

На правах рукописи

СОДИКОВ ЯХЪЁ СОДИКБОЕВИЧ

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ
РЕФЛЮКС-ЭНТЕРИТА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНИ**

14.01.17 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Душанбе 2019

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней №1
Государственное образовательное учреждение «Таджикский
государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: Курбонов Каримхон Муродович - доктор
медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич - доктор
медицинских наук, заведующий кафедрой
хирургических болезней и эндохирургии
Государственное образовательное учреждение
«Институт последипломного образования в сфере
здравоохранения Республики Таджикистан»

Полвонов Шукрулло Бобоевич - доктор
медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой
хирургии Таджикского национального университета
Министерства образования и науки Республики
Таджикистан

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Московский государственный
медико-стоматологический университет им А.И.
Евдокимова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Защита состоится «_____» _____ 2019 г. в _____ час на
заседании диссертационного совета Д 737.005.01 при ГОУ
«Таджикский государственный медицинский университет имени
Абуали ибни Сино», 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, д.139

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ
«Таджикский государственный медицинский университет имени
Абуали ибни Сино», и на сайте www.tajmedun.tj

Автореферат разослан «_____» _____ 2019 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Ш.К. Назаров

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и связанные с ней многочисленные осложнения до настоящего времени остаются одними из самых распространенных хирургических и гастроэнтерологических заболеваний, оставив позади такие заболевания, как острый аппендицит и панкреатит [С.С. Дёмин и соавт., 2016; Ю.П. Успенский и соавт., 2018]. Необходимо отметить, что ЖКБ в 6-32% наблюдений сочетается с различными вариантами рефлюкса пищеварительного тракта, который в значительной степени изменяет клиническое проявление заболевания и создает дополнительные трудности в диагностике и лечении ЖКБ [К.М. Курбонов, 2016; О.Н. Минушкин и соавт., 2017]. Среди различных вариантов рефлюксных поражений пищеварительного тракта при ЖКБ рефлюкс-энтерит (РЭ) является наименее изученным. Возникший в результате несостоятельности илеоцекального клапана РЭ сопровождается регургитацией чужеродного насыщенного бактериальной флорой толстокишечного содержимого в подвздошную кишку, что, в дальнейшем, ведет к цепи серьезных нарушений функции печени и пищеварительного тракта [Ю.А. Кучерявый, 2016; В.Л. Мартынов и соавт., 2017]. Кроме того, доказано, что при РЭ 30-40 % желчных кислот переходит в толстую кишку, где они играют ведущую роль промоторов в канцерогенезе толстой кишки [А.А. Ильченко, 2016; В.Я. Колкина, 20018]. Следует отметить, что РЭ при ЖКБ, главным образом, развивается в результате недостаточности баугиниевой заслонки, причиной которой являются: дисфункция илеоцекального клапана, деформация илеоцекального угла вследствие оперативных вмешательств и наличия спаечного процесса, а также воспалительные и опухолевые поражения илеоцекального отдела тонкой кишки [Д.В. Савин, 2016; Р.З. Латыпов и соавт., 2018].

Недиагностированный и некоррегированный РЭ при ЖКБ в дальнейшем становится одной из причин «постхолецистэктомического рефлюкс-энтерита», нередко требующего длительного лечения, а в ряде случаев и повторного оперативного вмешательства.

В доступной медицинской литературе специальных работ, отвечающих на эти вопросы, нет. Высокий риск развития постхолецистэктомических синдромов, сложности ранней диагностики, обусловленная необходимостью коррекции РЭ, свидетельствуют о целесообразности проведения настоящего исследования.

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения рефлюкс-энтерита, сочетающегося с желчнокаменной болезнью.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту и основные причины возникновения рефлюкс-энтерита у больных с желчнокаменной болезнью.

2. Оценить эффективность современных клинико-инструментальных методов исследования в диагностике рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни и на основании этого разработать диагностический алгоритм.

3. Изучить степень и выраженность билиарной недостаточности, эндотоксемии и нарушения микробиоценоза тонкой кишки при рефлюкс-энтерите у больных с желчнокаменной болезнью.

4. Разработать, усовершенствовать и внедрить в клиническую практику новые современные патогенетически обоснованные методы диагностики и хирургической коррекции рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни.

Научная новизна. Выявлены основные причины возникновения и клинического проявления рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни. Разработана клиническая классификация рефлюкс-энтерита, позволяющая выбрать наиболее эффективный метод его коррекции. Впервые доказано, что при рефлюкс-энтерите II-III степени наблюдается билиарная недостаточность с нарушением микробиоценоза кишки, обусловленного транслокацией бактерий. Впервые доказано, что нарушение энтерогепатической циркуляции желчи при рефлюкс-энтерите II-III степени способствует возникновению желчнокаменной болезни. Доказано, что наличие гиперэндотоксемии при рефлюкс-энтерите II-III степени является одной из причин развития неспецифического реактивного гепатита. Впервые доказана роль дисхолии, билиарной недостаточности и недостаточности баугиниевой заслонки в патогенезе желчнокаменной болезни.

Доказана эффективность УЗИ и УЗ ирригоскопии в диагностике рефлюкс-энтерита. Разработаны новые способы хирургической коррекции рефлюкс-энтерита (рац. удостоверение №3534/R687 от 01.12.2016 г.). Разработан способ видеолапароскопической баугинопластики (рац. удостоверение №3410/R625 от 11.12.1014 г.). Разработан способ арефлюксного илеоасцендо и илеотрансверзоанастомоза (рац. удостоверение №3409/R624 от 16.12.1014 г.). Разработан способ лечения хронических запоров (рац. удостоверение №3474/R689 от 16.11.1015 г.). Разработан способ баугинопластики (рац. удостоверение №3533/R686 от 01.12.1016 г.). Разработан способ получения содержимого тонкого кишечника для микробиологического исследования у больных с рефлюкс-энтеритом (рац. удостоверение №3529/R682 от 10.12.1016 г.). Определено, что коррекция недостаточности баугиниевой заслонки во время холецистэктомии снижает частоту послеоперационных осложнений и редуцирует хронические воспалительные заболевания.

Практическая значимость

Для клинической практики определены клинические формы проявления рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни. Предложен алгоритм диагностики рефлюкс-энтерита и методы его хирургической коррекции, в значительной степени снижающие частоту постхолецистэктомического

синдрома. Уточнены звенья патогенеза желчнокаменной болезни при рефлюкс-энтерите.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Рефлюкс-энтерит возникает вследствие врожденной аномалии воспалительных и опухолевых заболеваний илеоцекального отдела кишки, а также вследствие оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

2. Комплексное ультразвуковое исследование с применением ультразвуковой ирригоскопии позволяет диагностировать степень несостоятельности илеоцекального клапана.

