС-1,5-1,8(1,7±0,5). Характер и объем операций у больных данной группы представлен в таблице 33.

Таблица 33 Характер хирургических вмешательств у больных с основным диагнозом: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, вторичный билиарный панкреатит, 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

Примечание: ЖКБ-желчнокаменная болезнь, ХЛ-холедохолитиаз, ХГТ-холангит, МЖ- механическая желтуха, *- учтены у больных с основными вмешательствами.

Опасность развития осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни в виде ОЖКК в таком случае чрезвычайно велика (у 10 из 27 больных контрольной группы-37,0%). Наличие гнойного холангита предусматривает санацию внепеченочных желчных протоков в послеоперационном периоде. При использовании двойного дренирования (ХДА и холедохостомия) методика дренирования внепеченочных желчных протоков по Холстеду-Пиковскому неэффективна в связи с тем, что при неконтролируемом введении дренажа последний может «проникнуть» через сформированный ХДА и санация желчных протоков будет неэффективной. В связи с этим мы использовали разработанный нами способ холедохостомии при желчекаменной болезни, осложненной механической желтухой, гнойным холангитом, вторичным билиарным панкреатитом (Патент № 120621 от 10.01.20г.). В качестве дренажной трубки использовали одноразовую систему. Способ выполняли следующим образом: формировали муфту из этой же трубки на расстоянии 2.0 см. от конца дренажа (рисунок 5.36), прошивали ее кетгутовой нитью №3. Ее свободными концами прошивали оба края холедохотомического разреза (рисунок 5.37), завязывали ее и ушивали холедохотомическое отверстие отдельными капроновыми (№3) швами.

Далее выполняли наружное дренирование путем выведения холедохостомического дренажа через отдельный разрез у нижнего края операционной раны. Использование данного способа позволяет исключить вероятность затекания желчи мимо дренажа, проводить адекватную санацию

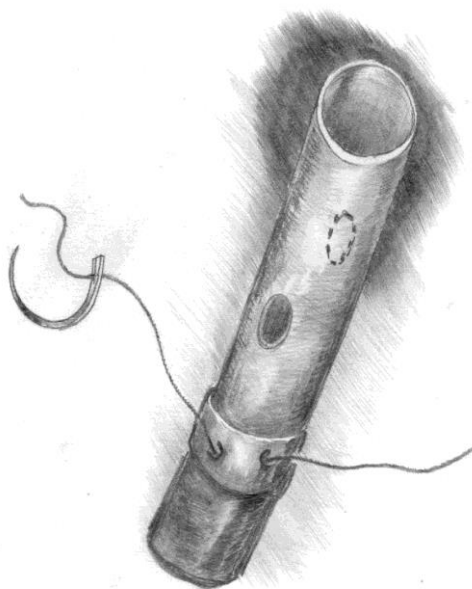


Рисунок 5.36
Прошивание муфты кетгутовой нитью №3

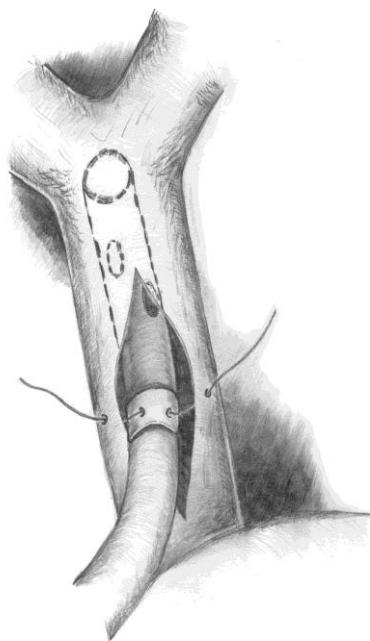


Рисунок 5.37
Фиксация дренажа к краям холедотомического разреза кетгутовой нитью

гепатикохоледоха антисептиками. Дренаж удаляли на 12 сутки после операции после предварительной фистулографии. По данному способу оперировано 34 больных. Осложнений, связанных с техникой операции не наблюдали.

При длительном течении ЖКБ осложненной холедохолитиазом и механической желтухой желчный пузырь является «отключенным», что наблюдали у 6 больных данной группы. В связи с этим, как контрастирование желчных протоков, так и использование пункции желчного пузыря с целью декомпрессии при механической желтухе оказывается неэффективным, поэтому данную методику не использовали. Больным основной группы выполняли: 3-х этапный способ лечения у 22(84,6%), холедоходуоденоанастомоз у 4(15,4%) больных. При отсутствии показаний к экстренной операции (n=22-84,6%) использовали разработанный в клинике способ предупреждения послеоперационных осложнений при сочетании желчнокаменной и язвенной болезней (Патент на полезную модель № 27754, 2007 г.) (рисунки 5.38–5.40).



Рисунок 5.38

Способ предупреждения послеоперационных осложнений при сочетании желчекаменной и язвенной болезней. Положение больного на операционном столе по время пункции левого внутрипеченочного желчного протока под контролем УЗИ в условиях ЦДК



Рисунок 5.39
Дренаж проведен через левый печеночный проток в гепатикохоledох
под контролем УЗИ



Рисунок 5.40
Дренаж фиксирован к коже

Показанием к выполнению данного вида вмешательства являлось: наличие гипербилирубинемии в результате ЖКБ, холедохолитиаза, механической желтухи, холангита при сочетании с язвенной болезнью в активной фазе. Основной целью данного способа являлось: предупреждение послеоперационных осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни при сочетании желчнокаменной и язвенной болезни в котором обеспечивается повышение эффекта за счет снижения уровня билирубинемии. По данным литературы известно, что холемия является одним из ведущих факторов риска развития осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни при ее обострении в виде острого кровотечения при хирургическом лечении осложненных форм желчекаменной болезни [294]. Высокий уровень холемии, даже при наличии противоязвенной терапии в полном объеме не может предупредить развитие осложнений со стороны сочетанной язвы в виде острого кровотечения, или перфорации.

Способ выполняли следующим образом: под местным обезболиванием в комплексе с нейролептаналгезия под контролем ультразвукового сканера 4-го поколения HDY-5000 фирмы «Phillips» (применяется конвексный датчик 50 мм, с лучевой действием 3,5-5 МГц) выполняли черескожное цветное доплеровское картирование, которое уменьшало риск травмы внутрипеченочного сосуда. Затем через безопасное «акустическое окно» на задержанном дыхании выполняли пункцию внутрипеченочного желчного протока с последующим временным его наружным дренированием полихлорвениловым дренажем. Дренаж фиксировали капроновой лигатурой к коже. В дренаж вводили контрастный раствор, при этом контрастировались внутрипеченочные протоки, гепатикохоледох и желчный пузырь. По характерным признакам устанавливали причину, которая привела к возникновению механической желтухи (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит и т.д.). В течение 3-4 суток достигалось значительное снижение уровня холемии. На этом фоне проводили комплексную противоязвенную терапию (включая эндоскопические методы). Медикаментозную комплексную терапию проводили до полного заживления язвы, подтвержденной эндоскопическим

исследованием. После заживления язвы на фоне курированного вторичного панкреатита выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию, а через 2-3 суток - лапароскопическую холецистэктомию без риска развития осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни. В послеоперационном периоде холангиостомический дренаж использовали для декомпрессии желчных протоков, что в случае выполненного вмешательства на терминальном отделе общего желчного протока является обязательной манипуляцией.

В клинике хирургических болезней ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО на базе ЦГКБ № 1 г. Донецка, хирургического отделения ДОКТМО и диагностического центра г. Донецка по данному способу оперированы 74 больных с хроническим калькулезным холециститом, холедохолитиазом, механической желтухой, сочетанной с язвенной болезнью в стадии обострения. Послеоперационных осложнений у больных, оперированных по данному способу не наблюдали, что подтвердило клиническую его надежность.

В том случае, когда вышеописанный способ операции был невыполним (выполнение вмешательства по неотложным состояниям, впадение БДС в дивертикул ДПК) выполняли холедоходуоденоанастомоз по разработанной в клинике методике. (Патент на полезную модель № 19585, 2006 г.). Показанием к выполнению данного способа операции являлось: локализация большого дуоденального сосочка в дивертикуле ДПК (n=2), предупреждение возникновения послеоперационных осложнений в виде холангиогепатитов, как результата дуоденобилиарного рефлюкса, следствием которого, как правило, является цирроз печени, гепатаргия.

Способ выполняли следующим образом (рисунки 5.41–5.44): производили продольную супрадуоденальную холедохотомию. Удаляли конкременты из гепатикохоледоха одним из известных способов. Переднюю стенку двенадцатиперстной кишки в месте предполагаемого анастомоза прошивали капроновой нитью № 3 и подтягивали кверху таким образом, чтобы образовался конус. Затем острым скальпелем непосредственно под иглой срезали прошитую

стенку двенадцатиперстной кишки с образованием точечного отверстия диаметром не более 2 мм. Зажимом Бильрота выполняли дилатацию отверстия на

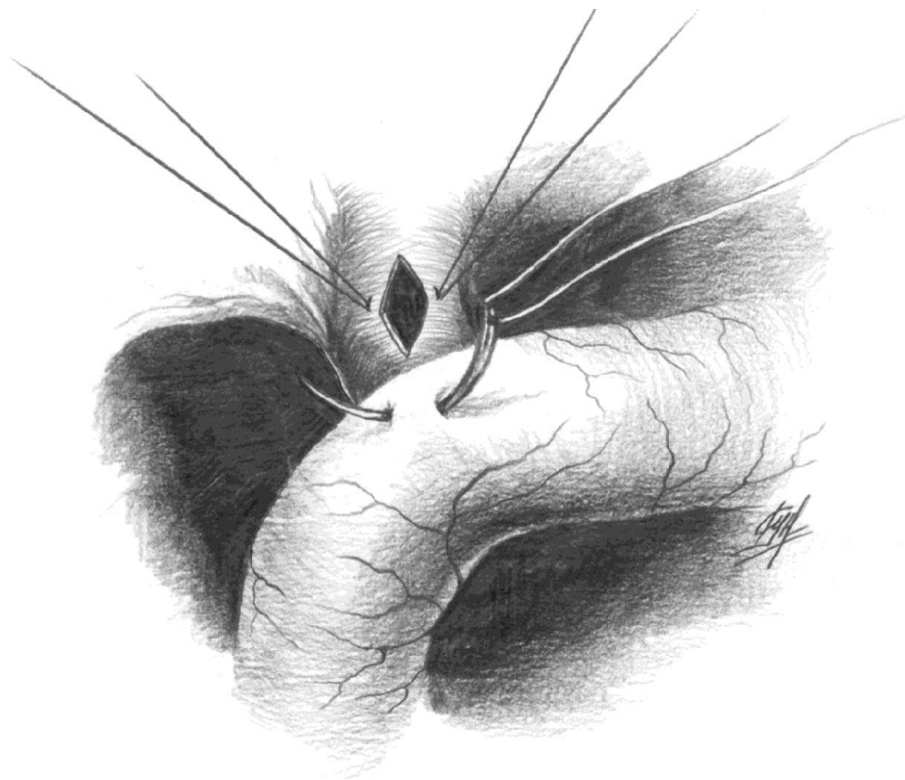


Рисунок 5.41

Способ антирефлюксного холедоходуоденоанастомоза. Супрадуоденальная холедотомия. Прошивание передней стенки двенадцатиперстной кишки

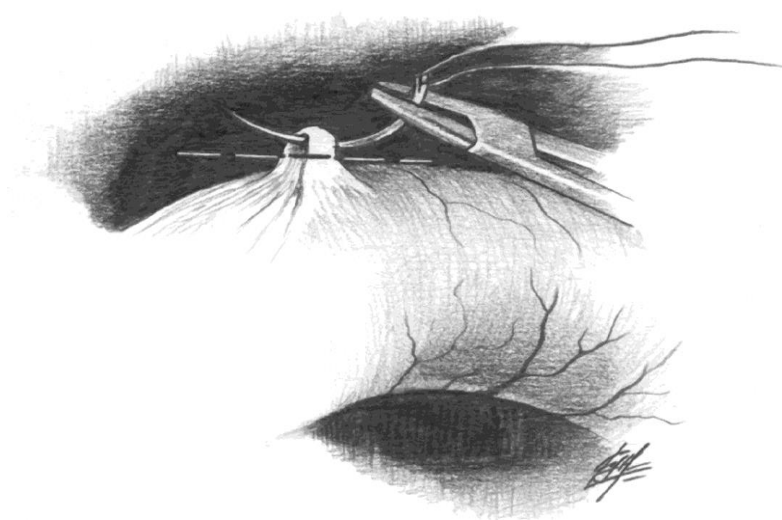


Рисунок 5.42

Отсечение участка передней стенки двенадцатиперстной кишки непосредственно под иглой

передней стенке двенадцатиперстной кишки в направлении перпендикулярном длиннику двенадцатиперстной кишки. Далее накладывали холедоходуоденоанастомоз в два ряда швов.

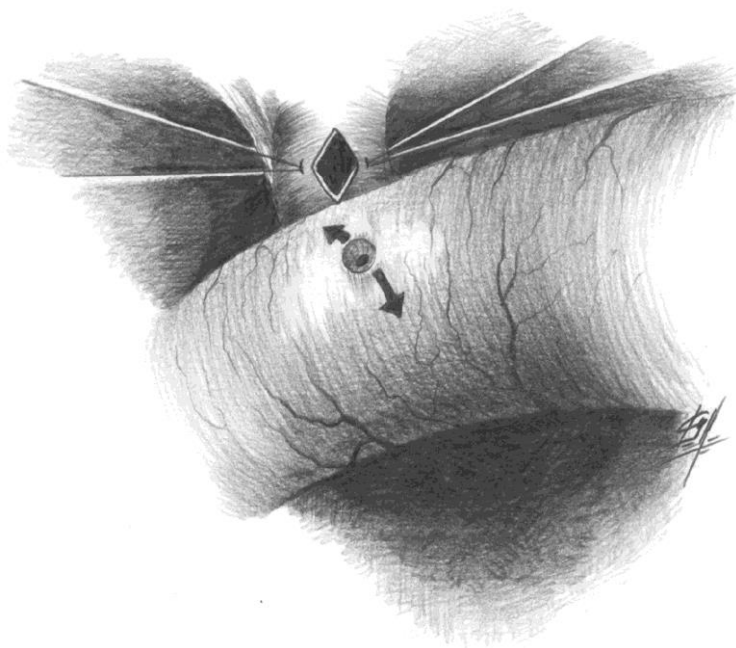


Рисунок 5.43

Направление расширения «точечного» отверстия двенадцатиперстной кишки

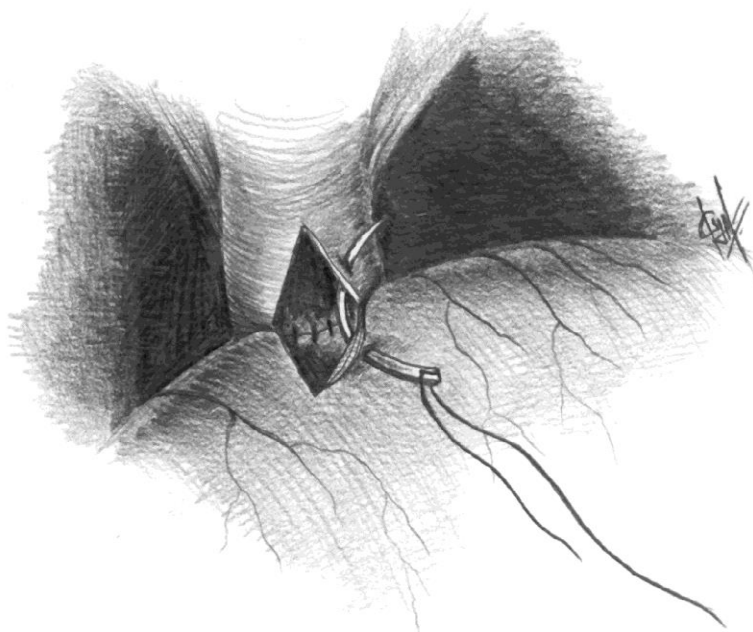


Рисунок 5.44

Формирование передней губы холедоходуоденоанастомоза

Таким образом, отверстие на передней стенке двенадцатиперстной кишки значительно меньше по сравнению с величиной холедохотомичного разреза. Однако, благодаря эластичности стенки двенадцатиперстной кишки и сохранению целостности мышечных оболочек, а также дилатация отверстия - оно полностью адаптировалось к размерам холедохотомичного разреза. В момент прохождения волны перистальтики по стенке двенадцатиперстной кишки, благодаря сохранившемуся мышечному слою отверстие двенадцатиперстной кишки смыкается и рефлюкс содержимого двенадцатиперстной кишки в гепатикохоледох - предупреждается. Операцию завершали дренированием брюшной полости.

В клиниках хирургических болезней ФИПО на базе ЦГКБ № 1 г. Донецка, им. К.Т.Овнатяна (на базе ДОКТМО) ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО по данному способу оперированы более 300 больных с хроническим, острым калькулезным холециститом, осложненных холедохолитиазом и механической желтухой.

Симультанные операции у этой группы больных выполнили у 2 больных: иссечение язвы двенадцатиперстной кишки с последующей пилоропластикой у 1, иссечение язвы желудка (после предварительной гастробиопсии) у 1 больного (таблица 5). 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.

Снижение суммы баллов хирургического риска и ИХС благодаря использованию миниинвазивных и этапных вмешательств представлено следующим образом: суммы баллов хирургического риска с $18,0 \pm 1,9$ до $5,4 \pm 1,1$ (на $12,6 \pm 1,7$), ИХС с $1,6 \pm 0,7$ до $1,3 \pm 0,55$ (на $0,3 \pm 0,5$). Установлено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение частоты послеоперационных осложнений в 3,4 раза ($95\% \text{ДИ} = 2,8-4,0$). 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.

Таким образом, количество симультанных операций максимально представлено в группе больных с хроническим калькулезным холециститом в сочетании с ЯБ (45-21,0%), где есть возможность обследования больных в предоперационном периоде 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 со вторичным билиарным панкреатитом, механической желтухой, холангитом диктовалось ургентной ситуацией. Данные вмешательства являлись операциями выбора у больных с тяжелой соматической патологией, а также больных пожилого и старческого возраста (53,8%) (таблица 34).

Таблица 34 Сравнительная оценка симультанных и этапных операций у больных основной группы

№ п/ п	Группа больных	Характер выполненных операций					
		Всего больных		Симулт. вм-ва		Этапные вм-ва	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	ХКХ, ЯБ	81	37,9	45	21,0		
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

Сокращения: ХКХ-хронический калькулезный холецистит, ОКХ-острый калькулезный холецистит, ВБП-вторичный билиарный панкреатит, ХЛ-холедохолитиаз, ХГТ-холангит, МЖ-механическая желтуха.

5.11. Патогенетическое обоснование положительного эффекта холецистэктомии на клиническое течение сочетанных заболеваний в органах, объединенных гепатопанкреатодуоденальной системой

Фундаментальными исследованиями эмбриологии доказано, что печень, желчевыводящие пути и поджелудочная железа в эмбриогенезе являются

производными той части первичной кишечной трубки, из которой в дальнейшем образуется двенадцатиперстная кишка [281].

«Генетическая родственность» ДПК, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы свидетельствуют о том, что хронический (острый) воспалительный процесс, однажды возникнув в одном из органов не может ограничиться в одном из них. По мере развития хронического воспалительного процесса в патологический (хронический, острый) процесс вовлекаются все «генетически родственные» органы: желудок, ДПК, печень, желчевыводящие протоки, поджелудочная железа. Это приводит к возникновению ЖКБ, язвенной болезни и вторичных, в т.ч. билиарных панкреатитов, которые необходимо трактовать как сочетанные заболевания органов ГПДС. За рабочую гипотезу принято положение, что ЖКБ является основным заболеванием («пусковым моментом») в системе пораженных органов, ликвидация которого приводит к стабилизации хронического воспалительного процесса в органах, объединенных ГПДС.

На этой основе предложен способ лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС (Декларационный патент на полезную модель № 8951, 2005г.). Способ основан на том, что санация желчевыводящей системы при желчнокаменной, сочетанной с язвенной болезнью приводит к стабилизации клинического течения последней, благодаря переводу ее в стадию длительной и стойкой ремиссии. Санация желчевыводящей системы приводит к стабилизации клинического течения вторичного билиарного панкреатита. Обострение последнего, как было доказано выше приводит к обострению сочетанной язвенной болезни с развитием опасных для жизни осложнений, в частности ОЖКК язвенного происхождения.

