

На правах рукописи

Студеникин Лев Викторович

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Уфа – 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук **Бондаревский Илья Яковлевич**.

Официальные оппоненты:

Дронова Ольга Борисовна, доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры хирургии.

Репин Максим Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры хирургии факультета дополнительного профессионального образования.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится « » _____ 2018 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.02 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, по адресу 450008, РФ, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте: <http://www.bashgmu.ru//dissertatsii>.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,

доктор медицинских наук

Федоров Сергей Владимирович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Частота развития постхолецистэктомического синдрома может достигать 50% случаев (Ильченко А.А., 2012; Кучерявый Ю.А., 2013). Среди основных его причин большинство авторов выделяют хронические нарушения дуоденальной проходимости (Осипенко М.Ф. и др., 2012; Скворцова Т.Э. и др., 2013; Macaron C. et al., 2011; Zhang J. et al., 2017).

Взаимосвязь хронических нарушений дуоденальной проходимости с желчнокаменной болезнью и развитием постхолецистэктомических осложнений является объектом научного интереса многих ученых (Филистович А. В. и соавт., 2012; Еремина Е.Ю., 2016; Галиев Ш.З. и соавт., 2016; Jaipoo S.S., 2010; Macaron C. et al., 2011; Zhang J et al., 2017). Многими также отмечается высокая вероятность развития после холецистэктомии панкреатита на фоне хронических нарушений дуоденальной проходимости (Рыбачков В.В. и др., 2013; Медведев А.М., 2014; Мартынов В.Л. и др., 2017). Доказано, что после холецистэктомий частота встречаемости моторной патологии двенадцатиперстной кишки достигает 35%-99,1% (Магомедов А.Г. и др., 2007; Самигуллин М.Ф. и др., 2008; Минушкин О.Н. и др., 2016; Fall K. et al., 2007). В большом количестве публикаций, подтверждающих отрицательное влияние холецистэктомии на моторику верхних отделов желудочно-кишечного тракта, авторы не описывают оптимальные методы и средства коррекции дуоденального стаза при холецистэктомии. Но, многие из них (Семенов В.В. и др., 2014; Плеханов А.Н. и др., 2015; Мартынов В.Л. и др., 2017) подчеркивают важность решения этих вопросов для профилактики органической патологии двенадцатиперстной кишки и вовлечения в процесс соседних органов.

Перечисленное выше и имеющиеся рекомендации хирургов любую хирургическую операцию на желчных путях сопровождать мобилизацией двенадцатиперстной кишки доказывают необходимость улучшения пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке для профилактики повышения внутрипросветного давления и развития описанных патологических состояний после холецистэктомии.

Все это обуславливает необходимость дифференцированного подхода к отбору пациентов на холецистэктомию, диагностику моторной патологии двенадцатиперстной кишки на дооперационном этапе и разработку эффективных органосохраняющих технологий сочетанного лапароскопического лечения хронических нарушений дуоденальной проходимости при выполнении плановых видеолапароскопических холецистэктомий по поводу хронического холецистолитиаза.

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения больных с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации при хроническом калькулезном холецистите.

Задачи исследования:

1. Изучить состояние моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки у пациентов с хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии до и после холецистэктомии с целью выявления показаний для хирургической коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости.
2. Оценить эффективность способа симультанной лапароскопической мобилизации дуоденоюнального перехода при хронических нарушениях дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации, выполняемого при плановой лапароскопической холецистэктомии.
3. Оценить отдаленные результаты применения предлагаемого способа мобилизации двенадцатиперстной кишки при плановой лапароскопической холецистэктомии у больных с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации.

Научная новизна исследования. Впервые предложен и внедрен в практику оригинальный способ хирургической коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации в виде симультанной видеолапароскопической мобилизации дуоденоюнального перехода при выполнении плановой лапароскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита (в Федеральной службе по интеллектуальной собственности зарегистрирована заявка на патент № 2018110949 от 27.03.2018). Применение данного оригинального способа ликвидирует проявления хронических нарушений дуоденальной проходимости и существенно улучшает качество жизни у пациентов в послеоперационном периоде.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Предлагаемые варианты диагностики и способ симультанной коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации позволяют существенно улучшить результаты планового хирургического лечения пациентов с хроническим калькулезным холециститом.

