

ва вазнин (81,7%) дучор мешавад. Чараёни сабуки беморӣ асосан дар аҳолии аз 16 то 20 - сола (18,3%), вазнини миёна ва вазнин дар шахсони аз 21 то 50 сола (32,4%) ба қайд гирифта шуд. Ҳолати вазнини беморӣ аз ҷойгиршавии думмалӣ бемории сӯхтанӣ вобаста аст. Ҳангоми дар мавзеи сару гардан ҷойгиршавии думмалӣ бемории сӯхтанӣ дар 32,6% - беморон чараёни вазнини беморӣ дида шуд.

Ҳулоса. Дар байни калонсолони бемор намуди думмалдори шакли пӯстии бемории сӯхтанӣ дар 97,2% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд, ки аз онҳо 51% дар мавзеи сару гардан буд. Дарачаи вазнини чараёни беморӣ дар 45% ҳамаҷун вазнини миёна ва дар 36,7%-и ҳолатҳо вазнин арзёбӣ шуд.

Калимаҳои калидӣ. Заҳми сӯхтанӣ, аломатҳои сарири, ҷойгиршавӣ, Афғонистон.

УДК 616.37-002.4

¹Х.Ш. Махмадёрв, ²Ф.И. Махмадов, ²Дж. Мирбегиев

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

¹ Государственное учреждение «Комплекс здоровья Истиклол»

² Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Махмадов Фарух Исроилович – зам. директора ГУ “Комплекс здоровья Истиклол” по лечебной работе, д.м.н.; +992 900 75 44 90; fmahmadov@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения острого билиарного панкреатита (БП) с применением сочетанных миниинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и лечения 126 больных с острым БП, разделенных на две группы. Больным первой группы (n=60) произведены сочетанные малоинвазивные вмешательства, а пациентам второй группы (n=66) – традиционные операции. Возраст больных варьировал от 21 до 82 лет. Среди пациентов женщин было 92 (73,0%), мужчин – 34 (27,0%).

При диагностике острого БП применяли комплексный подход, включая анализ жалоб, данных анамнеза, объективный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение цитокинового статуса у больных с БП при наличии гнойного холангита на фоне консервативной терапии выявило повышение концентрации в плазме крови ФНО-α, IL-6 и IL-8 в первые 3-4 суток, а IL – на 4-7 суток после операции с последующим снижением. Сочетание миниинвазивных вмешательств с консервативной терапией эффективно снижало содержания ФНО-α, IL-4 и IL-6 в желчи больных БП. По сравнению с дооперационным периодом, в желчи концентрации ФНО-α, IL-4 и IL-6 были достоверно меньше на 71,0%, 47,7% и 70,6% соответственно.

С целью прогнозирования риска развития БП разработан способ ЭУС, который в 96% наблюдениях подтверждал наличие БП.

В послеоперационном периоде после проведения сочетанных малоинвазивных вмешательств на фоне проводимой терапии, в первые 3-е суток улучшение состояния отмечено у всех 60 пациентов. Среднее число койко-дней составило 8,4±1,2 суток, против 26,6±2,4 суток у больных второй группы. Послеоперационные осложнения отмечены у 5 (8,3%) пациентов против 12 (18,2%) в группе больных после традиционных операций. Умерло 2 (3,0%) больных после традиционных операций от прогрессирующих явлений полиорганной недостаточности.

Заключение. Современные лабораторные и инструментальные методы исследования могут характеризовать и прогнозировать осложнения билиарного панкреатита. А сочетанные малоинвазивные вмешательства позволяют улучшить непосредственные результаты лечения БП.

Ключевые слова: билиарный панкреатит, цитокиновый статус, эндоскопическая ультрасонография, сочетание миниинвазивных вмешательств

¹H.Sh. Makhmadyorov ²F.I. Makhmadov, ²J. Mirbegiyev

IMPROVEMENT OF RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

¹ State institution «Istiklol health complex»

² Department of Surgical Diseases № 1 Avicenna Tajik State Medical University

Makhmadov Farukh Isroilovich - deputy director of the state institution "Istiklol Health Complex" for medical work; Ph.D. +992 900 75 44 90; fmahmadov@mail.ru

Aim. Improvement of the results of surgical treatment of acute biliary pancreatitis (BP), using combined minimally-invasive technologies.

Materials and methods. The work is based on an analysis of the results of diagnosis and treatment of 126 patients with acute BP. The age of the patients ranged from 21 to 82 years. 92 (73.0) women and 34 (27.0%) men participated in a study.