3. При рефлюкс-энтерите II-III степени наблюдается билиарная недостаточность II-III степени, эндотоксемия с транслокацией бактерий, являющейся причиной нарушения энтерогепатической циркуляции желчи и развития желчнокаменной болезни.

4. Коррекция недостаточности баугиниевой заслонки при холецистите является патогенетически обоснованным методом ликвидации и профилактики постхолецистэктомического рефлюкс-энтерита.

Личный вклад аспиранта. Автор провел обзор литературных источников по теме диссертационного исследования. Принимал участие в систематизации различных данных, полученных в ходе исследования пациентов с ЖКБ и РЭ, им самостоятельно выполнен анализ структуры выраженности РЭ и результатов его коррекции. Автор принимал личное участие в части оперативных вмешательств, обработал, обобщил и проанализировал полученные результаты. Автор самостоятельно осуществлял статистическую обработку всех полученных данных.

Апробация материалов диссертации Результаты исследования были доложены и обсуждены на: 63-ей годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2015); X-ой годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино с международным участием «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику» (Душанбе, 2015). Апробации диссертационной работы состоялось на заседании межкафедральной проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам ТГМУ им. Абуали ибни Сино (25 апреля 2018 года, протокол №6).

Публикации. По материалам диссертации опубликованы 4 научные работы, в том числе 2 в журналах, рекомендованных ВАК РФ для публикации основных результатов диссертаций. Получено 6 удостоверений на рационализаторские предложения и издана 1 монография.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 140 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 209 источников, из

которых 110 на русском и 99 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 22 таблицами и 39 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

В основу настоящей работы положены результаты комплексного обследования и хирургического лечения 130 больных с ЖКБ и РЭ, находившихся на лечении на базе кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе (главный врач к.м.н. Абдурахимов Б.И.) с 2006 по 2016 г.г.

Среди наблюдавшихся больных мужчин было 35 (26,9%), женщин - 95 (73,1%). Среди всех обследованных большинство пациентов (n=88) были старше 40 лет. В наших наблюдениях ЖКБ сочеталась с РЭ и сопровождалась различными осложнениями (табл.1).

Таблица 1

Степень выраженности РЭ при наличии ЖКБ и его осложнений (n=130)

Патология	РЭ			Всего	
	РЭ Iст. (n=38)	РЭ IIст. (n=80)	РЭ IIIст. (n=12)	Абс.	%
ЖКБ	18	48	7	73	56,2
ЖКБ. Холедохолитиаз без желтухи	8	14	4	26	20,0
ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха	5	10	-	15	11,5
ЖКБ. Стеноз БДС	3	6	1	10	7,7
ЖКБ. Острый калькулезный холецистит	4	2	-	6	4,6
Итого	38	80	12	130	100

При интерпретации данных выявлено, что из 73 (56,2%) пациентов с ЖКБ в 18 (13,8%) случаях имел место РЭ I степени, в 48 (36,9%) случаях наблюдался РЭ II степени и в 7 (5,3%) - РЭ III ст. У больных с ЖКБ и холедохолитиазом без явлений желтухи (n=26) в 8 (6,1%) случаях отмечался РЭ I степени, в 14 (10,7%) случаях имел место РЭ II степени и еще в 4 (3,0%) - РЭ III степени. При ЖКБ, осложненной механической желтухой (n=15), наличие РЭ I степени наблюдалось у 5 (3,8%) пациентов, РЭ II степени имел место у 10 (7,7%) пациентов. ЖКБ в 10 случаях сопровождалась стенозом БДС, при этом в 3 (2,3%) случаях имел место РЭ I степени, в 6 (4,6%) наблюдениях диагностировали РЭ II степени и в 1 (0,7%) - РЭ III степени.

Небольшую группу составили больные с острым калькулезным холециститом (n=6), у которых в 4 (3,0%) случаях выявлен РЭ I степени и в 2 (1,5%) - РЭ II степени. В целом при ЖКБ у наблюдавшихся больных РЭ I степени имел место у 38 (29,2%) человек, РЭ II степени - у 80 (61,5%) и у 12 (9,2%) пациентов наблюдался РЭ III степени.

Всесторонний анализ причин развития РЭ показал, что в основе его возникновения лежит множество врожденных и приобретенных факторов (табл. 2).

Таблица 2

Причины возникновения рефлюкс-энтерита у больных с ЖКБ (n=130)

Характер патологии	Количество	
	Абс.	%
Врожденные дефекты при формировании илеоцекального клапана	47	36,1
Воспалительные и опухолевые поражения в илеоцекальном отделе кишки и паховой области	63	48,5
Послеоперационная недостаточность илеоцекального клапана	20	15,4
Всего	130	100

В 47 (36,1%) наблюдениях у пациентов с ЖКБ причиной возникновения РЭ являлась недостаточность баугиниевой заслонки вследствие врождённых аномалий: незавершённая инвагинация подвздошной кишки в толстую в области верхней губы баугиниевой заслонки (n=34), отсутствие баугиниевых губ (n=9). В 4 наблюдениях причину недостаточности баугиниевой заслонки установить не удалось. Большую группу (n=63) составили больные с ЖКБ, причиной РЭ у которых являлась недостаточность баугиниевой заслонки вследствие воспалительных заболеваний в илеоцекальном отделе кишки и паховой области, а также опухолевых поражений. Так, в 24 наблюдениях пациенты перенесли воспалительные заболевания (болезнь Крона – у 10, колостаз – у 8 и дивертикулярная болезнь – у 6), ещё 12 больных страдали правосторонней паховой (n=4) и пахомошоночной грыжей. В 27 наблюдениях у пациентов с ЖКБ причиной развития РЭ являлись полипы слепой кишки (n=14), раковое поражение слепой кишки (n=9), а также липоматоз (n=4). Небольшую группу составили 20 больных с ЖКБ, которые в различные периоды жизни перенесли оперативные вмешательства на органах брюшной полости. При этом у 12 из них до выполнения оперативных вмешательств не имели место ЖКБ и РЭ.

Наиболее часто пациентам производилась резекция терминального отдела тонкой кишки (n=6), аппендэктомия (n=5) и рассечение спаек (n=4) по

поводу спаечной кишечной непроходимости. В 5 наблюдениях пациенты перенесли операции по ушиванию перфорации брюшнотифозных язв (n=3) и правостороннюю гемиколэктомию по поводу рака слепой кишки (n=2).