Иннервация органов гепатопанкреатодуоденальной системы (желудок, двенадцатиперстная кишка, печень, желчевыводящие протоки, поджелудочная железа), как известно, осуществляется блуждающими нервами. Ликвидация патологического очага в «лице» желчного пузыря (ЖКБ, хронический, острый калькулезный холецистит) прекращает поток патологических (стимулирующих)

импульсов по афферентной части вегетативной нервной системы (п. vagus) в ЦНС, а следовательно снижает, либо вовсе прекращает импульсацию по эфферентной ее части в обратном направлении к желудку и ДПК. Это относится как к секреторным, так и к двигательным порциям блуждающего нерва. Кроме того, известен факт снижения тонуса сфинктера привратника при снижении показателей кислотности желудочного сока. В связи с этим улучшается эвакуация из желудка. Таким образом, происходит ликвидация, либо значительное угнетение одних из основных патогенетических механизмов язвенной болезни: высокой кислотопродуцирующей функции и нарушенной эвакуации из желудка.

Таким образом, санация желчновыводящей системы приводит к стабилизации клинического течения вторичного билиарного панкреатита (контрольная группа-73-51,4%, основная-30-14,0%), который способствует обострению язвенной болезни (в 33,3% случаев) и развитию с ее стороны опасных для жизни осложнений (кровотечение, перфорация-в 26,3% случаев). Разрывается «порочный круг» в системе органов гепатопанкреатодуоденальной системы: ЖКБ-обострение вторичного (билиарного) панкреатита-обострение язвенной болезни, развитие осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни (рисунок 5.45).

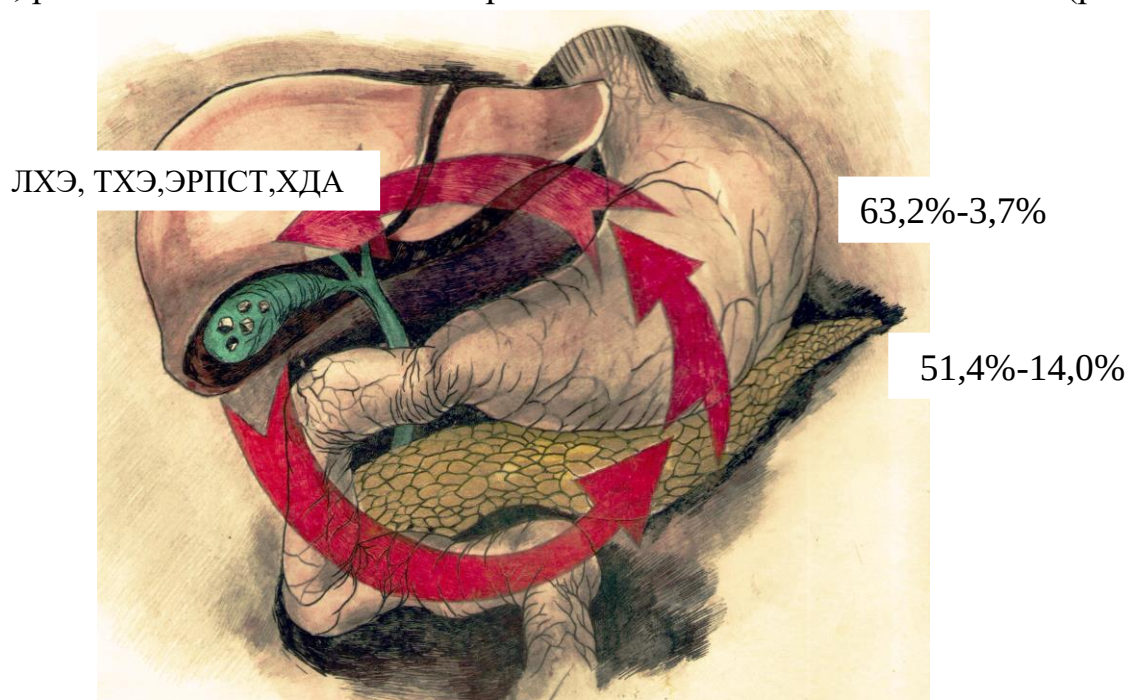


Рисунок 5.45

Схематическое изображение снижения частоты ВБП и язвенной болезни в послеоперационном периоде у больных контрольной и основной групп после санации желчновыводящей системы

РАЗДЕЛ 6. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

6.1. Обоснование целесообразности и эффективности симультанных операций у больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы

Для обоснования преимущества симультанных операций у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС нами были изучены следующие показатели:

1. временные параметры симультанных и изолированных операций в сравнительном аспекте у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС;
2. средние сроки пребывания больного на койке (койко-день) при симультанных и изолированных операциях в сравнительном аспекте у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС;
3. материальное обеспечение симультанных и изолированных операций в сравнительном аспекте у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС;

1. Временные параметры изучались с учетом выполнения симультанных и изолированных операций (суммарного времени нескольких операций) у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС (таблица 35).

Таблица 35 Временные параметры симультанных и отдельных операций у
больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС

№	Группы больных	Количество больных		Время операции (мин.)
		Абс.	%	
1.	Больные, которым выполнены симультанные операции	77	50,6	152±3,1
2.	Больные, которым выполнены изолированные операции	75	49,4	252±0,5

Примечание: временные параметры отдельных операций складываются из суммарного времени выполненных вмешательств.

Таким образом, время, которое затрачивается на операционный доступ, выполнено оперативного приема и выхода из операции (дренирование брюшной полости, ушивание передней брюшной стенки) было следующим:

а) симультанные операции:

1. ЛХЭ, лапароскопическая круроррафия, фундопликация по Ниссену, стволовая ваготомия: 2,5 часа (ЛХЭ-30 мин., ГПОД-1ч.30 мин., ваготомия-30 мин.); 2. ТХЭ, резекция желудка: 2,5 часа; 3. ТХЭ, СПВ: 2,5 часа; 4. ТХЭ, СПВ, ХДА: 2,5-3 часа;

б) изолированные операции:

1. ЛХЭ – 50 мин.-1,5 часа; 2. ТХЭ – 40 мин.-1,5 часа; 3. ТХЭ, ХДА -1,5-2 часа; 4. пилоропластика–1ч.30 мин.; 5. резекция желудка - 2 часа;

2. сроки пребывания больного на койке (койко-день)

Средние сроки пребывания больного на койке (койко-день) при симультанных и изолированных операциях у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС представлены следующим образом (таблица 36).

Таблица 36 Средние сроки пребывания на койке у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС

№	Группы больных	Всего больных		Сроки пребывания больного на койке (койко-день)
		Абс.	%	
1.	Больные, которым выполнены симультанные операции	77	50,6	9,1±1,4
2.	Больные, которым выполнены изолированные операции	75	49,4	17,6±1,9

Примечание: средние сроки пребывания больных на койке у больных 2-й группы рассчитывался, исходя из суммарного времени выполнения двух отдельных операций.

а) симультанные операции:

1. ЛХЭ, лапароскопическая круроррафия, фундопликация по Ниссену, стволовая ваготомия: 4-6 (5±4,8) к/д ТХЭ; 2. резекция желудка: 10-12 (11±5,2) к/д; 3. ТХЭ, СПВ: 8-10 (9±5,4) к/д; 4. ТХЭ, СПВ, ХДА: 9-11 (10±5,6) к/д

б) изолированные операции:

1. ЛХЭ: 4-64-6 ($5\pm4,8$) к/д; 2. ТХЭ: 8-10 ($9\pm5,4$) к/д; 3. пилоропластика: 9-11 ($10\pm5,6$) к/д; 4. резекция желудка: 10-12 ($11\pm5,2$) к/д.

При этом период временной нетрудоспособности у больных трудоспособного возраста представлен следующими временными параметрами:

1. ЛХЭ: 19-21($20\pm6,2$) дней; 2. ТХЭ: 29-31 ($30\pm6,4$) дней; 3. пилоропластика: 29-31 ($30\pm6,5$) дней; 4. резекция желудка: 28-42 ($30\pm6,7$) дней

У больных с симультанными операциями период временной нетрудоспособности представлен следующими временными параметрами:

после лапароскопических вмешательств 20-22($21\pm6,2$) дней, после традиционных вмешательств 28-32 ($30\pm6,5$) дней.

3. Материальное обеспечение симультанных и изолированных операций

При оценке материального обеспечения симультанных и изолированных операций у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС учитывали следующие факторы: возраст, наличие сопутствующих заболеваний, стадия их компенсации, плановый, либо urgentный характер оперативного вмешательства, течение ближайшего послеоперационного периода, необходимость перевода больных в отделение реанимации и интенсивной терапии. С учетом того факта, что неустановленный диагноз сочетанного заболевания, в частности сочетанной язвенной болезни сопровождается рецидивом язвы, развитием тяжелых осложнений с ее стороны (острое желудочно-кишечное кровотечение (в 25,6% случаев), стеноз выходного отдела желудка язвенного генеза (в 2,3% случаев) учитывали необходимость проведения предоперационной подготовки, а также гемостатической, заместительной и противоязвенной терапии. Согласно принятым положениям urgentная ФГДС при диагностике ОЖКК выполняется при госпитализации и через каждые 3-4 часа на фоне проведения гемостатической, заместительной терапии с учетом эндоскопического гемостаза. При достижении признаков стабильного гемостаза ФГДС выполняется при выписке, либо переводе больного из ОРИТ в хирургическое отделение. При отсутствии показаний к операции ГДС выполняется при выписке больного из стационара. В случае неэффективного эндоскопического гемостаза в течении 6

часов выполняется операция на высоте профузного кровотечения язвенного происхождения. Учитывались также стоимость средств, лекарственных препаратов, сшивающих аппаратов, инфузионных растворов, анестезиологического обеспечения и лечения больных в условиях отделения ОРИТ при тяжелом течении ближайшего послеоперационного периода и т.д. При этом материальное обеспечение изолированных операций рассчитывали, исходя из суммарной стоимости нескольких (как минимум двух) операций. Материальное обеспечение данной категории больных представлено следующим образом (таблица 37).

Из приведенной таблицы видно, что материальное обеспечение изолированных оперативных вмешательств практически в четыре раза превышает аналогичное у больных с симультанными операциями.

Таблица 37 Материальное обеспечение симультанных и изолированных операций у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС

№	Группы больных	Количество больных		Стоимость обеспечения операции (в руб.)
		Абс.	%	
1.	Больные, которым выполнены симультанные операции: ТХЭ, СПВ, п.п. ЛХЭ, кр.р, ф.пл.Ниссену	77	50,6	23.742±2,2
2.	Больные, которым выполнены изолированные операции: -ЛХЭ (ТХЭ) -ПСПВ (пилоропластика) -резекция желудка	75	49,4	81.379±3,4

Примечание: сумма материального обеспечения у больных 2-й группы рассчитывался, исходя из суммарных затрат выполнения изолированных операций, эндоскопического гемостаза при ОЖКК, проведения гемостатической и заместительной терапии.

Таким образом, изучение временных параметров изолированных (n=75) и симультанных операций (n=77), сроков пребывания на койке, периода реабилитации (временной нетрудоспособности у больных трудоспособного

возраста), а также материального обеспечения оперативных пособий показало, что выполнение симультанных оперативных вмешательств у больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы выгодным образом отличается от изолированных операций у данной категории больных.

6.2. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде у больных основной группы (n=214) развились у 5(2,3%) больных. При этом общепринятые (кровотечение из ложа желчного пузыря после ЛХЭ (n=1), левосторонняя пневмония (n=1), обострение вторичного билиарного панкреатита с развитием острого эрозивного гастродуоденита (n=1), имели место у 3(2,0%) больных. Осложнения типичные для сочетанных заболеваний органов ГПДС со стороны сочетанной язвенной болезни в виде ОЖКК язвенного генеза в сроки от 1 до 8($3,5 \pm 1,4$) суток после операции развились у 18(8,4%), из них язвенного генеза у 19(8,9%), острого геморрагического гастродуоденита у 6 больных. ОЖКК остановлено консервативно путем проведения комплексной противоязвенной, антистрессовой, гемостатической и заместительной терапии с использованием эндоскопических методов гемостаза. У больного с кровотечением из ложа желчного пузыря (после ЛХЭ) в течение 1-х суток выполнена лапаротомия, остановка кровотечения с благоприятным исходом.

Таким образом, улучшения непосредственных результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС в виде отсутствия послеоперационной летальности, снижения общепринятых (2,0%), специфических (8,9%) послеоперационных осложнений удалось достичь благодаря:

1. Последовательному соблюдению разработанной диагностической программы у больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы. При этом были выявлены сочетанные

заболевания, которые протекали по типу «немного» клинического течения, что предотвратило развитие специфических осложнений с их стороны в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах.

2. Учету факторов хирургического риска, среди которых выделены прогностически значимые факторы. Ведущими из них являются: возраст, ведущий синдром, обострение вторичного билиарного панкреатита, осложнения ЖКБ в виде холедохолитиаза, механической желтухи, холемии, холангита, обострения язвенной болезни, высокий уровень кислотности желудочного сока, индексу хирургического стресса.

3. Отказу (при отсутствии абсолютных показаний) от оперативного вмешательства при наличии обострения вторичного билиарного панкреатита, и как его следствия обострения сочетанной язвенной болезни. При этом комплексная противоязвенная, противопанкреатическая терапия, проводимая в качестве предоперационной подготовки имела своей целью добиться перевода язвенной болезни в стадию полной или неполной ремиссии, а также в максимальной степени стабилизировать воспалительный процесс в поджелудочной железе при наличии острого (обострения вторичного) билиарного панкреатита.

4. Использованию симультанных операций на желудке, которые предотвращают развитие специфических послеоперационных осложнений при наличии обострения язвенной болезни, а также способствуют стабилизации воспалительного процесса в гепатопанкреатодуоденальной системе. При этом симультанные операции абсолютно показаны у больных с прогрессирующим типом течения язвенной болезни, даже в случае стадии ремиссии на момент выполнения вмешательства. Предпочтение отдавали органосохраняющим вмешательствам на основе одного из видов ваготомии, ведущими из которых являются СПВ, либо ПСПВ. В данной ситуации иссечение язвы с последующей пилоропластикой, либо гастродуоденостомией являются обязательными вмешательствами.

5. Использованию миниинвазивных, симультанных, а также этапных оперативных пособий у больных с критической степенью хирургического риска.

6.3. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы

С учетом необходимой оценки отдаленных результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС нами предложена следующая градация:

1. **Хороший результат:** Больные с небольшой давностью сочетанных заболеваний, с клинически не выраженным вторичным билиарным панкреатитом, не нуждающиеся в стационарном лечении, возникшие функциональные нарушения легко компенсируются соблюдением диеты. Рецидива язвенной болезни нет.
2. **Удовлетворительный результат:** Больные с большой давностью сочетанных заболеваний, с периодическим обострением вторичного билиарного панкреатита, нуждающиеся в стационарном лечении. Имеется рецидив язвенной болезни без осложнений, с хорошим эффектом от консервативной терапии.
3. **Неудовлетворительный результат:** больные с выраженным вторичным билиарным панкреатитом. Имеется рецидив сочетанной язвенной болезни, рефрактерный к противоязвенной терапии в условиях стационара, с наличием осложнений, требующих повторного оперативного вмешательства, в т.ч. по поводу недиагностированных сочетанных заболеваний.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных ЖКБ, сочетанной с неопухолевыми заболеваниями панкреатодуоденальной системы основывались на обследовании 121-58,2% больного, повторно вызванных в клинику в сроки от 8 мес. до 19 лет, обследованных анкетным способом (41-19,7%).

Обследование включало: лабораторные (клинические, биохимические), инструментальные методы: УЗИ, ФГДС, КТ(по показаниям) с исследованием

всех органов, составляющих гепатопанкреатодуоденальную систему: желудок, ДПК, печень, желчевыводящую систему, поджелудочную железу. Результаты обследования подтвердили корреляционную зависимость этих показателей. Результаты отдаленных результатов представлены в таблице 38.

Таблица 38 Отдаленные результаты хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы в зависимости от степени хирургического риска

№ п/п	Степень хирургического риска	Отдаленный результат						
		Всего больных в группе	Хороший		Удовлетворит.		Неудовлетворит.	
			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	40	20,6		

I (низкая) степень хирургического риска. У больных с низкой степенью хирургического риска (n=55) хорошие результаты установлены у 48(87,3%), удовлетворительные у 7(12,7%) больных. Из 7 больных с удовлетворительным результатом мужчин было 2(3,6%), женщин-5(9,1%). Желчнокаменный анамнез вариировал от 5 до 20(10,1±1,5) лет, язвенный от 0(немое течение) до 32(13,8±1,7) лет. Основная причина удовлетворительного результата у данной группы больных являлась обострение вторичного билиарного панкреатита.

Это больные с периодическим обострением вторичного билиарного панкреатита, нуждающиеся в стационарном лечении. Рецидива язвенной болезни у данной группы больных не выявлено, что было подтверждено при программном эндоскопическом мониторинге.

II (высокая) степень хирургического риска. У больных с высокой степенью хирургического риска (n=74) хорошие результаты установлены у 63(85,1%), удовлетворительные у 11(14,9%) больных. Из 11 больных с удовлетворительным результатом мужчин было 2(2,7%), женщин-8(10,8%). Желчнокаменный анамнез вариировал от 0 до 15(8,7±1,4) лет, язвенный от 0(немое течение) до 40(6,3±1,2)

лет. Основная причина удовлетворительного результата у данной группы больных являлась: обострение вторичного билиарного панкреатита ($n=9$), демпинг-синдром средней степени тяжести после радикальной операции ($n=1$), рецидив язвенной болезни с положительным эффектом от медикаментозной терапии ($n=1$). Это больные с давностью сочетанных заболеваний $7,5 \pm 1,2$ лет с периодическим обострением вторичного билиарного панкреатита, нуждающиеся в стационарном лечении. Рецидив язвенной болезни у данной группы больных выявлен у 1 (1,3%) больной, что было подтверждено при программном эндоскопическом мониторинге.

III (критическая) степень хирургического риска. У больных с критической степенью хирургического риска ($n=85$) хорошие результаты установлены у 59 (69,4%), удовлетворительные у 26 (30,6%) больных. Из 26 больных с удовлетворительным результатом мужчин было 9 (10,6%), женщин - 17 (20,0%).

Желчнокаменный анамнез вариировал от 0 до 30 ($5,7 \pm 1,2$) лет, язвенный от 0 (немое течение) до 30 ($5,5 \pm 1,2$) лет. Основная причина удовлетворительного результата у данной группы больных являлась: обострение вторичного 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.

Это больные с давностью ЖКБ $5,7 \pm 1,2$, язвенного анамнеза - $5,5 \pm 1,2$ лет. Рецидив язвенной болезни у данной группы больных выявлен у 7 (8,9%) больных, что было подтверждено при программном эндоскопическом мониторинге. Все больные пролечены консервативно с положительным эффектом от медикаментозной терапии.

Рецидив сочетанной язвенной болезни у больных контрольной группы наступил у 43 (63,2%) больных, у 7 (16,3%) из них, повлекших необходимость повторного хирургического вмешательства и у 8 (3,7%) больных основной группы на фоне обострения вторичного панкреатита, с положительным эффектом от медикаментозного лечения.

Результаты комплексного хирургического лечения больных основной группы подтверждают рабочую гипотезу о том, что желчнокаменная болезнь является «пусковым механизмом» в развитии хронического воспалительного процесса в органах, объединенных гепатопанкреатодуоденальной системой. 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.

ОБОБЩЕНИЕ И АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Ретроспективный анализ охватывает 485 больных (247 больных учтены в контрольной и основной группах). Он проведен с целью изучения особенностей клинического течения желчнокаменной, язвенной болезней и вторичного панкреатита при их сочетании и влияния каждого заболевания на характер и частоту развития осложнений в органах гепатопанкреатодуоденальной системы. Подразделение больных основано на учете ведущего клинического синдрома при госпитализации. В каждой группе больных охарактеризованы характер клинического течения основного и сочетанного заболеваний, влияние каждого из них на течение болезни в условиях сочетанных заболеваний органов ГПДС.

I группа: Ведущий клинический синдром: язвенная болезнь и ее осложнения, сочетанные заболевания: ЖКБ, вторичный панкреатит (n=217). Группа разделена на две подгруппы: 1. Больные, перенесшие первичные оперативные вмешательства по поводу язвенной болезни и ее осложнений (n=100); 2. Больные, перенесшие повторные и реконструктивные вмешательства по поводу язвенной болезни и ее осложнений (n=117).