Перспективность практического применения полученных результатов научного исследования заключается в использовании способа симультанной лапароскопической коррекции моторной патологии двенадцатиперстной кишки у больных хроническим калькулезным холециститом с целью профилактики постхолецистэктомических осложнений и улучшения качества жизни в ранний и поздний послеоперационный период, что оказывает положительное действие на социально-экономическую составляющую послеоперационной адаптации пациентов.

Результаты диссертационной работы внедрены в учебный процесс кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России (протокол №9 от 21.02.2018); кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России (протокол №7 от 21.02.2018).

Практические рекомендации, основанные на результатах научного исследования, внедрены в практическую работу хирургического отделения НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» (акт о внедрении от 19.02.2018); внедрены в практическую работу хирургического отделения №2 ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница (акт о внедрении от 28.02.2018). По результатам научного исследования изданы методические рекомендации, утвержденные на Ученом совете ЮУГМУ (протокол №5 от 22.12.2017). Методические рекомендации разосланы руководителям всех медицинских организаций Челябинской области для практического применения и организации работы врачей-хирургов в виде письма Министерства здравоохранения Челябинской области №03/1613 от 12.02.2018.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. У 41% больных с хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии выявляются хронические нарушения дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации, сохраняющиеся в течение длительного времени после холецистэктомии, что является показанием для их хирургической коррекции при выполнении плановой лапароскопической холецистэктомии.

2. Способ симультанной лапароскопической мобилизации дуоденоюнального перехода в сочетании с лапароскопической холецистэктомией способствует нормализации содержания желчных кислот в сыворотке крови и улучшает пассаж по двенадцатиперстной кишке.

3. Отдаленный послеоперационный период у пациентов после лапароскопической коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации при холецистэктомии характеризуется достоверно высоким качеством жизни.

Степень достоверности результатов проведенных исследований. Диссертация написана автором. Достоверность результатов, обоснованность выводов и практических рекомендаций основаны на достаточном числе клинических наблюдений, использовании современных методов лабораторной и инструментальной диагностики. Статистическая обработка полученных данных произведена на персональном компьютере с помощью лицензированного пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics», версия 19, с применением непараметрических методов. Проведенная 20.03.2018 комиссией ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России проверка первичной документации и материалов кандидатской диссертации подтвердила достоверность полученных данных, личное участие автора и правомочность основных положений, выводов и практических рекомендаций, вытекающих из полученных результатов.

Апробация работы. Ключевые положения диссертации доложены на научных конференциях: III Всероссийская неделя науки с международным участием (СГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов, 2014 г.); V Международная (XII итоговая) научно-практическая конференция молодых ученых, посвященная 70-летию ЮУГМУ (ЮУГМУ, г. Челябинск, 2014 г.); IV Всероссийская неделя науки с международным участием (СГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов, 2015 г.); VI Международный молодежный медицинский конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения – 2015» (ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, 2015 г.); V Всероссийская неделя науки с международным участием (СГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов, 2016 г.); I Международная (71 Всероссийская) научно-практическая конференция молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения» (УГМУ, г. Екатеринбург 2016 г.); VII Международная (XIV итоговая) научно-практическая конференция молодых ученых (ЮУГМУ, г. Челябинск, 2016 г.); III Всероссийская (XIV Межрегиональная) с международным участием Научная сессия молодых ученых и студентов «Современное решение актуальных научных проблем медицины» (НижГМА, г. Нижний Новгород, 2017 г.); XII Международная (XXI Всероссийская) Пироговская научная медицинская конференция студентов и молодых ученых (РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, 2017 г.); VII Международный молодежный медицинский конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения – 2017» (ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, 2017 г.). Предварительная экспертиза диссертационной работы проведена 10.09.2018 проблемной комиссией «Хирургические болезни» ФГБОУ ВО БашГМУ Минздрава России.

Публикации по материалам диссертации. По теме диссертационной работы опубликовано 25 научных работ, из них: 4 в рекомендованных ВАК журналах, 1 методические рекомендации. Оформлена и зарегистрирована в Федеральной службе по интеллектуальной собственности заявка на патент № 2018110949 от 27.03.2018, название изобретения: «Способ коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости при эндоскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита».

