

9. Hungerford, P.A. Leukocytes cultured from small inocula of whole blood and the preparation of metaphase chromosomes by treatment with hypotonic KCl /P.A. Hungerford //Stain. Techn. – 1965. – V. 40. – P. 333-338.
10. База данных для анализа количественных характеристик частоты хромосомных aberrаций в культуре лимфоцитов периферической крови человека /Н.П. Бочков, А.Н. Чеботарев, Л.Д. Катосова и др. //Генетика. –2001. – № 4. – С. 549-557.



**Вдовина Е.В., Пылков А.И., Магарилл Ю.А.**  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово*

## ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРОВОДИМОГО У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ, НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

В статье представлены результаты клинического исследования состояния тканей пародонта у пациентов со злокачественными опухолями головы и шеи, проходивших комбинированное лечение в Областном клиническом онкологическом диспансере г. Кемерово с 2008 по 2011 гг. Всего обследованы 369 человек в возрасте от 20 лет и старше, с установленным диагнозом: рак гортани, рак губы и рак слизистой оболочки полости рта и глотки. Исследование проводилось с использованием стандартной модифицированной карты стоматологического пациента. Оценивали состояние тканей пародонта после каждого этапа комбинированного лечения онкологического заболевания по основным показателям с применением клинических методов обследования. По результатам клинического исследования выявлена зависимость изменений тканей пародонта от вида проведенного лечения, локализации опухолевого процесса и санации полости рта. Изменение состояния тканей пародонта после проведения лучевой и химиотерапии наблюдали у 100 % пациентов. Отсутствие санации полости рта перед проведением комбинированного лечения в онкологическом диспансере ухудшает состояние тканей пародонта на всех этапах лечения.

**Ключевые слова:** *стоматологический статус; злокачественные новообразования головы и шеи; заболевания пародонта; санация полости рта.*

**Vdovina E.V., Pylkov A.I., Magarill J.A.**  
*Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo*

### INFLUENCE OF COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH HEAD AND NECK MALIGNANT TUMOURS UPON PERIODONTAL TISSUE CONDITION

In the given article the results of clinical research of periodontal tissue condition in patients with head and neck malignant tumours, undergoing combined treatment in Regional clinical oncological center (Kemerovo) during the period from 2008 till 2011 are presented. We examined 369 persons aged 20 years old and older. The diagnosis made: throat cancer, lip cancer and mucous membrane of oral cavity and larynx cancer. Periodontal tissue condition was estimated at each stage of oncological disease combined treatment according to basic indicators and clinical examination methods used. The research detected correlation between periodontal tissue changes and type of treatment undergone, tumour localization and oral cavity sanitation. Periodontal tissue condition changes after radiation and chemotherapy treatments were observed in 100 % of patients. Absence of oral cavity sanitation before combined treatment in oncological clinic worsens periodontal tissue condition at all treatment stages.

**Key words:** *stomatologic status; throat cancer; lip cancer; head and neck malignant tumours; periodontal diseases; oral cavity sanitation.*

Общая онкологическая заболеваемость остается актуальной проблемой современной медицины. В Кемеровской области в 2010 г. заболеваемость составила 342 случая на 100000 населения. В структуре общей онкологической заболеваемости злокачественные опухоли головы и шеи составили 13,9 на 100 тыс. населения области, представляя собой одну из сложнейших медико-социальных проблем онкологии [1, 2]. Новообразования этой

локализации относятся к группе социально-значимых заболеваний, являясь причиной инвалидизации и смертности преимущественно трудоспособного (40-60 лет) населения многих стран (Трапезников Н.Н. и др., 1998). Анатомические и функциональные особенности челюстно-лицевой области, склонность злокачественных новообразований этой локализации к быстрому инфильтративному росту, раннее метастазирование обуславливают тяжелое течение заболевания и создают значительные трудности в лечении [3].