Methods like analysis of complaints, anamnesis data, objective examination, laboratory and instrumental methods of investigation were used to diagnose BP.

Results. The study of cytokine status in patients with BP in the presence of purulent cholangitis against a background of conservative therapy revealed an increase in the concentration of the blood plasma TNF- α , IL-6 and IL-8 in first 3-4 days, and a decrease of IL on 4-7 days after the surgery. The combination of minimally invasive interventions with conservative therapy effectively reduced levels of TNF- α , IL-4, and IL-6 in the bile of patients with BP. Comparing with the preoperative period the concentration of TNF- α , IL-4 and IL-6 in bile were significantly less at 71.0%, 47.7%, and 70.6% respectively.

In order to predict the risk of BP development, the method of endoscopic ultrasonography was developed. In 96% of the cases, this method confirmed the presence of BP.

In the postoperative period after the combined minimally invasive interventions against the background of the therapy, at the first 3 days, the improvement of the condition was noted in all 60 patients. The average bed-day was 8.4 ± 1.2 days, in comparison with the patients in the second group with 26.6 ± 2.4 days. The postoperative complication was noted in 5 (8.3%) patients, in contrast to 12 (18.2%) in the group of patients after traditional operations. Two (3.0%) patients died after the traditional operation from the progressive multi-organ failure.

Conclusion. Modern laboratory and instrumental research methods can predict complications of biliary pancreatitis. Combined minimally invasive interventions allow improving the immediate results of BP treatment.

Keywords: biliary pancreatitis, cytokine status, endoscopic ultrasonography, combination of minimally invasive interventions.

Актуальность. Литература последних лет показывает, что в соответствии с современными подходами, из множества этиологических факторов панкреатита, в настоящее время ведущими признаются алиментарно-алкогольный фактор и желчнокаменная болезнь [1, 2]. Закономерно, что патологические изменения желчевыводящих путей до сих пор являются наиболее частыми причинами развития острого и обострения хронического панкреатита. По данным литературы, на долю билиарного панкреатита (БП) приходится от 26% до 60% наблюдений острого воспаления поджелудочной железы [1, 2, 5]. В настоящее время БП трактуется как вторичное воспаление поджелудочной железы (ПЖ) вследствие заболеваний желчевыводящей системы. Тем самым определение «билиарный панкреатит» указывает на связь заболевания ПЖ с патологическими изменениями в билиарной протоковой системе [4, 5].

Последнее десятилетие ознаменовалось ростом исследований о нарушениях цитокинового статуса при заболеваниях поджелудочной железы [4]. Ряд авторов считают, что в основе хронизации воспалительного процесса поджелудочной железы лежит дисбаланс между активностью про- и противовоспалительных цитокинов [4].

Однако, остаются не до конца изученной взаимосвязь между уровнем различных групп интерлейкинов, характером и степенью воспалительных и структурных изменений при различных этиологических и морфологических формах БП, что, несомненно, является важным при оценке клинического и цитокинового статуса больных БП.

Кроме того, реальной клинической значимостью может обладать определение не отдельных цитокинов, чем ограничивается большинство исследователей, а комплекса этих медиаторов, поскольку только интегральная характеристика всей совокупности различных цитокинов может отражать степень активации иммунной системы.

Со времени установления роли медиаторов воспаления в механизмах повреждения ПЖ многие исследователи ведут поиск возможностей коррекции нарушений цитокинового статуса больных БП с целью улучшения результатов лечения.

В патогенезе БП ведущими факторами являются как непосредственное нарушение оттока панкреатического секрета вследствие блока на уровне ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), так и возникновение билиарно-панкреатического рефлюкса, вследствие повышения давления во внепеченочных желчных путях [1-5].

