

комплексного лечения с использованием системной магнитотерапии наблюдалось достоверное снижение коэффициента интегральной тоничности (КИТ) с $83,4 \pm 1,2$ до $74,1 \pm 0,8$ у. е. ($p < 0,05$) и общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) с $1494,2 \pm 35,2$ до $1244,2 \pm 32,4$ (дин $\times$ с $\times$ см $^{-5}$) ($p < 0,05$); увеличение ударного индекса (УИ) с $32,2 \pm 0,8$ до $43,2 \pm 1,2$ мл/м 2 и систолического индекса (СИ) с $2,62 \pm 0,28$ до $3,24 \pm 0,24$ л/мин/м 2 ($p < 0,05$).

Включение ОМТ в комплексное лечение родильниц с гестозом привело по данным ТКДГ к значимому улучшению показателей мозгового кровотока у 82,3% больных. Определялись достоверное ($p < 0,05$) усиление систолической (с $88,54 \pm 7,12$ до $100,84 \pm 12,43$ см/с) и средней скорости (с $52,44 \pm 3,02$ до $63,12 \pm 12,04$ см/с) кровотока в средних мозговых артериях, повышение уровня индекса резистентности (с $0,51 \pm 0,07$ до $0,55 \pm 0,04$).

Таким образом, проведенные исследования показали, что общесистемная магнитотерапия повышает эффективность медикаментозного лечения женщин с тяжелыми формами гестоза в послеродовом периоде, положительно влияет на показатели гемодинамики, снижает лекарственную нагрузку на организм родильницы. Полученные данные позволяют рассматривать ОМТ как эффективный метод восстановительного лечения и профилактики отдаленных последствий гестоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Мозговая Е. В. Гестоз: теория и практика. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
2. Венцовский Б. М., Запорожан В. Н., Сенчук А. Я., Скачко Б. Г. Гестозы: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 312 с.
3. Васильева З. В., Тягунова А. В. и др. Отдаленные последствия и реабилитация женщин, перенесших тяжелые формы гестоза // Рос. вестник акушера-гинеколога, 2000. – № 1. – С. 24–26.
4. Куликов А. Г., Сергеева Г. М. Клиническое применение общей магнитотерапии // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – 2008. – № 3. – С. 40–44.
5. Мазурская Н. М., Федорова М. В. и др. Особенности изменений показателей гемодинамики у пациентов с гестозом в послеродовом периоде // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2001. – № 4 (6). – С. 56–58.
6. Сидоренко В. Н. Эффективность лечебного действия неинвазивной гемомангнитотерапии у родильниц с гестозом // Медицинский журнал. – БГМУ, 2007. – № 3. – С. 84–88.
7. Улащик В. С., Золотухина Е. И., Хапалюк А. В. Общая низкоинтенсивная магнитотерапия в комплексном лечении больных артериальной гипертензией // Вопросы курортот. – 2005. – № 3. – С. 17–20.

Поступила 27.04.2010

**М. Т. ДИДИГОВ¹, В. М. ДУРЛЕШТЕР², Г. К. КИРИПИДИ¹, Е. С. БАБЕНКО¹,
О. Ю. КЛЮЧНИКОВ¹, А. В. КУРИЛОВ¹, В. А. КЕШИШЯН¹**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

¹Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии
Кубанского государственного медицинского университета,
муниципальное учреждение здравоохранения
Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи;
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы 14;
²кафедра хирургии № 1 Кубанского государственного медицинского университета,
Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение
«Городская клиническая больница № 2»,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2.
E-mail: murat-didigov@yandex.ru

Обобщен опыт хирургического лечения 112 больных с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом язвы двенадцатиперстной кишки. 82 пациентам выполнена радикальная дуоденопластика как первый этап хирургического лечения, направленный на восстановление моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка. Вторым этапом после дополнительного обследования производилась селективная проксимальная ваготомия как антацидная операция. 30 больным выполнена резекция 2/3 желудка в различных модификациях. Проведена сравнительная оценка способов хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза, проанализированы ранние послеоперационные осложнения и отдаленные патологические синдромы.

Ключевые слова: язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз ДПК, хирургическое лечение.