В подгруппе с первичными хирургическими вмешательствами мужчин было 79(79,0%), женщин 21(21,0%). Большинство больных представлено возрастным периодом от 50 до 59 (35-35,0%) лет. В плановом порядке госпитализированы 86(86,0%) неотложном 14(14,0%) больных. В подгруппе с повторными хирургическими вмешательствами возраст больных варьировал от 20 до 74 (44,9±4,5) лет. Большинство больных (112–95,7%) представлено возрастом от 20 до 59 лет. Мужчин было 113(96,6%), женщин–4(3,4%). До 60 лет было 108(92,3%) больных. В плановом порядке госпитализированы 108(92,3%), в неотложном 9(7,7%) больных.

Осложненная форма язвенной болезни имела место у 85,1% больных. Наиболее часто встречаемые осложнения представлены в трех видах: 1. Пенетрация в различные органы и ткани–129(59,5%), 2. Стеноз различной степени (компенсированный (n=4), субкомпенсированный (n=64), декомпенсированный (n=13)–81(37,3%) больной 3. Кровотечение–62(28,6%)

больных. Острое желудочно-кишечное кровотечение различной степени тяжести было у 21(9,7%), кровотечение в анамнезе у 41(18,9%) больного. Повторные кровотечения в анамнезе были у 18 (8,3%)больных (от 2 до 4 раз). У одного из больных с рецидивной язвой ДПК кровотечение повторялось 10 раз.

У больных с первичными хирургическими вмешательствами (n=100) характерно взаимоотношение таких осложнений, как пенетрация и кровотечение. Комбинация этих осложнений отмечена у 40(18,4%) больных. Так из 33 больных с кровотечением пенетрация в соседние органы и ткани во время операции была установлена у 24(72,7%) больных. Характерным, также, является тот факт, что из 14 больных, у которых язвенная болезнь сочеталась с хроническим калькулезным холециститом осложненная форма основного заболевания диагностирована у всех 14(100,0%) больных, в то время как у больных без сочетания с хроническим калькулезным холециститом (86-86,0%) осложнения основного заболевания были у 69(69,0%).

Показатели желудочной секреции изучены у 105(48,4%) больных. Гипосекреция установлена у 54(51,4%), (БАО- $1,9 \pm 1,3$ мэкв/час, МАО- $4,5 \pm 2,1$ мэкв/час. нормосекреция у 28(26,7%), (БАО- $4,9 \pm 2,1$ мэкв/час, МАО- $17,2 \pm 3,6$ мэкв/час.), гиперсекреция у 23(21,9%) (БАО- $20,5 \pm 3,9$ мэкв/час, МАО $26,8 \pm 4,3$ мэкв/час.) больных. Отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения язвенной болезни должно натолкнуть врача на мысль о возможности осложненной формы язвы и своевременно передать больного хирургу.

II группа: Ведущий клинический синдром: ЖКБ и ее осложнения (n=177). До 60 лет было 78(44,1%) больных, старше 60 лет 99(55,9%) больных: лиц пожилого возраста-65(36,7%), старческого возраста-34(19,2%). Длительность анамнеза основного заболевания составила $5,3 \pm 1,2$ года. Осложнения со стороны основного заболевания в виде деструктивного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита диагностированы у 101(61,6%), осложненная форма сочетанной язвенной болезни у 55(31,1%) больных. Особенностью клинического течения сочетанных заболеваний органов ГПДС с преимущественным поражением желчновыводящей системы является то, что в клинике у

подавляющего большинства больных (115-96,6%) доминируют симптомы, характерные для поражения билиарной системы. Симптоматика язвенной болезни в сочетании с признаками заболевания билиарного тракта отмечена лишь у 4(3,4%) больных, не смотря на то, что активная фаза язвенной болезни установлена у 56(31,6%) больных. У 88(49,7%) больных отмечено атипичное течение основного заболевания (57-64,8%) и сочетанной язвенной болезни (39-44,3%). Атипичность клинического течения язвенной болезни («немая» язва), невозможность обследовать больного в полном объеме из-за неотложных показаний к экстренной операции привели к ряду диагностических ошибок и развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде.

III группа: Ведущий клинический синдром: острый (обострение хронического), хронический панкреатит, сочетанные заболевания: ЖКБ, язвенная болезнь представлена 91 больным. Среди лиц мужского пола преобладают случаи острого, в т.ч. деструктивного (n=29–47,5%), обострения хронического панкреатита (n=23–37,7%). Для женщин более характерны случаи хронического панкреатита (n=15–62,5%). Осложнения основного заболевания в виде панкреонекроза, ферментативного перитонита, механической желтухи, кист поджелудочной железы отмечены у 23(25,3%) больных. Осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в анамнезе в виде стеноза, перфорации язв ДПК, кровотечения имели место у 23(25,3%) больных. В анамнезе 17(18,7%) из них перенесли операции по поводу различных осложнений язвенной болезни. При поступлении больных в клинику осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в виде острого кровотечения диагностированы у 7(7,6%) больных. С учетом осложнений со стороны язвенной болезни в анамнезе и при госпитализации – осложненная форма сочетанной язвенной болезни выявлена у 30(33,0%) больных. Атипичное («немое») течение сочетанной язвенной болезни констатировано у 11(12,1%) больных.

В клинической картине у больных с ведущим клиническим синдром: острый (обострение хронического), хронический панкреатит, доминировали признаки панкреатита, несмотря на то, что активная фаза язвенного процесса

констатирована у 19(20,9%) больных. Клиника язвенной болезни в сочетании с клиническими признаками панкреатита отмечена лишь у 5(5,5%) больных, причем у 4 из них язвенная болезнь по данным ФГДС находилась в стадии ремиссии. Осложнения со стороны язвенной болезни в виде ОЖКК, развившиеся у 7 больных, констатированы в случаях острого либо обострения хронического панкреатита. Клинических проявлений предшествующего обострения язвенной болезни не было. В клинике полностью доминировали признаки острого либо обострения хронического панкреатита, что затрудняло диагностику как самой язвенной болезни, так и ее осложнений. На основании результатов ретроспективного анализа подтвержден факт существования феномена взаимного отягощения клинического течения желчнокаменной, язвенной болезней и панкреатита при их сочетании.

Контрольная группа представлена 142 больным. Оперировано 68 больных. Мужчин было 32(47,1%), женщин—36(52,9%). Возраст больных варьировал от 27 до 82 ($50,4 \pm 4,0$) лет. Большинство больных были в возрасте от 50 до 79 ($55,0 \pm 4,1$) лет. Все больные были оперированы до 2005г. в период общепринятой хирургической тактики. Осложненная форма основного заболевания в виде острого деструктивного холецистита ($n=20$), перитонита ($n=9$), холедохолитиаза ($n=14$), индуративного панкреатита ($n=13$), механической желтухи ($n=27$), гнойного холангита ($n=11$), в различной их комбинации имели место у 42(61,8%) из 68 больных. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде в сроки от 1 до 8 ($3,5 \pm 1,4$) суток после операции со стороны недиагностированной сочетанной язвенной болезни в виде ОЖКК развились у 13(19,1%) больных контрольной группы (с учетом геморрагического гастродуоденита у 15(21,7% больных): при обострении вторичного билиарного панкреатита у 10, без такового у 3 больных (у 1 больного ОЖКК диагностировано на момент госпитализации). В отдаленном послеоперационном периоде (через 3 месяца) 1 больная оперирована в связи с перфорацией недиагностированной язвы ДПК.

С учетом диагностических ошибок, приведших к развитию осложнений в раннем ($n=14$) и позднем ($n=1$) послеоперационном периодах (19,1%) разработан

диагностический алгоритм в плановой и неотложной хирургии, предусматривающий обследование всех органов, включающих ГПДС независимо от превалирования тех, или иных симптомов. 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.

С целью выявления причин послеоперационных осложнений у больных контрольной группы использован многофакторный анализ, при котором были выявлены 23 прогностические значимые фактора хирургического риска. Общая сумма баллов факторов хирургического риска составила 29,3. При сумме баллов 0-5 степень хирургического риска считали низкой, 6-10 – высокой, выше 10 – критической.

Анализ динамики течения сочетанной язвенной болезни, как «индикатора» клинического течения сочетанных заболеваний органов ГПДС у 122 больных, контрольной группы позволил выявить три основных типа течения язвенной болезни ДПК: стабильный ($n=77-63,1\%$), нестабильный ($n=26-21,3\%$) и прогрессирующий ($n=19-15,6\%$). В основу данного подразделения положены: частота обострений сочетанной язвенной болезни, характер и частота осложнений, операции, выполненные по абсолютным показаниям в анамнезе.

Для выявления возможности использования миниинвазивных операций и выбора операционного доступа при ЖКБ проанализированы основные закономерности изменения нормальных топографоанатомических взаимоотношений в брюшной полости при повторных вмешательствах при рецидиве язвенной болезни у 117 больных (в анамнезе-СПВ-73,СтВ,СВ-44). Интраоперационный анализ показал, что спаечный процесс после ранее произведенных операций на органах брюшной полости носит различный

характер, что не является противопоказанием для выполнения ЛХЭ. Однако, выраженный рубцово-спаечный процесс у больных с рецидивом язвенной болезни после СПВ является следствием частичной денервации и деваскуляризации желудка носит адаптационный характер, сопровождается заращением всех известных анатомических пространств в брюшной полости. У больных данной категории операции по поводу ЖКБ и ее осложнений следует выполнять традиционным способом.

Наиболее значимыми факторами агрессии при язвенной болезни в условиях сочетанных заболеваний органов ГПДС являются: увеличение буферной емкости содержимого желудка (ср.=0,01), что приводит к увеличению его pH, концентрации желчных кислот (в основном за счет содержания фолиевой кислоты ср.=0,056), снижению протекторной функции слизистой оболочки желудка за счет снижения концентрации муцинов.

Больные основной группы представлены 214 больными. Мужчин было 101(47,2%), женщин—113(52,8%). Возраст больных варьировал от 21 до 89 (59,9±3,1) лет. Большинство больных были в возрасте от 50 до 69 (115-53,7%±3,1) и от 70 до 89(60-28,0±3,4%) лет. Возрастной интервал от 50 до 89 лет представлен 175(81,8%) больными. 1 группа: Основное заболевание: хронический калькулезный холецистит, сочетанные заболевания: язвенная болезнь 81(37,9%); 2 группа: Основное заболевание: острый калькулезный холецистит, сочетанное заболевание: язвенная болезнь 65(30,4%); 3 группа: Основное заболевание: хронический (острый) калькулезный холецистит, острый (обострение хронического) вторичный билиарный панкреатит, сочетанное заболевание: язвенная болезнь 42(19,6%) больных; 4 группа: Основное заболевание: ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, сочетанное заболевание: язвенная болезнь 26(12,1%) больных.

Использован индивидуальный комплексный подход. Последний включал в себя два этапа: 1. медикаментозное лечение, проводимое в качестве предоперационной подготовки и 2. хирургическое лечение. На первом этапе медикаментозное лечение проводили во всех без исключения случаях при

сочетанных заболеваний в виде язвенной болезни, вторичного билиарного панкреатита с целью предупреждения развития осложнений с их стороны в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

У больных с хроническим калькулезным холециститом сочетанная язвенная болезнь в стадии обострения выявлена у 17(21,0%), острым калькулезным холециститом у 8(12,3%), острым (обострением хронического) вторичного панкреатита у 9(21,4%), холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом у 3(11,5%) больных. Стадии полной и неполной ремиссии сочетанной язвенной болезни, значительного уменьшения периульцерозных изменений в результате проведения комплексной противоязвенной терапии удалось достичь через $9,5 \pm 1,5$, $11,0 \pm 1,6$, $14,4 \pm 1,7$, $12,0 \pm 1,6$ суток соответственно.

Хирургическое лечение больных основной группы (n=214) выполняли в соответствии с разработанной тактикой, учетом факторов хирургического риска, индекса хирургического стресса, типов течения сочетанной язвенной болезни.

1 группа: Основное заболевание: хронический калькулезный холецистит, сочетанное заболевание: язвенная болезнь-81 больной. ЛХЭ выполнена у 48(59,3%), ТХЭ у 32(40,7%), симультанные операции в различной комбинации у 45(55,6%) больных; **2 группа:** Основное заболевание: острый калькулезный холецистит. Сочетанное заболевание: язвенная болезнь-65 больных. ЛХЭ выполнена у 46(70,8%), ТХЭ у 19(29,2%). Этапные операции выполнены у 7(10,8%) с последующей ЛХЭ, симультанные у 10(15,4%) больных; **3 группа:** Основное заболевание: ЖКБ, хронический, острый калькулезный холецистит, острый (обострением хронического) билиарный панкреатит. Сочетанные заболевания: язвенная болезнь, ЖКБ-42 больных. ЛХЭ выполнена у 9(21,4%), ТХЭ у 33(78,6%). Симультанные операции выполнены у 23(54,8%) больных; **4 группа:** Основное заболевание: ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит-26 больных. Сочетанные заболевания: язвенная болезнь у всех, дивертикул ДПК, с локализацией в БДС ДПК у 2 больных. Традиционные вмешательства выполнены у 4(15,4%), этапные у 22(84,6%), симультанные у 2(7,7%) больных.

Вид и объем симультанного вмешательства определяли следующим образом:

1. при наличии умеренной, выраженной гипоацидности и нормацидности считали достаточным выполнение санации желчевыводящей системы в виде изолированной (ТХЭ, ЛХЭ) холецистэктомии. Предпочтение отдавали ЛХЭ. Группа больных со стабильным течением сочетанной язвенной болезни. ИХС $1,3 \pm 0,7$ и ниже. 2. при наличии умеренной гиперацидности выполняли органосохраняющие операции (ПСПВ), включая иссечение язвы, с последующей пилоропластикой, СтВ, ЛХЭ. Группа больных с нестабильным течением сочетанной язвенной болезни. ИХС $1,3 \pm 0,7$ и выше. 3. при наличии выраженной гиперацидности выполняли экономную резекцию желудка (антрумэктомия). Предпочтение отдавали второму способу Бильрота в модификации Бальфура. Группа больных с прогрессирующим течением сочетанной язвенной болезни. ИХС $1,3 \pm 0,7$ и выше. При всех трех позициях выполняли коррекцию ХДН.

Показания к этапным операциям устанавливали у следующим образом:

1. У больных с деструктивным калькулезным холециститом (без признаков перитонита). Сочетанное заболевание: язвенная болезнь в стадии обострения. При этом принимались во внимание: а). возраст (у больных с острым деструктивным калькулезным холециститом вариировал от 76 до $83(78 \pm 3,4)$ лет. б). наличие сопутствующих заболеваний в стадии суб-, декомпенсации и необходимость их коррекции

2. У больных с ЖКБ, холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом. Сочетанное заболевание: язвенная болезнь в стадии обострения. (3-х этапный способ). При этом 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. ИХС выше 1,3 с высоким значением развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

У больных с высокой степенью хирургического риска благодаря использованию симультанных операций удалось достоверно снизить сумму баллов хирургического риска до безопасного уровня (с $6,9 \pm 1,3$ до $0,2 \pm 0,3$), ИХС с

1,6±0,6 до 0,2±0,3. У больных с критической степенью хирургического риска (ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, вторичный билиарный панкреатит, деструктивный калькулезный холецистит, сочетанные с язвенной болезнью) благодаря использованию этапных операций удалось достоверно снизить сумму баллов у больных с критической степенью хирургического риска до безопасного уровня: с 18,0±1,9 до 5,4±1,1; ИХС с 1,7±0,7 до 1,3±0,5.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде у больных основной группы (n=214) развились у 21(9,8%) больного. При этом общепринятые (кровотечение из ложа желчного пузыря после ЛХЭ (n=1), левосторонняя пневмония (n=1), обострение вторичного билиарного панкреатита с развитием острого эрозивного гастродуоденита (n=1), имели место у 3(1,4%) больных. Осложнения, типичные для сочетанных заболеваний органов ГПДС со стороны язвенной болезни в виде ОЖКК в сроки от 1 до 8(3,5±1,4) суток после операции развились у 18(8,4%) больных: из них язвенного генеза у 19(8,9%), острого геморрагического гастродуоденита у 6 больных. ОЖКК остановлено консервативно путем проведения комплексной противоязвенной, антистрессовой, гемостатической и заместительной терапии с использованием эндоскопических методов гемостаза. У больного с кровотечением из ложа желчного пузыря (после ЛХЭ) в течение 1-х суток выполнена лапаротомия, остановка кровотечения с благоприятным исходом.

Отдаленные результаты в различные периоды изучены у всех (100,0%) больных. Обследование включало: лабораторные (клинические, биохимические), инструментальные методы: УЗИ, ФГДС, КТ(по показаниям) с исследованием всех органов, составляющих ГПДС: желудок, ДПК, печень, желчновыводящую систему, поджелудочную железу. Отмечена зависимость результата хирургического лечения больных основной группы от степени хирургического риска:

I (низкая) степень хирургического риска. У больных с низкой степенью хирургического риска (n=55) хорошие результаты установлены у 48(87,3%), удовлетворительные у 7(12,7%) больных. Желчнокаменный анамнез варьировал

от 5 до 20($10,1 \pm 1,5$) лет, язвенный от 0 («немое» течение) до 32($13,8 \pm 1,7$) лет. Это больные с периодическим обострением билиарного панкреатита, нуждающиеся в периодическом стационарном лечении. Рецидива язвенной болезни у данной группы больных не выявлено, что было подтверждено при программном эндоскопическом мониторинге.

II (высокая) степень хирургического риска. У больных с высокой степенью хирургического риска ($n=74$) хорошие результаты установлены у 63(85,1%), удовлетворительные у 11(14,9%) больных. Желчнокаменный анамнез вариировал от 0 до 15($8,7 \pm 1,4$) лет, язвенный от 0 (немое течение) до 40($6,3 \pm 1,2$) лет. 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 программном эндоскопическом мониторинге.

III (критическая) степень хирургического риска. У больных с критической степенью хирургического риска ($n=85$) хорошие результаты установлены у 59(69,4%), удовлетворительные у 26(30,6%) больных. Желчнокаменный анамнез вариировал от 0 до 30($5,7 \pm 1,2$) лет, язвенный от 0 (бессимптомное течение) до 30($5,5 \pm 1,2$) лет. 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. Это больные с давностью ЖКБ $5,7 \pm 1,2$, язвенного анамнеза- $5,5 \pm 1,2$ лет. Рецидив язвенной болезни выявлен у 7(8,2%) больных, что было подтверждено при программном эндоскопическом мониторинге. Все больные пролечены консервативно с положительным эффектом от медикаментозной терапии.

Изучение временных параметров изолированных (n=75) и симультанных операций (n=77), сроков пребывания на койке, периода реабилитации (временной нетрудоспособности у больных трудоспособного возраста), 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.

Таким образом, лапароскопические операции, включая симультанные (ЛХЭ, ЛСВ, ЛРЖ) выполнены у 104(48,6%), традиционные у 84(39,2%), этапные (с последующей ЛХЭ у 7) 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 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 ургентной ситуацией. Данные вмешательства являлись операциями выбора у больных с тяжелой соматической патологией, а также больных пожилого и старческого возраста (53,8%)

Рецидив сочетанной язвенной болезни у больных контрольной группы наступил у 43(63,2%) больных, у 7(16,3%) из них, повлекших необходимость повторного хирургического вмешательства и у 8(3,7%) больных основной группы на фоне обострения вторичного панкреатита, с положительным эффектом от медикаментозного лечения.

