

УДК 676.342-089.844(091)

Д.М. Кадыров, Ф.Д. Кодиров, Дж.Б. Сафаров, У.М. Амонов, З.В. Табаров, Ш.Ш. Сайдалиев

ФУНКЦИЯ ПРИВРАТНИКОВОГО «МЕХАНИЗМА» И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПИЛОРУССОХРАНЯЮЩИХ И ДРЕНИРУЮЩИХ ЖЕЛУДОК ОПЕРАЦИЙ ПРИ РУБЦОВО-ЯЗВЕННОМ ДУОДЕНОСТЕНОЗЕ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

Кадыров Давронжон Мухамеджанович - д.м.н, заведующий лабораторией желудочно-кишечной патологии и отделения хирургии желудка и кишечника ГУ «Институт гастроэнтерологии»; тел: +(992)935279940

Цель исследования. Изучить влияние восстановления функции привратника на результаты органосохраняющих операций и качество жизни пациентов при рубцово-язвенном дуоденостенозе.

Материал и методы исследования. Изучены результаты хирургического лечения 150 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом. Обследованные пациенты разделены на две группы: первая - 90 пациентов, перенесших селективную проксимальную ваготомию в сочетании с дуоденопластикой; вторая - 60 пациентов после селективной проксимальной ваготомии с дренирующими желудок операциями. О степени восстановления функции привратникового «механизма» судили по скорости и типу эвакуации из желудка, интенсивности ДГР, частоте и степени демпинг-синдрома.

Результаты исследования и их обсуждение. Дуоденопластика и дренирующие желудок операции неравнозначны с позиции восстановления функции привратникового «механизма». Дополнение селективной проксимальной ваготомии дренирующей операцией создает условия для быстрого сброса желудочного содержимого в тонкую кишку и рефлюксу дуоденального содержимого в желудок, что влечет за собой весь комплекс нарушений, характерных для демпинг-синдрома и рефлюкс-гастрита.

Заключение. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой – наиболее рациональная технология лечения язвенной болезни, осложненной дуоденостенозом, благодаря сохранению функции привратника восстанавливает нормальные морфофункциональные взаимосвязи в гастродуоденальном комплексе, повышает качество жизни пациентов до популяционной нормы.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, дуоденопластика, дренирующие операции, качество жизни.

D.M. Kadyrov, F.D. Kodirov, J.B. Safarov, U.M. Amonov, Z.V. Tabarov, Sh.Sh. Saydaliev

PYLORIC “MECHANISM” FUNCTION AND LIFE QUALITY OF OF PATIENTS AFTER PYLORIC PRESERVING AND GASTRIC DRAINAGE OPERATION OF CICATRIX-ULCER DUODENAL STENOSIS

State Institution “Institute of Gastroenterology”, Ministry of Health and Social Protection of the Population of Republic of Tajikistan

Kadyrov Davronzhon Mukhamedzhanovich - Doctor of Medical Sciences, Head of the Laboratory of Gastrointestinal Pathology and Department of Surgery of the Stomach and Intestines, State Institution “Institute of Gastroenterology”; tel: + (992) 935279940

Aim. To study the influence of the pyloric function recovery on the results of organ-preserving operation and life quality of patients with cicatrix-ulcer duodenal stenosis.

Material and methods. The results of the surgery of 150 patients with duodenum ulcer complicated by stenosis were studied. Patients were divided into two groups: first – 90 patients that underwent selective proximal vagotomy in combination with duodenoplasty; second – 60 patients after selective proximal vagotomy with gastric drainage operations. The stage of recovery of pyloric “mechanism” was presented by the speed and type of stomach evacuation, duodenogastric reflux, rate and extent of the dumping syndrome.

Results. Duodenoplasty and gastric drainage operations are not the same from the position of pyloric “mechanism” function. The addition of the drainage operation to selective proximal vagotomy creates a condition for quick evacuation of stomach content. That brings to a complex of disorders that are specific to dumping syndrome and reflux-gastritis.

Conclusion. Selective proximal vagotomy with duodenoplasty is the most rational treatment approach of ulcer disease complicated by duodenum stenosis, due to the preservation of pyloric function. It recovers normal morphologic and functional relations in the gastroduodenal complex which improves the life quality of patients up to population norm.

Keywords: duodenum ulcer, duodenoplasty, drainage operation, life quality.