**M. T. DIDIGOV¹, V. M. DURLSHTER², G. K. KARIPIDI¹, E. S. BABENKO¹,
O. Y. KLIUCHNIKOV¹, A. V. KURILOV¹, V. A. KESHISHIAN¹**

SURGICAL TREATMENT OF DECOMPENSATED CICATRICAL-ULCERATIVE STENOSIS OF DUODENAL ULCER

¹Department of Hospital Surgery with the course of Urology, Kuban State Medical University,
Russia, 350000, Krasnodar, st. 40 e Pobedy, 14;
Municipal Health Krasnodar city clinical hospital ambulance;

The experience of surgical treatment of 112 patients with decompensated cicatricial-ulcerative stenosis of duodenal ulcer. 82 patients completed radical duodenoplastika as the first stage of surgical treatment aimed at restoring motor-evacuation and secretory functions of the stomach. The second stage, after an additional survey was carried out selective proximal vagotomy, as antacid operation. 30 patients underwent resection of 2/3 of the stomach in various versions. A comparative evaluation of methods of surgical treatment of decompensated cicatricial-ulcerative stenosis, analyzed early postoperative complications and long-term pathological syndromes.

Key words: duodenal ulcer, decompensated cicatricial-ulcerative stenosis of duodenal ulcer, surgical treatment.

Введение

В настоящее время язвенная болезнь является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов. По данным мировой статистики, ее распространенность среди взрослого населения достигает 6–10% [1, 2]. В общей структуре осложненных форм язвенной болезни ДПК (ЯБДПК) частота стеноза варьирует от 10% до 63,5%, составляя в среднем 15–30%, частота декомпенсированного стеноза составляет от 5% до 15%. Среди других осложнений ЯБДПК стеноз является показанием к хирургическому лечению у 45–84% больных. Летальность при хирургическом лечении декомпенсированного стеноза в 1,5–2 раза выше, чем при неосложненной дуоденальной язве [1, 3, 5, 6, 7].

В настоящее время единого подхода к хирургическому лечению декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза (ДРЯС) ДПК нет. Все имеющиеся методы подразделяются на 2 группы: резекционные и органосохраняющие методики. Резекция желудка, которая сопровождается относительно высокими цифрами летальности (2–5%), значительным числом ранних послеоперационных осложнений (12–35%) и развитием различных постгастрорезекционных синдромов (25–60%) в отдаленном периоде, а также повышенным риском возникновения рака культи желудка (4–6%), по-прежнему занимает лидирующие позиции в хирургическом лечении язвенной болезни в целом, в особенности ДРЯС ДПК [2, 3, 4].

В течение последних 15–20 лет в лечении осложненных форм ЯБДПК, в том числе и ДРЯС, стали применяться органосохраняющие операции, преимуществами которых являются меньшая травматичность, минимальная летальность, низкая частота развития

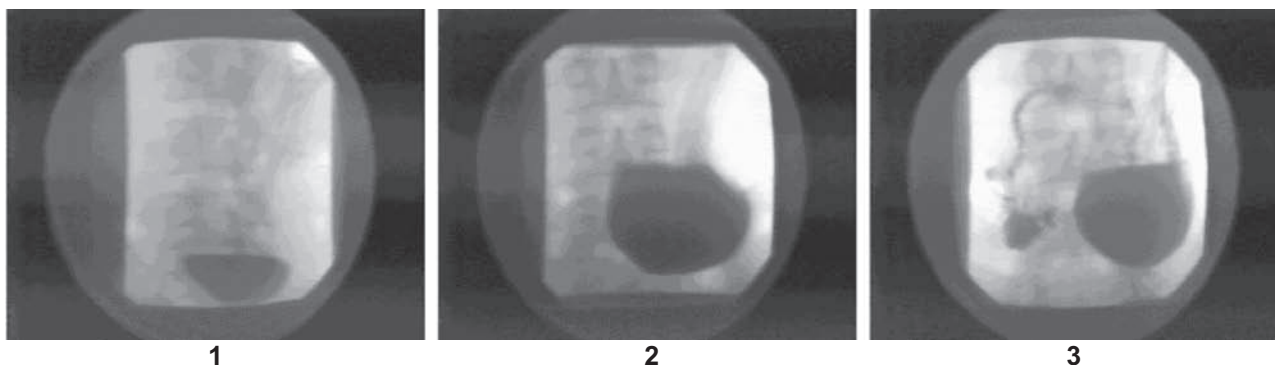
ранних послеоперационных осложнений и патологических синдромов в отдаленном периоде.