Для выявления ЖКБ и РЭ проводили комплексные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. Комплексные клинико-лабораторные исследования крови, мочи, биохимических показателей, а также печеночных проб проводились в лаборатории ГКБ СМП. Лабораторные исследования включали определение некоторых показателей уровня белков и липидного обмена. Уровень сахара в крови определяли ортолизидиновым методом, общий белок - биоуретовым методом. Уровень билирубина определяли по Йендерашку, аланинтрансаминазу и аспартаттрансаминазу по Ройтманду и Френкелю. Уровень эндотоксемии определяли по содержанию молекул средних масс (МСМ) и С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови методом гель-хроматографии на сефадексе С-25 (фирма «Pharmacia» Швеция) с последующей детализацией элементарных веществ методом прямой спектрофотометрии при длине волны 210 нм. Содержание С-реактивного белка определяли методом иммуносорбентного анализа (ELISA) с использованием специфических антител к протеину С (реактивы фирмы Берингер Манехайм). Для диагностики билиарной недостаточности (БН) и нарушений липидного обмена изучался биохимический состав пузырной желчи, полученной во время операции. Кроме того, исследовали показатели липидного обмена, уровня холестерина и липопротеидов в крови. Определение суммарных желчных кислот (ЖК) и холестерина в желчи проводили по методу В.П. Мирошниченко. В последующем на основании полученных данных вычислялся холатахолестериновый коэффициент. Спектр желчных кислот в желчи определяли методом тонкослойной хроматографии на силинате в модификации Н.Ю. Третьякова. Под БН понимали уменьшение количества желчи и желчных кислот, поступающих в кишечник за 1 час после введения раздражителя. Для изучения характера микробиоценоза подвздошной кишки у больных с ЖКБ и РЭ использовали разработанную в клинике методику (рац. удостоверение № 3529/R682 от 10.12.2016 г.). По разработанной методике по окончании илеоколоноскопии через инструментальный канал эндоскопа в терминальный отдел тонкой кишки через баугиниевую заслонку проводили катетер со съёмной канюлей 2200 см, с наружным диаметром 2,8 мм. Далее дистальный конец зонда выводили наружу через задний проход. В последующем шприцом объёмом 20,0 мл эвакуировали содержимое подвздошной кишки для микробиологического исследования. Комплексное микробиологическое исследование содержимого подвздошной кишки проводили в стерильных условиях с определением аэробной и анаэробной флоры. Рентгенологическое исследование толстой кишки и органов брюшной полости с контрастированием проводили на аппарате с цифровым изображением фирмы «Stephanix» (Франция). Эндоскопическое исследование

толстой кишки выполнялось в клиничко-диагностическом отделении (КДО) ГКБ СМП на видеокколоноскопе V-70 «Olympus» (Япония). На завершающем этапе видеокколоноскопии брался биоптат слизистой подвздошной кишки для патогистологического исследования, которое проводилось в лаборатории ГКБ СМП. Для диагностики ЖКБ и РЭ эффективно были использованы ультразвуковые аппараты «Toshiba» и «Siemens» CV -70 (Германия) с линейным секторальным датчиком частоты 3,5 и 5 МГц. Рентгеновскую компьютерную томографию (КТ) печени, желчного пузыря и слепой кишки проводили по показаниям в Медицинском комплексе «Истиклол» на аппарате «Sonaton Plus» фирмы «Siemens». Магнитно-резонансную томографию (МРТ) проводили в ГКБ СМП на аппарате «Concerto» фирмы «Siemens» (Германия).

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0» (Stat Soft Inc.,USA). Абсолютные значения представлены в виде средних величин (M) и их стандартных ошибок ($\pm m$) для количественных признаков. Нормальность распределения выборок определялась методом Шапиро-Уилка. Парные сравнения абсолютных величин проводились по U-критерию Манна-Уитни. Сравнение нескольких независимых выборок проводилось с применением метода ANOVA Крускала-Уоллиса. Парные сравнения относительных величин проводились по критерию χ^2 . Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Комплексное рентгенологическое исследование РЭ у больных с ЖКБ было проведено у 85 (65,3%) пациентов. Нарушение барьерной функции илеоцекального запирающего аппарата приводит к заселению подвздошной кишки толстокишечной флорой, которая попадает в иные условия. Проведенное комплексное рентгенологическое исследование позволило выявить ряд специфических признаков, присущих РЭ, а именно - недостаточность илеоцекального запирающего аппарата, рефлюкс бария в подвздошную кишку при тугом наполнении (абсолютная недостаточность), который наблюдали у 63 (48,4%) пациентов.

Протяженность заполнения существенным образом указывает на степень выраженности РЭ и патоморфологических изменений в терминальном отделе. В зависимости от протяженности проникновения бария в подвздошную кишку различали 3 степени выраженности РЭ. Так, при I степени РЭ протяженность проникновения бария достигала 5-10 см в терминальную петлю подвздошной кишки, проявлялась краевым дефектом наполнения округлой или треугольной формы. Указанный вид РЭ имел место у 28 (21,5%) пациентов. В 47 (36,1%) наблюдениях при ирригоскопии диагностировали РЭ II степени, который характеризовался забросом и заполнением контрастного вещества 2-3-петель (20-50 см).

После опорожнения толстой кишки протяженность проникновения бариевой взвеси оставалась прежней у 34 больных из 47. Рефлюкс-энтерит III степени наблюдали у 10 пациентов, который характеризовался забросом контрастной взвеси в подвздошную кишку на значительном протяжении -

более 50 см. После опорожнения толстой кишки от бариевой взвеси увеличение протяженности заполнения контраста отмечалась у 7 пациентов из 10. При РЭ с абсолютной недостаточностью баугиниевой заслонки увеличение протяженности заполнения бариевой взвесью подвздошной кишки после опорожнения толстой кишки отмечали у 41 больного.

Стандартные УЗИ проведены 45 пациентам с ЖКБ для диагностики РЭ и его причин. Для оценки анатомического строения и топографического расположения илеоцекального отдела толстой кишки, а также функционального состояния и патологических изменений в целях уменьшения возможных диагностических ошибок использовали различные параметры (длину толстой кишки и ее различных отделов, толщину их стенок, а также тонус и характер перистальтики). На основании вышеизложенного были выявлены УЗ признаки РЭ, обусловленного недостаточностью баугиниевой заслонки.