Современное лечение злокачественных опухолей — программное, протокольное, разработанное на основе знаний особенностей биологического поведения опухолей, фармакодинамики и фармакокинетики различных препаратов, принципов комбинации различ-

#### Корреспонденцию адресовать:

ВДОВИНА Елена Викторовна,  
 650055, г. Кемерово, ул. Космическая, 4-25.  
 Тел.: +7-923-614-03-32.  
 E-mail: ofelia-69@mail.ru

ных методов, их последовательности и последствий. Хирургическое лечение этой категории пациентов связано с необходимостью выполнения обширных травматичных вмешательств, требующих впоследствии дорогостоящих сложных реконструктивных операций по замещению дефектов тканей (Чиссов В.И., Решетов И.В., 2005). Поэтому в настоящее время в практику онкологии прочно вошли многокомпонентные схемы полихимио- и лучевой терапии (Гольдберг Е.Д. и др., 2000).

На всех этапах лечения у пациентов в полости рта возникают различные воспалительные осложнения, так как проводимое комбинированное лечение данной категории лиц определяет токсическое действие на нормальные, быстропролиферирующие клетки органов и тканей организма в результате отсутствия строгой селективности противоопухолевых препаратов и лучевой терапии (Лосева М.И. и соавт., 2000; Гершанович М.Л. и др., 2004). Повреждение слизистой оболочки полости рта и глотки рассматривается в настоящее время как фактор, лимитирующий агрессивность нехирургического лечения злокачественных новообразований головы и шеи (Trotti A. et al., 2003; Sonis S.T. et al., 2004).

При лучевой и химиотерапии в тканях пародонта возникают тяжелые реакции, как результат воздействия лучевой и полихимиотерапии, отягощая общее состояние и качество жизни пациентов. [4-7]. Данные исследований о влиянии проводимого лечения на степень тяжести заболеваний пародонта у многих авторов вариабельны и противоречивы. Оценка степени влияния каждого метода на ткани пародонта недостаточно определена, поэтому есть необходимость оценить изменения в тканях пародонта у пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи на этапах комбинированного лечения.

**Цель исследования** — выявить зависимость изменений тканей пародонта от видов комбинированного лечения у пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе Кемеровского областного клинического онкологического диспансера проведено обследование состояния тканей пародонта у пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи, получивших комбинированное лечение с 2008 по 2011 гг. Всего обследованы 369 человек в возрасте от 20 лет и старше. Все лица, участвовавшие в исследовании, дали информированное согласие на участие. Все исследования проведены с согласия этического комите-

та ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития РФ на основании требований Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» и поправок Приказа Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266 «Правила клинической практики в Российской Федерации». Пациенты, вошедшие в группу исследования по половой принадлежности, распределились следующим образом: мужчин — 320 (86,7 ± 1,8 %), женщин — 49 (13,3 ± 1,8 %). По локализации злокачественного процесса пациенты распределились следующим образом:

1. Злокачественные новообразования слизистой оболочки полости рта и глотки — 155 человек (42 % от общего числа обследованных), из них 121 мужчина (78,1 %) и 34 женщины (21,9 %).
2. Злокачественные новообразования гортани — 142 человека (38,5 %), из них 140 мужчин (98,6 %) и 2 женщины (1,4 %).
3. Злокачественные новообразования губ — 72 человека (19,5 %), из них 59 мужчин (81,9 %) и 13 женщин (18,1 %).

Также пациенты были распределены в зависимости от стадии злокачественного процесса:

- при раке СОПР количество пациентов с I-II стадией процесса составило 67 человек, с III стадией — 79, с IV стадией — 9 человек;
- при раке гортани — I-II стадия наблюдалась у 48 человек, III стадия — у 69, IV стадия — у 25 человек;
- при раке губы I-II стадия диагностирована у 54 человек, III стадия — у 18, IV стадия не диагностирована.

В зависимости от наличия предварительной санации полости рта пациенты были подразделены на две основные группы:

- I. Группа наблюдения: пациенты, нуждающиеся в санации зубов — 321 человек (87 ± 1,8 %), из них 308 мужчин (96 ± 1,1 %), 13 женщин (4,1 ± 1,1 %).
- II. Диспансерная группа: пациенты с проведенной санацией зубов — 48 человек (13 ± 1,8 %), из них 12 мужчин (25 ± 6,3 %), 36 женщин (75 ± 6,3 %). Пациенты этой группы находились на диспансерном лечении у стоматолога на всех этапах комплексного лечения и получали необходимые лечебные стоматологические мероприятия.