Личный вклад автора. Личное участие автора включает: разработку и моделирование дизайна исследования; организацию и проведение практической части диссертационной работы (клиническое обследование пациентов, оперативное лечение, наблюдение и обследование в послеоперационном периоде); сбор и систематизацию полученного клинического материала; статистическую обработку результатов; подготовку публикаций и докладов по теме диссертационного исследования.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 134 страницах машинописного текста и проиллюстрирована 25 таблицами, 13 рисунками. Работа состоит из введения, 5 глав – обзора литературы, материалов и методов исследования, изложения способа

хирургического лечения, результатов собственных исследований, обсуждения результатов; заключения, выводов и практических рекомендаций, трех приложений. В списке литературы указаны 231 источник, из них – 151 отечественный и 80 зарубежных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа была выполнена с учетом поставленных цели и задач на клинической базе кафедры факультетской хирургии Федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации в НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «Российские железные дороги», в период с 2014 по 2017 годы. Вся медицинская часть научного исследования осуществлялась в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Этическим комитетом проведена этическая экспертиза диссертационного исследования (выписка №11 из протокола заседания Этического комитета ЮУГМУ от 13.11.2015 г.).

Критерии включения пациентов:

1. Пациенты, которым показано проведение плановой лапароскопической холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита вне обострения.
2. Возраст 18 лет и более.
3. Наличие клинической симптоматики, характерной для хронических нарушений дуоденальной проходимости.
4. Письменное согласие пациентов на участие в научном исследовании и обработку персональных данных.

Критерии исключения пациентов (ключевые):

1. При наличии в анамнезе клиники острого калькулезного холецистита– ремиссия менее 45 суток.
2. Лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита, по поводу холестероза/полипоза желчного пузыря.
3. Наличие у пациента тяжелых сопутствующих заболеваний, сопровождающихся развитием сердечной, легочной, печеночной или почечной недостаточности 2-3 стадии.
4. Отказ от участия в исследовании и др. (описаны в диссертации).

Диссертационное исследование состояло из двух этапов. Всего в исследовании принимали участие 144 человека.

На первом этапе было проведено одномоментное клинико-эпидемиологическое исследование 144 человек, страдающих желчнокаменной болезнью, которым планировалось выполнение эндоскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита. Из этих 144 человек 57 были включены во второй этап.

Второй этап включал в себя рандомизированное проспективное контролируемое одноцентровое клиническое исследование 57 пациентов с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации (II стадия) по классификации Я.Д. Витебского и хроническим калькулезным холециститом в период с 2014 по 2017 гг. Все пациенты, включенные в проспективное исследование, были рандомизированы на две статистически сопоставимые между собой группы. Основную группу (ОГ) составили 32 пациента с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации, которым стандартная видеолапароскопическая холецистэктомия была дополнена оригинальным способом симультанной мобилизации двенадцатиперстной кишки. Группа сравнения (ГС) состояла из 25 человек с доказанными хроническими нарушениями дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации, которым была выполнена видеолапароскопическая холецистэктомия без мобилизации двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы выполнения одномоментного клинико-эпидемиологического исследования. У всех пациентов на этапе амбулаторного предоперационного обследования были проведены: стандартные общеклинические анализы; осмотр терапевта, стоматолога, уролога для мужчин старше 40 лет, гинеколога для женщин. При необходимости- осмотры узкопрофильных специалистов.

У 37 пациентов, участвующих в исследовании, дополнительно определялся уровень содержания желчных кислот в сыворотке крови до операции и на 3 сутки после операции (желчные кислоты суммарно: норма 2-10 мкмоль/литр). Лабораторные исследования проводились с помощью стандартных реактивов на аппаратах Sapphire-400 (Tokyo Boeqi, Япония), XP-300 (Sysmex Corporation, Япония).

Помимо стандартного объема обследований, до операции у всех участвующих в исследовании пациентов выполнялась рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки, беззондовая дуоденография на рентгено-диагностическом комплексе с дистанционным управлением Clinodigit фирмы Italray (Италия) с использованием водной смеси рентгеноконтрастного вещества Бар-ВИПС, производства ООО «Фирма «ВИПС-МЕД» (Россия) согласно общепринятой методике.