При РЭ I степени, обусловленном недостаточностью баугиниевой заслонки, в 8 наблюдениях отмечалось снижение высоты баугиниевых губ, содержание газов в просвете подвздошной кишки и заполнение жидкости терминального отдела тонкой кишки. При РЭ II степени в 12 наблюдениях наряду с увеличением количества жидкости в просвете тонкой кишки, заполняющей значительные участки тонкой кишки, определяли незначительное пролабирование баугиниевой заслонки и умеренное зияние. Наличие РЭ III степени диагностировали лишь у 4 пациентов, у этих пациентов ещё до выполнения УЗ-ирригоскопии отмечали наличие жидкости в просвете подвздошной кишки с пролабированием баугиниевой заслонки и полным зиянием ее просвета. После введения физиологического раствора наблюдали тотальное заполнение терминального отдела тонкой кишки физиологическим раствором.

Для диагностики выраженности и распространенности РЭ и недостаточности баугиниевой заслонки, а также причин их возникновения у 52 больных проводились илеоколоноскопия и видеоколоноскопия. При эндоскопическом исследовании баугиниевой заслонки в 16 наблюдениях из 52 диагностировали недостаточность баугиниевой заслонки I степени. В 26 случаях при эндоскопическом исследовании баугиниевая щель была раскрытой и имела округлую форму. Содержимое слепой кишки и кончик эндоскопа без препятствия проникали в просвет баугиниевой заслонки и подвздошную кишку. Это состояние расценено как недостаточность баугиниевой заслонки II степени. Ещё в 10 случаях отмечали зияние баугиниевой заслонки с расширением ее щели и пролабированием слизистой. При этом без особых усилий кончик эндоскопа свободно проходит в подвздошную кишку. Данное состояние расценено как недостаточность баугиниевой заслонки III степени.

При осмотре подвздошной кишки наблюдали признаки «колонизации» - наличие большого количества слизи, а также отек и кровоизлияния. Так, среди

12 больных с недостаточностью баугиниевой заслонки на протяжении 10-15 см терминального отдела тонкой кишки у 3 пациентов слизистая слегка была отечной и умеренно гиперемированной, в 9 случаях патологических изменений не выявлено. Эндоскопическая картина слизистой подвздошной кишки у 15 пациентов с недостаточностью баугиниевой заслонки II степени характеризовалась отеком, гиперемией и наличием эрозии на протяжении 20-50 см терминального отдела тонкой кишки.

Значительные морфологические и воспалительные изменения в подвздошной кишке отмечали у 10 пациентов с недостаточностью баугиниевой заслонки III степени. При этом на всем ее протяжении в слизистой оболочке тонкой кишки наблюдались эрозивно-язвенные поражения с кровоизлияниями в подслизистой. При прикосновении колоноскопом отмечается повышенная кровоточивость.

При изучении биохимического состава пузырной желчи у 58 пациентов с ЖКБ и различной степенью выраженности РЭ и у 24 пациентов с РЭ без ЖКБ было установлено, что показатели уровня желчных кислот колеблются в весьма широких пределах, в том числе в ряде случаев превышают нормальные уровни. Для оценки степени дисхолии пациенты обеих групп были распределены на 3 категории в зависимости от тяжести РЭ (таблица 3).

Таблица 3

Уровень желчных кислот и холестерина в пузырной порции желчи у больных с ЖКБ и РЭ (n=58)

Показатели	Норма	РЭ			P
		РЭ I ст (n=24)	РЭ II ст (n=22)	РЭ III ст (n=12)	
Желчные кислоты мг%	1500-3000	2350,2±19,5	1264,1±17,8 p ₁ <0,001	768,6±9,2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
ХС мг%	200-600	1210,6±13,9	786,9±9,8 p ₁ <0,001	248,3±3,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Х/ХК	8,3-10,3	3,1±0,31	2,28±0,22	3,0±0,25	>0,05

Примечание: P – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (ANOVA Крускала-Уоллиса); p₁ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе с I ст РЭ; p₂ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе со II ст РЭ (p₁-p₂ – по U-критерию Манна-Уитни)

Так, у больных с РЭ II и III степени содержание желчных кислот в пузырной порции желчи составило 1264,1±17,8 мг% и 768,6±9,2 мг%, а уровень холестерина 768,6±9,8 мг% и 248,3±3,5 мг%, соответственно. Можно предположить, что одной из причин гиперхолестеринемии может быть

уменьшение количества желчных кислот. Так, в наших наблюдениях она была выявлена у 28 пациентов (48,2%) из 58 обследованных. Эти данные позволяют утвердить, что основные причины дисхолии связаны с нарушениями метаболизма желчных кислот и холестерина.

Исследование биохимического состава пузырной желчи у 24 пациентов с различной степенью РЭ без сопутствующей ЖКБ также показало, что содержание желчных кислот в пузырной желчи низкое при РЭ II-III степени, что может свидетельствовать о риске развития ЖКБ у них (таблица. 4).

Таблица 4

Уровень желчных кислот и холестерина в пузырной порции желчи при РЭ (n=24)

Показатели	Норма	Степень РЭ			P
		I ст (n=12)	II ст (n=7)	III ст (n=5)	
Желчные кислоты, мг%	1500-3000	2642,7±18,2	1127,9±10,2 p ₁ <0,001	692,4±6,2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Холестерин, мг%	200-600	1173,8±13,8	896,1±9,2 p ₁ <0,001	257,4±3,7 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
X/X коэффициент	8,3-10,3	3,07±0,05	2,38±0,08 p ₁ <0,001	3,05±0,01 p ₁ >0,05 p ₂ <0,001	<0,001

Примечание: P – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (ANOVA Крускала-Уоллиса); p₁ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе с I ст РЭ; p₂ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе со II ст РЭ (p₁-p₂ – по U-критерию Манна-Уитни)

Показатели других биохимических данных, характеризующих функциональное состояние печени, были несколько нарушенными.

Наряду с качественными изменениями, обусловленными биохимическими показателями при РЭ, у пациентов обеих групп с наличием ЖКБ и без таковой отмечали и снижение суточного объема желчи, являющегося одним из интегральных показателей билиарной недостаточности (таблица. 5).