В связи с вышеизложенным, патогенетически обоснованный подход к хирургической коррекции протоковой гипертензии, нормализации тока желчи и панкреатического секрета требуют разработки современного алгоритма диагностики и лечения при БП.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения острого билиарного панкреатита с применением сочетанных миниинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. В период с 2007 по 2017 год на стационарном лечении в хирургических отделениях ГКБ скорой медицинской помощи и ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» г. Душанбе находилось 468 больных с БП на фоне желчнокаменной болезни. В основу работы положен анализ результатов диагностики и лечения 126 больных с острым БП. Возраст больных варьировал от 21 до 82 года и составил, в среднем, $61,74 \pm 2,56$ лет. Среди пациентов женщин было 92 (73,0%), мужчин – 34 (27,0%). Средний срок от начала заболевания до поступления в клинику составил $5,02 \pm 1,48$ суток и колебался от нескольких часов до 18 суток. Болевой синдром различной интенсивности был отмечен во всех наблюдениях (100%), желтушность кожных покровов – у 108 (85,7%) пациентов, повышение температуры у 18 (14,3%) больных. Причиной развития МЖ у обследуемых пациентов был холедохолитиаз. У 5 больных из них на фоне холедохолитиаза диагностирован стеноз БДС, у 7 – стриктура терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) и у 4 – хронический панкреатит. У 7 пациентов при ФЭГДС выявлен ущемленный конкремент БДС.

К диагностике острого БП подходили комплексно, включая анализ жалоб, данных анамнеза, объективный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования. При лабораторных исследованиях акцентировали особое внимание на оценке уровней ФНО-а, IL-2, IL-6, IL-4 и IL-8 в

сыворотке крови, ФНО-а, IL-4 и IL-6 в желчи проводили с помощью иммуноферментного анализа.

При статистической обработке полученных данных использовали методы вариационной и непараметрической статистики (Вилкоксона - Манна - Уитни) с помощью программы SPSS-20.

Результаты исследования и их обсуждение. В клиническом анализе крови отмечаются такие изменения, как лейкоцитоз, при биохимическом исследовании - изменение функциональных проб печени, повышение уровней сывороточной амилазы и липазы. Следует отметить, что изменения печеночных функциональных тестов при БП более выражены, чем при панкреатите алкогольной или другой этиологии.

Изучение цитокинового статуса у больных с БП при наличии гнойного холангита на фоне консервативной терапии выявило повышение концентрации в плазме крови ФНО-а, IL-6 и IL-8 в первые 3-4 сутки, а IL-4-7 сутки после операции с дальнейшим снижением. Содержание провоспалительного цитокина IL-2 после операции в 1-е сутки статистически достоверно снижалось, по сравнению с исходным, но в дальнейшем в плазме крови возрастала концентрация данного цитокина. Несмотря на тенденцию к нормализации показателей иммунитета и цитокинового профиля, ни один изученный параметр не достиг нормального значения. Анализ исследования показал высокий уровень ФНО-а, IL-6, IL-4 и IL-8 на фоне сниженной концентрации IL-2, что свидетельствовало о неблагоприятном течении процесса в поджелудочной железе.

Исследование содержания цитокинов ФНО-а, IL-4 и IL-6 в желчи выявило, что их концентрация при БП на фоне механической желтухи до декомпрессии желчевыводящих путей была больше, чем в крови. К 3-м суткам после декомпрессии, по сравнению с показателями до дренирования, повышалось содержание всех изученных цитокинов

Таблица 1

Состояние цитокиновой системы у больных с БП

Показатели	Концентрация цитокинов			
	в плазме крови (n=19)		в желчи (n=19)	
	до опер.	после опер.	до опер.	после опер.
ФНО-а, пг/мл	$151,8 \pm 3,7$	$42,8 \pm 2,7$	$154,7 \pm 3,3$	$44,8 \pm 2,7$
IL-2, пг/мл	$1,9 \pm 1,1$	$0,8 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,9$	$0,9 \pm 0,1$
IL-4, пг/мл	$84,8 \pm 3,8$	$44,1 \pm 1,8$	$86,2 \pm 3,8$	$45,3 \pm 1,7$
IL-6, пг/мл	$248,4 \pm 15,6$	$49,4 \pm 1,6$	$259,4 \pm 15,6$	$53,4 \pm 1,4$
IL-8, пг/мл	$285,3 \pm 15,7$	$57,3 \pm 4,5$	$298,3 \pm 14,6$	$59,1 \pm 3,9$

Примечание: значимость различий (p) по сравнению с нормой - * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

в желчи. К 7-м суткам, по сравнению с 3-ми, выявлено снижение концентрации ФНО-а, IL-4 и IL-6 в желчи (табл. 1).

Следует отметить, что при сочетании миниинвазивных вмешательств с консервативной терапией эффективно снижалось содержание ФНО-а, IL-4 и IL-6 в желчи больных с формами БП. Так, на 7-е сутки после декомпрессии желчевыводящих путей, по сравнению с дооперационным периодом, в желчи концентрация ФНО-а, IL-4 и IL-6 была достоверно меньше на 71,0, 47,7 и 70,6% соответственно.