Целью настоящего исследования явились сравнительная оценка методов хирургического лечения ДРЯС ДПК и обоснование выбора оптимальной хирургической тактики в лечении данной категории больных.

Материалы и методы исследования

Обобщен опыт обследования и лечения 112 больных с ДРЯС ДПК. 82 пациента оперированы в условиях РЦФХГ в течение последних 10 лет. Всем больным выполнялась радикальная дуоденопластика (РДП) изолированная или с селективной проксимальной ваготомией (СПВ) в два этапа. Результаты обследования и лечения этих больных составили основную группу наблюдений. 30 пациентов оперированы в условиях трех хирургических отделений БСМП в период 2000–2009 гг. Всем больным произведена резекция желудка в различных модификациях. Данные пациенты составили контрольную группу наблюдений. Преобладали больные мужского пола (3:1), работоспособного возраста. Большинство больных (95%) имели длительный язвенный анамнез с типичными болями, изжогой, сезонными обострениями. 30 пациентов перенесли ранее операции по поводу осложнений ЯБДПК: ушивание перфоративной язвы было произведено 20 больным, 10 пациентов были оперированы ранее по поводу язвенного дуоденального кровотечения. Пятеро больных оперировались дважды: по поводу прободной язвы, а затем по поводу кровотечения.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование. Особое внимание уделяли водно-электролитному балансу, кислотно-щелочному равновесию, показателям азотистого обмена. Для под-



1

2

3

Рентгенография желудка:

1 – отсутствует депонирующая функция тела желудка;

2–3 – барий попадает в перерастянутый антральный отдел, где задерживается на долгое время

тверждения диагноза ДРЯС, определения степени декомпенсации всем больным выполнялись ФГДС, исследование секреции желудка, моторно-эвакуаторной функции, рентгеноконтрастное исследование желудка. ФГДС выполнялась эндоскопом фирмы «Olympus».

При рентгенографии определялись большое количество содержимого натошак, увеличенный и атоничный желудок (в виде «мешка»), опущенный в полость малого таза, отсутствие эвакуации от 24 до 72 часов (рисунок).

Секреция желудочного сока исследовалась титрационно-аспирационным методом. В качестве стимулятора желудочной секреции использовался гистамин в дозе 0,024 мг на 1 кг веса (Кау, 1953). К полученным показателям относились осторожно, поскольку при декомпенсированном стенозе имеются очень большие объемы желудочного сока, только базальный достигает 600–800 мл и более. Желудочный стаз пролонгирует гастриновую стимуляцию (вторую фазу желудочной секреции), которая становится почти непрерывной на фоне усиленной базальной секреции. Истощение защитного механизма, отсутствие эвакуации приводят к декомпенсированному ошелачиванию в антральном отделе желудка. Показатели базальной продукции кислоты (БПК) составили у обследованных больных $10,7 \pm 1,35$ ммоль/час, максимальная продукция кислоты (МПК) соответственно $42,4 \pm 2,37$ ммоль/час. Использование двухэтапной тактики хирургического лечения позволяло получить истинные показатели секреции после выполнения первого этапа лечения – изолированной радикальной дуоденопластики (т. е. восстановления естественной эвакуации из желудка в ДПК) и тем самым решить вопрос о необходимости антацидной операции.

Существуют клинические, анатомические и функциональные критерии для выделения различных степеней язвенного пилородуоденального стеноза. Предложено множество классификаций стеноза, причем некоторые из них отличаются либо крайним схематизмом, либо излишней громоздкостью. В работе пользовались клинико-анатомической классификацией ДРЯС, основанной на клинических наблюдениях и данных биохимических

и инструментальных исследований, предложенной В. М. Дурлештером. С учетом этих данных, а также наличия или отсутствия признаков гастрогенной тетании выделены три степени декомпенсации стеноза: первая, вторая и третья. В таблице 1 отражены критерии, на основании которых производится группировка больных по степеням декомпенсации стеноза ДПК.