Суть методики заключается в рентгеновском просвечивании и съемке желудка и двенадцатиперстной кишки до приема контрастной массы и в многоосевом, полипозиционном исследовании после приема контрастного вещества. Оценка результатов производилась

согласно классификации Я.Д. Витебского. Оценивались такие количественные показатели, как диаметр просвета кишки (в миллиметрах), сроки эвакуации первой порции в тощую кишку (в секундах), качественно оценивался дуоденогастральный рефлюкс.

Из 57 пациентов с ХНДП в стадии субкомпенсации до операции 45 больным была выполнена фиброэзофагогастродуоденоскопия с применением аппаратуры GIF-E3 фирмы Olympus (Япония). Через 1 год после хирургического лечения 19 из 45 пациентов была выполнена контрольная ФГДС.

Материалы и методы выполнения рандомизированного проспективного контролируемого клинического исследования. Из 144 человек, участвующих в первом этапе, во втором этапе участвовало 57 человек (40% от общего числа участвующих в исследовании). Все пациенты, включенные в проспективное исследование, были разделены на статистически сопоставимые между собой по полу, возрасту, сопутствующей патологии, данным лабораторных и инструментальных методов исследования группы.

У всех больных производилась лапароскопическая холецистэктомия. В опытной группе также симультанно выполнялась мобилизация дуоденоюнального перехода, проводимая с помощью стандартного набора видеоэндоскопических инструментов и стойки фирмы Karl Storz (Германия). Для этого требуется, помимо стандартных 3-4 портов, используемых для доступа к желчному пузырю, наличие 2 портов в мезогастрии, на 6-7 и, соответственно, 9-10 сантиметров левее пупка. Камера устанавливается в надпупочный 10-миллиметровый порт. Левее его устанавливается манипулятор, а слева от него диссектор. После осуществления доступа, рассекается брюшина выше и ниже дуоденоюнального перехода с последующим его низведением. Схема принципа рассечения брюшины представлена на рисунке 1.

Помимо стандартного объема обследований, в рентгенологическом отделении №2 ДКБ на дооперационном этапе амбулаторно или в день плановой госпитализации, а также на сроках 1 и 12 месяцев после хирургического лечения выполнялась рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки, беззондовая дуоденография.

С целью изучения качества жизни и состояния желудочно-кишечного тракта, в день госпитализации и на сроках 1 и 12 месяцев после хирургического лечения все пациенты, включенные в исследуемую выборку, отвечали на вопросы русскоязычной версии опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), рекомендованного для изучения состояния гастроэнтерологических больных.

Опросник GSRS имеет следующие оценочные шкалы: DS- диарейный синдром; IS- диспепсический синдром; CS- констипационный синдром; AP- синдром абдоминальной боли; RS- рефлюксный синдром. Норма для всех оценочных шкал 1-2 балла, что соответствует

удовлетворительному качеству жизни. Максимально высокий балл- 7, что соответствует крайне неудовлетворительному качеству жизни.