Опрос и осмотр пациентов проводили с применением стандартной методики обследования стоматологического пациента и набора необходимых инструментов в соответствии с амбулаторной стоматологической картой (форма 043/у). При этом применяли диагностические индексы: индекс CPITN (Ainamo, Varmes, Beagrie et al., 1982), папилло-маргинально-альвео-

### Сведения об авторах:

ВДОВИНА Елена Викторовна, аспирант, кафедра стоматологии ФППС, ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия. E-mail: ofelia-69@mail.ru

ПЫЛКОВ Александр Иванович, доктор мед. наук, зав. кафедрой стоматологии ФППС, ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия.

МАГАРИЛЛ Юрий Абрамович, канд. мед. наук, зав. кафедрой онкологии, ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия.

лярный индекс (РМА) в модификации Parma (1982), пародонтальный индекс (ПИ) (Russet, 1956) [8, 9]. Сравнение состояния тканей пародонта пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи проводили на этапах лечения.

Для статистического анализа материала использовался пакет прикладных программ Statistica 6.1 (лицензионное соглашение ВХХR006В092218FAN11). Исследование проводилось на достаточном объеме наблюдений. В тексте приводятся статистически значимые результаты. Характер распределения переменных величин определялся с помощью критерия Шапиро-Уилка (W). Описание количественных признаков проводилось с использованием медиан (Me). Разброс величин оценивался с помощью интерквартильных размахов (25-й и 75-й процентиля). Данные представлены в формате: Me (LQ; UQ). Сравнение изменений в тканях пародонта проводилось с использованием непараметрической статистики. Для сопоставления двух независимых групп применялся критерий Вилкоксона (T), независимых групп – критерий Манна-Уитни (U) [10].

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### Оценка состояния тканей пародонта до начала лечения

На начальном этапе обследования была выделена группа сравнения в количестве 50 человек, сопоставимых по полу и возрасту и не имеющих онкологических заболеваний.

Нуждаемость в лечении заболеваний пародонта выявлена как у лиц группы сравнения, так и у пациентов исследуемой группы. Тем не менее, в группе сравнения показатели нуждаемости в лечении заболеваний пародонта по индексу СРІТN составили: Me = 2,0 (1,0-3,0), что говорит о нуждаемости в профессиональной гигиене полости рта, при раке гортани и СОПР и глотки – Me = 4,0 (3,0-4,0), при раке губы – Me = 4,0 (3,5-4,0), что говорит о наличии пародонтальных карманов глубиной более 6 мм ( $p = 0,00001$ ). В общем числе индекс СРІТN выявил необходимость в комплексном лечении тканей пародонта у 254 человек ( $68,8 \pm 2,4$  %) исследуемой группы, среди них 32 женщины. В группе сравнения в лечении заболеваний пародонта нуждались 27 человек (54 %).

Состояние тканей пародонта по индексу РМА в группе сравнения и при раке гортани приравнивалось к симптомокомплексу, соответствующему гингивиту средней степени тяжести, Me = 42,0 (30,0-40,0) и Me = 55,0 (49,0-68,0), соответственно, при раке губы и СОПР и глотки – соответственно тяжелому гингивиту. Показатели при раке губы Me =

68,0 (52,0-69,0), при раке СОПР и глотки Me = 64,0 (48,0-68,0).

Определение индекса ПИ у лиц группы сравнения выявило наличие только начальных форм заболеваний пародонта: Me = 0,9 (0,7-2,0). Пародонтит средней степени тяжести выявлен при раке гортани и СОПР и глотки, где показатели составили: Me = 1,3 (1,2-2,0) и Me = 1,5 (0,9-3,0), соответственно. А при раке губы показатели составили: Me = 3,5 (1,3-4,5),  $p = 0,00001$ , что говорит о наличии пародонтита тяжелой степени. При общей оценке индекса ПИ выявлено, что развившиеся формы патологии тканей пародонта имеются у 194 человек исследуемой группы, что составляет  $52,6 \pm 2,6$  % обследованных. Данные представлены в таблице 1.