Результаты комплексного хирургического лечения больных основной группы подтверждают рабочую гипотезу о том, что желчнокаменная болезнь является «пусковым механизмом» в развитии хронического воспалительного процесса в органах, объединенных гепатопанкреатодуоденальной системой. 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 дуоденоюнального 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 ИСПОЛЬЗЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АнтН ₂	антагонисты Н ₂ -гистаминовых рецепторов
АФЯП	активная фаза язвенного процесса
АЭ	антрумэктомия
БАО	базальная продукция соляной кислоты
БП	билиарный панкреатит
БПП	блокатор протонной помпы
БЕСЖ	буферная емкость содержимого желудка
ВЯЖ	вторичная язва желудка
ВБП	вторичный билиарный панкреатит
ГПДС	гепатопанкреатодуоденальная система
ГПОД	грыжа пищеводного отведения диафрагмы
ГЭА	гастроэнтероанастомоз
ДЕА	дуоденоюно анастомоз
ДКХ	деструктивный калькулезный холецистит
ДО	дренирующая операция
ДОС	дуодено-ободочный свищ
ДПК	двенадцатиперстная кашка
ЖКБ	желчекаменная болезнь
ЖКК	кровотечение язвенного происхождения в анамнезе
ЖОС	желудочно-ободочный свищ
ЖС	желудочное содержимое
ИДМ	интрадуоденальная манометрия
ИОХ	интраоперационная холангиография
ИХС	индекс хирургического стресса
КПЖСА	катетеризация правой желудочно-сальниковой артерии
КТ	компьютерная томография
ЛРЖ	лапароскопическая резекция желудка
ЛХЭ	лапароскопическая холецистэктомия

МАО	стимулированная продукция соляной кислоты
МЖ	механическая желтуха
МХЭ	микрохолецистэктомия
НРГ	неспецифический реактивный гепатит
ОЖКК	острое желудочно-кишечное кровотечение
ОЖП	общий желчный проток
ОКХ	острый калькулезный холецистит
ОНМК	острое нарушение мозгового кровообращения
ОРИТ	отделение реанимации и интенсивной терапии
ОСО	органосохраняющие операции
ПБС	панкреатобилиарная система
ПОК	поперечная ободочная кишка
ПСПВ	передняя селективная проксимальная ваготомия
ПЯА	пептическая язва анастомоза
ПЯДПК	перфоративная язва двенадцатиперстной кишки
ПЯТ	противоязвенная терапия
РСТ	рассечение связки Трейтца (рассечение связки Трейтца)
САС	симпатоадреналовая система
СКН	спаечная кишечная непроходимость
СП	спаечный процесс
СПВ	селективная проксимальная ваготомия
СтВ	стволовая ваготомия
ТХЭ	традиционная холецистэктомия
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХГТ	холангит
ХДА	холедоходуоденоанастомоз
ХДН	хроническая дуоденальная непроходимость
ХЛ	холедохолитиаз
ХСТ	холедохостомия
ЧЧМХС	чрескожная, чреспеченочная микрохолецистостомия

РЭХПГ	ретроградная эндоскопическая холангиопанкреатография
ЭтВМ	этапные (двух-, трёхэтапные) вмешательства
ЯБ	язвенная болезнь
ЯБДПК	язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
ЯБЖ	язвенная болезнь желудка

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуклаев Д. С. Опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка [Текст] / Д. С. Абдуклаев // Хирургия. - 1999. - № 8. - С. 8-11.
2. Антонюк О.С. Сравнительный анализ традиционных и малоинвазивных методик лечения холедохолитиаза /О.С. Антонюк, И.Н. Шаповалов, К.О. Голубицкий [Текст] //Университетская Клиника.-2019.-г.-№4(33),Т.2,2017.-С.82-86.
3. Афендулов С. А., Стратегия хирургического лечения язвенной болезни [Текст] / С. А. Афендулов, Г. Ю. Журавлев, А. Д. Смирнов // Хирургия. – 2006. – № 4. – С. 129-134.
4. Бабак О. Я. Стандартная антихеликобактерная терапия (Maastricht 2- 2000 consensus): насколько она актуальна сегодня? [Текст] / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2005. - № 2 (22). - С. 4–7.
5. Бабышкин В. В. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа [Текст] / В. В. Бабышкин, В. П. Зезин // Хирургия. - 1998. - № 12. - С. 28-29.
6. Балабич А. К. Отдаленные результаты комплексного хирургического лечения больных с язвенной болезнью [Текст]/ А. К. Балабич // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 1998. - № 3. - С. 65-67.
7. Балалыкин А. С. Принципы комплексного эндоскопического лечения холедохолитиаза [Текст]/А. С. Балалыкин, Г. В. Азаров // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - № 2. - С. 8.
8. Барановский А. Ю. Возможности и перспективы применения ЭВМ в амбулаторно-клинической практике для прогнозирования течения исходов язвенной болезни желудка [Текст] / А. Ю Барановский, Т. Л. Цветкова // Материалы пленума правления Всесоюз. науч. об-ва гастроэнтерологов. – Рига,1986. – С. 56–57.
9. Батян Н. П. Клинические вопросы релапаротомии [Текст] / Н. П. Батян. – Минск : Беларусь, 1982. - 123 с.

10. Безродный Б. Г. Технологія паліативного хірургічного лікування хворих на ускладнені форми раку головки підшлункової залози [Текст] / Б. Г. Безродный, О. І. Смикодуб // Вісник морської медицини. – 2003. – № 2 (21). – С. 31–36.
11. Березницький Я. С. Результаты лечения пациентов с синдромом механической желтухи [Текст] / Я. С. Березницький, Р. В. Дука // Мат-ли XXII з'їзду хірургів України, 2-5 червня 2010 р. - Вінниця, 2010. - Т. 1. - С. 28.
12. Білоокій В. В. Визначення тяжкості стану хворих на гострий калькульозний холецистит та його ускладнення - перитоніт [Текст] / В. В. Білоокій // Харківська хірургічна школа. - 2003. - № 3. - С. 46-48.
13. Бобров О. Є. Паліативні мініінвазивні технології у лікуванні хворих на гострий холецистит [Текст] / О. Є. Бобров, Ю. С. Семенюк // Харківська хірургічна школа. - 2002. - № 3 (4). - С. 19-23.
14. Богачев Р. С. Фамотидин (Квамател) в лечении язвенной болезни [Текст] / Р. С. Богачев, З. К. Левина // Хирургия. - 1999. - № 1. - С. 34.
15. Бойко В. В. Ультраструктурные изменения клеток тонкой кишки в зоне развития спаечного процесса [Текст] / В. В. Бойко, В. Я. Пак, О. Ф. Невзорова // Харківська хірургічна школа. - 2006. - № 1 (20). - С. 191-194.
16. Бойко В. В. Хирургическое лечение больных множественными хроническими язвами желудка [Текст] / В. В. Бойко, С. В. Сушков // Врачебная практика. – 2006. – № 4. – С. 90-94.
17. Борисов А. Е. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки [Текст] / А. Е. Борисов, В. П. Земляной // Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - Т. 9, № 2. - С. 22-30.
18. Борисов В. А. Оценка информативности различных симптомов для дифференциальной диагностики заболеваний желудка с использованием вычислительных средств [Текст] / В. А. Борисов // Врачебное дело. - 1979. - № 3. - С. 71-75.

19. Бородин И. Ф. Нераспознанный панкреатит как причина постхолецистэктомического синдрома [Текст] / И. Ф. Бородин, И. Л. Мадорский // XVI съезд хирургов Украинской ССР : тезисы докладов. - Киев, 1988. - С. 55-56.
20. Брагин В. В. Выполнение симультанных операций при сочетании желчекаменной болезни с другими заболеваниями органов брюшной полости [Текст] / В. В. Брагин, Б. В. Борзенко // Клиническая хирургия. -1995. - № 3. - С. 11-13.
21. Брайдо В. П. Возможности прогнозирования осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] / В. П. Брайдо, П. А. Павлюк // Хирургическая патология. – Актюбинск, 1977. – С.41–43.
22. Брехов Е. И. Интраоперационные травмы поджелудочной железы и лечение их последствий [Текст] / Е. И. Брехов, В. В. Калинин, А. Н. Сафаров // Материалы XI Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ.- Омск, 2004.– С. 172.
23. Булгаков Г.А., Кубышкин В.А. Современные проблемы хирургического лечения неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] / Г. А. Булгаков, В. А. Кубышкин // Хирургия. - 2001. - № 5. - С. 31-35.
24. Ваготомия в хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / А. Г.Виниченко [и др]. // Хирургия. –1981. - № 9. – С. 30-32.
25. Ваготомия как составляющая симультанных вмешательств по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] /Н. Н.Волобуев [и др.] // Клиническая хирургия. - 1999. - № 2. - С. 12-14.
26. Василенко Л. И. Сравнительная оценка усовершенствованных способов трубчатых резекций желудка в лечении гастродуоденальных язв [Текст] : автореф. дис. ... доктора мед. наук : спец. 14.00.27 «Хирургия» / Л. И. Василенко. – Санкт-Петербург : МАПО, 1993. - 43 с.
27. Василенко Л. И. Трубчатые резекции желудка в лечении гастродуоденальных язв [Текст] / Л. И. Василенко, И. Е. Верхулецкий. –Донец к: Видавництво «Донеччина», 2003. - 334 с.

28. Васильев А. А. Обґрунтування вибору способу і об'єму оперативного втручання у хворих на гострий холецистит в залежності від ступеня операційного ризику : автореф. дис...канд. мед наук: спец. 14.01.03 «Хірургія» / А. А. Васильев. - Донецьк, 2003. – 24 с.
29. Васильев Л. Л. Профилактика осложнений лапароскопической холецистэктомии [Текст] / Л. Л. Васильев // Збірка наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2001. - Вип. 10, кн. 4. – С. 456–461.
30. Велигоцкий Н. Н. Дифференциальный подход к выбору миниинвазивных эндоскопических технологий у больных с желчекаменной болезнью, осложненной патологией внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки [Текст] / Н. Н. Велигоцкий, С. Э. Арутюнов, А. Н. Велигоцкий // Харківська хірургічна школа. - 2006. - № 1. - С. 148-152.
31. Велигоцкий А. Н. Систематизация послеоперационных осложнений при обструктивных процессах панкреатодуоденальной зоны [Текст] / Н. Н. Велигоцкий // Харківська хірургічна школа. - 2005. - № 2.1(17). - С. 47-50.
32. Верхулецкий И. Е. Лечение и профилактика острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с острым панкреатитом [Текст] / И. Е. Верхулецкий, Ю. Г. Луценко // Український журнал хірургії. – 2008. – № 2. – С. 133-138.
33. Верхулецкий И. Е. Пути предупреждения негативных последствий хирургического лечения перфоративной язвы [Текст] / И. Е.Верхулецкий [и др.] // Український журнал хірургії. - 2011. - № 5 (14). - С. 201-205.
34. Вишневский А. А. Диагностика заболеваний желудка с помощью электронно-вычислительных машин [Текст] / А. А. Вишневский, М. А. Быховский, Г. Д. Вилявин // Машинная диагностика и информационный поиск в медицине. - М. : Наука, 1969. - С. 122-132.
35. Вишневский А. А. Перспективы применения электронных вычислительных машин для диагностики рака желудка [Текст] / А. А. Вишневский, Ю. Г. Шапошников, В. А. Зеленский // Вопросы гастроэнтерологии. – Ташкент : Б.и.,1968. - С.7-10.

36. Власов В. С. Трудоспособность больных после резекции желудка и ваготомии по поводу язвы двенадцатиперстной кишки [Текст] / В. С. Власов, А. А. Курыгин, Л. А. Семеко // Хирургия. - 1980. - № 9. - С. 25-28.
37. Внешняя секреция поджелудочной железы при экспериментальном остром послеоперационном панкреатите [Текст] /С. Э. Восканян [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. - № 3. - С. 86-90.
38. Возможности пункционно- дренажного метода в лечении псевдокист поджелудочной железы [Текст] / А. Г. Гринцов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2003. - Т. 8, № 2. – С. 237–238.
39. Возможности улучшения результатов лечения больных с острыми язвенными кровотечениями [Текст] / В. Д. Братусь [и др.] // Хирургия. -1992. - № 9-10. - С. 65-67.
40. Волкова О. В. Нейродистрофический процесс [Текст] /О.В. Волкова. – Москва: Медицина, 1978. - 254 с.
41. Володченко Н.П. К вопросу о возможностях малдоинвазивных технологий в лечении острого панкреатита /Н.П Володченко, С.А Полянский, А.В. Карпенко [Текст]//Медицинский вестник Юга России.-Тез.докл. VI съезда хирургов Юга России, 4-5 октября, 2019 г. С.145-146.
42. Выбор метода восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта при резекции желудка [Текст] / В. Г. Ус [и др.] //Хирургия. - 1992. - № 2. - С. 17-20.
43. Гаджиев А. С. Патогенез демпинг-синдрома [Текст] / А. С. Гаджиев // Хирургия. - 1990. - № 3. - С. 66-70.
44. Галимов О. В. Симультанные операции при лечении заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / О. В. Галимов, Э. Н. Праздников, Е. И. Сендерович // Клиническая хирургия. - 1992. - № 1.- С. 35-38.
45. Гамидов А. Н. Спорные аспекты спаечного синдрома [Текст] / А. Н. Гамидов, Ю. Л. Шальков // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2. – С. 134-135.

46. Ганжий В. В. Применение гастродуоденофиброскопии в диагностике и лечении изъязвления, осложненного гастродуоденальным кровотечением [Текст] / В. В. Ганжий // Клінічна хірургія. - 2003. - № 6. - С. 10-13.
47. Ганичкин А. М. Методы восстановления желудочно-кишечной непрерывности при резекции желудка [Текст] / А. М. Ганичкин, С. Д. Резник. – Ленинград : Медицина, 1973. - 279 с.
48. Геллер Л. И. Гастродуоденальные вторичные язвы и эрозии у больных хроническими заболеваниями печени и поджелудочной железы [Текст] / Л. И. Геллер, М. И. Мамонтова, О. С. Булгакова // Врачебное дело. - 1984. - № 10. - С. 32-35.
49. Гербали О. Ю. Особенности пластики у больных с грыжами передней брюшной стенки при симультанных операциях [Текст] / О. Ю. Гербали // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И.Георгиевского. – Симферополь, 2007. – С. 336-337.
50. Гербали О. Ю. Симультанные операции у больных с хроническим калькулезным холециститом [Текст] / О. Ю. Гербали // Харківська хірургічна школа. – 2013. – № 1 (58). – С.125-127.
51. Годлевський А. І. Оптимізація програми періопераційного лікування ускладнених форм доброякісної обтураційної жовтяниці у хворих з високим операційно анестезіологічним ризиком [Текст] / А. І. Годлевський, С. І. Саволук // Вісник Української медичної академії. - 2009. - Т. 9, вип.1 (25). - С. 58-61.
52. Голованова Е. С. Дисфункция звеньев регуляторно-адаптивной системы при гастродуоденобилиарной патологии [Текст] / Е. С. Голованова, Т. Ю. Кравцова // Материалы 2-й объединенной всероссийской и всеармейской конференции «Санкт-Петербург-Гастро-2000». – Санкт-Петербург, 2000. - С. 66.
53. Голубчиков М. В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення [Текст] / М. В. Голубчиков // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. - 2000. - № 1. - С. 17-20.
54. Горбашко А. И. Комплексные рентгеноэндоскопические исследования в диагностике грыж пищеводного отверстия диафрагмы и функциональной

- недостаточности кардии [Текст] / А. И. Горбашко, В. Л. Шульгин // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1987. - № 8. - С. 141-144.
55. Горизонтов П. Д. Гомеостаз [Текст] / П. Д. Горизонтов. – Москва : Медицина, 1981. - 816 с.
56. Графов А. К. Современные аспекты диагностики и лечения больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни [Текст] : автореф. дис. ... доктора мед. наук : спец. 14.00.27 «Хирургия» / А. К. Графов ; ГОУ ВПО Орловский государственный университет Федерального агентства по образованию РФ. – Воронеж, 2006. – 26 с.
57. Григорьев С. Г. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях [Текст] / С. Г. Григорьев, В. К. Корытцев // Хирургия. -1999. - № 6. - С. 20-22.
58. Гринберг А. А. Неотложная абдоминальная хирургия [Текст] / А. А. Гринберг. - Москва, 2000. - 495 с.
59. Гринберг Л. А. Хирургическое лечение осложнений гастродуоденальных язв [Текст] / Л. А. Гринберг, И. Г. Джитава, Е. Г. Казакова // Рос. медицинский журнал. - 2000. - № 5. - С. 38-40.
60. Гринчук Ф. В. Особливості лікувальної тактики у хворих на поєднану патологію в ургентній абдомінальній хірургії [Текст] / Ф. В. Гринчук // Матеріали ХХІІ з'їзду хірургів України, 2-5 червня 2010 г. – Вінниця, 2010. – Т. 1. – С. 114.
61. Гриценко І. І. Вітчизняний колоїдний субцитрат вісмуту – гастро-норм – базисний препарат у комплексному лікуванні пептичних виразок [Текст] / І. І. Гриценко, М. Б. Щербіна // Сучасна гастроентерологія. - 2002. - № 3. - С. 1-4.
62. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и хронический холецистит [Текст] / Э. Н. Ванцян [и др.] // Хирургия. - 1985. - № 2. - С. 40-46.
63. Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка [Текст] / В. И. Даль. - Москва, 1956. - С. 237.
64. Данилов М. В. Хирургия поджелудочной железы [Текст] : руководство для врачей / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. – Москва : Медицина, 1995. - 512 с.

65. Деструктивный панкреатит. Стандарты диагностики и лечения (Проект) [Текст] /В. С. Савельев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2001. – Т. 6, № 2. – С. 115–122.
66. Джумабаев С. У. Гигантские язвы желудка после селективной проксимальной ваготомии [Текст] /С. У. Джумабаев, А. Мехманов, Э. С. Джумабаев // Хирургия. - 1997. - № 8. - С. 40-42.
67. Джумабаев Х. Д. Функциональные результаты хирургической коррекции хронической дуоденальной непроходимости в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [Текст] / Х. Д. Джумбаев // Клиническая хирургия. - 1997. - № 11-12. - С. 6-8.
68. Джумабаев Х. Д. Эндоскопическая диагностика хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки в сочетании с язвенной болезнью [Текст] / Х. Д. Джумбаев // Клиническая хирургия. - 1997. - № 9-10. - С. 9-10.
69. Дзонковська В. В. Комплексна діагностика і лікування хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки поєднану з хронічним панкреатитом [Текст] : автореф. дис. ... доктора мед. наук : спец. 14.01.02 «Внутрішні хвороби» / В. В. Дзонковська / Івано-Франківський мед. ун-т. – Івано-Франківськ, 1999. – 29 с.
70. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала [Текст] / В. Ф. Саенко [и др.]. – Ровно, 1997. – 384 с.
71. Діагностика, профілактика та лікування хворих з гострими шлунково-кишковими виразками та ерозіями, ускладненими кровотечениями [Текст] /І. І. Жиленко [та ін.] // Харківська хірургічна школа. - 2005. - № 2 (16). - С. 95-100.
72. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости [Текст] / В. Л. Мартынов [и др.] // Хирургия. - 2005. - № 4. - С. 20-23.
73. Динамические эндоскопии как способ профилактики рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений [Текст] / С. В. Силуянов [и др.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 2 (11). – С. 32-36.
74. Доценко Н. Я. Состояние системной и регионарной гемодинамики брюшной полости и некоторых нейрогуморальных регулирующих факторов у больных язвенной болезнью: детерминанты развития, механизмы формирования и

обоснование терапии [Текст] : дис. ... доктора мед. наук : спец. 14.01.02 «Внутренние болезни» / Николай Яковлевич Доценко; Запорожский гос. ин-т усовершенствования врачей. – Запорожье, 1996. – 277 с.

75. Доценко С. А. Хирургическая коррекция хронического нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки у больных, после холецистэктомии [Текст] / С. А. Доценко, О. В. Скляр // Клиническая хирургия. - 1987. - № 8. - С. 35-38.

76. «Дуоденальная дистрофия» «парадуоденальный панкреатит», «GROOVE PANCREATITIS». Почему название имеет значение. Опыт лечения 74 пациентов [Текст] / В. И.Егоров [и др.] // Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ, 4-7 апреля 2017 г. –Москва, 2017. – С. 707-708.

77. Дуоденит при хирургических заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны [Текст] / М. А. Алиев [и др.] // Клиническая хирургия. - 1990. - № 9. - С. 31-32.

78. Еремина, Е. Ю. Инсулярная функция поджелудочной железы у больных язвенной болезнью [Текст] / Е. Ю. Еремина // Врачебное дело. - 1990. - № 1. - С. 81-84.

79. Ермаков Е. А. Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков [Текст] / Е. А. Ермаков, А. К. Лищенко // Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 68-73.

80. Ермолаев В. А. Панкреатит в сочетании с заболеваниями желудка, двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей [Текст] / В. А. Ермолаев, В. А. Баскаков // Хирургия. - 1991. - № 11. - С. 60-62.

81. Ефективність інгібітора протонної помпи парієта при лікуванні виразкових хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої гострою шлунково-кишковою кровотечею [Текст] / І. А. Криворученко [та ін.] // Харківська хірургічна школа. - 2003. - № 2. - С. 67-69.

82. Желудочно-кишечные осложнения после аортокоронарного шунтирования [Текст] / А. П. Семагин [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. -1998. - № 4. - С. 75- 78.

