

**ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО  
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПРИ СОЧЕТАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ**

*Г.М. Аманов*

---

Изучены результаты оперативного лечения у 109 больных с диагнозом двойные гастродуоденальные язвы. Установлены нормальный интрагастральный и повышенный интрадуоденальный протеолиз на фоне высокой кислотности желудочного сока, снижение клеточного иммунитета и активация гуморального при сочетанных гастродуоденальных язвах.

*Ключевые слова:* язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; хирургия; интрагастральный и интрадуоденальный протеолиз.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки относится к числу наиболее распространенных заболеваний и занимает одно из первых мест среди гастроэнтерологических болезней [1, 2].

С развитием новых методов диагностики и расширением фармакологического спектра

консервативного лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки число прооперированных больных с каждым годом снижается. В то же время число пациентов, нуждающихся в оперативном лечении по поводу осложненных форм язвенной болезни, составляет не менее 15–20%.

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств при двойных язвах

	Резекция по Бильрот-II	Резекция по Бильрот-I	Резекция по Бальфуру	Лестничная резекция	Субтотальная резекция	Гастрэктомия	Резекция по Витебскому	Абс. число	%
Абс.ч.	60	8	12	14	8	1	5	109	100,0
%	55,0	7,3	11,0	12,8	7,4	0,9	4,6	100,0	

Многие исследователи давая анализ осложнений после операций, выполненных по поводу язвенной болезни, указывают, что в основном высокая летальность наблюдается при сочетанных осложнениях [3, 4]. Однако работ, посвященных именно вопросам диагностики и этиопатогенетическому обоснованию оперативного лечения при сочетанных осложнениях в широком плане, в доступной нам литературе не обнаружено.

Цель работы – повышение эффективности хирургического лечения у больных с сочетанными гастродуоденальными язвами на основе разработки этиопатогенетических механизмов течения болезни для предоперационной подготовки больных.

**Материал и методы исследования.** Для установления диагноза использовались обычные методы: рентгенологические, эндоскопические и специальные.

Специальным разделом в работе являлось определение внутрижелудочного протеолиза по методу В.А.Горшкова (1975), принцип которого состоит в одновременном исследовании pH и протеолитической активности в желудке.

Определение числа спонтанных розеткообразующих клеток с эритроцитами барана (Е-РОК) осуществлялось по Jondal et al. (1972); клетки, образующие розетки с комплексом “Эритроцит-антитело-комплемента” (ЕАС-РОК), определяли выполняли по Mendes et al. (1973); лизоцимную активность сыворотки крови – по методике К.А. Каграмановой и З.В. Ермольевой (1966) при помощи специальной расчетной таблицы О.В. Бухарина (1971) в гаммах/мл; титр комплемента по 100% гемолизу; количественное определение иммуноглобулинов методом радикальной иммунодиффузии в геле по методу С. Mancini et al. (1965) [5].

Исследования 109 больных проводили в хирургическом отделении городской клинической больницы г. Ош и ГКБ №1 г. Бишкек, оперированных по поводу сочетанных гастродуоденальных язв в период с 1996 по 2008 г.

Двойную локализацию язв наблюдали место у 16,4%, чаще оперативному лечению подверга-

лись мужчины. Двойная локализация до операции эндоскопически обнаружена у 34 больных (38,20%), а рентгенологически – у 27 (37,5%), а у остальных – только в момент операции, что указывает на трудности их диагностики.

В зависимости от локализации язв, характера осложнений и морфофункционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки, выполнялись различного типа операции (табл. 1), но предпочтение отдавали резекции желудка.

Чаще всего осуществляли резекцию желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстер-Финстера – 60 чел. (55,0%), почти в равном числе наблюдений выполнены резекция по Бальфуру и лестничная (соответственно 12 и 14), реже проводили другие виды операций.

Полученный фактический материал подвергли компьютерной обработке с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel с учетом критерия Стьюдента.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что интрагастральный протеолиз при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки составил  $5,01 \pm 0,08$  мм/24 час, при язвенной болезни желудка –  $2,16 \pm 0,07$  мм/24 час, а при двойной локализации язв –  $3,97 \pm 0,08$  мм/24 час, а у практически здоровых людей –  $3,81 \pm 0,06$  мм/24 час. Были выделены больные с повышенными, сниженными и нормальными показателями. Интрагастральный протеолиз был повышенным у 26,6%, нормальным – у 61,1% и ниже нормы – в 12,3% наблюдениях.