Выявлена статистически значимая зависимость показателей РМА и ПИ от локализации рака. При двустороннем сравнении показателей по критерию Краскелла-Уоллиса индекс РМА при раке губы имеет большее значение, по сравнению с показателями при раке СОПР ( $p = 0,001146$ ) и с показателями при раке гортани ( $p = 0,000322$ ). Наличие развившихся форм заболеваний пародонта по показателю ПИ чаще зарегистрировано у пациентов с раком губы ( $p = 0,000000$ ). Статистически значимой зависимости между показателями индексов и половой принадлежности пациентов исследуемой группы и группы сравнения не выявлено.

### Оценка изменений на этапе проведения лучевой терапии

Сравнение показателей на данном этапе лечения проводили между диспансерной группой и группой наблюдения. Общее число пациентов с проведенной санацией (диспансерная группа) на этом этапе составило 50.

- рак слизистой оболочки полости рта (СОПР) и глотки – 147 человек (43,8 %), из них 114 мужчин и 33 женщины; количество лиц диспансерной группы составило 31 (21,1 %), 28 женщин и 3 мужчины;
- рак гортани – 117 человек (34,8 %), 116 мужчин и одна женщина; число пациентов диспансерной группы – 1 мужчина и 1 женщина;
- рак губы – 72 человека (14 %), 59 мужчин и 13 женщин. При этом рак нижней губы составил 100 %; число пациентов диспансерной группы – 17 (23,6 %), 11 женщин и 6 мужчин.

Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от полученной лучевой нагрузки. Проводили дистанционную гамма-терапию в режиме стандартного фракционирования дозы на аппарате «Рокус-М».

1 группа – 188 пациентов (56 %) с I-II стадией процесса, получивших лучевую терапию в суммар-

#### Information about authors:

VDOVINA Elena Victorovna, postgraduate student, stomatology chair of postgraduateship department, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: ofelia-69@mail.ru

PILKOV Alexander Ivanovich, doctor of medical sciences, head of stomatology chair of postgraduateship department, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia.

MAGARILL Urij Abramovich, candidate of medical sciences, head of oncology chair, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia.

**Таблица 1**  
**Состояние пародонта (на основании индексов РМА и ПИ) в зависимости от локализации рака до начала комбинированного лечения**

Индекс	Исследуемая группа			Группа сравнения
	Рак СОПР	Рак гортани	Рак губы	
	(Ме, 25-75 процентиля, LQ; UQ)			
РМА	65,0 (48,0-68,0)	55,0 (49,0-68,0)	68,0 (52,0-69,0)	42,0 (30,0-40,0)
ПИ	1,5 (0,9-3,0)	1,3 (1,2-2,0)	3,55 (1,3-4,55)	0,9 (0,7-2,0)

ной очаговой дозе (СОД) до 40 Гр. на курс, 2 Гр. в день 5 раз в неделю.

2 группа – 148 человек (44 %) с III стадией процесса, получивших курс лучевой терапии в СОД до 70 Гр., проводимой расщепленным курсом в два этапа: на первом этапе СОД до 40 Гр., далее перерыв в две недели, на втором этапе СОД доводилась до 70 Гр.

При раке СОПР и глотки число пациентов первой группы составило 68, второй – 79. При раке гортани 48 человек составили первую группу, 69 человек – вторую группу. При раке губы все пациенты (72 человека) получили лучевую терапию в суммарной очаговой дозе до 40 Гр. Цифровые данные изменения показателей представлены в таблице 2.

Статистически значимые изменения индекса РМА и ПИ выявлены в обеих группах при раке губы и СОПР и глотки. Оценка нуждаемости в лечении заболеваний пародонта по критерию N индекса CRITN после лучевой терапии не выявило статистически значимых изменений. Показатели у лиц диспансерной группы меняются статистически не значимо, что говорит о влиянии проведенной санации полости рта до начала комплексного лечения. Таким образом, выявлена зависимость изменений индексов РМА и ПИ после проведения лучевой терапии от локализации опухолевого процесса и наличия санации полости рта.