83. Женчевский Р. А. Спаечная болезнь [Текст] / Р. А. Женчевский. – Москва : Медицина, 1974. - 192 с.
84. Жерлов Г. К. Реконструктивная еюно-гастропластика [Текст] / Г. К. Жерлов, А. П. Кошель, А. Г. Орлов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2000. - № 12. - С. 46-49.
85. Житникова К. С. Сочетанные операции при калькулезном холецистите [Текст] / К. С. Житникова // Хирургия. - 1986. - № 7. - С. 28-31.
86. Заводнов В. Я. Клинико-эндоскопическое наблюдение раннего рака желудка [Текст] / В. Я. Заводнов, Н. Н. Крылов // Хирургия. - 1993. - № 11. - С. 78-79.
87. Загоруйко Н.Н. Эффективность селективной проксимальной ваготомии в зависимости от факторов, определяющих тяжесть клинического течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.27 «Хирургия» / Н. Н. Загоруйко. - Харьков, 1989. – 23 с.
88. Задорожный, И. Б. Постгастрорезекционный синдром и его профилактика у больных раком и полипом желудка [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.27 «Хирургия» / И. Б. Задорожный. - Донецк, 1974. - 19 с.
89. Застосування синтетичного аналогу соматостатину – окрестатину в лікуванні ерозій і гострих виразок шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнених кровотечею [Текст] / П. Д. Фомін [та ін.] // Клінічна хірургія.- 2005. - № 1. - С. 11-14.
90. Захарова Г. Н. Секреторная функция желудка в определении показаний к хирургическому лечению язвенной болезни [Текст] / Г. Н. Захарова, П. Д. Рабинович, Ю. В. Гирков // Хирургия. – 1984. - № 9. – С. 39–42.
91. Звягінцева Т. Д. Сучасні підходи до профілактики рецидивів та ускладнень виразкової хвороби [Текст] : методичні рекомендації / Т. Д. Звягінцева, Д. М. Мірзоева. - Харків, 2003. – 20 с.
92. Земляной А. Г. Профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по поводу

- пилородуоденальных язв [Текст] / А. Г. Земляной, С. А. Анев // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 1985. - № 4. - С. 26-32.
93. Земляной А. Г. Непосредственные и отдаленные результаты резекции желудка по Бильрот I с наложением однорядного шва [Текст] / А. Г. Земляной, А. И. Бугаев, С. К. Малкова // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1992. - № 9-10. - С. 167-170.
94. Земляной А. Г. Симультанные операции на органах брюшной полости [Текст] / А. Г. Земляной, С. К. Малкова // Хирургия. - 1986. - № 3. - С. 22-26.
95. Земсков В. С. Особенности выбора способа хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны [Текст] / В. С. Земсков, О. Е. Бобров, Л. А. Любенко // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1990. - № 10. - С.12-16.
96. Земсков, В. С. Некоторые вопросы хирургии внепеченочных желчных протоков [Текст] / В. С. Земсков, М. Е. Шор-Чудновский // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1988. – № 8. - С. 36-41.
97. Зийад С. С. Алтарава. Особливості хірургічного лікування гострої кишкової непрохідності у хворих похилого та старечого віку [Текст] : автореф. дис. ...канд. мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія / Алтарава С. С. Зийад. - Донецк, 2010. – 24 с.
98. Значение эндоскопического лигирования при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени [Текст] / С. Н. Шмелев [и др.] // Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ, 4-7 апреля 2017 г. – Москва, 2017. - С. 595-596.
99. Зорина О. М. К механизму проницаемости гистогематического барьера крыс [Текст] / О. М. Зорина // Регуляция морфогенеза поджелудочной железы и регенерации пищеварительных желез. – Ленинград : Медицина, 1974.- С. 50-51.
100. Ивашкин В. Т. Современные подходы к лечению язвенной болезни желудка и ДПК [Текст] / В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина // Рос. медицинский журнал. - 2001. - № 1. - С. 14-18.

101. Ившин В. Г. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой [Текст] / В. Г. Ившин, А. Ю. Якунин, О. Д. Лукичев. - Тула, 2000. - 312 с.
102. Индейкин Е. Н. Прогресс медицины: новое в эндоскопии желудочно-кишечного тракта [Текст] / Е. Н. Индейкин // Качество мед. помощи. - 2001. - № 1. - С. 114-120.
103. Индивидуализированный выбор способа операции в плановой хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / А. П. Михайлов [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1998. - № 4. - С. 111-115.
104. Использование гастропепина для профилактики острых послеоперационных эрозий и язв гастро-дуоденальной зоны [Текст] / А. Ю. Барановский [и др.] // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1999. - № 4. - С. 76-80.
105. Истомин Н. П. Двухэтапная тактика лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом [Текст] / Н. П. Истомин, С. А. Султанов, А. Л. Архипов // Хирургия. – 2005. – №. 1. – С. 48-50.
106. Ішемічні та постдекомпресійні зрушення в печінці у хворих на обтураційну жовтяницю [Текст] / Л. Я. Ковальчук [та ін.] //Український журнал хірургії. - 2008. - № 2. - С. 7-12.
107. К хирургической тактике при острых и хронических заболеваниях органов брюшной полости [Текст] / А. А. Ольшанецкий [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2. – С. 211-214.
108. Калиш Ю. И. Результаты хирургического лечения больных с дуоденальными язвами [Текст] / Ю. И. Калиш // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1984. - № 3. - С. 20-24.
109. Качество жизни больных после различных способов холецистэктомии [Текст] / П. С. Ветшев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2003. - № 8 (1). - С. 72–79.

110. Клесова М. А. Хирургическая тактика у больных острым панкреонекрозом с использованием миниинвазивных технологий [Текст] / М. А. Клесова // Харківська хірургічна школа. - 2005. - № 2 (16). - С. 51-54.
111. Климович В. В. Хирургическая тактика при кровотечениях из хронической язвы желудка [Текст] : автореф. дис. ... доктора мед. наук : спец. 14.00.27 «Хирургия» / В. В. Климович; БНМУ. - Минск, 2001. - 41 с.
112. Клиника и лечение острых язв пищеварительного канала [Текст] / В. П. Хохоля, В. Ф. Саенко, А. Л. Доценко, В. В. Грубник. – Киев : Здоров'я, 1989. – 168 с.
113. Клинико-морфологические варианты течения дуоденальных и пилорoduоденальных язв [Текст] / В. Н. Медведев [и др]. // Вопросы практической гастроэнтерологии: сборник трудов. – М., 1981. – Вып. 3. - С. 102–104.
114. Колосович І. В. Особливості діагностики та хірургічної тактики у хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутньою виразковою хворобою шлунка [Текст] / І. В. Колосович // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. - Київ, 2000. - Вип. 9, кн. 4. - С. 338-341.
115. Комплекс мероприятий по профилактике острого панкреатита после диагностической и лечебной эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии [Текст] / Г. И. Перминова [и др.] // 5-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии.- М., 2001.- С. 266-268.
116. Комплексне лікування гриж черевної при поєднанні з іншими захворюваннями органів черевної порожнини [Текст] / О. В. Стороженко [та ін.] // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2007. – Т. 7, вип. 1-2. – С. 172-174.
117. Комплексное применение эндоскопических вмешательств при механической желтухе [Текст] / В. М. Дурлештер [и др.] // Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ, 4-7 апреля 2017 г. – Москва, 2017. – С. 101-102.

118. Кондратенко П. Г. Причины неблагоприятных результатов лечения и пути их устранения при кровотечении из хронических гастродуоденальных язв [Текст] / П. Г. Кондратенко, Е. Е. Раденко // Харківська хірургічна школа. - 2008. - № 2. - С.179-182.
119. Кондратенко П. Г. Хирургическая тактика при остром гнойном холангите [Текст] / П. Г. Кондратенко, Ю. А. Царульков // Український журнал хірургії. – 2010. – № 2. – С. 31-36.
120. Коненков Д. П. Эндоскопические вмешательства в хирургии поджелудочной железы [Текст] / Д. П. Коненков, В. Ю. Дубинин, Ю. В. Иванов // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - № 2. – С. 35.
121. Копчак В. М. Выполнение симультанных операций по поводу желчекаменной болезни и сопутствующих заболеваний органов эзофагогастродуоденальной зоны - способ профилактики постхолецистэктомического синдрома [Текст] / В. М. Копчак, А. И. Дронов, Н. Г. Гнатюк // Клиническая хирургия. - 1996. - № 9. - С. 12-13.
122. Королев М. П. Полипы желудка [Текст] / М. П. Королев // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 1980. - № 3. - С. 137.
123. Коростевцев С. Б. Девять важных вопросов клинической оценки состояния кислотопродуцирующей функции желудка в норме и в патологии [Текст] / С. Б. Коростевцев // Терапевтический архив. – 1976. - № 3. – С. 113-119.
124. Короткий В. М. Хронічна виразка шлунка та супутня їй патологія органів черевної порожнини: тактика хірургічного лікування [Текст] / В. М. Короткий, И. В. Колосович, С. С. Чертышев // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2004. - Т. 5, № 1. - С. 46-49.
125. Косинский О. В. Застосування спектрального аналізу варіабельності ритму серця для оцінки стану вегетативної нервової системи у пацієнтів з виразковою хворобою [Текст] / О. В. Косинский // Клінічна хірургія. - 2006. - № 2.- С. 8-10.
126. Косой термиолатеральный гастродуоденоанастомоз в хирургии язвенной болезни [Текст] / Т. Тодоров [и др.] // Хирургия. - 1990. - № 7. - С. 119- 120.

127. Костюченко А. А. Деструктивный панкреатит, стратегия и тактика на современном этапе [Текст] / А. А. Костюченко // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2001. - № 4. - С. 110-113.
128. Костюченко А. А. Неотложная панкреатология [Текст] / А. А. Костюченко, В. И. Филин. – Санкт-Петербург, 2000. - 475 с.
129. Крапивин Б. В. К вопросу о показаниях к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / Б. В. Крапивин // Материалы науч. конф. Министерства здравоохранения СССР.– М., 1975. – С. 108–109.
130. Кривицкий Д. И. Хирургическое лечение стенозирующих и пенетрирующих гастродуоденальных язв [Текст] / Д. И. Кривицкий, В. А. Шуляренко, З. З. Параций // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1990. - № 5. - С. 96-98.
131. Крылов Н. Л. К методике оценки результатов операций на желудке [Текст] / Н. Л. Крылов, М. И. Кузин // Хирургия. - 2000. - № 2. - С. 17-20.
132. Крючина Е. А. Изменение патогенности желчи в отдаленные сроки после выполнения резекции желудка [Текст] / Е. А. Крючина, В. П. Сливка // Клиническая хирургия. - 2000. - № 3.- С. 22-23.
133. Кузин М. И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / М. И. Кузин // Хирургия. - 2001. - № 1.- С. 27-32.
134. Кузин Н. М. Влияние различных методов хирургического лечения стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки на защитный слизистый барьер желудка [Текст] / Н. М. Кузин, А. Н. Алимов, С. Б. Кашеваров // Хирургия. - 1997. - № 11. - С. 13-17.
135. Кузин Н. М. Резекция желудка с формированием анастомоза по Ру [Текст] / Н. М. Кузин, П. С. Ветшев, Ю. Б. Майорова // Хирургия. - 2006. - № 3. - С. 4-10.
136. Кузин Н. М. Функциональное состояние поджелудочной железы после резекции желудка с анастомозом по Ру [Текст] / Н. М. Кузин, О. В. Канадашвили, Е. М. Майорова // Хирургия. - 2000. - № 4. - С. 22-26.

137. Кузин Н. М. Эффективность хирургического лечения дуоденальной язвы [Текст] / Н. М. Кузин, Н. Н. Крылов // Хирургия. - 1999. - № 1. - С. 17-20.
138. 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.
139. Куницкий Ю. Л. Осложнения со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной системы в условиях хирургического стресса [Текст] /Ю. Л. Куницкий // Медицина боли : от понимания к действию : мат-лы XXIV Российской научно-практ. конф. с международным участием, 17-19 мая, 2018 г. - Ростов –на- Дону, 2018. - С. 183-184.
140. Куницкий Ю. Л. Хирургическая коррекция поздних осложнений селективной проксимальной ваготомии [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / Ю. Л. Куницкий ; Укр. ин-т усоверш. врачей. - Харьков, 1990. – 25 с.
141. Куницкий Ю.Л. Этиопатогенез спаечного процесса в брюшной полости при поздних осложнениях селективной проксимальной ваготомии [Текст] / Ю. Л. Куницкий // Український медичний альманах. - 2000. - № 4. - С. 117-120.
142. Кура Д. М. Комплексное лечение калькулезного холецистита [Текст] / Д. М. Кура // Клінічна хірургія. - 2000. - № 4. - С. 19-21.
143. Кургузов О. П. Профилактика спаечной болезни [Текст] / О. П. Кургузов, Н. А. Кузнецов, Е. Г. Артюхина // Хирургия. - 1990. - № 10. - С. 153-159.
144. Курбанов К. М. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных пенетрацией в головку поджелудочной железы [Текст] / К. М. Курбанов // Хирургия. - 1999. - № 2. - С. 8 -10.
145. Курыгин А. А. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы [Текст] / А. А. Курыгин, Э. А. Нечаев, А. Д. Смирнов. – Санкт-Петербург : Гиппократ, 1996. - 144 с.

146. Курыгин А. А. Выбор адекватной лечебной тактики при острых желудочно-кишечных кровотечениях [Текст] / А. А. Курыгин, О. И. Скрыбин, В. Н. Баранчук // Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита : тезисы докладов научной конференции. – Санкт-Петербург, 1995. - С. 79-80.
147. Кустрьо В. І. Застосування допоміжного маніпуляційного каналу під час виконання холецистектомії мінімальним доступом [Текст] / В. І. Кустрьо // Клінічна хірургія. - 2000. - № 12. – С. 15-16.
148. Лапароскопическая холецистэктомия: 5-летний опыт [Текст] / М. Е. Ничитайло [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - Т. 3, № 3. - С. 16-19.
149. Лапина Т. Л. Язвенная болезнь и патология печени /анализ 6456 секционных наблюдений за 1983-1992 гг. [Текст] / Т. Л. Лапина, В. В. Серов, Л. О. Севергина // Архив патологии. - 1996. - Т. 58, № 6. - С. 33-37.
150. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений [Текст] / Ю. М. Панцырев [и др.] // Хирургия. - 2000. - № 3. - С. 21-25.
151. Лікування гострого деструктивного панкреатиту: проблеми та резерви [Текст] / Я. С. Березницький [та ін.] // Харківська хірургічна школа. - 2003. - № 2. - С. 67-69.
152. Лікування механічної жовтяниці спричиненої холедохолітіазом в умовах загального хірургічного відділення міської лікарні [Текст] / А. М. Бартош [та ін.] // Матеріали XXII з'їзду хірургів України, 2-5 червня 2010 р. – Вінниця, 2010. – Т. 1. – С. 21-22.
153. Літвиненко О. М. Діагностика та хірургічне лікування хронічного біліарного панкреатиту з застосуванням мініінвазивних технологій [Текст] : автореф. дис. ... доктора мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / О. М. Літвиненко ; Інститут хірургії та трансплантології. – Київ, 2003. – 32 с.
154. Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века [Текст] / В. М. Лобанков // Хирургия. - 2005. - № 1. - С. 58-64.

155. Луцевич Э. В. Сочетанные операции при гастродуоденальных язвах [Текст] / Э. В. Луцевич, В. Г. Сахаутдинов, Д. В. Галимов // Хирургия. - 1997. - № 1. - С. 13-20.
156. Магдиев Т. Ш. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии [Текст] / Т. Ш. Магдиев, Н. В. Северенко // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 54-55.
157. Магомедов А. З. Сочетанные оперативные вмешательства при заболеваниях печени и желчевыводящих путей [Текст] / А. З. Магомедов // Хирургия. - 1997. - № 8. - С. 50-52.
158. Магомедов А. З. Осложнения со стороны печени, желчных путей и поджелудочной железы после резекции желудка [Текст] / А. З. Магомедов, А. Д. Дибиров // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1983. - № 4.- С. 28-30.
159. Майкова Т. В. Состояние вегетативного гомеостаза при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, сочетанной с хроническим бескаменным холециститом и хроническим панкреатитом [Текст] / Т. В. Майкова // Харківська хірургічна школа. - 2003. - № 4 (9). - С. 56-61.
160. Майстренко Н. А. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки [Текст] / Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан. - Санкт-Петербург : Гиппократ, 2000. - 358 с.
161. Малоинвазивные методы лечения холелитиаза [Текст] / В. В. Грубник [и др.] // Клиническая хирургия. - 2001. – № 10. - С. 53-55.
162. Малоинвазивные способы хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / В. В.Можаровский [и др.] // Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ, 4-7 апреля 2017 г. – Москва, 2017. – С. 98-99.
163. Малотравматичная холецистэктомия [Текст] / А. К. Балабич [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2002. - Т. 7, № 1. - С. 84-85.
164. Малоштан А. В. Отдаленные результаты лечения больных желчекаменной болезнью с помощью малоинвазивных технологий [Текст] / А. В. Малоштан // Харківська хірургічна школа. - 2002. - № 3 (4). - С. 24-27.

165. Мансуров У. Х. Тактика хирургического лечения при осложненных формах желчекаменной болезни [Текст] / У. Х. Мансуров, У. И. Сармисоков, Д. И. Мухаммадиев // Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ, 4-7 апреля 2017 г. – Москва, 2017. – С. 101.
166. Маневич М.Л. Прогнозирование течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] / М. Л. Маневич, Л. Г. Харитонов, Н. Н. Шейх-Заманов // Хирургия. –1983. - № 10. – С.69-71.
167. Мартов Н. В. Прогностическое значение атропинового теста у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [Текст] / Н. В. Мартов, А. Б. Васильев // Хирургия. - 1985. - № 2. – С. 23–25.
168. Математическое моделирование и прогнозирование исхода острого периода травматической болезни [Текст] /В. Н. Ельский [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. - 2009. - № 2. - С. 134-136.
169. Матяшин И. М. Некоторые принципиальные особенности восстановительных операций на органах пищеварительного тракта [Текст] / И. М. Матяшин // Хирургическая анатомия и восстановительная хирургия пищеварительного тракта. - Донецк, 1965. - С. 11-12.
170. Маховский В. З. Одномоментные сочетанные операции при желчекаменной болезни и результаты ее хирургического лечения [Текст] / В. З. Маховский // Хирургия. – 2006. – № 5. – С. 18-22.
171. Милонов О. Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии [Текст] / О. Б. Милонов, К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. – Москва : Медицина, 1990. - 558 с.
172. Минимальноинвазивные оперативные вмешательства у больных с механической желтухой [Текст] / В. В. Грубник [и др.] // Мат-ли XXII з'їзду хїрургів України, 2-5 червня 2010 р. - Вінниця, 2010. - Т. 1. - С. 118.
173. Мишин В. Ю. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы [Текст] / В. Ю. Мишин, А. П. Квезерова // Анналы хирургии. - 2000. - № 3. – С. 32 –39.

174. Мовчан К. Н. Резекция желудка в хирургическом лечении неосложненной язвы двенадцатиперстной кишки [Текст] / К. Н. Мовчан // Клиническая хирургия. - 1992. - № 8. - С. 56- 59.
175. Мовчан К. Н. Результаты резекции желудка при неосложненной язве двенадцатиперстной кишки через 10 лет после операции [Текст] / К. Н. Мовчан, В. К. Зуев, Ю. М. Морозов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1991. - № 1. - С. 43-45.
176. Морозов О. В. Дренаж протока поджелудочной железы [Текст] / О. В. Морозов, В. Л. Полуэктов, В. Т. Долгих // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2006. - № 1. - С. 73-75.
177. Морфологические изменения в мягких тканях малого таза при гистерэктомии с использованием высокочастотного электрохирургического сварочного лигирования [Текст] / Е. А. Ковальчук [и др.] // Питання експериментальної та клінічної медицини : збірник статей. – Донецьк : ДонДМУ, 2005. - Вип. 9, т. 2. - С. 13-17.
178. Морфологические предикторы рецидива кровотечения при язвах гастродуоденальной области [Текст] / Э. Ф. Баринов [и др.] // Український журнал хірургії. - 2008. - № 2. - С. 25-30.
179. Морфометрична оцінка особливостей ремоделювання артерій стінки шлунка та дванадцятипалої кишки при виразковій хворобі [Текст] / Л. Я. Ковальчук [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 5(14). – С. 42-47.
180. Морфофункциональные нарушения слизистой оболочки желудка при язвенной болезни [Текст] / В. П. Петров [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1994. - № 7-12. - С. 6-10.
181. Моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки до и после селективной проксимальной ваготомии [Текст] / А. И. Крадинов [и др.] // Клиническая хирургия. - 1987. - № 8. - С. 14-16.
182. Мышкин К. И. Математические методы в клинике хирургических болезней. [Текст] / К. И. Мышкин, Л. А. Франфурт. – Саратов : Изд-во Сарат. ун-та. 1981. – 192 с.