Таблица 5

Количество желчи и ее компонентов у больных РЭ с наличием ЖКБ и без таковой (n=42)(M±m)

Компоненты желчи и ее количество	РЭ I ст (n=16)		РЭ II ст (n=16)		РЭ III ст (n=10)	
	Печеночная желчь	Пузырная желчь	Печеночная желчь	Пузырная желчь	Печеночная Желчь	Пузырная желчь
Количество желчи, мл	945,6±20,1		720,1±18,2		528,3±12,7	
Вода, мл	98,4±2,1	84,2±2,1	97,3±2,4	82,1±1,6	96,2±2,5	80,4±1,3
Соли желчных кислот, %	0,78±0,07	9,8±1,4	0,64±0,06	8,2±1,0	0,53±0,05	7,6±1,1
Холестерин, г%	0,03±0,02	0,7±0,06	0,07±0,02	0,3±0,07	0,06±0,03	0,3±0,03
Холевая кислота, ммоль/л	0,6±0,02	-	0,04±0,08	-	0,3±0,06	0,04±0,01
Фосфолипиды, г%	0,28±0,03	0,26±0,03	0,22±0,09	0,23±0,07	0,18±0,05	0,21±0,04
Билирубин, г/л	118,2±12,4	417,3±10,4	116,3±9,4	385,2±11,4	12,8±10,2	340,0±22,6

Полученные результаты свидетельствуют о том, что по мере прогрессирования РЭ наблюдаются значительные изменения качественного и количественного состава желчи, имеющие тенденцию к снижению и свидетельствующие о наличии билиарной недостаточности II – III степени (суточное количество желчи 720,1±18,2 мл и желчных кислот - 0,3 ± 0,004ммоль/г, соли желчных кислот 0,53±0,05 г/л и 7,6±1,1г/л. Наличие билиарной недостаточности при РЭ судили не только по суммарному дебету холевой кислоты, но и по уменьшению суточного выделения желчи. Количественное и качественное нарушение состава желчи в последующем становится причиной транслокации бактерий, т.е. при РЭ образуется порочный патологический круг.

Полученные результаты позволяют сделать предварительное заключение о том, что при РЭ, вследствие поступления содержимого толстой кишки в дистальные отделы тонкой кишки, наблюдается колонизация микроорганизмов с развитием глубоких морфофункциональных изменений в

тонкой кишке и печени, что способствует нарушению энтерогепатической циркуляции желчных кислот, а также метаболизма липидов. Результаты микробиологического посева содержимого подвздошной кишки показали, что по мере выраженности недостаточности баугиниевой заслонки микробная заселенность терминальной части подвздошной кишки в значительной степени увеличивается. При РЭ II-III степени общее количество микробных тел составило $10^8 - 10^9$ КОЕ/г и $10^8 - 10^{12}$ КОЕ/г, тогда как у пациентов с РЭ I степени этот показатель составил $10^8 - 10^7$ КОЕ/г. Существенные изменения наблюдались в качественном и количественном соотношениях анаэробов и факультативных бактерий. Средняя концентрация стрептококков в подвздошной кишке при РЭ II – III степени составила $10^4 - 10^6$ КОЕ/г и $10^6 - 10^8$ КОЕ/г, соответственно, а стафилококков $10^6 - 10^8$ КОЕ/г и $10^6 - 10^8$ КОЕ/г. Ещё более выраженные сдвиги наблюдались среди анаэробных микроорганизмов. Так, при РЭ II-III степени концентрация бактероидов в просвете подвздошной кишки составила $10^4 - 10^6$ КОЕ/г и $10^5 - 10^7$ КОЕ/г, а количество бифидумбактерий – $10^2 - 10^8$ КОЕ/г и $10^4 - 10^{10}$ КОЕ/г, соответственно.

Усиленное размножение бактерий в тонкой кишке приводит к повышенной деконъюгации желчных кислот и образованию их токсичных эндогенных солей, нарушению микроциркуляции в стенке кишки, увеличивающих всасывание, практически до 100%, желчных кислот в печени. Уменьшается и синтез в гепатоцитах, повышается содержание холестерина в плазме крови в связи с отсутствием потребности для его использования в синтезе желчных кислот. Нарушается природный механизм холестеринового гемостаза - энтерогепатическая циркуляция желчных кислот.

Исследования показали, что минимальные нарушения липидного обмена были обнаружены у пациентов с РЭ I степени. Значительные нарушения показателей липидного обмена обнаружены у больных с РЭ II – III степени. Так, концентрация общего холестерина составила $252,1 \pm 7,86$ мг/мл и $263,4 \pm 6,35$ мг/мл, отмечалось достоверное снижение концентрации холестерина, липопротеидов высокой плотности при РЭ II-III степени ($44,82 \pm 1,71$ мг/мл и $40,58 \pm 1,21$ мг/мл). При наличии РЭ II-III степени показатели эндотоксемии были значительно повышенными по сравнению с нормой и пациентами РЭ I степени. Уровень мочевины составил $7,7 \pm 0,61$ мг/ммоль/л и $8,2 \pm 1,43$ мг/ммоль/л, креатинина $90,2 \pm 3,12$ ммоль/л и $95,2 \pm 3,18$ ммоль/л. Значительно были повышенными показатели маркеров эндотоксемии – СРБ, который составил $96,2 \pm 3,8$ мг/л и $174,2 \pm 55,2$ мг/л и МСМ - $0,84 \pm 0,11$ усл. ед. и $0,92 \pm 0,14$ усл.ед., соответственно. Эндотоксины, проникая через слизистую оболочку тонкой кишки, поступают сначала в местную (интестинальную) систему кровообращения, а затем через систему воротной вены в печень, инфицируя и повреждая печеночные клетки, а также нарушают функцию ретикулоэндотелиальной системы, усиливая гепатотоксические эффекты купферовских клеток, в первую очередь метаболизм желчных кислот и холестерина. Доказательством является повышение уровней АлАт и АсАт

при РЭ II-III степени (АсАт-0,51±0,6 мкмоль/мл и 0,72±0,12 ммоль/мл, АлАт-0,42±0,02 ммоль/мл и 0,54±0,9 ммоль/мл), а также повышение уровней общего холестерина и липопротеидов низкой плотности. При рефлюкс-энтерите происходит заброс в терминальный отдел подвздошной кишки толстокишечного содержимого, богатого микрофлорой, агрессивно воздействующей на слизистую тонкой кишки. В результате длительного агрессивного воздействия и гиперколонизации бактерий и эндотоксинов происходит нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот, колонизация слизистой тонкой кишки микрофлорой толстой кишки с портальной эндотоксемией.

В результате этих патологических состояний в печени наступают различные по характеру морфофункциональные изменения с токсическим повреждением гепатоцитов, ретикулоэндотелиальной системы, купферовских клеток, что в последующем приводит к нарушению не только синтеза желчных кислот, но и холестерина гемостаза с развитием ЖКБ.