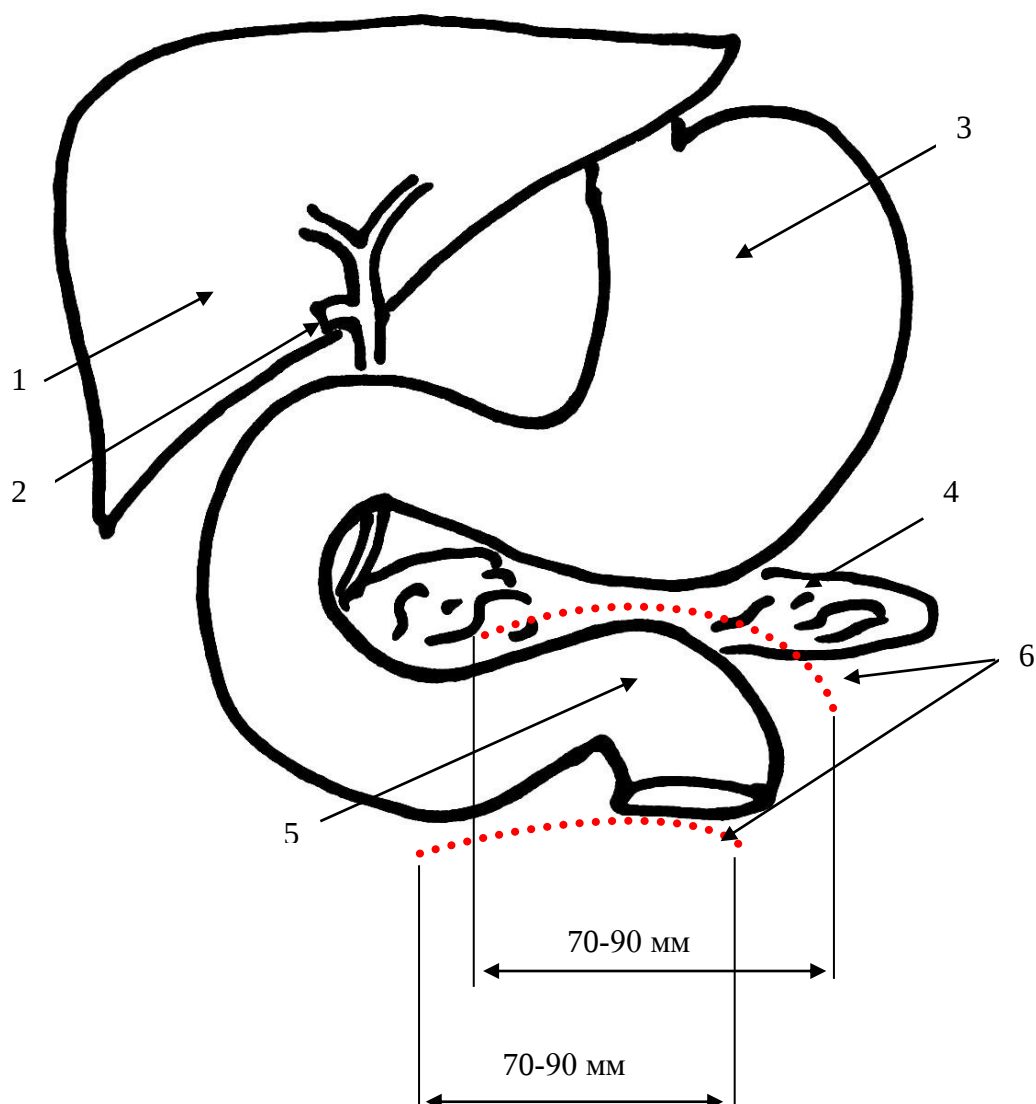


Рисунок 1 – Принцип мобилизации дуоденоеюнального перехода (1 – печень; 2 – культя пузырного протока; 3 – желудок; 4 – поджелудочная железа; 5 – дуоденоеюнальный переход; 6 – линии рассечения брюшины)

Оценка эффективности предлагаемой диагностической и лечебной тактики проведена с помощью общепринятых методов расчета статистических параметров: снижение абсолютного риска (САР), относительный риск (ОР), снижение относительного риска неблагоприятного исхода (СОР НИ).

Методы статистической обработки клинического материала. Статистическая обработка материала выполнена на персональном компьютере с помощью лицензированного пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics», версия 19, с применением

непараметрических методов. Использовались критерии: Фишера, Шапиро-Уилка, Манна-Уитни, Фридмана, Уилкоксона, Хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты одномоментного клинико-эпидемиологического исследования. Из 144 человек мужчин участвовало 38 (27,3%), женщин участвовало 106 (72,7%) человек. Средний возраст мужчин составил $47,5 \pm 13,0$ лет, женщин- $55,5 \pm 11,1$ лет. Основная часть участвующих в исследовании людей была в возрасте от 31 до 70 лет. Сопутствующая патология выявлена у 125 (93,9%) человек. Заболевания сердечно-сосудистой системы в процессе обследования или ранее были диагностированы у 84 (63%) человек. Патология дыхательной системы имела у 16 (11,5%) пациентов. Язвенный анамнез присутствовал у 8 (6%) пациентов: по четыре человека с локализацией язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь имела в анамнезе у 6 (3,8%) больных. Хронический панкреатит присутствовал у 15 (10,5%), а заболевания толстого кишечника у 9 (5,2%) человек.

Среди всех обследованных больных ЖКБ не было ни одного пациента с дефицитом массы тела, преобладающее большинство пациентов было на стадии избыточного веса и I стадии ожирения.