С первой степенью декомпенсации было 68 больных (60,7%), со второй степенью – 36 (32,2%), с третьей – 8 больных (7,1%). Степенью декомпенсации стеноза определялась методика предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. Как видно, преобладали больные с I степенью декомпенсации. Они, как правило, не имели выраженных биохимических нарушений, находились в удовлетворительном состоянии и не требовали длительной предоперационной подготовки. Им проводилось промывание желудка антисептическими и щелочными растворами. Больные этой группы оперировались через 1–2 суток с момента поступления.

В послеоперационном периоде больным проводилась назогастральная декомпрессия. Зонд устанавливался во время операции анестезиологом и контролировался хирургом пальпаторно. Постоянная пассивная декомпрессия тонким зондом позволяет: 1) разгрузить зону анастомоза; 2) исключить процессы брожения в результате застоя; 3) устранить расширение желудка и тем самым улучшить вентиляцию легких; 4) ускорить восстановление тонуса желудочной стенки. У больных с I степенью декомпенсации зонд находился в желудке в течение 3 суток. За это время восстанавливалась удовлетворительная эвакуация из желудка в ДПК. Объем голодного желудка к концу 3-х суток составлял 150–200 мл. К этому же сроку отменялась инфузионная терапия, разрешался прием жидкостей. На 6–8-е сутки больные принимали жидкую пищу. С 10–12-х суток их переводили на дробное 5–6-разовое питание по типу I стола Певзнера.

Для больных со II степенью декомпенсации были характерны, как уже указывалось, снижение показателей K^+ , Na^+ , Cl^- , гипопроотеинемия. Этой группе пациентов в обязательном порядке проводилась интенсивная предоперационная подготовка – инфузионно-

Таблица 1

Клинико-анатомическая классификация декомпенсированного язвенного дуоденального стеноза

Степень декомпенсации	Клинические проявления	Биохимические показатели	Гастрогенная тетания
I	Самопроизвольная рвота, задержка эвакуации от 24 до 38 часов; объем голодного желудка от 0,8 до 1 л	В пределах нормы	Отсутствует
II	Искусственная рвота, задержка эвакуации от 36 до 72 часов. Объем голодного желудка от 1,0 до 1,4 л	Снижение показателей K^+ , Na^+ , Cl^- . Гипопроотеинемия, анемия	Стертая форма (адинамия, вялость, сонливость, парестезии, гипертонус отдельных мышц)
III	Эвакуации нет. Объем голодного желудка от 1,4 до 2,1 л	Гипохлоремический алкалоз, азотемия, гипокальциемия	Истинно тетаническая форма с нарушением сознания. Выраженный гипертонус мышц

трансфузионная терапия, направленная на восстановление белково-электролитного баланса (переливание поляризующей смеси с содержанием калия до 8–10 г, альбумин, протеин, растворы аминокислот и электролитов). Одновременно проводилось постоянное назогастральное дренирование, назначались гастротонические препараты (церукал, реглан). Предоперационная подготовка занимала в среднем 7 ± 2 дня.

В послеоперационном периоде назогастральное дренирование продолжалось в течение 5 дней. К началу 6-х суток, если объем голодного желудка составлял не более 200 ± 50 мл, зонд удалялся. К 6–7-м суткам больным отменялась инфузионная терапия, и они переходили на питьевой режим. С 9–10-х суток разрешался прием жидкой пищи, а с 12–14-х – питание по столу № 1.

Больные с III степенью декомпенсации поступали в крайне тяжелом состоянии: без сознания, с выраженным гипертонусом мышц, проявлявшиеся в виде мелких подергиваний, сведения пальцев рук, ног, челюстей, гипертонусом затылочных мышц. Больные данной группы госпитализировались в реанимационное отделение. Проводимые реанимационные мероприятия одновременно являлись и предоперационной подготовкой. Последняя у этих больных в среднем занимала 14 ± 3 дня.

В послеоперационном периоде назогастральный зонд у больных находился 7 ± 2 дня. К концу 7-х суток после проведения суточной пробы на эвакуацию (объем голодного желудка составлял 300 ± 50 мл) зонд удалялся. С 7–9-го дня с момента операции разрешался питьевой режим, на 10–12-й день – жидкая пища. Начиная с 14-го дня больные переходили на питание по I столу (малыми порциями, до 6–8 раз в сутки).