Выбор способа и метода хирургической коррекции РЭ при ЖКБ зависит от множества факторов. В клинике разработаны объективные критерии выбора метода хирургической коррекции РЭ при ЖКБ (таблица. 6).

Таблица 6

Объективные критерии выбора метода коррекции РЭ при ЖКБ

Критерии	Пластические методы	Резекционные методы
Длительный анамнез у больных среднего и старшего возраста	-	+
Недлительный анамнез у пациентов младшего и среднего возраста	+	-
Причины РЭ - опухолевые и воспалительные заболевания	--	+
Частые приступы кишечной непроходимости	-	+
Причины РЭ - спаечные процессы и деформация илеоцекального угла	+	-
Наличие паховых грыж	+	-
Наличие недостаточности баугиниевой заслонки III степени и РЭ II-III степени	-	+
Недостаточность баугиниевой заслонки I степени и РЭ I-II степени	+	-
РЭ II-III степени с эрозивно-язвенным энтеритом	-	+

В своих исследованиях видеолaparоскопическая холецистэктомия с одновременной коррекцией РЭ выполнена 30 (23%) больным. В 22 наблюдениях видеолaparоскопическая холецистэктомия сочеталась с эндоскопической папиллотомией (n=10) и коррекцией РЭ из минидоступа в правой подвздошной области (n=12). Традиционная открытая холецистэктомия с коррекцией РЭ выполнялась в 77% наблюдений (таблица. 7).

Таблица 7

**Характер оперативных вмешательств при ЖКБ, сочетающейся с РЭ
(n=130)**

Название операции	Кол.	%
Видеолaparоскопическая холецистэктомия. Баугинопластика.	18	13,8
Видеолaparоскопическая холецистэктомия. Баугинопластика. Грыжесечение по Лихтенштейну.	12	9,2
Видеолaparоскопическая холецистэктомия. Баугинопластика. ЭПСТ	10	7,7
Видеолaparоскопическая холецистэктомия. Баугинопластика из мини доступа	12	9,2
Холецистэктомия. Адгезиолизис. Баугинопластика.	15	11,5
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с ХДА по Юрашу- Виноградову. Баугинопластика по методике клинике	12	9,2
Холецистэктомия. Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом	15	11,5
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Баугинопластика	10	7,7
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Правосторонняя гемиколэктомия.	7	5,4
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Резекция слепой кишки с илеоасцендоанастомозом	7	5,4
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с ХДА по Флеркену. Резекция мегадолихосигмы. Баугинопластика.	5	3,8
Холецистэктомия. Удаление липомы слепой кишки с баугинопластикой.	4	3,1
Холецистэктомия. Резекция мегадолихосигмы. Баугинопластика.	3	2,3
Всего	130	100

При выполнении холецистэктомии и корригирующих вмешательств эффективно были использованы разработанные в клинике методики. По предложенной методике (рац. удостоверение №3533/R686 от 01.12.2016 г.) после выделения илеоцекального соустья рассекается *plica ileo-cecalis* для создания направления угла впадения подвздошной кишки в толстую. Далее терминальный отдел подвздошной кишки инвагинируют на 4,0 см в просвет толстой кишки 8-образными проленовыми швами. Затем вокруг сшитых между собой терминального отдела подвздошной кишки и восходящей ободочной на уровне сфинктеров Варолия и Бузи выполняется их протезирование сетчатым протезом.

Для протезирования применяется проленовый протез шириной 5-7 см и длиной не менее суммы периметров слепой и подвздошной кишки. Далее проленовую сетку в проекции сфинктеров сшивают таким образом, чтобы образовалось два кольца, сечения которых располагаются во взаимно пересекающихся плоскостях. Предложенная методика направлена на все патогенетические механизмы недостаточности баугиниевой заслонки, т.е. на весь её сфинктерный аппарат.

Разработана методика видеолaparоскопической баугинопластики (рац. удостоверение № 3410/R625 от 16.12.2014 г.). По предложенной методике, далее фиксируется слепая кишка, инвагинируется подвздошная кишка на протяжении 4-5 см с наложением 8-образных серозно-мышечных швов. Серозно-мышечные швы накладывают по всему периметру инвагинированной зоны спереди и сзади.

Таким образом, достигается пластика баугиниевой заслонки и ликвидируется ее несостоятельность. По предложенной методике оперировано 40 пациентов с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Для снижения частоты возникновения несостоятельности илеотрансверзоанастомоза и, тем самым, рефлюкс-энтерита фиксируется задняя стенка будущего соустья. Отступив 0,5 см от линии швов, по центру тени продольно вскрывается толстая кишка, в просвет которой погружается инвагинат. Фиксацию производят одним серозно-мышечно-подслизистым узловым швом по середине и по краям. После чего накладываются остальные швы на переднюю стенку анастомоза. Во всех случаях наложение арелфлюксного инвагинационного илеотрансверзоанастомоза дополняется декомпрессионным дренированием, для чего после формирования задней губы анастомоза оставляется заранее заготовленный зонд, проксимальный отдел которого располагался в зоне анастомоза. Таким способом в клинике усовершенствована методика формирования илеотрансверзоанастомоза (рац. удостоверение №3409/R624 от 16.12.2014 г.). По предложенной методике после гемиколэктомии с резекцией подвздошной кишки ушивается культя поперечной ободочной кишки.

После чего приступают к формированию арелфлюксного инвагинационного илеотрансверзоанастомоза. Для этого дистальный отдел

подвздошной кишки мобилизуется на 2,5 - 3,0 см так, чтобы сохранить его питание. Это достигается бережным сохранением части брыжейки с краевым сосудом, питающим этот участок. Отступив на 3-4 см от культи толстой кишки, фиксируется дистальный отдел тонкой кишки, для чего накладывается один ряд узловых серозно-мышечных подслизистых швов в продольном направлении строго по краям теней так, чтобы его отверстия захватывали как приводящую, так и отводящую части анастомоза. Данная методика предупреждает повышение внутрипросветного давления, позволяя тканям в области анастомоза срастаться без натяжения, а также служит мерой ранней диагностики возможных осложнений.

По предложенной методике оперированы 22 больных, при этом осложнений и летальных исходов не отмечали.