Основным инструментальным методом диагностики острого БП является УЗИ. При проведении трансабдоминальной ультрасонографии (ТУС) в 126 наблюдениях выявляли конкременты и/или различные варианты органических изменений в желчном пузыре и ОЖП. Следует отметить, что за счет выраженного метеоризма и тучности пациентов с острым панкреатитом чувствительность и специфичность ТУС в выявлении патологии ОЖП невелика. В связи с этим по необходимости в 36 (28,6%) случаях мы применяли эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС). Касательно ЭУС нами разработан способ прогнозирования риска развития БП (рац. предложение № 3561/R714 от 27.11.17). Суть способа заключалась в выявлении прямых и косвенных ультразвуковых критериев БП. К прямым признакам отнесли: сладж в холедохе, холедохолитиаз или микрохоледохолитиаз, стриктуры или дилатация холедоха (более 8 мм), свидетельствующие о билиарной гипертензии. Косвенные признаки: изолированное увеличение головки ПЖ, наличие эховзвеси в ЖП и диаметр холедоха более 5 мм.

Из 36 больных в 33 (91,7%) наблюдениях отмечено наличие триады основных признаков в виде диаметра холедоха 6 мм и более, увеличения головки поджелудочной железы, наличия эховзвеси в желчном пузыре или отсутствие желчного пузыря, что указывало о БП. При сочетании двух

прямых и одного из косвенных признаков в 96% наблюдений подтверждалось наличие БП.

ЭРХПГ выполнена у 93 (73,8%) больных, что позволило выявить патологические изменения в БДС, общем желчном и панкреатическом протоках. В 18 наблюдениях одновременно выполняли папиллотомию и ЭПСТ. Закономерно учитывая, что ЭРХПГ неэффективна при наличии конкрементов в общем желчном протоке менее 5 мм в диаметре и при сладже, у этих групп больных более эффективным было применение ЭУС.

В 54 (42,8%) случаях применена МРХПГ, что по своей диагностической ценности соответствует методам прямой рентгенохолангиографии. Во всех случаях удавалось определить уровень блока, его причину и выбрать оптимальный способ декомпрессии желчевыводящих путей. При МРХПГ четко визуализируются желчный пузырь, внутри- и внепеченочные ЖП, холелитиаз независимо от локализации конкрементов, стриктуры, локализованные в области ЖВП, паренхимы печени и поджелудочной железы, можно уточнить пространственное соотношение общего желчного протока с головкой поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишкой.

Преимуществом МРХПГ перед ЭРХПГ и ЧЧХГ наряду с неинвазивностью является возможность контрастирования протоков до и после места их обструкции, а также оценки структуры самой поджелудочной железы. В связи с этим МРХПГ считается методом выбора во всех ситуациях, когда УЗИ не позволяет установить точный дооперационный диагноз.

В зависимости от способа лечения всех пациентов разделили на 2 группы. Больным первой группы (n=60) произведены сочетанные малоинвазивные вмешательства, а пациентам второй группы (n=66) – традиционные операции (табл. 2).

Открытые операции применены в виде холецистэктомии, холедохотомии с дренированием ОЖП, также в качестве первого этапа в 16 (24,2%)

Таблица 2

Сочетанные малоинвазивные вмешательства при БП

Наименование	Количество	
	абс.	%
Лапароскопическая холецистэктомия + ЭПСТ с литоэкстракцией	31	51,7
ЭПСТ с литоэкстракцией + назобилиарное дренирование	12	20
ЧЧ дренирование холедоха + ЭПСТ + назобилиарное дренирование	14	23,3
ЧЧ холецистостомы + ЭПСТ + назобилиарное дренирование	3	5
Всего	60	100

Примечание: % - от общего количество больных

случаях произведены ЭПСТ.

В послеоперационном периоде после проведения сочетанных малоинвазивных вмешательств на фоне проводимой терапии, в первые трое суток улучшение состояния отмечено у всех 60 пациентов. Из них 18 (30,0%) больных подверглись плановой ЛХЭ на 5-7-е сутки после эндоскопического разрешения холедохолитиаза. Остальные пациенты (n=11) с хроническим панкреатитом и стриктурами холедоха разной степени были выписаны в удовлетворительном состоянии. Среднее число койко-дней при этом составило $8,4 \pm 1,2$, у больных второй группы - $26,6 \pm 2,4$ суток.