#### Оценка изменений после проведения хирургического лечения

После проведения лучевой терапии 1 группа пациентов (188 человек) получила хирургическое лечение, 69 пациентов с раком СОПР, 48 пациентов с раком гортани и 72 человека с раком губы. Общее число пациентов диспансерной группы перед хирур-

**Таблица 2**  
**Изменение состояния тканей пародонта исследуемой группы (на основании индексов РМА и ПИ) после лучевой терапии**

Индексы	Локализация рака		
	Рак СОПР	Рак гортани	Рак губы
	(Ме, 25-75 процентиля, LQ; UQ) до лечения и после		
РМА	65,0 (48,0-68,0) - 67,0 (52,0-71,0) p = 0,007946	55,0 (49,0-68,0) - 56,0 (50,0-70,0) p = 0,137716	68,5 (52,0-71,0) - 70,0 (54,0-71,0) p = 0,024463
ПИ	1,2 (0,8-1,6) - 1,6 (1,0-3,0) p = 0,048500	1,3 (1,2-2,0) - 1,3 (1,1-2,2) p = 0,147454	4,3 (4,2-4,3) - 4,5 (4,5-4,6) p = 0,011010

гическим вмешательством составило 35 человек, группы наблюдения – 154 человека. Хирургическое лечение проводилось пациентам с I-II стадией опухолевого процесса. Оценку состояния тканей пародонта проводили на 10-й день после операции. Двустороннее сравнение показателей выявило статистически значимые различия в изменении индекса РМА у лиц группы наблюдения при раке СОПР и глотки, где показатели изменились от 64,0 (48,0-68,0) до 65,0 (49,0-68,0), p = 0,004163. При раке губы значение индекса изменилось от 68,0 (52,0-69,0) до 69,0 (52,0-71,0), p = 0,010643. Изменения индекса при раке гортани статистически не значимы (p = 1,000000). Показатели индекса ПИ и Критерия N индекса CRITN изменяются математически не значимо. Исходя из вышесказанного, изменение состояния тканей пародонта после хирургического лечения выявлено в группах с раком губы и СОПР и глотки и характеризуется усугублением тяжести гингивита. У лиц диспансерной группы показатели изменились статистически не значимо.

#### Оценка изменений индексов после проведения химиотерапии

Пациенты, получившие химиотерапевтическое лечение, в количестве 57 человек с III-IV стадией процесса были распределены следующим образом: пациенты группы наблюдения – 40 (мужчин); пациенты диспансерной группы – 17 (13 мужчин и 4 женщины).

По локализации опухолевого процесса химиотерапевтическое лечение проводили при раке гортани (24 человек) и СОПР и глотки (33 человека). При этом всем пациентам проводили химиотерапию с использованием комбинации препаратов «5-Фторурацил» и «Цисплатин». Оценка состояния тканей пародонта проводилась до начала лечения и после окончания шестого курса химиотерапии. При этом неблагоприятное влияние проводимого лечения выявлено по всем показателям.

Изменения индекса РМА в группе наблюдения выявлены как при раке гортани, так и при раке СОПР, при этом значительное изменение показателей в сторону утяжеления процесса отмечено в группе с раком СОПР, где показатели изменились от 56,0 (47,0-64,0) до 64,0 (48,0-68,0) (p=0,000000). Значение медианы РМА при раке гортани до лечения составило 54,0 (48,0-66,0), после лечения – 55,0 (49,0-68,0).

Также после проведения химиотерапии выявлены статистически значимые изменения индекса ПИ у лиц группы наблюдения. При раке гортани показатели изменились от 1,3 до 1,4 (p = 0,000000), при раке СОПР и глотки – от 1,5 до 1,6 (p = 0,000012). Изменения индекса ПИ свидетельствуют о выявлении более тяжелых форм заболеваний пародонта, что подтверждается изменением критерия N в индексе CRITN, где значение показателя изменилось от 3,5 до 4,0 (p = 0,000655). У пациентов диспансерной группы показатели всех индексов изменились мате-

матически не значимо в результате своевременного стоматологического лечения.