При выполнении различных по характеру и объему оперативных вмешательств по поводу ЖКБ и ее осложнений, учитывая важное патогенетическое значение РЭ в развитии ЖКБ и ее рецидивов, одновременно проводили ее коррекцию. Так, в 30 наблюдениях при ЖКБ и РЭ наряду с видеолaparоскопической холецистэктомией выполняли эндоскопическую баугинопластику. Необходимо подчеркнуть, что у этих 12 пациентов ещё имелись паховые (n=4) и пахомошоночные (n=8) грыжи, которые корригировались по методике Лихтенштейна. В 10 наблюдениях видеолaparоскопическая холецистэктомия с баугинопластикой дополнялась ЭПСТ с целью коррекции стеноза БДС, а в 5 наблюдениях для коррекции РЭ прибегали к мини-доступу в правой подвздошной области. Таким образом, видеолaparоскопические технологии и миниинвазивные вмешательства для лечения ЖКБ и РЭ применены в 45 (34,6%) наблюдениях.

Традиционная открытая холецистэктомия с коррекцией РЭ и порождающих его причин была произведена в 47 наблюдениях (36,1%). Так, при ЖКБ и РЭ, обусловленного раком слепой кишки (n=9) и дивертикулами слепой кишки (n=6), холецистэктомия в 16 случаях сочеталась с правосторонней гемиколэктомией с формированием арэфлюксного инвагинационного илеотрансверзоанастомоза. Ещё в 25 наблюдениях при ЖКБ и РЭ вследствие массивных спаечных процессов в илеоцекальной области (n=15), а также врожденной недостаточности баугиниевой заслонки (n=10), холецистэктомия в 25 случаях дополнялась адгезиолизисом (n=15) и баугинопластикой, а в 10 лишь баугинопластикой. В 17 наблюдениях при ЖКБ и РЭ на почве мегадолихосигмы и липомы баугиниевой заслонки холецистэктомия сочеталась с резекцией мегадолихосигмы (n=3) и удалением липомы баугиниевой заслонки с баугинопластикой. Значительные сложности для лечения представляли пациенты, у которых наряду с осложнениями ЖКБ имелся РЭ. Так, при ЖКБ, холедохолитиазе и РЭ в 12 наблюдениях производили холецистэктомию с холедохолитотомией и формированием холедоходуоденоеюноанастомоза по Юрашу-Виноградову с баугинопластикой по методике клиники. В 14 наблюдениях при наличии

ЖКБ, холедохолитиаза и РЭ, обусловленного полипозом слепой кишки, в 7 наблюдениях выполнялась холецистэктомия, холедохотомия с правосторонней гемиколэктомией, а ещё в 7 случаях с резекцией слепой кишки с илеоасцендоанастомозом. При ЖКБ и холедохолитиазе (n=10) и врожденной недостаточности баугиниевой заслонки в 10 наблюдениях холецистэктомия с холедохолитотомией сопровождалась баугинопластикой. Ещё в 5 наблюдениях холецистэктомия с холедохолитотомией была завершена формированием холедоходуоденоанастомоза по Флеркену. Для коррекции вторичной недостаточности баугиниевой заслонки, обусловленной мегадолихосигмой (n=5), выполнялась резекция сигмовидной кишки.

Таким образом, при выполнении 130 холецистэктомий для коррекции РЭ в 93 (71,5%) наблюдениях выполнялись пластические методики. А в 37 (28,5%) - резекционные. В раннем послеоперационном периоде наблюдались различные по характеру послеоперационные осложнения, которые были связаны с вмешательствами, произведенными как на желчевыводящей системе, так и в илеоцекальном отделе кишки (таблица. 8).

Таблица 8

Характер ранних послеоперационных осложнений

Осложнения	Количество	%
Послеоперационные кровотечения	5	3,8
Послеоперационные желчеистечения	3	2,3
Поддиафрагмальный абсцесс	3	2,3
Послеоперационный анастомозит	4	3,0
Нагноение лапаротомной раны	6	4,6
Всего	21	16

В раннем послеоперационном периоде в 21 наблюдении отмечали осложнения. Летальных исходов не было. В 8 наблюдениях после видеолaparоскопической холецистэктомии (n=5) и корригирующих вмешательств на баугиниевой заслонке и традиционной открытой холецистэктомии (n=3) отмечали желчеистечения легкой (n=3) и средней (n=2) степени тяжести и кровотечения (n=3). Во всех случаях консервативная терапия была эффективной. При поддиафрагмальном абсцессе в 3 случаях после традиционной (n=2) и видеолaparоскопической холецистэктомии (n=1) с коррекцией РЭ выполняли вскрытие и дренирование абсцессов с хорошими результатами. После различных вариантов баугинопластики в 4 наблюдениях отмечали анастомозиты, которые после проведения комплексной консервативной терапии разрешались. Кроме того, в 6 случаях отмечали нагноение лапаротомной раны, которые после местного лечения очистились и зажили вторичным натяжением.

Таким образом, комплексная диагностика и патогенетически обоснованные методы хирургической коррекции РЭ у больных с ЖКБ

позволяют в значительной степени снизить частоту «постхолецистэктомического рефлюкс-энтерита» и, тем самым, улучшить качество жизни больных.

Необходимо отметить, что на результаты лечения больных ЖКБ и РЭ влияет множество факторов, которые зависят от характера выполненных оперативных вмешательств на желчевыводящих путях и способах коррекции РЭ. Отдаленные результаты изучены у 87 пациентов ЖКБ и РЭ в сроки от 6 месяцев до 5 лет. При этом 34 (39,0%) пациента ранее перенесли традиционную холецистэктомию с баугинопластикой, 32 (36,8%) - различные варианты резекций илеоцекального отдела кишки и 21 (24,2%) - видеолапароскопическую холецистэктомию с эндоскопической коррекцией РЭ.

Для оценки результатов исследования важное значения придавали жалобам, качеству жизни пациентов. Из 87 обследованных 51 (58,6%) был приглашен и обследован в условиях клиники, данные о состоянии здоровья 36 (41,4%) обследованных изучались амбулаторно по специальной схеме. В клинике всем пациентам проводились клинично-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Изучение отдаленных результатов холецистэктомии и корригирующих вмешательств показало, что у 56 (64,3%) обследованных результаты оказались хорошими. При ирригоскопии, УЗИ и колоноскопии наличия РЭ не отмечали. Удовлетворительные результаты были отмечены у 22 обследованных. На фоне имеющихся болевых ощущений в правой половине живота и нарушений функции кишечника при ирригоскопии, УЗИ и колоноскопии в 7 наблюдениях определяли РЭ I степени. Небольшую группу составили 9 пациентов, у которых состояние оценивалось как неудовлетворительное. При этом 6 из них ранее перенесли резекционные методы коррекции РЭ, 3 - баугинопластику. При УЗИ, ирригоскопии и колоноскопии у больных отмечалось сохранение РЭ III степени. Пациентам были предложены повторные операции, от которых они отказались.