Показатели кислотообразования желудка были повышенными у 17 чел. (25,37%), нормальными – у 32 (47,76%) и ниже нормы – у 18 (16,51%) обследованных.

Интрадуоденальный протеолиз был повышен у 22 больных (32,8 %), нормальный – у 37 (55,2 %) и ниже нормы – в 8 ( 12,0%) наблюдениях.

В контрольной группе (практически здоровые) интрадуоденальный протеолиз равнялся *in vivo*  $4,24 \pm 0,09$  мм/час, а *in vitro* –  $2,11 \pm 0,07$  мм/час, различия достоверны ( $P < 0,001$ ). Это, очевидно, связано с тем, что в полости двенад-

Показатели иммунологической реактивности организма при сочетанных гастродуоденальных язвах

Группа	Число обследованных	Статистические показатели	Лимфоциты, %			Иммуноглобулины, г/л			Лизоцим, мкг/мл	Титр комплекта, ед.
			Т	В	О	М	Г	А		
Сочетанные гастродуоденальные язвы	88	M±m	39,95±0,28	18,63±0,08	39,41±0,07	2,27±0,01	19,54±0,08	3,71±0,02	3,91±0,01	0,08±0,006
Практически здоровые (контроль)	20	M±m P	54,3±0,5 <0,001	13,09±0,7 <0,001	32,61±0,8 <0,001	1,46±0,1 <0,001	15,15±0,64 <0,001	2,21±0,15 <0,001	5,4±0,77 <0,001	0,04±0,002 <0,001

цатиперстной кишки происходит непрерывное обновление дуоденального содержимого, а в пробирке остается та же концентрация протеолитических ферментов.

У больных язвенной болезнью с двойной локализацией интрадуоденальный протеолиз равнялся *in vivo* 4,49±0,007 мм/час, уровень которого достоверно выше по сравнению с контрольной группой (P<0,001), *in vitro* – 2,98±0,004 мм/час тоже достоверно выше.

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки интрадуоденальный протеолиз равнялся *in vivo* 5,49±0,007 мм/час, а при язвенной болезни желудка – 2,25±0,06 мм/час, соответственно показатели *in vitro* – 3,12±0,004 мм/час, 1,07±0,003 мм/час.

При язвенной болезни с двойной локализацией интрадуоденальный протеолиз не зависел от характера осложнений. Имелось повышение протеолиза у больных, у которых выявлено осложнение язвы в виде пенетрации в поджелудочную железу. Это очевидно связано с тем, что при пенетрации в патологический процесс вовлекается поджелудочная железа и происходит активация протеолитических ферментов.

Показатели иммунологической реактивности организма при сочетанных гастродуоденальных язвах были исследованы у 88 больных. Контролем служили данные, полученные у 20 практически здоровых (табл. 2). При этом установлено, что число Т-лимфоцитов при сочетанных гастродуоденальных язвах достоверно снижалось по сравнению с контрольной группой (P<0,001), в то время как число В- и О-лимфоцитов, наоборот, достоверно (P<0,001) увеличивалось.

Иммуноглобулины А, М, G, достоверно увеличивались по сравнению с контрольной группой (P<0,001).

Таким образом, установлены нормальный интрагастральный и повышенный интрадуоденальный протеолиз на фоне высокой кислотности желудочного сока; снижение клеточного иммунитета и активация гуморального.

#### Литература

1. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. Тридцатилетний опыт лечения больных язвенной болезнью // Клиническая медицина. – 1999. № 9. – С.45–52.
2. Гуцу В.М., Рацупкина Ж.Е. Частота выявления и особенности течения множественных гастродуоденальных язв // Здоровоохранение. – 1989. Кишинев. № 5. – С.39–40.
3. Ниязов Б.С., Бектуров Ж.Т., Кутманбеков А.К., Тойгонбаев А.Т., Уметалиев Ю.К., Сопуев А.А., Садыгалиев К.С., Ниязова С.Б. “Корнтролок” (Rantoprozole) в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия рубежа XX и XXI века / Матер. III конгр. хирургов Кыргызской Республики. – Бишкек, 2000. – С. 531–535.
4. Омаров Р.А., Осмоналиев Д.М. Особенности обработки культуры двенадцатиперстной кишки при пенетрирующих язвах // Современные подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – Бишкек, 1998. – С. 16–18.
5. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике. – М., 2004. – 911 с.