Актуальность. В настоящее время для хирургического лечения рубцово-язвенных дуоденальных стенозов (РЯДС) применяются два вида противоположных по своей сущности оперативных вмешательств – резекция желудка и органосохраняющие операции с ваготомией [4, 6, 8, 10, 12]. Успех органосохраняющего оперативного вмешательства при РЯДС определяется не только адекватностью селективной проксимальной ваготомии (СПВ), но и в значительной степени характером вмешательства в пилорoduodenальной зоне [1, 2, 11]. Большинство хирургов для восстановления пилорoduodenальной проходимости применяют пилорусразрушающие или шунтирующие дренирующие желудок операции. Отрицательные стороны традиционных дренирующих операций связаны с нарушением функции привратникового «механизма», которое является основной причиной развития послеоперационных нарушений, именуемых пострезекционными и постваготомическими синдромами [1, 7, 11]. Этот факт не вызывает сомнений и признается большинством исследователей, поэтому на протяжении всей истории желудочной хирургии не прекращаются безуспешные попытки с помощью оперативной техники восстановить привратниковый «механизм». Однако ещё никому не удалось воссоздать функцию разрушенного привратника.

Альтернативой пилорусразрушающим технологиям является дуоденопластика, которая предполагает восстановление проходимости ДПК путём пластического вмешательства в зоне стеноза с сохранением анатомической и функциональной целостности пилорического сфинктера [3, 4, 7, 10, 11].

Цель исследования. Изучить влияние восстановления функции привратника на результаты органосохраняющих операций и качество жизни пациентов при рубцово-язвенном дуоденостенозе.

Материал и методы исследования. В основу настоящей работы положены результаты хирургического лечения 150 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом, оперированных в клинике института гастроэнтерологии АМН с 2002 по 2017 г. В зависимости от метода операции обследованные пациенты разделены на две группы: в первую включены 90

пациентов, перенесших СПВ в сочетании с дуоденопластикой (СПВ+ДП); во вторую – 60 пациентов после СПВ с дренирующими желудок операциями (ДО) (поперечный ГДА – 50, ГДА по Жабуле – 2, ПП по Финнею – 8).

Селективная проксимальная ваготомия выполнялась по стандартной методике [Holle F., Holle G., 1980; М.И.Кузин и соавт., 1982]. Выбор метода дренирующей операции или дуоденопластики осуществлялся на основании данных интраоперационной ревизии пилорoduodenальной зоны о локализации, протяженности дуоденостеноза и степени вовлечения привратника в рубцово-язвенный процесс. Показаниями для выполнения дуоденопластики явились луковичный и залуковичный дуоденостеноз. Условиями для её выполнения явились: интактность привратника, широкий (2 см и более) супрастенотический участок луковицы ДПК и отсутствие воспалительной инфильтрации в зоне стеноза. Дренирующие желудок операции применялись при истинном пилоростенозе, луковичном дуоденостенозе с вовлечением или без вовлечения привратника, когда отсутствовали условия для сохранения последнего. Обследование всех оперированных (100%) проведено в ближайшем (2 – 3 нед.) послеоперационном периоде. В отдаленном периоде (6 мес. – 10 лет) обследовано 120 (100%) пациентов, в том числе 70 (77,7%) после СПВ+ДП, 50 (71,4%) – после СПВ+ДО.

Кислотопродуцирующая функция желудка изучалась с помощью гистамин-инсулинового теста. Моторно-эвакуаторная функция (МЭФ) желудка, состояние анастомоза, двенадцатиперстной кишки и замыкательной функция привратника изучались рентгенологически, эндоскопически и лабораторно. О степени восстановления функции привратникового «механизма» судили по скорости и типа эвакуации из желудка, интенсивности ДГР, частоте и степени демпинг-синдрома. Диагностика дуоденогастрального рефлюкса проводилась путём определения концентрации желчных кислот в базальной порции желудочного сока. Картина рефлюкс-эзофагита оценивалась эндоскопически. Качество жизни пациентов изучалось с помощью анкеты-опросника ИКЖ ФХК разработанном Н.М. Кузиным и Н.Н. Крыловым (1996). Статистическая обработка данных была осуществлена с использо-

Таблица 1

**Моторно-эвакуаторная функция желудка
в зависимости от метода операции.**

Тип эвакуации	Тип операции	
	СПВ+ДП (n = 70)	СПВ+ДО (n = 50)
Порционно-ритмический	66 (94,4%)*	7 (14%)*
Порционно-замедленный	2 (2,8%)	5 (10%)
Порционно-ускоренный	2 (2,8%)	29 (58%)*
По типу «провала»	–	9 (18%)

Примечание: * - достоверность разницы между группами ($p < 0,05$)

у одного больного и возникшем вновь у другого больного. Эвакуации по типу «провала» не наблюдалось ни у одного больного.