Результаты и обсуждение

Всем больным основной группы на первом этапе хирургического вмешательства была выполнена РДП по разработанной в условиях РЦФХГ методике [5]. Эндоскопическое и рентгенологическое исследования лиц с декомпенсированным дуоденальным стенозом не дают полного представления о патоморфологических изменениях в пилорoduоденальной зоне. Выраженная деформация луковицы, дилатация пилорического жома и антрализация надстенотической части ДПК, грубая конвергенция складок слизистой оболочки затрудняют ориентацию и приводят к частым ошибкам в определении уровня стеноза, наличия и локализации язвы, ее взаимоотношения с пилорическим жомом и большим дуоденальным сосочком. Совершенно невозможно дооперационная характеристика постстенотических отделов ДПК. В этой связи главная роль в выборе оптимального способа пластической реконструкции луковицы ДПК отводится морфологическим критериям, полученным при интраоперационном исследовании.

Только поэтапное интраоперационное исследование может дать точное представление о характере поражения луковицы ДПК рубцово-язвенным процессом, определить резко дилатированный истонченный привратник, а также обнаружить большой дуоденальный сосочек.

Интраоперационное исследование в дуоденогастральной зоне начинается с поэтапного выделения пораженного участка из рубцово-спаечных наслоений, возникших либо в результате длительного течения язвенного процесса, либо после ранее перенесенных операций на ДПК. После снятия рубцово-спаечных

наложений открывается зона поражения, последняя может быть рубцовой, рубцово-язвенной или язвенно-инфильтративной.

В зависимости от характера рубцового поражения различают формы стеноза – циркулярную, когда рубцовым процессом поражаются все стенки луковицы по типу кольца, поражения только передней или переднебоковых стенок по большой или малой кривизне ДПК, а также тубулярную форму, т. е. протяженный стеноз.

Следующий этап интраоперационной диагностики – нахождение привратника. Последний часто не удается определить обычной пальпацией пилорoduоденальной зоны. Пилорус резко истончен, дилатирован, практически не сокращается, его диаметр соответствует расширенному антральному отделу желудка. Дилатированный привратник и антральный отдел сливаются с расширенной надстенотической частью луковицы ДПК, образуя единый «мешок».

Данная перестройка слизистой надстенотической части ДПК, слияние ее с привратником и антральным отделом, получила название «антрализация луковицы ДПК». Она характерна только для больных с декомпенсированным стенозом. «Псевдодивертикулы» – критерии компенсированного и субкомпенсированного стеноза – при этом отсутствуют. Знание феномена «антрализации» луковицы у больных с декомпенсированным стенозом исключает ошибки с постановкой неправильного инструментального диагноза стеноза привратника.

Кроме того, нужно помнить еще об одной особенности, характерной для декомпенсированного стеноза. Это втяжение пораженной луковицы в антральный отдел желудка через дилатированный привратник по типу чернильницы-невывайки за счет свисания атоничных стенок желудка и постязвенных рубцовых втяжений. Поэтому без освобождения и выведения луковицы ДПК из желудка выполнять поперечную дуоденотомию нельзя, т. к. она может разрушить истонченный невидимый привратник или пройти по антральному отделу желудка (который принимается за луковицу ДПК).

Таким образом, после освобождения от воспалительной «мантии» и постязвенных рубцов луковицы ДПК, выведения ее из желудка выполняется поперечная дуоденотомия. Выполнение дуоденотомии по линии стеноза позволяет выявить наличие язвенного поражения боковых или задней стенки луковицы ДПК, а пальпаторно через слизистую – привратник. Следует отметить, что даже пальцевая диагностика привратника у больных с декомпенсированным стенозом требует навыка и большого опыта. Он настолько истончается, дилатируется и сливается с расширенным антральным отделом, что его можно обнаружить, только имея опыт многократных операций у данной группы больных.

После нахождения привратника, БДС приступают к иссечению пораженных рубцом или язвой стенок луковицы ДПК. Это делается предельно экономно, максимально сохраняя неповрежденную ткань кишки, особенно в зоне привратника. Операция выполняется только в зоне измененных тканей на пораженной кишке, т. к. смещение и расширение зоны иссечения могут привести к повреждению элементов гепатoduоденальной связки, панкреатoduоденальной артерии, поджелудочной железы. При ДРЯС ДПК использовали разработанную нами методику операции (патент на изобретение РФ № 2336032 от 20.10.2008 г.).