Результаты общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови у всех пациентов, обследованных в рамках амбулаторного предоперационного обследования были в пределах нормальных референсных значений, что обусловлено плановым характером подготовки к операции и стойкой ремиссией ЖКБ на момент обследования.

Из 144 (100%) пациентов, участвующих в исследовании, нормальный пассаж по двенадцатиперстной кишке подтвержден у 61 человека (42,4%). Рентгенологические признаки хронических нарушений дуоденальной проходимости выявлены у 83 человек (57,6 % от общего числа пациентов) Из них I стадия у 15 (10,4%); II стадия у 60 (41,7%); III стадия у 8 (5,5%) (рисунок 2).

При рентгеноскопии не было выявлено ни одного случая синдрома артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки или рубцового перидуоденита.

Наличие на дооперационном этапе клинических проявлений ХНДП (дискомфорт в верхних отделах живота после еды, тяжесть в желудке, отрыжку съеденной пищей/желчью) подтверждали и результаты оценки качества жизни с помощью опросника GSRS.

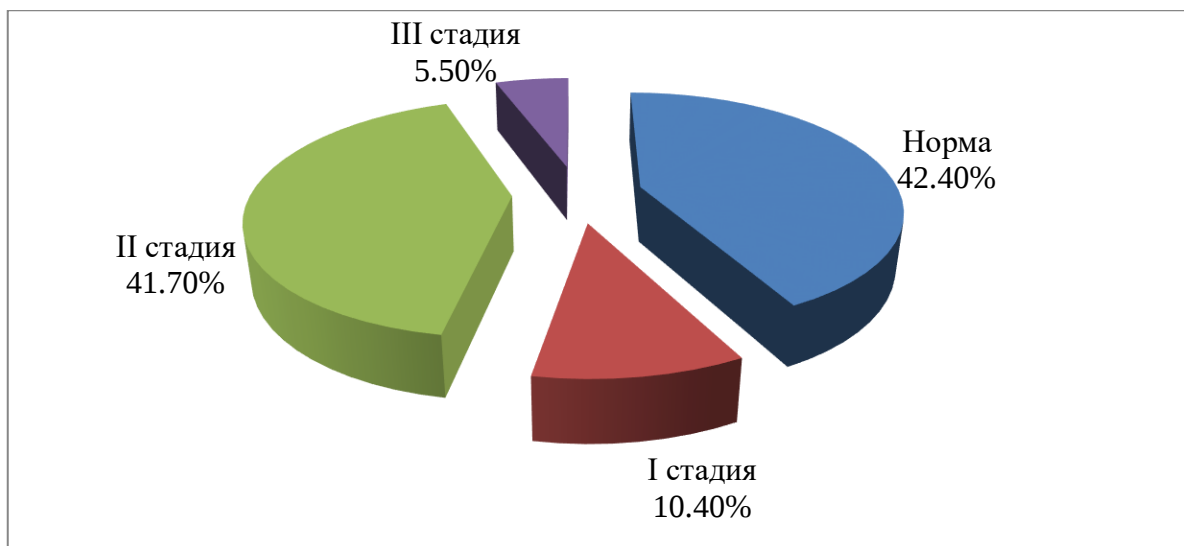


Рисунок 2 – Структура моторно-эвакуаторной патологии желудка и ДПК у больных хроническим калькулезным холециститом, %

Из 60 пациентов с субкомпенсированными ХНДП, трое отказались от плановой госпитализации и не были прооперированы за время проведения научного исследования. 57 пациентов, страдающих ЖКБ и ХНДП в стадии субкомпенсации составили исследуемую выборку и участвовали во 2 этапе исследования.

Результаты рандомизированного проспективного контролируемого клинического исследования. При анализе данных с применением точного критерия Фишера установлено, что разница между основной группой и группой сравнения в распределении по полу пациентов была статистически незначимой ($p = 0,735$). При анализе групп с применением критерия Хи-квадрат (χ^2) Пирсона не было установлено существенных различий по возрасту ($p = 0,569$). Пациенты обеих групп имели нормальные показатели общего и биохимического анализов крови, были статистически сопоставимы между собой (критерий Манна-Уитни, $p > 0,05$ при сравнении всех показателей).