У пациентов, после СПВ+ДО, порционно-ритмический тип эвакуации составил 21,3%, порционно-замедленный – 10,7%, порционно-ускоренный – 48,9%, по типу «провала» - 19,1%. Следовательно, разрушение или шунтирование привратника у подавляющего большинства больных способствует ускоренной эвакуации из желудка.

Таблица 2.

**Частота и интенсивность ДГР в
зависимости от метода операции**

Метод операции	ДГР и его степень				Всего ДГР
	0	I	II	III	
СПВ+ДП (n=70)	57	9	4	-	13(16%)*
СПВ+ДО (n=50)	9	18	19	4	41(83,5%)*

Примечание: * - достоверность разницы между группами ($p < 0,05$).

После СПВ+ДО частота и интенсивность ДГР зависели от вида дренирующей операции и диаметра соустья. Обследование показало, что ГДА по Жабуле и Финне способствует наиболее выраженному нарушению привратникового «механизма». Через 2 – 3 недели после операции ДГР регистрирован у всех оперированных, причем в 91,7% наблюдений он был высокой интенсивности. Через 6– 12 мес. частота ДГР составила 91,6%, 3 – 5 лет - 83,5%, 5 – 10 лет – 75%. Эти данные свидетельствуют о том, что после дренирующих желудок операций барьерный «механизм» при-

ванием программного обеспечения для статистического анализа Epi Info 7.

Результаты исследования и их обсуждение.

Через 2 недели после операции показатели кислотопродукции снизились: в первой группе БПК – на 92%, СПК – на 82%, во второй группе БПК – на 86%, СПК – на 81%. Частота неполных ваготомий в первой группе составила 5,9%, неадекватных – 1,9%, во второй группе – 6% и 4%.

В более поздних сроках показатели кислотопродукции у больных не имели заметной тенденции к увеличению и через 6 мес. в первой группе БПК была снижена на 90,5%, СПК – на 81% по сравнению с дооперационным уровнем; у больных второй группы: БПК – на 84%, СПК – на 81%. Через 1 год после операции у больных первой и второй группы БПК оказалась сниженной на 88% и 83,5%, СПК – на 81,5% и 79,6% соответственно. В сроках от 3 до 5 лет в первой группе показатели кислотопродукции в желудке не претерпели значительных сдвигов при сравнении их с показателями предыдущего срока наблюдения. Абсолютные показатели кислотообразования в послеоперационном периоде варьировали в пределах, типичных для здорового человека, с максимумом БПК 3 ммоль/час, СПК – 12 ммоль/час.

Во второй группе в сроках 3 – 5 лет показатели кислотопродукции имели определённую тенденцию к повышению как базальном, так и стимулированном периодах желудочной секреции. Видимо, нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки после СПВ с ДО (поперечным ГДА, типа Жабуле и Финнея) способствуют извращению механизма желудочной секреции вследствие частого развития ДГР с последующим развитием щелочного рефлюкс-гастрита. Результаты рентгенологического изучения моторно-эвакуаторной функции желудка в зависимости от метода дренирующей желудок операции представлены в табл. 1.

У подавляющего большинства больных (92%) после СПВ+ДП регистрировался порционно-ритмический тип эвакуации из желудка, непрерывно-ускоренный – у 2 (4%) пациентов. Последний был обусловлен неполным восстановлением замыкательной функции привратника. Эвакуация по порционно-замедленному типу была зарегистрирована у 2 (4%) больных. Она была обусловлена двумя причинами – снижением тонуса и перистальтики желудка, имевшим место ещё до операции вследствие декомпенсированного стеноза, и функциональным дуоденостазом неучтенном до операции

вратника практически утрачивается.

После СПВ+ДП через 3 недели частота ДГР составила 82,1%, в том числе ДГР I степени – 17,9%, II степени – 33,9%, III степени – 32,1%. Через 6 – 12 мес. частота ДГР составила 67,3% ДГР I степени зарегистрирован в 15,2% случаев, II степени – в 35,6%, III степени – в 16,9% случаев. Усиление ДГР в ранние сроки после операции обусловлено комплексом факторов: транзиторным дуоденостазом, парезом пилорического сфинктера и исходными нарушениями МЭФ желудка вследствие суб- и декомпенсированного стеноза.

В сроки до 3 лет ДГР зарегистрирован в 20% наблюдений в том числе ДГР I степени – 16%, II степени – 4%, III степени – 0. В сроки до 5 лет и более ДГР зарегистрирован у 16% обследованных, из них ДГР I степени – 12%, II степени – 4%, III степени – 0% обследованных. Уменьшению

частоты ДГР способствовало восстановление эвакуаторной функции желудка и ДПК. В этих сроках замыкательная функция привратника полностью восстанавливается у подавляющего большинства больных.