Послеоперационные осложнения отмечены у 5 (8,3%) пациентов в виде желчеистечения (n=2) из ложа желчного пузыря, кровотечения после ЭПСТ (n=2) и нагноения троакарных ран (n=2), которые были пролечены консервативно. Летальных исходов не было.

После традиционных вмешательств отмечено 12 (18,2%) осложнений. Из них у 6 (9,1%) больных - гнойно-септические осложнения ОП, при этом в 4 наблюдениях потребовалась повторная санация. Умерло 2 (3,0%) больных от прогрессирующих явлений полиорганной недостаточности.

Выводы

1. Механическая желтуха при билиарном панкреатите характеризуется дисбалансом цитокинового статуса, глубина которого зависит от степени печеночной дисфункции и наличия осложнений, в частности, гнойного холангита.

2. Современные неинвазивные инструментальные методы позволяют диагностировать раннюю стадию билиарного панкреатита.

3. Сочетанные малоинвазивные вмешательства при правильном выборе являются приемлемыми способами лечения БП, позволяющими улучшить непосредственные результаты лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (ПП. 4, 5 СМ. В REFERENCES)

1. Воробей А.В. и др. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита // Вестник хирургии. - 2014. - Т.173, № 5. - С. 36-43.
2. Дибиров М. Д., Багненко С. Ф., Благовестнов Д. А. и др. Диагностика и лечение острого панкреатита. Российские клинические рекомендации (Экспертная группа Российского общества хирургов по проблемам острого панкреатита).- СПб., 2014. - 32 с.
3. Дмитриев А.В. Особенности лечебно-диагностической тактики при билиарном панкреатите // Соврем. проблемы науки и образования. - 2014. - № 4. - С. 282.

REFERENCES

1. Vorobey A. V. Vybora metoda khirurgicheskogo lecheniya khronicheskogo pankreatita [The choice of method of surgical treatment of chronic pancreatitis]. Vestnik khirurgii – Herald of surgery, 2014, Vol. 173, No. 5, pp. 36-43.
2. Dibirov M. D., Bagненко S. F., Blagovestnov D. A. Diagnostika i lechenie ostrogo pankreatita. Rossiyskie klinicheskie rekomendatsii (Ekspertnaya gruppа Rossiyskogo obshchestva khirurgov po problemam ostrogo pankreatita) [Diagnosis and treatment of acute pancreatitis. Russian clinical guidelines (Expert Group of the Russian Society of Surgeons on Acute Pancreatitis)]. St. Petersburg, 2014. 32 p.
3. Dmitriev A. V. Osobennosti lechebno-diagnosticheskoy taktiki pri biliarnom pankreatite [Features of diagnostic and treatment approach for biliary pancreatitis]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya – Modern problems of science and education, 2014, No. 4, pp. 282.
4. Anderloni A., Repici A. Role and timing of endoscopy in acute biliary pancreatitis. World journal of gastroenterology, 2015, Vol. 21, No. 40, pp. 11205-11208.
5. Nesvaderani M. et all. Epidemiology, aetiology and outcomes of acute pancreatitis: A retrospective cohort study. International journal of surgery, 2015, Vol. 23, Pt. A, pp. 68-74.

**Х.Ш. Махмадёрв, Ф.И. Махмадов,
Ч. Мирбегиёв**

БЕҲТАРГАРДОНИИ НАТИҶАИ ТАБОБАТИ ПАНКРЕАТИТИ БИЛИАРИИ ШАДИД

Мақсади тадқиқот. Беҳтаргардони натиҷаи табобати ҷарроҳии панкреатити билиарии шадид (ПБШ), бо истифодаи яқҷояи технологияи каминвазивӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар асоси омӯзиши натиҷаи таҳхис ва табобати 126 бемори гирифтори ПБШ гузаронида шудааст. Сину соли беморон аз 21 то 82 соларо таҳкил меод. Аз он ҷумла дар гурӯҳи тадқиқоти занҳо буданд 92 (73,0%) нафар, мардҳо – 34 (27,0%).