183. Мышкин К. И. Перфоративные гастродуоденальные язвы [Текст] / К. И. Мышкин, М. А. Лагун. – Саратов : Изд-во Сарат. ун-та, 1983. – 166 с.
184. Мышкин К. И. Хирургическая тактика при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки, сочетающихся с калькулезным холециститом [Текст] / К. И. Мышкин, В. Ю. Максимов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1980. - № 10. - С. 100-102.
185. Мышкин К. И. Сочетанные операции при гастродуоденальных язвах [Текст] / К. И. Мышкин, А. С. Толстокоров, Ю. В. Максимов // Хирургия. -1989. - № 4. - С. 3-5.
186. Мюге Е. Лапароскопическая холецистэктомия. Отдаленные результаты [Текст] / Е. Мюге // Клиническая хирургия. - 1991. - № 11. - С. 10-13.
187. Мяннисте Ю. Э. Сочетанные операции при заболеваниях желчных путей и поджелудочной железы [Текст] / Ю. Э. Мяннисте, Г. З. Брук, А. И. Иосинг // Хирургия. - 1986. - № 2. - С. 74-77.
188. Нарушение моторики двенадцатиперстной кишки при калькулезном холецистите [Текст] / Б. М. Даценко [и др.] // Клиническая хирургия. -1990. - № 9. - С. 32-35.
189. Некоторые особенности лечения больных острым холециститом на фоне хронических обструктивных заболеваний легких [Текст] / О. Е. Бобров [и др.] // Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости. – Харьков, 1998. - С. 16-17.
190. Некоторые подходы к диспансеризации больных с дуоденальной язвой [Текст] / В. К. Гусак [и др.] // Клиническая хирургия. - 1986. - № 8. - С. 56-58.
191. Новий підхід до виявлення інфікованості панкреонекрозу в хірургічному лікуванні гострого панкреатиту [Текст] / В. П. Андрющенко [та ін.] // Харківська хірургічна школа. - 2011. - № 2.- С.82-84.
192. Нурмаков А. Ж. Постхолецистэктомический синдром [Текст] / А. Ж. Нурмаков, И. П. Куреватых, А. Ф. Шульга // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1993. - № 2. - С. 20-23.

193. О достоверности эндоскопической гастробиопсии в диагностике малигнизации язв желудка [Текст] / К. В. Логунов [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1999. - № 1. - С. 13-16.
194. О прогнозировании геморрагических осложнений язвенной болезни [Текст] / А. С. Белоусов [и др.] // Клиническая медицина. – 1979. - № 3. – С. 44-48.
195. О прогностических показаниях к операции при язвенной болезни [Текст] / А. А. Ольшанецкий [и др.] // Клиническая хирургия. – 1982. - № 8. – С. 44-47.
196. Обоснование ранних оперативных вмешательств при панкреонекрозе с поражением головки и перешейка поджелудочной железы [Текст] / В. Ю. Михайличенко [и др.] // Тез. докл. V съезда хирургов Юга России, 18-19 мая 2017 г. – Ростов-на Дону, 2017. – С. 205.
197. Олефирова О. С. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии [Текст] / О. С. Олефирова, Н. В. Омельченко // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 54-55.
198. Опарин А. Г. Патогенетические механизмы болевого синдрома и их коррекция при язвенной болезни [Текст] / А. Г. Опарин, Е. Л. Яковенко // Проблеми медичної освіти та науки. - 2000. - № 1. - С. 22-26.
199. Опыт лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону [Текст] / М. Ф. Черкасов [и др.] // Тез. докл. V съезда хирургов Юга России, 18-19 мая 2017 г. – Ростов-на Дону, 2017. - С. 161-162.
200. Опыт применения малоинвазивных технологий в неотложной хирургии [Текст] / М. Ф. Черкасов [и др.] // Тез. докл. V съезда хирургов Юга России, 18-19 мая 2017 г. – Ростов-на Дону, 2017. - С. 363-364.
201. Оскретков В. И. Хирургическое лечение хронической язвы двенадцатиперстной кишки, сочетанной с хронической дуоденальной непроходимостью [Текст] / В. И. Оскретков, Н. П. Вильгельм // Хирургия. - 1998. - № 3. - С. 41- 44.
202. Осложненные формы хронического панкреатита и их хирургическое лечение [Текст] / В. М. Копчак [и др.] // Клінічна хірургія. - 2004. - № 4-5. - С. 21.

203. Особенности диагностики острых хирургических заболеваний на догоспитальном этапе в зоне проведения боевых действий [Текст] / А. Г. Гринцов [и др.] // Медицина боли: от понимания к действию : мат-лы XXIV Российской научно-практ. конф. с международным участием, 17-19 мая, 2018 г. - Ростов –на –Дону, 2018. - С. 175-176.
204. Особенности клинической диагностики и лечения острых желудочных кровотечений у больных язвенной формой рака желудка [Текст] / А. А. Ольшанецкий [и др.] // Харківська хірургічна школа. - 2011. - № 2. - С. 28-29.
205. Особенности лечения желчекаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки [Текст] / Н. Н. Велигоцкий [и др.] // Харківська хірургічна школа. -2005. - № 2(16). - С. 21-25.
206. Особенности нарушения кальциевого обмена при тяжелой механической травме, протекающей на фоне стероидного остеопороза (экспериментальное исследование) [Текст] / В. Н. Ельский [и др.] // Общая реаниматология. -2009. - № 3. - С.14-19.
207. Острый панкреатит [Электронный ресурс] : редакция 1.-Москва, 2015.–94 с.–Режим доступа: <http://общество-хиругов.рф/arhivy-nkr/ostryi-pankreatit-protokoly-diagnostika-i-lechenie.html>, свободный.
208. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечения), МКБ – 10 – К 85 [Текст] / С. Ф. Багненко[и др.]. – Санкт-Петербург, 2004. - 12 с.
209. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей [Текст] / Р. В. Вашетко [и др.]. – Санкт-Петербург: Питер, 2000. – 320 с.
210. Острый послеоперационный панкреатит [Текст] / Ю. С. Полушин [и др.]. – Санкт-Петербург : Фолиант, 2003. - 157 с.
211. Отдаленные результаты органосохраняющих оперативных вмешательств в сочетании с селективной проксимальной ваготомией у пациентов с осложненной язвенной болезнью пилородуоденальной зоны [Текст] / В. В. Бойко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2. – С. 19-21.

212. Оценка эффективности ваготомии при неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на основании результатов ее через 10 лет после операции [Текст] / В. М. Трофимов [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1990. - № 9. - С. 25-31.
213. Паламарчук В. І. Патогенетичне обґрунтування методів клітинної та еферентної терапії в комплексному лікуванні хворих з хірургічною патологією органів гепатопанкреатодуоденальної зони [Текст] : автореф. дис. ...доктора мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / В. І. Паламарчук ; Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2005. – 43 с.
214. Панкреатит в сочетании с заболеваниями двенадцатиперстной кишки [Текст] / Н. И. Жандаров [и др.] // Клиническая хирургия. - 1980. - № 11.- С. 62.
215. Парфенов А. И. Энтерология [Текст] / А. И. Парфенов. – Москва : Триада-Х, 2002. - 774 с.
216. Пат. 2002065056 Україна, МКІ 7А61В17/00. Спосіб зварювання м'яких тканин тварини і людини [Текст / Патон Б. Є., Лебедев В. К., Лебедев О. В. - № 200206556; Заявл. 19.06.02; опубл. 15.01.04., Бюл. № 1.- 4 с.
217. Пат. 44805 Україна, МКІ 7А61В17/00. Спосіб з'єднання м'яких біологічних тканин і пристрій на його здійснення [Текст] / Патон Б.Є., Лебедев В.К., Борона Д.С. - № 98031492; Заявл. 25.03.98; опубл. 15.03.02, Бюл. № 3.- 2 с.
218. Патон Б. Е. Электрическая сварка мягких тканей в хирургии [Текст] / Б. Е. Патон // Автоматическая сварка. - 2004. - № 9. - С. 7-11.
219. Передерий В. Г. Язвенная болезнь. Прошлое, настоящее и будущее [Текст] / В. Г. Передерий, С. М. Ткач, С. В. Скопиченко. - Киев, 2002. - 256 с.
220. Передерий В. Г. Как вылечить хронический гастрит, язвенную болезнь желудка и ДПК и предупредить рак желудка? В вопросах и ответах гастроэнтеролога врачу общей практики и пациенту [Текст] / В. Г. Передерий, В. В. Чернявский. – Луганск : РИО ОАО «ЛОТ», 2005. – 294 с.
221. Передерий В. Г. От Маастрихта 1-1996 до Маастрихта 3-2005: десятилетний путь революционных преобразований в лечении желудочно-кишечных

заболеваний [Текст] / В. Г. Передерий, С. М. Ткач, Б. Н. Мурасанич // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 6. – С. 98-107.

222. Перикисное окисление липидов при черепно-мозговой травме (экспериментальное исследование) [Текст] / В.Н. Ельский [и др.] // Общая реаниматология. - 2009. - № 4. - С. 24-30.

223. Перфильев В. В. Ультразвуковая диагностика острого холецистита [Текст] / В. В. Перфильев, Н. И. Сивоконь, Л. С. Ковалева // Хирургия. - 1998. - № 5. - С. 21-25.

224. Петров В. П. Кишечная непроходимость [Текст] / В. П. Петров, И. А. Ерохин. – Москва : Медицина, 1989. - 288 с.

225. Петрушенко В. В. Ранній гострий післяопераційний холецистит після операційних втручань на шлунку та дванадцятипалій кишці [Текст] / В. В. Петрушенко // Хірургія України. – 2005. – № 2 (14). – С. 96-97.

226. Плотников Ю. В. Объективная оценка тяжести состояния больного с острым желудочным кровотечением [Текст] / Ю. В. Плотников // Клиническая хирургия. – 1983. - № 4. - С. 19-22.

227. Подшивалов В. Ю. Улучшение визуализации - реальный путь повышения эффективности эндоскопии при продолжающихся гастродуоденальных кровотечениях [Текст] / В. Ю. Подшивалов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2006. - № 1. - С. 23-26.

228. Поляк Е. З. Способ рентгендиагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта [Текст] / Е. З. Поляк, Д. И. Тригубчак // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1984. - № 4. - С. 20 –26.

229. Помелов В. С. Хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки [Текст] / В. С. Помелов, В. А. Кубышкин, Н. А. Козлов // Хирургия. - 1997. - № 5. - С. 4-9.

230. Постолов П. М. Сочетание профузного язвенного кровотечения и гангренозного холецистита [Текст] / П. М. Постолов, Е. Н. Зюбина // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1985. - № 12. - С. 63-64.

231. Поташов Л. В. Сочетанные операции при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / Л. В. Поташов, А. А. Рудаков // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1994. - № 5-6. - С. 127-129.
232. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике [Текст] / под ред. В. В. Митькова. - М., 2003. - 698 с.
233. Применение симультанных операций в хирургии [Текст] / Е. С. Запорожченко [и др.] // Клиническая хирургия. - 1998. - № 2. - С. 10-12.
234. Прогноз и профилактическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] / А. А. Фишер [и др.] // Профилактика заболеваний внутренних органов и диспансеризация больных. - М., 1978. - С. 219-220.
235. Прогнозування перебігу гострого деструктивного панкреатиту [Текст] / С. І. Баранник [та ін.] // Мат-ли ХХІІ з'їзду хірургів України, 2-5 червня 2010 р. - Вінниця, 2010. - Т.1. - С. 18-19.
236. Прогностические аспекты профилактики острых кровоточащих эрозивно-язвенных повреждений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с острым панкреатитом [Текст] / И. Е. Верхулецкий [и др.] // Український журнал хірургії. - 2010. - № 2. - С. 23-30.
237. Просоленко К. О. Клінічна оцінка тяжкості порушень моторно-евакуаторної функції шлунка у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки [Текст] / К. О. Просоленко // Харківська хірургічна школа. - 2003. - № 4 (9). - С. 12-16.
238. Профилактика рефлюкс-эзофагита у больных с резекцией желудка по способу Гофмейстера-Финстерера [Текст] / А. И. Горбашко [и др.] // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. - 1988. - № 1. - С. 22-26.
239. Прутков М. И. Минилапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных желчнокаменной болезнью [Текст] / М. И. Прутков // Хирургия. - 1997. - № 1. - С. 32-35.

240. Пути предупреждения негативных последствий хирургического лечения перфоративной язвы [Текст] / И. Е. Верхулецкий [и др.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 5 (14). – С. 201-205.
241. Раззадорин С. С. Хирургическое лечение недостаточности кардии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и грыже пищеводного отверстия диафрагмы [Текст] / С. С. Раззадорин, В. В. Комарчук // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. - С. 191-192.
242. Рева В. Б. Жовчний дуоденогастральний рефлюкс у хворих на жовчнокам'яну хворобу в післяопераційному періоді [Текст] / В. Б. Рева, І. В. Шкварковський, В. К. Городецький // Український журнал хірургії. - 2011. - № 2 (11). - С. 112-114.
243. Результаты ваготомии в зависимости от преобладания нервно-рефлекторных или гормональных механизмов регуляции кислотопродукции у больных язвой двенадцатиперстной кишки [Текст] / Ю. Н. Фокин [и др.] // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 1995. - № 3. - С. 38-41.
244. Репин В. Н. Моторно-эвакуаторные расстройства двенадцатиперстной кишки у больных с резецированным желудком [Текст] / В. Н. Репин // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1990. - № 1. - С. 39-44.
245. Репин В. Н. Хирургическое лечение хронической дуоденальной непроходимости [Текст] / В. Н. Репин, П. С. Рыжаков, М. В. Репин // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1995. - № 2. - С.17-19.
246. Рецидивные язвы после селективной проксимальной ваготомии (10-летние результаты) [Текст] / В. Ф. Саенко [и др.] // Клиническая хирургия. - 1989. - № 3. - С. 10-13.
247. Рішення ХХ з'їзду хірургів України (17-20 вересня 2002 р. м. Тернопіль) [Текст] // Клінічна хірургія. - 2003. - № 9. - С. 62-64.
248. Рішко В. В. Невідкладне хірургічне лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею та рефлюкс-езофагітом [Текст] / В. В. Рішко // Клінічна хірургія. - 2006. - № 3. - С. 14-16.

249. Розанов И. Б. Сочетание желчно- и мочекаменной болезни [Текст] / И. Б. Розанов, А. С. Тепляшин // Хирургия. - 1987. - № 2. - С. 55- 58.
250. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей : в 2-х томах [Текст] / под ред. А. Е. Борисова. – Санкт-Петербург : Скифия, 2003. - Т. 1. - 488 с.
251. Рязанов Д. Ю. Діагностика та хірургічне лікування панкреатиту на етапах розвитку його ускладнень [Текст] : автореф. дис. ... доктора мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / Д. Ю. Рязанов. - Запоріжжя, 2006. - 36 с.
252. Савин А. М. Значение некоторых клинко-эндоскопических факторов риска в прогнозировании язвенных кровотечений [Текст] /А. М. Савин, В. В. Беликов, М. И. Береслевский // Вестник хирургии им. И.И.Грекова.-1994.-№ 5-6.-С.107-110.
253. Сапегин Н. Д. Напряжение кислорода в ткани печени экспериментальных животных при моделировании обтурационной желтухи и ее лечении [Текст] / Н. Д. Сапегин, С. С. Хилько, И. И. Фомочкин // Клінічна хірургія. - 2006. - № 3. - С. 55-57.
254. Сахаутдинов В. Г. Лечение сочетанных заболеваний органов брюшной полости [Текст] / В. Г. Сахаутдинов, Ш. Х. Ганцев // Хирургия. - 1989. - № 4. - С. 80-84.
255. Сацукевич В. Н. Клиническое прогнозирование острых осложнений гастродуоденальных язв [Текст] / В. Н. Сацукевич // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. –1987. - № 2. – С. 34–39.
256. Седлецкий Ю. Н. Сочетанные операции при лечении крайних форм ожирения. [Текст] / Ю. Н. Седлецкий, А. А. Гостевской, К. К. Мирчук // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1997. - № 1. - С. 50-53.
257. Сеидов В. Г. Состояние двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот 2 при доперационных нарушениях дуоденальной проходимости [Текст] / В. Г. Сеидов, З. Я. Бабаев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1992. - № 11-12. - С. 313-317.
258. Семенов В. В Экономические аспекты симультанных операций большого объема на органах живота в системе ОМС [Текст] / В. В. Семенов, А. А. Курыгин

// Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ, 4-7 апреля 2017 г. – Москва, 2017. – С. 1035-1036.

259. Семенюк Ю. С. Дифференцированный выбор способа завершения холедохотомии на основе интраоперационного экспресс-гистологического исследования стенок желчных протоков [Текст] / Ю. С. Семенюк // Харківська хірургічна школа. - 2003. - № 4(9). - С. 51-55.

260. Семенюк Ю. С. Сучасні погляди на технології хірургічних втручань при жовчнокам'яній хворобі [Текст] / Ю. С. Семенюк // Харківська хірургічна школа. - 2002. - № 3(4). - С. 122-132.

261. Семенюк Ю. С. Топографо-анатомічне обґрунтування вибору доступу під час виконання холецистектомії з приводу гострого холециститу [Текст] / Ю. С. Семенюк, В. І. Бучнев // Клінічна хірургія. - 2003. - № 6. - С. 21-24.

262. Сибуль У. Ф. Проксимальная ваготомия в лечении пилорoduodenальных язв (с атласом операционной техники проксимальной ваготомии) [Текст] / У. Ф. Сибуль. – Таллин : Валгус, 1985. – 112 с.

263. Симонов Н. Н. Клинико-морфологические особенности диагностики и лечения раннего рака желудка [Текст] / Н. Н. Симонов, Н. В. Ананьев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1997. - № 1. - С. 28-31.

264. Симптомы и синдромы в неотложной хирургии [Текст] / Ю.Л. Куницкий Донецк, 2020. - 90 с.

265. Симультантные операции у больных с холелитиазом [Текст] / С. А. Гешелин [и др.] // Український журнал хірургії. - 2008. - № 2. - С. 60-63.

266. Симультантные операции в хирургической практике [Текст] / О. С. Олефирова [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2002. - № 5. - С. 84-86.

267. Симультантные операции при выполнении лапароскопической холецистэктомии [Текст] / М. Е. Ничитайло [и др.] // Клиническая хирургия. - 2004. - № 2. - С. 5-7.

268. Симультантные операции при сочетанной хирургической патологии [Текст] / А. Ф. Греджев [и др.] // Клиническая хирургия. - 1983. - № 1. - С. 28-29.

269. Сиппонен П. Гастрит - атрофический гастрит - кишечная метаплазия - рак желудка: обратима ли эта последовательность? [Текст] / П. Сиппонен, К. Сеппала // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1999. - № 2. - С. 30-35.
270. Системная гемодинамика при комбинированном воздействии факторов шахтного взрыва и электрического тока в эксперименте [Текст] / В. Н. Ельский [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. - 2009. - № 2. - С. 80-83.
271. Скорый Д. И. Топографо-анатомические критерии минилапаротомного доступа для выполнения открытой лапароскопической холецистэктомии [Текст] / Д. И. Скорый, А. Н. Литвиненко // Харківська хірургічна школа. -2005. - № 2 (16). - С. 55-57.
272. Скуя Н. А. Формула для определения активности болезни и лечения ее при хронической язве двенадцатиперстной кишки [Текст] / Н. А. Скуя // Тез. докл. XI съезда терапевтов УССР. – Харьков, 1982. – С. 196–187.
273. Смагин В. Г. Консервативное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] / В. Г. Смагин, С. А. Горбатенок // Всесоюз. конф. по органосохраняющим операциям (ваготомия) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.,1987. – С. 6.–7.
274. Современное состояние проблемы достижения гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях [Текст] / Э. В. Луцевич [и др.] // Организационные, диагностические и лечебные проблемы неотложных состояний : научные труды выездного пленума Межведомственного научного совета по проблемам скорой мед. помощи РАМН и Минздрава России. – Москва ; Омск, 2000. - С. 188-189.
275. Современные возможности прогнозирования и диагностики некротической формы острого панкреатита (Обзор литературы) [Текст] / В. В. Ганжий [и др.] // Український журнал хірургії. - 2011. - № 5 (14). - С. 220-227.
276. Современные подходы к диагностике и лечению язвенной болезни [Текст] : метод. рекомендации / А. И. Дядык, С. С. Чубенко, В. О. Гайдуков, М. В. Хоменко. - Донецк, 2001. - 38 с.