С помощью ЭГДС изучено состояние замыкательной функции привратника и дренирующей желудка операции. В отдаленных сроках после дуоденопластики с сохранением целостности привратника при эндоскопии у 64 (91,4%) больных отмечена состоятельность привратникового «механизма». Что же касается дренирующих операций, при эндоскопии у всех обследованных пациентов отмечено зияние соустья с ДГР различной интенсивности и периодичности.

Результаты эндоскопической оценки слизистой оболочки желудка в зависимости от метода операции представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Частота и распространённость рефлюкс-гастрита в зависимости от метода операции

Метод операции	Рефлюкс-гастрит			
	Отсутствует	Очаговый	Диффузный	Анастомозит
I группа (СПВ+ДП), n= 70	68 (88,7%)	6 (8,5%)	2 (2,8%)	–
II группа (СПВ+ДО), n= 50	–	39 (78%)	11 (22%)	17 (34%)

Примечание: - % от общего количество больных

Как следует из данных, представленных в таблице, после операций, сохраняющих замыкательную функцию привратника, у подавляющего большинства обследованных (88,7%) признаки рефлюкс-гастрита отсутствовали. После операций, шунтирующих или разрушающих привратник, наблюдалась совершенно иная картина: практически у всех обследованных наблюдалась картина диффузного (22%) или очагового (78%) рефлюкс-гастрита, а у 1/3 – анастомозита.

Эвакуаторную функцию желудка изучали рентгенологически путём дачи стандартного количества сульфата бария. При СПВ+ДО скорость эвакуации зависит от метода дренирующей желудка операции

Истинное состояние эвакуаторной функции желудка после СПВ+ДО можно достоверно определить в сроки более 12 мес., в течение которых происходит функциональная адаптация анастомоза, желудка и ДПК. После СПВ+ДО в раннем послеоперационном периоде у большинства обследованных отмечался порционно-замедленный тип эвакуации из желудка, а у ряда пациентов отмеча-

лась функциональная задержка эвакуации до 6–12 часов, что было связано с исходным нарушением МЭФ желудка вследствие суб- или декомпенсированного стеноза.

Тип опорожнения желудка также зависит от метода дренирующей операции. После ИСПВ порционно-ритмичный тип эвакуации наблюдался у 83% пациентов, поперечного ГДА – у 70%, ПП по Финнею – у 50%, ГДА по Жабуле – лишь у 3,5%.

После СПВ+ДП порционно-ритмичный тип эвакуации регистрировали у 94% обследованных. Непрерывно-ускоренный тип эвакуации чаще наблюдался после ГДА по Жабуле (20,5%) и ПП по Финнею (17,5%).

С увеличением сроков наблюдения прогрессивно увеличивается количество пациентов с порционно-ритмичным и смешанным типами эвакуации. При выраженном стенозе в отдаленный период после операции тип опорожнения желудка независимо от пластики и вида ваготомии расценивали как порционно-ритмичный у 94% пациентов, непрерывно-ускоренный – у 4,4%, лишь у 1,6% больных – отмечена функциональная задержка

эвакуации. Желудочный стаз после органосохраняющей операции в сочетании с СПВ был отмечен лишь в 1,5% случаев. У всех этих больных до операции был декомпенсированный стеноз.

Таблица 4.

Частота демпинг-синдрома в зависимости от метода операции

Метод операции	Демпинг-синдром				Всего ДС
	0	I	II	III	
СПВ+ДП(n=70) Провокационная проба	70 67	– 3	– –	– –	0 3(4,2%)*
СПВ+ДО (n=50) Провокационная проба	44 38	3 8	3 4	– –	6(12%)* 12(24%)*

Примечание: * - достоверность разницы между группами ($p < 0,05$).

После СПВ+ДО частота демпинг-синдрома составила 12%, в том числе I степени – у 3, II степени – у 3. Провокационная проба Фишера с дачей 150 мл концентрированной глюкозы увеличила частоту демпинг-синдрома в два раза. Коррекция демпинг-синдрома осуществлялась с помощью диеты.

После СПВ+ДП демпинг-синдром не наблюдался ни у одного больного. Провокационная проба с концентрированной глюкозой способствовала появлению демпинг-синдрома первой степени лишь у 2(2,8%) пациентов.

В сравнительном аспекте изучено качество

жизни пациентов после СПВ+ДП и СПВ+ДО. Согласно проведенным расчетам, среднее значение индекса качества жизни ФХК (ИКЖ ФХК) для здоровых лиц составили $130,1 \pm 6,3$ балла. Результаты изучения качества жизни после СПВ+ДП и СПВ+ДО представлены на рис. 1.