Как следует из таблиц 1 и 2, основная группа и группа сравнения на дооперационном этапе обследования не имели статистически значимых различий по диаметру ДПК ($p = 0,091$), что свидетельствует об их равнозначности. В послеоперационный период на сроках 1 и 12 месяцев наблюдалось существенное уменьшение диаметра ДПК до нормальных значений в основной группе ($p < 0,001$). При этом в группе сравнения послеоперационные среднестатистические показатели оставались на том же уровне. По срокам эвакуации первой порции бариевой взвеси на дооперационном этапе не имелись статистически значимые различия между группами ($p = 0,061$). Как показывают данные $Me(50)$, в основной группе сроки были дольше, что свидетельствует о более тяжелых проявлениях ХНДП у пациентов, включенных в нее. Послеоперационный период на всех сроках характеризуется нормализацией

пассажа бариевой взвеси по двенадцатиперстной кишке у пациентов основной группы, подвергшихся симультанной мобилизации дуоденоюнального перехода.

Таблица 1 – Количественные показатели результатов рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки

Показатель (ед. изм.)	Основная группа Me (Q ₁ ; Q ₃)	Группа сравнения Me (Q ₁ ; Q ₃)	p, критерий Манна-Уитни
Диаметр до операции (мм)	45,50 (42,00; 48,00)	40,00 (37,00; 45,00)	p= 0,091
Диаметр через 1 месяц (мм)	34,50 (32,25; 39,75)	42,50 (40,00; 47,00)	p< 0,001
Диаметр через 12 месяцев (мм)	34,00 (32,00; 39,00)	41,50 (39,00; 46,00)	p< 0,001
Эвакуация до операции	137,00 (123,75; 158,25)	126,50 (102,00; 139,75)	p= 0,061
Эвакуация через 1 месяц (сек)	23,50 (15,00; 29,75)	124,00 (118,00; 138,25)	p< 0,001
Эвакуация через 12 месяцев (сек)	21,00 (15,00; 27,00)	118,00 (110,00; 142,00)	p< 0,001

Таблица 2 – Дуоденогастральный рефлюкс как качественный показатель результатов рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки

Время исследования	Основная группа	Группа сравнения	p, критерий Манна-Уитни
До операции	+	+	p= 1,000
Через 1 месяц после операции	-	+	p< 0,001
Через 12 месяцев после операции	-	+	p< 0,001

Примечание: наличие дуоденогастральных рефлюксов «+», отсутствие рефлюксов «-».

Результаты рентгеноскопии желудка и ДПК у пациентов изосной группы на всех этапах научного исследования представлены в таблице 3. При изучении результатов рентгеноскопии внутри основной группы на трех различных сроках (до операции, через 1 и 12 месяцев после холецистэктомии с мобилизацией дуоденоюнального перехода) использовался критерий Фридмана с последующим попарным сравнением результатов по критерию Уилкоксона.

Таблица 3 – Результаты рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки в основной группе (n= 32)

Показатель	Me (Q ₁ ; Q ₃)			p
	До операции (1)	Через 1 месяц после операции (2)	Через 12 месяцев после операции (3)	
Диаметр кишки (мм)	45,50 (42,00; 48,00)	34,50 (32,25; 39,75)	34,00 (32,00; 39,00)	p= 0,050 p ₁₋₂ = 0,002 p ₂₋₃ = 0,085 p ₁₋₃ = 0,010
Сроки эвакуации (сек)	137,00 (125,75; 158,25)	23,50 (15,00; 29,75)	21,00 (15,00; 27,00)	p< 0,001 p ₁₋₂ < 0,001 p ₂₋₃ = 0,035 p ₁₋₃ < 0,001

Примечание: p- это результат сравнения трех показателей по критерию Фридмана; p₁₋₂- результат сравнения по критерию Уилкоксона данных рентгеноскопии до операции и через 1 месяц после операции; p₂₋₃- результат сравнения по критерию Уилкоксона данных рентгеноскопии через 1 месяц с данными через 12 месяцев после операции; p₁₋₃- результат сравнения по критерию Уилкоксона данных до операции и через 12 месяцев после операции.