## ВЫВОДЫ:

1. Нуждаемость в лечении тканей пародонта выявлена у 68,8 % лиц со злокачественными новообразованиями головы и шеи и у 54 % у пациентов, не имеющих онкологических заболеваний.
2. Ухудшение состояния тканей пародонта после проведения лучевой терапии выявлено при всех представленных формах рака, при этом степень тяжести заболеваний пародонта зависит от локализации процесса, дозы полученной лучевой нагрузки и наличия санации полости рта.
3. Состояние тканей пародонта после проведения хирургического этапа лечения у лиц группы наблюдения меняется в сторону утяжеления процесса при раке губы и СОПР и глотки.
4. Неблагоприятное влияние химиотерапии на состояние тканей пародонта наблюдается у 100 % пациентов группы наблюдения.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность) /В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2009. – 241 с.
2. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2006 году /В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2007. – 178 с.
3. Соловьев, М.М. Рак слизистой оболочки полости рта и языка (резервы улучшения результатов лечения) /М.М. Соловьев //Практич. онкол. – 2003. – Т. 4, № 1. – С. 31-37.
4. Microbiology of acute periodontal infection in myelosuppressed cancer patient /D.E. Peterson, G.E. Minah, C.D. Overnolser et al. //J. Clin. Oncol. – 1987. – V. 5. – P. 1461-1468.
5. Гончарова, Е.И. Поражения тканей полости рта, вызванные источником ионизирующего излучения /Е.И. Гончарова, В.Н. Олесова, В.И. Спицина //Рос. стоматол. журн. – 2002. – № 4. – С. 44-46.
6. Хубер, М. Стоматологическая помощь пациентам с онкологическими заболеваниями /М. Хубер, Г. Терезалми //Квинтэссенция. – 2006. – № 4. – С. 347-370.
7. Химиолучевое лечение больных местнораспространенным раком органов полости рта и ротоглотки /В.В. Карасева, З.Д. Кицманюк, Л.И. Мусабаева и др. //Рос. онколог. журн. – 2000. – № 4. – С. 21-23.
8. Белоусов, Н.Н. Проблемы обследования и диагностики при заболеваниях пародонта /Н.Н. Белоусов, В.И. Буланов //Стоматология. – 2004. – № 2. – С. 19-20.
9. Грудянов, А.И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта /А.И. Грудянов //Пародонтол. – 1999. – № 3. – С. 8-13.
10. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA /О.Ю. Реброва. – М., 2002. – 312 с.

**Болотов К.С., Краснов О.А., Подолужный В.И., Павленко В.В., Ооржак О.В.**  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
 МБУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 г. Кемерово*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ КИСЛОТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Обследованы через 5 лет 17 пациентов после лапароскопической селективной проксимальной ваготомии и 30 пациентов после лапароскопической комбинированной ваготомии. Зараженность *Helicobacter pylori* в группах была 94,1 % и 90 %. Рецидива язвенной болезни не выявлено. Сохранено статистически значимое угнетение кислотопродукции, в обеих группах эвакуаторные нарушения не обнаружены. Качество жизни оперированных пациентов не отличалось от условно здоровых людей.

**Ключевые слова:** лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия; лапароскопическая комбинированная ваготомия; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

**Bolotov K.S., Krasnov O.A., Podolujnii V.I., Pavlenko V.V., Oorzhak O.V.**  
*Kemerovo State Medical Academy,  
 M.A. Podgorbunsky City Clinical Hospital N 3, Kemerovo*

### LONG-TERM RESULTS OF ACID REDUCING NON-RESECTION SURGERY IN PATIENTS WITH DUODENAL PEPTIC ULCERS

In 5 years 17 patients after laparoscopic selective proximal gastric vagotomy and 30 patients after laparoscopic combined gastric vagotomy were examined. *Helicobacter pylori* infection incidence in groups comprised 94,1 % and 90 % consequently. Ul-