Как видно из данных, представленных на гистограмме, ИКЖ больных РЯДС значительно снижается по сравнению с показателями здоровых лиц. Максимальное число баллов (129,3) и таким образом, более высокое качество жизни было отмечено после СПВ+ДП. Этот показатель равен показателям практически здоровых лиц.

После СПВ+ДО средние показатели ИКЖ составили (122,1) балла, что значительно ниже аналогичного показателя здоровых лиц. Следовательно, СПВ+ДП практически полностью восстанавливает утраченное вследствие болезни качество жизни больных до уровня показателей здоровых лиц.

Из функциональных показателей наиболее выраженное положительное влияние на КЖ оказывала нормальная скорость эвакуации из желудка, а отрицательное – ускоренная эвакуация из желудка, которая, как правило, наблюдалась при пилорусразрушающих дренирующих операциях. Отсутствие ДГР или непостоянный, неинтенсивный рефлюкс никак не влиял на показатели КЖ. Постоянный и интенсивный ДГР отрицательно влиял на этот показатель. При наличии рецидива пептической язвы больные оценивали уровень КЖ в среднем на 30 – 35 баллов ниже, чем без рецидива. А больные демпинг-синдромом легкой и

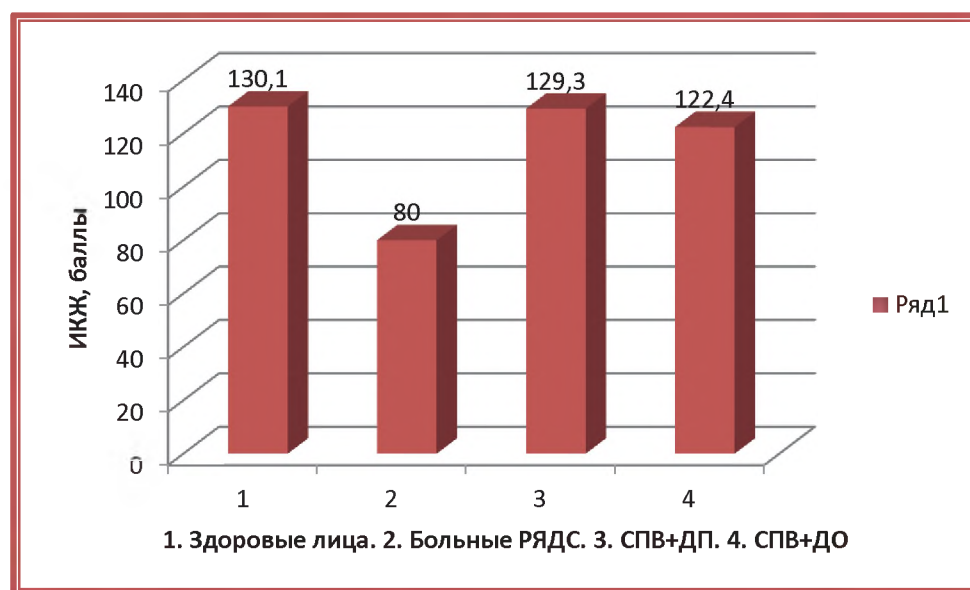


Рис. 1. Индекс качества жизни больных РЯДС до и после операции в сравнении с показателями здоровых лиц

средней степени оценивали себя на 15 – 25 баллов ниже, чем без него.

Заключение. Применяемые органосохраняющие методы хирургического лечения РЯДС не равнозначны с позиции восстановления функции привратникового «механизма». После СПВ+ДО функция привратникового «механизма» утрачивается полностью. Дополнение СПВ дренирующей операцией создает условия для быстрого сброса желудочного содержимого в тонкую кишку и рефлюксу дуоденального содержимого в желудок, что влечет за собой весь комплекс нарушений, характерных для демпинг-синдрома и рефлюкс-гастрита. Дуоденопластика, при которой не нарушается анатомическая и функциональная целостность пилорического сфинктера восстанавливает не только проходимость, но и нормальную анатомию ДПК, создаёт оптимальные условия для полной реабилитации утраченных пищеварительных функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахпаров Н.Н. Эндовидеохирургическое удаление удвоения пищевода и желудка / Н.Н. Ахпаров // Здравоохранение Таджикистана. – 2018. - №1. – С. 66-69
2. Болотов К.С. Результаты органосохраняющих кислоторедуктивных операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / К.С. Болотов [и др.] // Медицина в Кузбассе. - 2012. - №2. - С. 53-57.
3. Дидигов М.Т. Хирургическое лечение декомпенсированного рубцово-язвенного дуоденального стеноза / М.Т. Дидигов [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2010. - №3. 4(117 – 118). - С. 55-60.
4. Дидигов М.Т. Способ бульбодуоденопластики при осложненной хронической язве задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки / М.Т. Дидигов, В.М. Дурлештер, О.Ю. Ключников // Хирургия. – 2014. - №4. – С. 11-14.
5. Дурлештер В.М. Комплексное лечение декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки / В.М. Дурлештер [и др.] // Медицинский вестник Юга России. - 2016. - №3. - С. 54-58.
6. Дурлештер В.М. Оценка параметров качества жизни у пациентов язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом до и после перенесенной дуоденопластики / В.М. Дурлештер [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2014. - №2. - С. 38-41.
7. Калжикеев А.М. Хирургическое лечение больных с язвенными стенозами пилородуоденальной области / А.М. Калжикеев [и др.] // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2015. - №1. - С. 156-160.
8. Крылов Н.Н. Вклад клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко 1-го Московского меди-