Таҳхиси ПБШ дар маҷмӯъ гузаронида шуда, аз он ҷумла шикоятҳо, таърихи беморӣ, муоинаи объективӣ, таҳхисҳои лабораторӣ ва асбобиро дар бар гирифтанд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Омӯзиши статуси ситокинӣ дар беморони ПБШ, мавриди ҷой доштани холангити фассодӣ бо назардошти табобати консервативӣ, баландшавии нишондодҳои ФНО-а, IL-6 ва IL-8-ро дар зардобии хун рӯзҳои 3-4-уми аввал ва ҳамзамон нишондоди IL-4-7 дар яқум шабонарӯз баъд аз амалиёт, бо пастшавӣ дар муддати вақт муайян намуд. Дар

якҷоягӣ истифодабарии амалиётҳои каминвазивӣ бо табобати консервативӣ нишондодҳои ФНО-а, IL-4 ва IL-6 дар талҳои беморони бо намуди панкреатити билиарӣ самаранок паст намуд, ки дар муқоиса бо марҳилаи то амалиёт концентратсияи ФНО-а, IL-4 и IL-6 дар талҳо мутлақан дар ҳудуди 71,0, 47,7 ва 70,6% кам буд.

Бо мақсади пешбинӣ намудани ҳавфи пайдоиши ПБ усули сонографияи ултрасадоии эндоскопӣ таҳия карда шуд, ки дар 96% мушоҳидаҳо ҳолатҳо ПБ тасдиқ карда шуд.

Дар марҳилаи баъди амалиёти якҷоягии каминвазивӣ бо табобати консервативӣ, дар 3 рӯзи аввал, беҳтаршавии ҳолати беморон дар ҳама 60 мушоҳида ба қайд гирифта шуд. Бистаришавии миёна $8,4 \pm 1,2$ шабонарӯзро ташкил

намуд, ки дар муқоиса бо беморони гурӯҳи дуюм $26,6 \pm 2,4$ шабонарӯз. Оризаҳои баъди ҷарроҳӣ дар 5 (8,3%) бемор ба қайд гирифта шуд, ба муқобили 12 (18,2%) ҳолат дар беморони бо амалиётҳои анъанавӣ. Дар 2 (3,0%) ҳолат баъди амалиётҳои анъанавӣ фавт ба наза расид, ки ба афзоиш ёфтани ҳолати норасогии полиорганӣ вобастагӣ дошт.

Хулоса. Усулҳои муосири лабораторӣ ва асбобӣ имконият доранд, ки оризаҳои ПБШ-ро тавсиф ва пешгӯӣ намоянд. Ҳамзамон амалиётҳои якҷояи каминвазивӣ имкони мидиҳанд, ки натиҷаи табобати БПШ-ро беҳтар гардонанд.

Калимаҳои калидӣ: панкреатит билиарӣ, статуси ситокинӣ, ултрасонографияи эндоскопӣ, амалиётҳои якҷояи каминвазивӣ.

УДК 616.33-002.2;616.34.073

^{1,2} Ф.И. Махмадов

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА У БОЛЬНЫХ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

¹ ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

² Кафедра хирургических болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Махмадов Фарух Исроилович – доцент кафедры хирургических болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.; тел.: +992 918-75-44-90

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом путем лапароскопической коррекции рефлюкс-гастрита.

Материал и методы исследований. Анализированы результаты комплексной диагностики и хирургической коррекции рефлюкс-гастрита (РГ) у 42 пациентов с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС). Больные разделены на две группы: основная ($n=18$) и контрольная ($n=24$). В контрольную группу вошли пациенты, которые получали только консервативное лечение.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех больных выявлен РГ различной степени. При гипокинетическом виде нарушений моторики двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 3 (16,7%) пациентов хирургическую коррекцию выполняли путем видеолaparоскопической спирит-новокаиновой блокады чревного сплетения (химическая нервотомия). При высоком расположении нервной петли тощей кишки за счёт перипроцессов ($n=3$) и выраженных перидуоденитах ($n=5$) в 8 (44,4%) наблюдениях произвели видеолaparоскопическое рассечение спаек (операцию Стронга). В 2 (11,1%) случаях при гиперкинезии ДПК ограничились выполнением традиционной открытой операции в виде «пунктирной» серомиотомии. У 5 (27,8%) больных с суб- и декомпенсированным нарушением дуоденальной проходимости и артерио-мезентериальной компрессией (АМК) выполнили шунтирующие и комбинированные операции на ДПК.

Заключение. При выявлении рефлюкс-гастрита у больных с ПХЭС рекомендуется выполнять его коррекцию мининвазивным способом. Консервативное лечение временно избавляет больных от страданий. Наиболее радикальным методом лечения РГ является ее видеолaparоскопическая коррекция, которая в значительной степени уменьшает частоту развития послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рефлюкс-гастрит, постхолецистэктомический синдром, лапароскопическая коррекция.