Морфологические исследования показали, что заживление раны конце-концевого дуоденального анастомоза, сформированного однорядным серозно-мышечно-подслизистым швом монолитной нитью в условиях прецизионной техники, происходит по типу первичного натяжения, без краевого некроза слизистой, с образованием нежного рубца. Этому способствуют точное сопоставление одноименных слоев, биологическая ареактивность шовного материала, физический и биологический герметизм прецизионного шва, минимальное нарушение кровообращения в дуоденальной ране, отсутствие выступающего в просвет раневого валика.

РДП является дренирующей операцией, позволяющей восстановить естественную эвакуацию желудочного содержимого в ДПК, не разрушая привратника. Вместе с тем она не исключает рецидива язвенной болезни, так как не устраняет агрессивный кислотно-пептический фактор. В качестве антацидной операции в основной группе больных была использована СПВ. СПВ выполнялась вторым этапом в основном в первые 2 месяца после РДП после дополнительного детального обследования пациентов. 12 больным СПВ не производилась, так как показатели желудочной секреции находились в пределах нормы в течение 1 года наблюдения. Следует отметить, что в условиях появления новых высокоэффективных антацидных препаратов последних поколений вопрос о выполнении СПВ дол-

жен решаться индивидуально, во многом в зависимости от социального статуса пациента.

Больным контрольной группы была выполнена резекция 2/3 желудка. Резекция желудка по Бильрот-1 произведена у 9 больных, по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера – 19 больным, 2 пациентам выполнена резекция желудка по Ру. 5 больных оперированы в неотложном порядке, 25 – в отсроченном. Данные о характере и частоте ранних послеоперационных осложнений в обеих группах больных приведены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, наибольшее число осложнений в основной группе приходится на тех больных, у которых были одновременно выполнены дуоденопластика и СПВ. С изменением хирургической тактики лечения больных с ДРЯС – переходом на двухэтапный метод – указанные выше послеоперационные осложнения практически не встречались. Летальных исходов в основной группе больных не было. В контрольной группе имел место один летальный исход (3,3%).

Отдаленные результаты лечения ДРЯС прослежены у всех больных основной группы и у 17 больных контрольной группы. Эти данные отражены в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что практически все патологические состояния в отдаленном периоде после оперативного вмешательства в большей степени выражены у пациентов, перенесших резекцию желудка.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующие выводы: у больных с ДРЯС

Таблица 2

Характер и частота ранних послеоперационных осложнений

Осложнения	Вид операции			
	СПВ+ДП	РДП (1-й этап)	СПВ (2-й этап)	Резекция 2/3 желудка
Панкреатит	3 (3,6%)	-	-	2 (6,7%)
Гастростаз	6 (7,3%)	-	-	1 (3,3%)
Пневмония	2 (2,4%)	2 (2,4%)	-	3 (10%)
Флебит подключичной вены	-	1 (1,2%)	-	1 (3,3%)
Несостоятельность швов	-	-	-	2 (6,7%)
Внутрибрюшное кровотечение	-	-	-	1 (3,3%)
Абсцессы брюшной полости	-	-	-	1 (3,3%)
Всего	11 (13,4%)	3 (3,6%)	0	11 (36,6%)

Таблица 3

Патологические состояния у больных с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом в отдаленном периоде после операции

Патологические состояния	Основная группа	Контрольная группа
Рецидив язвы	1 (1,2%)	1 (5,9%)
Гипоацидная хлоргидрия	4 (4,8%)	2 (11,8%)
Демпинг-синдром	3 (3,6%)	3 (17,6%)
Дисфагия	2 (2,4%)	2 (11,8%)
Астеновегетативный синдром	3 (3,6%)	2 (11,8%)
Желудочный дискомфорт	16 (20%)	5 (29,4%)
Синдром приводящей петли	-	2 (11,8%)
Железодефицитная анемия	-	3 (17,6%)

ДПК возможно выполнение органосохраняющего вмешательства. Об этом свидетельствует восстановление моторно-эвакуаторной и секреторной функций «декомпенсированного» желудка после устранения стеноза ДПК. Именно РДП является операцией выбора при данной патологии.