цинского института им. И.М.Сеченова в разработку органосохраняющих операций с ваготомией для лечения язвенной болезни / Н.Н. Крылов [и др.] // История медицины. 2016. - Т.3, №4. - С. 412-425.

9. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала / А.А. Кульчиев [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2015. – Т.4, №3. - С. 62-70.

10. Оноприев В.И., Восканян С.Э. Хирургия язвенной болезни на распутье / В.И. Оноприев, С.Э. Восканян // Кубанский научный медицинский вестник. - 2010. - Т.3, №4. - С. 7-16.

11. Репин В.Н. Аспекты диагностики и реконструктивно-восстановительной хирургии функциональных нарушений пищеварительной системы / В.Н. Репин [и др.] // Пермский медицинский журнал. - 2016. - Т. XXXIII, №4. - С. 34-42

12. Чернов В.Н., Долгарёв С.О. Результаты лечения язвенной болезни методом радикальной дуоденопластики / В.Н. Чернов, С.О. Долгарёв // Хирургия. - 2013. - №4. - С. 48-52.

13. Чистохин С.Ю. Клинические и функциональные результаты органосохраняющих и экономных операций на желудке с ваготомией / С.Ю. Чистохин [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2010. - №3 (73). - С. 178-183.

REFERENCES

1. Axparov N.N. Endovideosurgical removal of esophagus and stomach doubling. N.N. Axparov. Zdravooxranenie Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan. 2018. No. 1. pp. 66-69
2. Bolotov K.S. Rezultaty organosokhranyayushchikh kislotoreduktivnykh operatsiy pri yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Results of organ-preserving acid-reduction operations in duodenal ulcer]. K.S. Bolotov [i dr.] Meditsina v Kuzbasse - Medicine in Kuzbass, 2012, No. 2, pp. 53-57.
3. Didigov M.T. Khirurgicheskoe lechenie dekompen-sirovannogo rubtsovo-yazvennogo duodenalnogo stenoza [Surgical treatment of decompensated scar-ulcerative duodenal stenosis]. M.T. Didigov [i dr.] Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik - Kuban scientific medical herald, 2010, No. 3-4, pp. 55-60.
4. Didigov M.T. Spособ bulboduodenoplastiki pri oslozhnennoy khronicheskoy yazve zadney stenki lukovitsy dvenadtsatiperstnoy kishki [The method of bulboduodenoplasty with complicated chronic ulcer of the posterior wall of the duodenal bulb]. M.T. Didigov, V.M. Durlshter, O.Yu. Klyuchnikov Khirurgiya - Surgery, 2014, No. 4, pp. 11-14.
5. Durlshter V.M. Kompleksnoe lechenie dekompen-sirovannogo rubtsovo-yazvennogo stenoza dvenadtsatiperstnoy kishki [Comprehensive treatment of decompensated scar-ulcerative stenosis of the duodenum]. V.M. Durlshter

[i dr.] Meditsinskiy vestnik yuga Rossii - Medical herald of the South of Russia, 2016, No. 3, pp. 54-58.

6. Durlshter V.M. Otsenka parametrov kachestva zhizni u patsientov yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnennoy stenozom do i posle perenesennoy duodenoplastiki [Assessment of quality of life parameters in patients with duodenal ulcer complicated by stenosis before and after duodenoplasty]. V.M. Durlshter [i dr.] Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Herald of surgical gastroenterology, 2014, No. 2, pp. 38-41.