277. Созон-Ярошевич А. Ю. Анатомо-клиническое обоснование хирургических доступов к внутренним органам [Текст] / А. Ю. Созон-Ярошевич. - Ленинград, 1954. - 156 с.
278. Состояние защитного барьера у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [Текст] / В. М. Эфендиев [и др.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 3 (12). – С. 163-168.
279. Состояние клеточной иммунной системы при остро развившихся осложнениях язвенной болезни до и после операционного лечения [Текст] / И. А. Ерюхин [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1985. - № 1.–С. 42-46.
280. Сочетание язвенной болезни и панкреатита в хирургической практике [Текст] / И. Е. Верхулецкий [и др.] // Клінічна хірургія. - 2003. - № 8. - С. 9-11.
281. Сочетанные заболевания органов дуоденохоледохопанкреатической зоны [Текст] / Ф. И. Комаров, В. А. Галкин, А. И. Иванов, В. А. Максимов. – Москва : Медицина, 1983. - 255 с.
282. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике [Текст] / Н. Н.Малиновский [и др.] // Хирургия. - 1983. – № 12. - С. 63-68.
283. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии [Текст] / О. Б. Милонов [и др.] // Хирургия. - 1982. - № 12.- С. 89-94.
284. Сочетанные операции в хирургии брюшной полости [Текст] / Л. В. Полуэктов [и др.] // Вестник хирургии им. И. И.Грекова. - 1981. - № 7. - С. 18- 21.
285. Сочетанные операции в хирургии органов брюшной полости [Текст] / А. Ф. Романчишен [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1999. - № 2. - С. 51-54.
286. Сочетанные операции-как метод благотворно влияющий на качество жизни пациента [Текст] / М. А. Сердюков [и др.] // Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ, 4-7 апреля 2017 г. –Москва, 2017. - С. 176.
287. Сочетанные операции при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / Л. В. Успенский [и др.] // Хирургия. - 1990. - № 2. - С. 60-66.

288. Сочетанные операции при холелитиазе [Текст] / С. А. Дадвани [и др.] // Хирургия. - 1999. - № 8. - С. 37-39.
289. Сравнение шкал BISAP, APACHE-II, RANSONS в прогнозировании тяжести заболевания и летальности при остром панкреатите [Текст] / А. И. Дронов [и др.] // Український журнал хірургії. - 2011. - № 5 (14). - С. 39-41.
290. Сравнительная оценка ближайших исходов холецистэктомии при миниинвазивных вмешательствах по поводу хронического калькулезного холецистита [Текст] / А. В. Страхов [и др.] // Хирургия. - 2006.- № 2. - С. 10-13.
291. Сравнительные аспекты диагностики заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны [Текст] / В. П. Сажин [и др.] // Хирургия. - 1997. - № 3. - С. 45- 48.
292. Сравнительный анализ поперечной и продольной гастроэнтеростомии в поздние сроки после резекции желудка [Текст] / В. И. Подолужный [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1996. - № 2. - С. 18-19.
293. Ставицкий В. В. Выполнение симультанных операций в условиях районной больницы [Текст] / В. В. Ставицкий, В. Г. Пугач // Клиническая хирургия. - 1995. - № 1. - С. 11-13.
294. Стандарти діагностики і лікування гострого панкреатиту [Текст] : методичні рекомендації / Є. П. Коновалов [та ін.]. - Київ, 2005. - 27 с.
295. Стандарты (протоколы) диагностики и лечение заболеваний поджелудочной железы [Текст] / В. С. Земсков, А. А. Ткаченко, И. А. Ковальская, Е. А. Крючина. - Киев, 2000. - 32 с.
296. Суходоля А. И. Роль кислотного фактору у виборі органозберігаючої операції з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки [Текст] // Клінічна хірургія. - 1999. - № 6. - С. 21-23.
297. Таджибаев Ш. А. Сравнительная оценка результатов традиционной, минилапаротомной и лапароскопической холецистэктомии [Текст] / Ш. А. Таджибаев, Б. Ж. Рахманов, А. У. Номонбеков // Эндоскопическая хирургия. - 2001. - № 1. - С. 25-27.

298. Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе [Текст] / В. Ф. Саенко [и др.] // Клінічна хірургія. - 2003. - № 3. - С. 5-8.
299. Тарабан И. А. Состояние симпатoadреналовой системы у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной острым желудочно-кишечным кровотечением [Текст] / И. А. Тарабан // Харківська хірургічна школа. – 2003. - № 3. - С. 84-89.
300. Тарасенко В. С. Острый панкреатит и транслокация бактерий [Текст] / В. С. Тарасенко, В. И. Никитенко, В. А. Кубышкин // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2000. - № 6. - С. 86-89.
301. Технічні аспекти симультанних лапароскопічних операцій у хворих на жовчнокам'яну хворобу та супутню хірургічну абдомінальну патологію [Текст] / М. Ю. Ничитайло [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2013. –№ 2 (21). – С.14-20.
302. Тишинская З. В. Трудовой прогноз у оперированных по поводу острой кишечной непроходимости [Текст] / З. В. Тишинская // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1983. - № 1. - С. 51-55.
303. Тишинская З. В. Ранние релапаротомии в связи с механической кишечной непроходимостью [Текст] / З. В. Тишинская, Е. Л. Протасов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1980. - № 11. - С. 44-46.
304. Тканевой фибринолиз в механизме гастродуоденального кровотечения у больных язвенной болезнью [Текст] / А. С. Белоусов [и др.] // Клиническая медицина. – 1981. - № 2. – С. 23 – 28.
305. Толстой А. Д. Концепция «обрыва» панкреонекроза – ключ к решению проблемы деструктивного панкреатита [Текст] / А. Д. Толстой, В. Б. Красногоров, В. Р. Гольцов // Вестник хирургии. – 2001. – № 6. – С 26–30.
306. Торотадзе Н. М. Способы профилактики инфекционных осложнений при лапароскопической холецистэктомии [Текст] / Н. М. Торотадзе // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского. – Симферополь, 2007. – С. 251-254.

307. Трофимов Н. В. Состояние слизистой оболочки гастродуоденальной зоны при кровоточащей язве желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / Н. В. Трофимов // Харківська хірургічна школа. - 2011. - № 2. - С. 35-38.
308. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту [Текст] : методичні рекомендації / Я. С. Березницький [та ін.]; за ред.: Фоміна П.Д. - Київ, 2012. - 80 с.
309. Ультразвуковая семиотика и диагностика острого холецистита [Текст] / П. М. Постолов [и др.] // Хирургия. - 1990. - № 2. – С. 21-23.
310. Уровень распространенности и заболеваемости болезнями органов пищеварения у городских жителей [Текст] / Ю. А. Филиппов [и др.] // Гастроэнтерология. – Днепропетровск, 1999. - Вып. 28. – С. 7–9.
311. Уроки лапароскопической холецистэктомии [Текст] / М. Е. Ничитайло [и др.] // Клиническая хирургия. – 2001. – № 10. – С. 6–9.
312. Фадеенко Г. Д. Современные представления о *Helicobacter pylori* – негативной язвенной болезни [Текст] / Г. Д. Фадеенко // Сучасна гастроентерологія. - 2003. - № 2. – С. 4 – 6.
313. Федоров В. Д. Одномоментные обширные и сочетанные операции [Текст] / В. Д. Федоров // Хирургия. - 1983. - № 3. - С. 8- 15.
314. Федоров В. Д. Хирургическая «эпидемиология» образования спаек в брюшной полости [Текст] / В. Д. Федоров, В. А. Кубышкин, И. А. Козлов // Хирургия. - 2004. - № 6. - С. 50-53.
315. Филин В. И. Неотложная панкреатология [Текст] / В. И. Филин, А. Л. Костюненко. – Санкт-Петербург : Питер, 1994. – 302 с.
316. Фишер А. А. Возможности прогнозирования хирургических осложнений язвенной болезни [Текст] / А. А. Фишер, Г. А. Голубцова // Вопр. практ. гастроэнтерологии. – 1979. - № 2. - С. 284–285.
317. Фишзон-Рысс Ю. И. Гастродуоденальные язвы [Текст] / Ю. И. Фишзон-Рысс, Е. С. Рысс. – Л. : Медицина, 1978. – 232 с.
318. Фомін П. Д. Лікувальна тактика та клініко-ендоскопічний моніторинг у хірургічному лікуванні гострокровоточивих злоякісних пухлин шлунка [Текст] /

- П.Д. Фомін, Н. В. Івончов // Український журнал хірургії. - 2010. - № 2. - С.146-151.
319. Фомін П. Д. Порівняльна оцінка віддалених результатів хірургічного лікування ускладненої гастродуоденальної виразки [Текст] / П. Д. Фомін, Є. М. Шепетько, Б. Б. Лесеків // Клінічна хірургія. - 2002. - № 9. - С. 14-16.
320. Хай Г. А. Теория и в хирургии [Текст] / Г. А. Хай. – М. : Медицина, 1978. – 223 с.
321. Хамидов А. И. Симультаные оперативные вмешательства в хирургической практике [Текст] / А. И. Хамидов, Н. П. Мамедов // Клиническая хирургия. - 1990. - № 1. - С. 50-52.
322. Хальдон А. К. Профилактика острого послеоперационного панкреатита при лечении гигантской язвы двенадцатиперстной кишки [Текст] / А. К. Хальдон, Г. Н. Шепетько, И. В. Щур // Клінічна хірургія. - 2000. - № 4. - С. 13-14.
323. Хатьков И. Е. Опыт проведения симультаных операций в лапароскопической хирургии [Текст] / И. Е. Хатьков, А. А. Николенко, В. С. Даценко // Эндоскопическая хирургия. - 1997. - № 4. - С. 26-27.
324. Хворостов Е. Д. Этапное миниинвазивное лечение желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом [Текст] / Е. Д. Хворостов, С. А. Бычков, Р. Н. Гринев // Харківська хірургічна школа. – 2013. – № 1 (58). – С. 119-121.
325. Хеликобактериоз [Текст] / В. Ф. Саенко [и др.] // Клінічна хірургія. - 1997. - № 9-10. - С. 79-84.
326. Хирургическая коррекция болезней оперированного желудка [Текст] / А. С. Никоненко [и др.] // Клиническая хирургия. - 1997. - № 9 -10. - С. 6-7.
327. Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, сочетающихся с пенетрацией и стенозом [Текст] / Н. Н. Велигоцкий [и др.] // Труды Крымского медицинского университета. - Симферополь, 1999. - Т. 135, № 3. - С. 31 - 36.
328. Хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом и механической желтухой [Текст] / П. Г. Кондратенко [и др.] // Хірургія України. - 2007. - № 2 (22). - С. 27-30.

329. Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии [Текст] / П. С. Ветшев [и др.] // Хирургия. - 2002. - № 3. - С. 4-10.
330. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией и кровотечением [Текст] / А. А. Курыгин [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1997. - № 1. - С. 20-23.
331. Хирургическое лечение желчекаменной болезни при некоррегированных приобретенных пороках сердца [Текст] / О. Б. Милонов [и др.] // Хирургия. - 1987. - № 2. - С. 6-12.
332. Хирургическое лечение обструктивных заболеваний панкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой [Текст] / Н. Н. Велигоцкий [и др.] // Вісник морської медицини. - 2001.- № 2 (14).- С. 67-70.
333. Хирургическое лечение обструктивных заболеваний панкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой [Текст] / Н. Н. Велигоцкий [и др.] // Мат-ли XXII з'їзду хірургів України.-Т.1.-Вінниця,2-5 червня 2010.- С.68-69.
334. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с сопутствующим панкреатитом [Текст] / В. В. Бойко [и др.] // Вісник морської медицини. - 2001. - № 2 (14). - С. 40-43.
335. Хирургическое лечение хронического панкреатита в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [Текст] / И. А. Козлов [и др.] // Хирургия. - 2003. - № 8. - С. 11-18.
336. Хирургическое лечение хронического панкреатита, сочетающегося с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [Текст] / В. С. Земсков [и др.] // Клиническая хирургия. - 1990. - № 11. - С. 7-9.
337. Хірургічне лікування гострих ускладнень шлунково-стравохідної виразки та пухлин у хворих, що перебувають у декомпенсованому стані (вибір об'єму та методики операції) [Текст] / В. Ф. Саєнко [та ін.] // Харківська хірургічна школа. - 2006.- № 1 (20). - С. 257-260.

338. Хірургічне лікування пілородуоденальної виразки, ускладненої декомпенсованим стенозом [Текст] / І. М. Тодуров [та ін.] //Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2. – С. 60-63.
339. Хирургия поджелудочной железы [Текст] / И. Е.Верхулецкий [и др.]. - Донецк, 2002. - 100 с.
340. Хирургия поджелудочной железы [Текст] / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, А. П. Радзиховский. - Симферополь : Таврида, 1997. - 560 с.
341. Хмельницкий С. Й. Хронический калькулезный холецистит в сочетании с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / С. Й. Хмельницкий, Д. А. Чевердюк, Ю. И. Пасенченко // Материалы республиканской научной конференции. - Киев, 1996. - С. 79-80.
342. Ходаков В. В. Плановые сочетанные операции при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта [Текст] / В. В. Ходаков, Ф. И. Копылов, М. А. Ранцев // Вестник хирургии им.И. И. Грекова. - 1993. - № 5-6. - С. 24-30.
343. Холецистэктомия с использованием минимального доступа [Текст] / Л. А. Шалимов [и др.] // Клиническая хирургия. – 1994. - № 1-2. - С. 3-4.
344. Хронічна дуоденальна непрохідність та пептична виразка шлунка : взаємозв'язок, діагностика та хірургічна корекція [Текст] / В. М. Короткий, [та ін.] // Вісник морської медицини. - 2001. - № 2.- С. 110-113.
345. Чернышев В. Н. Хирургическое лечение трудноудаляемых желудочных язв [Текст] / В. Н. Чернышев, И. К. Александров // Хирургия. - 1992. - № 2. - С. 4-9.
346. Чернышов В. Н. Введение в хирургию гастродуоденальных язв [Текст] / Чернышов В. Н., Белоконев В. И., Александров И. К. - Самара, 1993. - 216 с.
347. Чернышев В. Н. Функция желудочно-кишечных соустьей после операций по поводу гастродуоденальных язв [Текст] / В. Н. Чернышев, Л. Б. Павлишин // Хирургия. - 1997. – № 8. - С. 32-36.
348. Чирков Ю. В. Прогнозирование хирургических осложнений пилородуоденальных язв [Текст] / Ю. В. Чирков // Материалы пленума Всесоюзного об-ва гастроэнтерологов. – Рига, 1986. – С. 346–347.

349. Чиссов В. И. Предрак желудка [Текст] / В. И. Чиссов, Т. А. Белоус, Г. А. Франк // Клиническая медицина. - 1999. - № 7. - С. 23-26.
350. Шаповалов В. А. Поствагatomический адаптационный синдром [Текст] / В. А. Шаповалов // Клінічна хірургія. - 1998. - № 8. - С. 40-42.
351. Шевченко В. В. Практические аспекты патологической топографии средостения [Текст] / В. В. Шевченко // Тезисы докладов областной научной конференции морфологов. - Донецк, 1983. - С. 38-40.
352. Шейко В. Д. Профилактика возникновения несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при локальном околоязвенном панкреатите [Текст] / В. Д. Шейко // Клиническая хирургия. - 1995. - № 3. - С. 20-22.
353. Шестаков А. Л. Показания к вмешательствам из минилапаротомного доступа при желчнокаменной болезни [Текст] / А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов, В. А. Мовчун // Анналы хирургии. - 1996. - № 2. - С. 43-47.
354. Штофин С. Г. Патогенез острого послеоперационного панкреатита после эндоскопической папиллотомии [Текст] / С. Г. Штофин, А. Л. Попов, А. В. Бородач // 8-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Москва, 2004. - С. 407-408.
355. Щеголев А. А. Национальные клинические рекомендации по язвенным гастродуоденальным кровотечениям: результаты внедрения и дальнейшие перспективы [Текст] / А. А. Щеголев, А. В. Павлычев, А. В. Вербовский // Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ, 4-7 апреля 2017 г. – Москва, 2017. – С. 860.
356. Экстренные меры профилактики осложнений взрывной шахтной травмы [Текст] / В. Н. Ельский [и др.] // Анестезиология и реаниматология. - 2009. - № 6. - С. 45-49.
357. Эндоскопические методы лечения и профилактики рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений [Текст] / М. Ф. Черкасов [и др.] // Тез. докл. V съезда хирургов Юга России, 18-19 мая 2017 г. – Ростов-на Дону, 2017. - С. 160.
358. Эсперов Б. Н. Постхолецистэктоmический синдром [Текст] / Б. Н. Эсперов, Ю. П. Савенко // Хирургия. - 1980. - № 1. - С. 12-15.

359. Яковцов Є. П. Хірургічне лікування хворих похилого та старечого віку з жовчнокам'яною хворобою та її ускладненнями [Текст] : автореф. дис. ... доктора мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія»/ Є. П. Яковцов. - Харків, 2005. - 39 с.
360. A Long-term sequelae of Helicobacter pylori gastritis [Text] / E. J. Kuipers [et al.] // Lancet. - 1995. - Vol. 55, № 3. - P. 2111-2115.
361. A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy [Text] / S. L. Zacks [et al.] // Am. J. Gastroenterol. - 2002. - Vol. 97, № 2. - P. 334-340.
362. Altered microsatellites in incomplete-type intestinal metaplasia adjacent to primary gastric cancers [Text] / T. Hamamoto [et al.] // J. Clin. Pathol. - 1997. - Vol. 50, № 14. - P. 841-846.
363. Analysis of complications and deaths in aged patients with obstructive jaundice [Text] / D. Ouyang [et al.] // Hunan Yi Ke Da Xue Xue Bao. - 1999. - Vol. 24, N 2. - P. 181-182.
364. Armbruster C. The place of selective proximal vagotomy in complicated duodenal ulcers [Text] / C. Armbruster, K. Dittrich, S. Kriwanek // Wien. Klin. Wschr. - 1989.- Bd. 101, № 18. - S. 615-617.
365. Bcl-2 protein expression in gastric remnant mucosa and gastric cancer 15 or more years after partial gastrectomy[Text] / M. R. Clarke [et al.] // Mod. Pathol. - 1997. - Vol. 10, № 3. - P. 1021-1027.
366. Becker H. D. Postgastrectomy and Postvagotomy Syndromes [Text] / H. D. Becker, W. F. Caspary. - Berlin, 1990. - 217 p.
367. Berci L. History of endoscopy. What lessons have we learned from the past [Text] / L. Berci, K. A. Forde // Surg. Endosc. - 2000. - Vol. 4, № 1. - P. 5-15.
368. Bhattacharya D. Minimally invasive approaches to the management of pancreatic pseudocysts: review of the literature [Text] / D. Bhattacharya, B. J. Ammori // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. - 2003. - Vol. 13, № 3. - P. 141-148.
369. Boring C. C. Cancer Statistics. C. A. [Text] / C. C. Boring, T. S. Squires, T. Tong // Cancer J. Clin. - 1994. - Vol. 44, № 7. - P. 7-26.