Двухэтапный способ (первый этап – РДП, второй – СПВ) лечения больных с ДРЯС ДПК является патогенетически оправданным и обоснованным.

У некоторых больных с ДРЯС ДПК после выполнения РДП отпадает необходимость в выполнении второго этапа вмешательства (СПВ). Во многом это связано с появлением современных антацидных препаратов.

Резекционные методы лечения ДРЯС ДПК сопровождаются большим числом ранних послеоперационных осложнений, отдаленных патологических синдромов, более высоким процентом летальных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунов В. Н., Нагиев Э. Ш., Столярчук Е. В. Осложненные гигантские пилородуоденальные язвы: клиническая картина,

диагностика, хирургическое лечение // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 3. – С. 63–69.

2. Кузин Н. М., Алимов А. Н. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1997. – № 4. – С. 38–43.

3. Кузин Н. М., Крылов Н. Н. Эффективность хирургического лечения дуоденальной язвы // Хирургия. – 1999. – № 1. – С. 17–20.

4. Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.

5. Окоемов М. Н., Кузин Н. М., Крылов Н. Н. и др. Сравнительная характеристика эффективности операций при язвенном пилородуоденальном стенозе // Хирургия. – 2002. – № 5. – С. 26–29.

6. Оноприев В. И., Замулин Ю. Г., Сиухов Ш. Т., Караваев В. Л. Дуоденопластика – новый тип дренирующей операции при селективной проксимальной ваготомии у больных со стенозирующими язвами двенадцатиперстной кишки // Всероссийская научная практическая конференция хирургов. Тезисы докл. – Саратов, 1980. – С. 239–240.

7. Ellis H. Pyloric stenosis in surgery of the stomach and duodenum, 4 th edition / L. M. Nyhus. – Boston: little Brown, 1986. – P. 475–489.

Поступила 23.03.2010

А. Е. ДОРОШЕНКОВА, Н. В. СТАВИЦКАЯ

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙНОГО КОНТАКТА

Кафедра фтизиопульмонологии КГМУ,

Россия, 350040, г. Краснодар, ул. Айвазовского, 95. E-mail: stavitskaya@mail.ru

В статье представлены результаты генотипирования HLA DRB1 локуса больных и здоровых инфицированных МБТ детей при наличии и отсутствии семейного контакта с бактериовыделителем. Обнаружено влияние комплекса генетических факторов устойчивости/предрасположенности на развитие специфического процесса у детей из семейного контакта.

Ключевые слова: туберкулез, дети, генетика, HLA DRB1.

A. Ye. DOROSHENKOVA, N. V. STAVITSKAYA

EFFECT OF GENETIC FACTORS ON SICKNESS RATE OF TUBERCULOSIS AMONG CHILDREN WITH FAMILIAL EXPOSURE

Department of Phthisiopneumology of Kuban state medical university,

Russia, 350040, Krasnodar, str. Aivazovskogo, 95. E-mail: stavitskaya@mail.ru

The article presents the results of genetic typing of children with tuberculosis and healthy children infected MBT with presence and absence of familial exposure. The effect of complex with genetic durability/predisposition on development of specific process of children with familial exposure.

Key words: tuberculosis, children, genetic, HLA DRB1.

В настоящее время не вызывает сомнений положение о том, что развитие инфекционного процесса определяется не только свойствами возбудителя (вирулентность, контактируемость, лекарственная устойчивость и т. д.), но и индивидуальными особенностями макроорганизма (прежде всего способностью давать адекватный иммунный ответ), которые являются отражением его генетической структуры [9]. Наследственная подверженность инфекционным агентам связана с двумя факторами: относительно редкие генетические дефекты, приводящие к иммунодефицитам, а также (более распространенный вариант)

сочетание у индивида «нормальных» аллелей генов, по отдельности имеющих слабый эффект, но в совокупности приводящих к формированию особенностей иммунитета, предрасполагающих к развитию инфекционного заболевания [8]. В литературе имеются многочисленные сообщения о более частой заболеваемости туберкулезом детей из контактных семей [4, 5, 3, 2, 6, 7]. По данным В. А. Аксеновой [1], инфицированность детей, проживающих совместно с больными, в 2 раза выше, чем детей из здорового окружения, а заболеваемость в очагах превышает общую заболеваемость детей в 50 раз.