7. Kalzhikeev A.M. Khirurgicheskoe lechenie bolnykh s yazvengnymi stenozami piloroduodenalnoy oblasti [Surgical treatment of patients with ulcerative stenosis of the pyloroduodenal region]. A.M. Kalzhikeev [i dr.] Vestnik KGMA im. I.K. Akhunbaeva - Herald of the Kyrgyz state medical Academy named after I. K. Akhunbaev, 2015, No. 1, pp. 156-160.

8. Krylov N.N., Pyatenko E.A. Vklad kliniki fakultetskoy khirurgii im. N.N. Burdenko 1-go Moskovskogo meditsinskogo instituta im. I. M. Sechenova v razrabotku organosberegayushchikh operatsiy s vagotomiyey dlya lecheniya yazvennoy bolezni [The contribution of the hospital of faculty surgery. N.N. Burdenko 1st Moscow Medical Institute named after Sechenov in the development of organ-saving operations with vagotomy for the treatment of peptic ulcer]. N.N. Krylov, E.A. Pyatenko. Istoriya meditsiny – History of medicine, 2016, Vol. 3, No. 4, pp. 412-425.

9. Kulchiev A.A. Khirurgicheskoe lechenie rubtsovo-yazvennogo stenoza piloroduodenalnogo kanala [Surgical treatment of scar and ulcerative stenosis of the pyloroduodenal canal]. A.A. Kulchiev [i dr.] Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii - Herald of surgical gastroenterology, 2015, Vol. 4, No. 3, pp. 62-70.

10. Onopriev V.I., Voskanyan S.E. Khirurgiya yazvennoy bolezni na raspute [Peptic Ulcer Surgery at the Crossroads]. V.I. Onopriev, S.E. Voskanyan. Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik - Kuban scientific medical herald, 2010, Vol. 3, No. 4, pp. 7-16.

11. Repin V.N. Aspekty diagnostiki i rekonstruktivno-vosstanovitelnoy khirurgii funktsionalnykh narusheniy pishchevaritelnoy sistemy [Aspects of diagnosis and reconstructive surgery of functional disorders of the digestive system]. V.N. Repin [i dr.] Permskiy meditsinskiy zhurnal - Perm medical journal, 2016, Vol. 55, No. 4, pp. 34-42.

12. Chernov V.N., Dolgarev S.O. Rezultaty lecheniya yazvennoy bolezni metodom radikalnoy duodenoplastiki [The results of the treatment of peptic ulcer by radical duodenoplasty]. V.N. Chernov, S.O. Dolgarev. Khirurgiya - Surgery, 2013, No. 4, pp. 48-52.

13. Chistokhin S.Yu. Klinicheskie i funktsionalnye rezultaty organosberegayushchikh i ekonomnykh operatsiy na zheludke s vagotomiyey [Clinical and functional results of organ-saving and economical operations on the stomach with vagotomy]. S.Yu. Chistokhin [i dr.] Byulleten VSNTS SO RAMN - Bulletin of East-Siberian scientific center SB RAMS, 2010, No. 3 (73), pp. 178-183.

ХУЛОСА

Д.М. Қодиров, Ф.Д. Қодиров, Ҷ.Б. Сафаров,
У.М. Амонов, З.В. Табаров, Ш.Ш. Сайдалиев

ИҶРОИШ «МЕХАНИЗМ»-И БАВВОБӢ ВА СИФАТИ УМРИ БЕМОРОН ПАС АЗ АМАЛИЁТИ ҲИФЗКУНАНДАИ БАВВОБ ВА СӢРОХКУНАНДАИ МЕӢДА ҲАНГОМИ ДУОДЕНОСТЕНОЗИ ХАДШАЙ-ЗАХМӢ

МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерология»
ВТ ва ҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Дар натиҷаи амалиёти ҳифзкунандаи узв ва сифати умри бемор омӯхтани таъсири барқароркунии функсияи баввоб ҳангоми дуоденостенози ҳадшай-захмӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаи муолиҷаи ҷарроҳии 150 бемори гирифтори бемории рӯдаи дувоздаҳангушта, ки оризаи он тангшавӣ аст, мавриди омӯзиш қарор гирифт. Беморони муоинашуда ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи аввалро 90 беморе ташкил медод, ки ваготомияи селективии проксималиро дар якҷоягӣ бо тармими рӯдаи дувоздаҳангушта аз сар гузаронидаанд. Ба гурӯҳи дуюм бошад, 60 беморе шомил гардид, ки ваготомияи селективии проксималиро бо ҷарроҳии сӯрохкунандаи меъда аз сар гузаронида буданд. Дар бораи дараҷаи барқароршавии иҷроиши «механизм»-и баввоб аз рӯйи суръат ва навъи таҳлиа аз меъда, шиддатнокии ДГР, басомад ва дараҷаи демпинг-синдром ҳукм карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Тармими рӯдаи дувоздаҳангушта ва амалиёти сӯрохкунандаи меъда аз мавқеи барқароршавии иҷроиши «механизм»-и баввоб аҳамияти баробар надоранд. Амалиёти сӯрохкунанда ба таври иловагӣ ба ваготомияи селективии проксималӣ барои зудтар ихроҷ намудани муҳтавои меъда ба рӯдаи бориқ ва рефлюкси муҳтавои рӯдаи дувоздаҳангушта шароит муҳаё мекунад, ки он тамоми маҷмӯи ихтилолоти барои демпинг-синдром ва рефлюкс-гастрит хосро дар пай дорад.