Сравнительный анализ отдаленных результатов корригирующих вмешательств при РЭ у больных с ЖКБ показал, что после традиционной и видеолапароскопической баугинопластики хорошие результаты удалось добиться у 37 (42,5%) больных, удовлетворительные – у 12 (13,7%) и неудовлетворительные – у 3 (3,4%). После выполнения резекционных вмешательств на илеоцекальном отделе кишечника хорошие результаты были отмечены у 19 (21,8%) пациентов, удовлетворительные - у 7 и неудовлетворительные - у 6.

Следует отметить, что при пластических операциях, направленных на восстановление функции илеоцекального клапана, не следует ожидать быстрого выздоровления. Нарушение гомеостаза в течение длительного времени не может быть быстро компенсировано и положительным результатом в раннем послеоперационном периоде можно считать

уменьшение интенсивности и длительности болевого синдрома, восстановление стула.

Обращает на себя внимание значительное улучшение результатов в более поздние сроки (3-5лет) у 85% обследованных, что связано с постепенной компенсацией глубоко нарушенных функций илеоцекального аппарата в результате длительности заболевания и постепенной ликвидации дисбактериоза толстой кишки и восстановления энтерогепатической циркуляции желчных кислот.

ВЫВОДЫ

1. Причина развития рефлюкс-энтерита у больных с желчнокаменной болезнью в 36,1% наблюдений связана с врожденными аномалиями баугиниевой заслонки, в 48,4% - с воспалительными и опухолевыми поражениями и в 15,5% случаев обусловлена перенесенными оперативными вмешательствами.

2. Наряду с рентгенологическими методами исследования комплексное ультразвуковое исследование с ультразвуковой ирригоскопией и видеолапароскопией является скрининговым методом диагностики РЭ и его причин при ЖКБ.

3. При недостаточности баугиниевой заслонки и рефлюкс-энтерите II-III степени наблюдается выраженная транслокация бактерий с эндотоксемией и развитием билиарной недостаточности.

4. Одним из патогенетических механизмов образования и развития ЖКБ является нарушение энтерогепатической циркуляции желчи и холестерина гомеостаза, обусловленное последствиями рефлюкс-энтерита.

5. Разработанные и усовершенствованные методики баугинопластики и формирования илеотрансверзоанастомоза позволяют в значительной степени (97%) улучшить результаты лечения ЖКБ и снизить частоту послеоперационных осложнений и постхолецистэктомического рефлюкс-энтерита.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для диагностики выраженности рефлюкс-энтерита и причин его возникновения рекомендуется применение ультразвуковой ирригоскопии по разработанной методике.

2. С целью изучения микробиоценоза толстой кишки у больных с рефлюкс-энтеритом целесообразно проведение эндоскопической катетеризации подвздошной кишки через баугиниевую заслонку с последующим взятием тонкокишечного содержимого.

3. Разработанные и усовершенствованные объективные критерии позволяют рационально выбрать наиболее оптимальный способ коррекции рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни.

4. Для коррекции рефлюкс-энтерита II-III степени рекомендуется применять разработанную в клинике методику дополнительного протезирования сфинктерного аппарата слепой кишки.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ СТАТЕЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Курбонов К.М. Некоторые современные аспекты этиопатогенеза камнеобразования в желчном пузыре при рефлюкс-энтерите. / К.М. Курбонов, К.Р.Назирбоев, Я.С. Содиков // Здравоохранение Таджикистана. – 2016. – №3. – С. 28-34.

2. Курбонов К.М. Диагностика и хирургическая коррекция недостаточности баугиниевой заслонки при калькулёзном холецистите. / К.М. Курбонов, К.Р.Назирбоев, Я.С. Содиков // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – №201. – С. 47-52.

3. Содиков Я.С. Диагностика и хирургическая коррекция рефлюкс-энтерита при желчно-каменной болезни. / Я.С. Содиков, К.Р.Назирбоев // Материалы X годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику», ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе. - 2015. - С. 147-147.

4. Курбонов К.М. Хирургическая коррекция рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни. / К.М. Курбонов, Я.С. Содиков, К.Р. Назирбоев // Материалы 63-ей годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием Душанбе. - 2015. - С. 411-411.

Рационализаторское предложение

1. Содиков Я.С, Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. «Способ ультразвуковой ирригоскопии для диагностики недостаточности баугиниевой заслонки». Удост. рац. предлож. № 3534/R687, выданное ТГМУ от 01.12.2016.

2. Содиков Я.С, Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. «Способ видеолапароскопической баугинопластики». Удост. рац. предлож. № 3410/R625, выданное ТГМУ от 16.12.2014.

3. Содиков Я.С, Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. «Способ баугинопластики». Удост. рац. предлож. № 3533/R686, выданное ТГМУ от 01.12.2016.

4. Содиков Я.С, Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. «Способ лечения хронических запоров». Удост. рац. предлож. № 3474/R689, выданное ТГМУ от 16.11.2015.

5. Содиков Я.С, Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. «Способ арелфлюксного илиоацендо - и илиотрансверзоанастомоз». Удост. рац. предлож. № 3409/R624, выданное ТГМУ от 16.12.2014.

6. Содиков Я.С, Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. «Способ получения содержимого тонкого кишечника для микробиологического исследования у больных с рефлюкс-энтеритом». Удост. рац. предлож. № 3529/R682, выданное ТГМУ от 10.12.2016.

Монография

1. Рефлюкс-энтерит при желчнокаменной болезни / К.М. Курбонов, Я.С. Содиков, М.Х. Хайруллоев // Монография. – Душанбе: 2018. - 155 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БН	билиарная недостаточность
ЖКБ	желчнокаменная болезнь
ЛПНП	липопротеиды низкой плотности
ЛПОНП	липопротеиды очень низкой плотности
ЛХЭ	лапароскопическая холецистэктомия
МСМ	молекулы средних масс
НБЗ	недостаточность баугиниевой заслонки
РЭ	рефлюкс-энтерит
СРБ	С-реактивный белок
УЗ	ирригоскопия
ХДА	холедоходуоденоанастомоз
ХХ	холестерин
ХХК	холатахолестериновое коэффициент
ЭПСТ	эндоскопическая папиллосфинктеротомия

Сдано в печать 15.07. 2019 г.
Подписано в печать 16.07. 2019г.
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии
ООО «Сармад-Компания»
г. Душанбе, ул. Лахути 6, 1 проезд