370. Bottger T. Factors influencing morbidity and mortality after pancreaticoduodenectomy: critical analysis of 221 resections [Text] / T. Bottger, T. Junginger // *World. J. Surg.* – 1999. – Vol. 23, № 14. – P. 164–172.
371. Bramble M. G. Detection of upper gastrointestinal cancer in patients taking antisecretory therapy prior to gastroscopy [Text] / M. G. Bramble, Z. Suvakovic, A. Hungin // *Gut.* - 2000. – Vol. 46, № 5. – P. 464—467.
372. Brugge W. R. Pancreatic and biliary endoscopy [Text] / W. R. Brugge, J. Van Dam // *N. Engl. J. Med.* - 1999. - Vol. 341, № 2. - P. 1808-1816.
373. Bytzerr P. Endoscopic follow-up of gastric ulcer to detect malignancy: is it worthwhile? [Text] / P. Bytzerr // *Scand. J. Gastroenterol.* - 1991. – Vol. 26, № 9 . - P. 1193-1199.
374. Carbaja I. Colectistomia por minilaparotomia [Text] / I. Carbaja, A. Ramos, E. Nunez Gonzalez // *Rev. Gastro-enterol. Mex.* - 1991. - Vol. 56, № 3. - P. 171-174.
375. Cholecystectomy by minilaparotomy without muscle section: a short-stay procedure [Text] / E. P. Pelissier [et al.] // *Hepatogastroenterology.* - 1992. -Vol. 39, № 4. - P. 294-295.
376. Cholelithiasis-laparoscopy orlaparotomy? [Text] / M. Schafer [et al.] // *Ther Umsch.* - 1998. - Vol. 55, № 2. - P. 110–115.
377. Chua C. L. Relative risks of complications in giant and nongiant gastrics ulcers [Text] / C. L. Chua, P. R. Jeyaraj, C. H. Low // *Amer. J. Surg.* – 1992. - Vol. 164, № 2. - P. 94-97.
378. Colectistomia por minilaparotomia mediana. Nova metodizacao [Text] / N. F. Safatte [et al.] // *Arq. Gastroenterol.* – 1991. – Vol. 28, № 4. - P. 119-123.
379. Comparison of metabolic responses to laparoscopic and minilaparotomy cholecystectomy [Text] / A. J. McMahon [et al.] // *Br. J. Surg.* - 1993. – Vol. 80, № 10. - P. 1255-1258.
380. Contribu to allo studio della gastrite alcolina dopo vagotomia [Text] / G. Pellis [et al.] // *Chir. Gastroent.* – 1987. - Vol. 21, № 3. - P. 305-311.
381. Correa P. The gastric microenvironment determines H. pylori colonization [Text] / P. Correa // *Am. J. Gastroenterol.* – 1995. – Vol. 90, № 13. – P. 1379-1381.

382. Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process [Text] / P. Correa // Cancer Res. – 1992. – Vol. 52, № 10. – P. 6735-6740.
383. Costs of waiting for gall bladder surgery [Text] / K. Somasekar [et al.] // Postgrad. Med. J. – 2002. - Vol. 78, № 925. - P. 668-669.
384. Cumberotch J. A disease-conscious method for sequential diagnosis by use of disease probabilities without assumption of symptom independence [Text]/J. Cumberotch, H. S. Heaps // Int. J. Bio. – Med. Comp. – 1976. – Vol. 7, № 1. – P. 61–78.
385. Daou R. Cholecystectomy using a minilaparotomy [Text] / R. Daou // Ann. Chir. – 1998. - Vol. 52, № 7. - P. 625-628.
386. Das Karzinom des operierten Magens [Text] / G. Clemencon [u.a.] // Dtsch. med. Wschr. – 1976. - Bd. 101, № 4. - S. 1015-1020.
387. Differences in diagnostic criteria for gastric carcinoma between Japanese and western pathologists [Text] / R. J. Schemper [et al.] // Lancet. - 1997. - Vol. 349. № 9067. - P. 1725-1729.
388. Ding Z. Use of Ligasure bipolar diathermy system in vaginal hysterectomy [Text] / Z. Ding, M. Wable, A. O. Rane // Obstet. Gynaecol. - 2005. - Vol. 25, № 1. - P. 49-51.
389. Dixon M. F. Prospects for intervention in gastric carcinogenesis: reversibility of gastric atrophy and intestinal metaplasia [Text] / M. F. Dixon // Gut. – 2001. – Vol. 49. – P. 2-4.
390. Du Bois F. Cholecystectomy par mini-laparotomie [Text] / F. Du Bois, B. Berthelot // Nouv. Presse. Med. – 1982. – Vol. 11, № 15. – P. 1139-1141.
391. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy [Text] / S. T. Fan [et al.] // N. Engl. J. Med. - 1993. - Vol. 328, № 6. - P. 228-232.
392. Endoscopic and surgical treatment of acute bleeding gastroduodenal ulcers [Text] / J. Vokurka [et al.] // Bratisl. Lek Listy. - 1997. - Vol. 98, № 3.- P. 163-165.
393. Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients [Text] / P. Ford [et al.] // Cochrane. Database. Syst. Rev. – 2003. - Vol. 4 – CDOO 3840.
394. Eypash E. Des Gastrointestinal Lebensqualitäts index (GLQI) [Text] / E. Eypash, Sharon Wood-Dauphinel, J. J. Williams // Chirurg. - 1993. - Bd. 64, № 7. - S. 264-274.

395. Evaluation of the efficacy of the electrosurgical bipolar vessel sealer (LigaSure) devices in sealing lymphatic vessels [Text] / Y. W. Novitsky [et al.] // Surg. Innov. - 2005. - Vol. 12, № 2. - P. 155-160.
396. Feinstein A. R. An additional basis for clinical medicine: IV. The development of clinimetrics [Text] / A. R. Feinstein // Ann. Intern. Med. - 1983. - № 99. - P. 843-848.
397. Filipe I. M. Intestinal metaplasia types and the risk of gastric cancer: a cohort study in Slovenia [Text] / I. M. Filipe, N. Munoz, I. Matko // Int. J. Cancer. - 1994. - Vol. 57, № 10. - P. 324-329.
398. Gastric epithelial dysplasia in the natural history of gastric cancer: a multi-center prospective follow-up study [Text] / M. Rugge [et al.] // Gastroenterology. - 1994. - Vol. 107, № 11. - P. 1288-1296.
399. Gastric stump carcinoma-carcinogenic factors and possible preventive measures [Text] / K. Schonleben [et al.] // Acta hepato-gastroent. - 1979. - Vol. 26, № 16. - P. 239-247.
400. Genta R. M. Helicobacter pylori as a promotor of intestinal metaplasia and gastric cancer: an alluring hypothesis in search of evidence [Text] / R. M. Genta // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. - 1995. - № 7, suppl. 1. - P. S 25-S 30.
401. Giovannini M. Endoscopic ultrasound-guided pancreatic pseudocyst drainage [Text] / M. Giovannini // Gastrointest. Endosc. Clin. Am. - 2005. - T. 15, № 1. - P. 179-188.
402. Golash V. Laparoscopic cystogastrostomy for a giant pseudocyst of pancreas [Text] / V. Golash, R. Cutress // Surgeon. - 2005. - T. 3, № 1. - P. 37-41.
403. Hagen B. Randomised controlled trial of LigaSure versus conventional suture ligation for abdominal hysterectomy [Text] / B. Hagen, N. Eriksson, M. Sundset // BJOG. - 2005. - Vol. 112, № 7. - P. 968-970.
404. Hart S. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy [Text] / S. Hart, S. Ross, A. Rosemurgy // J. Minim. Invasive Gynecol. - 2010. - Vol. 6. - P. 798-801.
405. Helicobacter pylori after surgery for duodenal ulcer [Text] / W. Jaroszewicz [et al.] // Acta gastroenter. Belg. - 1993. - Vol. 56, № 6. - P. 67.
406. Helicobacter pylori promotion of gastric carcinogenesis [Text] / M. Rugge [et al.] // Dig. Dis. Sci. - 1996. - Vol. 41, № 2. - P. 950-955.

407. Hemorrhage after pancreatoduodenectomy [Text] / B. Rumstadt [et al.] // Ann. Surg. – 1998. – Vol. 227, № 14. – P. 236–241.
408. Hemostasis with endoscopic hemoclippping for severe gastrointestinal bleeding in critically ill patients [Text] / S. Ohta [et al.] // Amer. J. Gastroenterol. - 1996. - Vol. 91, № 4. - P. 701-704.
409. Hollender L. F. Les appendectomies complimentaires aspects cliniques et medicolegaux [Text] / L. F. Hollender, Ch. Meyer, F. Falkan // Chir. Med. Acad. chir. - 1984. - Vol. 110, № 617. - P. 621-629.
410. Howard J. M. Pancreaticoduodenectomy (Whipple resection) in treatment of chronic pancreatitis [Text] / J. M. Howard, Zh. Zhang // World J. Surg. - 1990. - Vol. 14, № 1. - P. 77-82.
411. Howard T. J. Use of a new sealing device to simplify jejunal resection during pancreaticoduodenectomy [Text] / T. J. Howard, S. Mimms // Am. J. Surg. - 2005. - Vol. 190, № 3. - P. 504- 506.
412. Jechart G. Abdominal ultrasound after endoscopic or percutaneous stenting and drainage [Text] / G. Jechart, H. Messmann // Z. Gastroenterol. - 2005. – Vol. 43, № 2. - P. 201-210.
413. Joffe S. W. A prospective study evaluating preoperative secretion and choice of an operation for duodenal ulcer [Text] / S.W. Joffe, J. N. Primrose // Surg. Gynecol. Jbtef. – 1981. – Vol. 152, № 4. – P. 421–423.
414. Kato I. A prospective study of atrophic gastritis and stomach cancer risk [Text] / I. Kato, S. Tommaga, Y. Ito // Jpn. J. Cancer Res.-1992.-Vol. 83, № 24.-P. 1137-1142.
415. Kirk R. M. Can the singularity of chronic peptic ulcers be described by catastrophe theory and explained by biofeedback? [Text] / R. M. Kirk // Gastroenterology. - 1977. – Vol. 73, № 3. – P. 608–610.
416. Kubba A. K. Experimental studies of injection therapy for ulcer hemorrhage in rabbits. [Text] / A. K. Kubba, A. Lesseis, K. P. Palmer // Brit. J. Surg. - 1997. - Vol. 84, № 4. - P. 551-554.
417. Laparoscopic enucleation of solitary true pancreatic cyst in an adult [Text] / U. Cioffi [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2003. - Vol. 7, № 7. - P. 921-924.

418. Laparoscopic pancreatic surgery: current indications and surgical results [Text] / S. Shimizu [et al.] // Surg. Endosc. - 2004. - Vol. 18, № 3. – P. 361 – 362.
419. Laparoscopic pancreatectomy : report of 22 cases [Text] / B. Masson [et al.] // Ann. Chir. - 2003. - Vol. 128, № 7. – P. 452 – 456.
420. Laparoscopic pseudocysto-jejunostomy [Text] / F. Pop [et al.] // Chirurgia (Bucur.). - 2004. – T. 99, № 3. - P. 167 – 171.
421. Laparoscopic resection of true pancreatic cyst: report of 5 cases [Text] / Y. P. Mou [et al.] // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. - 2005. – Vol. 85, № 3. - P. 164 – 165.
422. Laparoscopic Roux-en-Y pancreatic cyst-jejunostomy [Text] / J. Teixeira [et al.] // Surg. Endosc. – 2003. - Vol. 17, № 27. - P. 1910 – 1913.
423. Lassen A. T. Eradication of Helicobacter pylori and use of antisecretory drugs-a population based study [Text] / A. T. Lassen, J. Hallas, O. B. Schaffalitzky de Muckadell // Ugeskr. Laeger. - 2004. - Vol. 166, № 39. - P. 3405 – 3407.
424. Limitations of endoscopic inspection in diagnosis of malignant gastric ulcer[Text] / K. M. Mohandas [et al.] // Indian J. Gastroenterol. - 1996. - Vol. 15, № 2. - P. 79-80.
425. Lindell P. Ventilation efficiency after different incisions for cholecystectomy [Text] / P. Lindell, G. Hedenstierna // Acta Chir. Scand. - 1976. - Vol. 142, № 8. - P. 561-565.
426. Long-term results of duodenectomy with highly selective vagotomy in the treatment of complicated duodenal ulcers[Text] / T. M. Chang [et al.] // Am. J. Surg. - 2001.- Vol. 181, № 4.- P. 372-376.
427. Management of complications after pancreaticoduodenectomy in a high volume centre: results on 150 consecutive patients [Text] / C. Bassi [et al.] // Dig. Surg. – 2001. – Vol. 18, № 6. – P. 453–457.
428. Maruyama M. Misconceptions on early gastric cancer in Japan [Text] M. Maruyama, R. Barreto-Zuniga, K. Kimura // Hepatogastroenterology. – 2001. – Vol. 48. – P. 1560-1564.
429. Modern minimally-invasive laparoscopic cholecystectomy [Text] / L. Rozsos [et al.] // Orv. Hetil. – 1995. - Vol. 136, № 9. – P. 475-481.

430. Molloy R. M. Relation between gastric cancer and previous peptic ulcer disease [Text] / R. M. Molloy, A. Sonnenberg // Gut. - 1997. - Vol. 40, № 2. - P. 247-252.
431. Morson B. C. Gastrointestinal Pathology [Text] / B. C. Morson, I. M. P. Dawson. - 3-d. Ed. - Oxford, 1990. - 148 p.
432. Munoz N. Gastric cancer and Helicobacter pylori [Text] / N. Munoz // Helicobacter pylori infection in gastroduodenal lesions / Eds.: J. M. Pajares Ganeia, P. Correa, G. I. Perez Perez. - The second decade. - Barcelona : Prous Science, 1998. - P. 199-210.
433. Nagakawa T. Biliary surgery via minilaparotomy - a minimally invasive procedure for biliary lithiasis [Text] / T. Nagakawa // HPB. Surg. - 1993. - Vol. 6, № 4. - P. 245-254.
434. Pancreaticoduodenectomy with or without distal gastrectomy and extended retroperitoneal lymphadenectomy for periampullary adenocarcinoma, part 2 [Text] / C. Yeo [et al.] // Ann. Surg. - 2002. - Vol. 236, № 11. - P. 355-368.
435. pH probe positioning for 24-hour pH-metry by manometry or pH step-up. // C. Pehl [et al.] // European Journal of Gastroenterology and Hepatology. - 2004. - Vol. 16, N 4. - P. 375-382.
436. Precancerous gastric lesions and Helicobacter pylori [Text] / E. Masci [et al.] // Hepatogastroenterology. - 1996. - Vol. 43, № 61. - P. 854-858.
437. Pruitt R. E. Endoscopy, gastric ulcer and gastric cancer. Follow-up endoscopy for all gastric ulcers? [Text] / R. E. Pruitt, C. D. Truss // Dig. Dis. Sci. - 1993. - Vol. 38, № 20. - P. 284-288.
438. Resig J. Revisiosperationen nach vagotomie [Text] / J. Resig, H. Vinz, W. Georgi // Zbl. Chir. - 1985. - Bd. 110, № 9. - S. 505-523.
439. Rodolico A. Tattica chirurgica nella gastrite da reflusso alcalino nello stomaco operato [Text] / A. Rodolico // Minerva chir. - 1985. - Vol. 40, № 7. - P. 455-459.
440. Rothlin M. Pancreatic pseudocysts-possibilities in surgical therapy [Text] M. Rothlin // Swiss Surg. - 2003. - Vol. 9, № 3. - P. 131 - 134.
441. Rozsos I. Micro- és modern minilaparotómiai az epéutak sebészeteiben [Text] / I. Rozsos // Orv. Hetil. - 1996. - Vol. 137, № 41. - P. 2243-2248.

442. Rozsos I. Fibroma okozta ilealis intussusceptio microlaparotomiaban vegzett cholecystectomy utan [Text] / I. Rozsos // Orv. Hetil. - 1994. - Vol. 135, № 30. - P. 1645-1647.
443. Rozsos I. Antibioticum prophylaxis micro-es modern mini-laparotomiaban vegzett cholccystectomyanal [Text] / I. Rozsos, J. Ferenczy, T. Rozsos // Orv. Hetil. – 1993. –Vol. 134, № 49. - P. 2703-2706.
444. Rozsos I. The surgical technique of microlaparotomy cholecystectomy[Text] / I. Rozsos, J. Ferenczy, T. Rozsos //Acta Chir. Hum.-1997.-Vol. 36, № 1-4.-P. 294-296.
445. Rozsos L. Micro- and modem minilaparotomy cholecystectomy [Text] / L. Rozsos, T. Rozsos // Acta. Chir. Hung. – 1994. – Vol. 34, № 1-2. - P. 11-16.
446. Sadowsky D. C. Gastric ulcers at endoscopy: brush, biopsy, or both? [Text] /D. C. Sadowsky, L. Rabeneck //Amer. J. Gastroenterol.-1997.-Vol. 92, № 4.-P. 608-613.
447. Schwesinger W. H. Laparoscopic Cholecystectomy for Biliary Tract Emergencies: State of the Art [Text] / W. H. Schwesinger, K. R. Sirinek, I W. E. Strode // World J. Surgery. - 1999. - Vol. 23, № 4. - P. 334-342.
448. Siewert R. Peptic uller. Indication for surgical treatment [Text] / R. Siewert, A. L. Blum // Langenbeke Arch. chir. – 1977. – Vol. 345. – P. 193–201.
449. Six hundred fifty consecutive pancreaticoduodenectomies in the 1990 s. Pathology, Complications and ontcomes [Text] / Ch. Yeo [et al.] // Ann. Surg. - 1997. - Vol. 226, № 3. - P. 248-260.
450. Small bowel obstruction after total or subtotal colectomy: a 10-year retrospective review [Text] / M. Nienwenhuijzen [et al.] // Br. J. Surg. - 1998. - Vol. 85, № 32. - P. 1242-1245.
451. Sonnenberg A. Predictors of duodenal uller healing a relapse [Text] / A. Sonnenberg, L. S. Muller // Gastroenterology. – 1981. – Vol. 14, № 5. – P. 615–620.
452. Stemmermann G. N. Intestinal metaplasia of the stomach. A status report [Text] / G. N. Stemmermann // Cancer. - 1994. - Vol. 74, № 23. - P. 556-564.
453. Subtypes of intestinal metaplasia and Helicobacter pylori [Text] / M. E. Creanen [et al.] // Gut. – 1992. – Vol. 33, № 18. – P. 597-600.

454. Sueling H. M. Early gastric cancer: 46 cases in one surgical department [Text] / H. M. Sueling, I. Martin, J. Griffith // Gut. – 1992. – Vol. 33, № 14. – P.1318-1322.
455. Surgical therapy of perforated duodenal ulcers: suture versus highly selective vagotomy. Immediate and remote results (case series from 1978 to 1990) [Text] / P. Salvini [et al.] // Ann. Ital. Chir. - 1994. - Vol. 65, № 2. - P. 217-222.
456. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21 st century: more common than think [Text] / G. Sarosi [et al.] // Ann. J. Surg. – 2005. – Vol. 190. – P. 775-779.
457. Szura M. Diagnostyka I leczenie krawawien z dornego odcinka przewodu pokarmowego [Text] / M. Szura // Przegl. Lek. - 2001. - Vol. 58, № 1. - P. 34-37.
458. The long term results of endoscopic surveillance of premalignant gastric lesions [Text] / J. L. Whiting [et al.] // Gut. – 2002. – Vol. 50, № 3. – P. 378-381.
459. The risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal ulcer disease [Text] / L. E. Hansson [et al.] //N. Engi J. Med.–1996.–Vol. 335, № 31.–P. 242-249.
460. The surgical monagement of chronic pancreatitis: duodenum-preserving pancreatectomy [Text] / H. G. Begen [et al.] // Advances In Surgery. - 1999. - Vol. 32, № 6. - P. 87-104.
461. The use of the Ligasure Vessel Sealing System in parotid gland surgery [Text]/ E. P. Prokopakis [et al.] //Otolaryngol. Head. Neck Surg.- 2005.-Vol.133, № 5.-P.725-728.
462. Thompson I. S. Operative management of incidental cholelithiasis [Text] / I. S. Thompson, V. J. Phiben, P. E. Hodsen // Am. J. Surg. - 1984. - № 6. - P. 821-824.
463. Toouli J. Perioperative endoscopic sphincterotomy: the device? The technique and preliminary results [Text] / J. Toouli // Ibid. - 1998. - № 30. - P. 375-378.
464. Treatment of pancreatic pseudocysts by laparoscopic cystogastrostomy [Text] / P. Hauters [et al.] // Ann. Chir. - 2004. - Vol. 129, № 6-7. – P. 347 – 352.
465. Troidl H. Disasters of Endoscopic Surgery and How to Avoid Them: Error Analysis [Text] / H. Troidl // World J. Surgery. – 1999. - Vol. 23, № 8. - P. 846-855.
466. Use of the electrothermal vessel sealing system versus standard vessel ligation in thyroidectomy [Text] /W. T. Shen [et al.] //Asian. J.Surg.– 2005.-Vol.28, № 2.-P.86-89.

467. Valle J. Helicobacter pylori infection and precancerous lesions of the stomach [Text] / J. Valle, J. P. Gispert // Hepatogastroenterology. – 2001. – Vol. 48, № 37. – P. 1548-1551.
468. Van Rensburg O. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease [Text] / O. Van Rensburg // SADJ. – 2004. – Vol. 59, № 8. - P. 334 – 335.
469. Wayman J. The response of early gastric cancer to proton-pump inhibitors [Text] / J. Wayman, N. Hayes, S. M. Griffin // N. Engl. J. Med. - 1998. – Vol. 338, № 24. – P. 1924-1925.