Хулоса. Ваготомияи селективии проксималӣ бо тармими рӯдаи дувоздаҳангушта технологияи нисбатан оқилонаи муолиҷаи бемориҳои захмие ба ҳисоб меравад, ки тангшавии рӯдаи дувоздаҳангушта онро оризадор намудааст. Ба тӯфайли ҳифз намудани функсияҳо баввоб робитаи дучонибаи муътадили морфофункционалиро

дар комплекси меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта барқарор намуда, сифати умри беморонро то меъёри популясионӣ боло мебарад.

Калимаҳои калидӣ: бемории захми рӯдаи дувоздаҳангушта, тармими рӯдаи дувоздаҳангушта, амалиёти сӯроҳкунанда, сифати умр.

УДК 616.441-008.64-085: 612.433'441: 577.175.44: 615.84

В.В. Кирьянова, Н.В. Ворохобина, З.Х. Махрамов, Р.А. Турсунов

БИОРЕЗОНАНСНАЯ ТЕРАПИЯ В АКТИВАЦИИ РЕЗЕРВНЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Махрамов Зафаржон Хотамбегович – к.м.н., докторант кафедры физиотерапии и медицинской реабилитации СЗГМУ им. И.И. Мечникова; Россия; e-mail: mazaho@mail.ru

Цель исследования. Анализ эффективности применения биорезонансной терапии при лечении больных с сахарным диабетом 2 типа на основании клинико-биохимических показателей и функциональных методов исследования.

Материал и методы. В исследовании были включены результаты лечения 413 больных с СД 2 типа, которые были распределены на 3 сопоставимые группы: в основной группе было 198 больных, в контрольной группе – 72 больных и в группе плацебо насчитывалось 143 больных. Основная группа в дополнение к фармакотерапии получала биорезонансную терапию, контрольная группа – только фармакотерапию и группа плацебо – фармакотерапию и имитацию процедур БРТ. Всем пациентам оценивали показатели гликированного гемоглобина (HbA1c), гликемии натощак, гликемии через 2 часа после еды, глюкозы в моче, липидограмму и индекса массы тела (ИМТ), при поступлении и через 3 месяца после лечения.

Результаты исследования. После проведения биорезонансной терапии наряду с фармакотерапией больных СД 2 типа в основной группе все исследуемые показатели: гликированный гемоглобин (HbA1c; с $7,89 \pm 0,06\%$ до $5,89 \pm 0,02\%$), гликемия натощак (с $10,26 \pm 0,09$ ммоль/л до $5,7 \pm 0,02$ ммоль/л), гликемия через 2 часа после еды (с $13,28 \pm 0,12$ ммоль/л до $6,84 \pm 0,04$ ммоль/л), глюкозы в моче (с $47,51 \pm 0,97$ ммоль/л до $0,50 \pm 0,02$ ммоль/л), липидограмма и индекса массы тела (с $30,09 \pm 0,26$ ммоль/л до $26,51 \pm 0,18$ ммоль/л) статистически значимо снизились по сравнению с контрольной группой и группой плацебо.

Заключение. Данные исследования и динамика лечения исследуемых больных с СД 2 типа свидетельствуют об эффективности применения биорезонансной терапии как одного из современных инновационных методов в комплексном лечении больных с сахарным диабетом 2 типа. БРТ способствует активации функциональных резервов организма, что приводит к длительной компенсации сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, биорезонансная терапия, базисная терапия, гликемия, гликированный гемоглобин, липидограмма, индекс массы тела.

V.V. Kiryanova, N.V. Vorokhobina, Z.Kh. Makhramov, R.A. Tursunov

BIORESONANCE THERAPY IN THE ACTIVATION OF THE BACKUP FUNCTIONS OF THE BODY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, 191015, Russian Federation

Mahramov Zafarzhon Khotambegovich – Candidate of Medical Sciences, doctoral department in physiotherapy, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; Russia; e-mail: mazaho@mail.ru