Согласно полученным данным, представленным в таблице 3, внутри ОГ прослеживается статистически значимая тенденция к уменьшению диаметра кишки и нормализации сроков эвакуации первой порции бариевой взвеси после проведения холецистэктомии, дополненной симультанной мобилизацией дуоденоюнального перехода. При попарном сравнении 2 сроков обследования все результаты являются статистически достоверными, за исключением диаметра кишки в послеоперационном периоде. Результаты сравнения с применением критерия Уилкоксона данных рентгеноскопии через 1 месяц с данными через 12 месяцев после операции свидетельствуют о стойком уменьшении диаметра кишки, что объясняет отсутствие статистически значимых различий (p= 0,085).

При аналогичном статистическом анализе результатов рентгеноскопии внутри группы сравнения доказано, что на сроках до 12 месяцев после операции ХНДП стойко сохраняются.

Результаты ФГДС обозначались в качественных показателях наличия/отсутствия дуоденогастрального рефлюкса, дуоденита, гастрита и рефлюкс-эзофагита (таблица 4).

Таблица 4 – Результаты фиброэзофагогастродуоденоскопии на дооперационном этапе

	Основная группа (n=25)	Группа сравнения (n=20)	Всего, n (%)	P, критерий Фишера
Дуоденогастральный рефлюкс	24 (96%)	17 (85%)	41(91,1%)	p= 0,309
Дуоденит	8 (33,3%)	5 (25,0%)	13(28,9%)	p= 0,742
Рефлюкс-эзофагит	4 (16%)	3 (18,8%)	7 (15,5%)	p= 1,000
Гастрит	25 (100%)	19 (95%)	44 (97,8%)	p= 0,444

Как следует из таблицы 4, анализ результатов обследования пациентов на дооперационном этапе с использованием точного критерия Фишера не выявил статистических различий между группами ни по одному из оцениваемых показателей. Признаки дуоденогастрального рефлюкса были выявлены у 41 пациента (91,1%).

На послеоперационном этапе наблюдения при проведении ФГДС выявлены статистически значимые различия между группами при сравнении показателя «дуоденогастральный рефлюкс» (p= 0,005): в основной группе он был выявлен в 10%, в группе сравнения в 77,8% случаев. При оценке этого показателя внутри основной группы с применением критерия Мак-Немара p= 0,004, что свидетельствует о существенном уменьшении проявлений ХНДП после их хирургической коррекции (таблица 5).

Таблица 5 – Результаты ФГДС в основной группе до и после оперативного лечения, критерий Мак-Немара

Дуоденогастральный рефлюкс	Рефлюкс-эзофагит	Helicobacter Pylori	Дуоденит
p= 0,004	p= 1,000	p= 0,500	p= 0,250

Результаты оценки качества жизни пациентов в исследуемой выборке. На дооперационном этапе обе группы были статистически равнозначными (критерий Манна-

Уитни, $p > 0,05$). При оценке диспептического и рефлюксного синдромов (IS и RS соответственно), медианы ответов были выше 2 баллов, что свидетельствует о неудовлетворительном качестве жизни в предоперационный период как в ОГ, так и в ГС. В исследовании доказано, что клинические проявления моторной патологии кишечника в ОГ были более выраженными.

Через 1 месяц после оперативного лечения при сравнении групп не было выявлено статистических различий при оценке диарейного синдрома (DS) ($p > 0,05$). Низкие баллы свидетельствуют об удовлетворительном качестве жизни в обеих группах при оценке данного критерия. Сравнение по другим четырем шкалам выявило существенное различие между группами ($p < 0,05$). При оценке по шкале IS медиана в основной группе составила 1,70, в ГС 3,75. По шкале CS медиана в основной группе составила 1,33, в группе сравнения медиана была 3,00. По шкале AP медиана в основной группе равна 1,50, а в ГС 3,00 балла. При оценке шкалы RS соответственно 1,16 и 3,66 баллов. Таким образом, в описанных четырех шкалах в основной группе результаты были до 2 баллов, а в группе сравнения более 2 баллов. Эти данные свидетельствуют об удовлетворительных результатах оценки качества жизни в основной группе, статистически значимо отличающихся от неудовлетворительных результатов исследования качества жизни в группе сравнения.

При изучении результатов исследования качества жизни через 12 месяцев после оперативного лечения (таблица 6), по всем шкалам выявлены статистически значимые различия между обеими группами.

Таблица 6 – Сравнение результатов оценки качества жизни между группами через 12 месяцев после оперативного лечения

Шкала	Основная группа Me (Q ₁ ; Q ₃), баллы	Группа Сравнения Me (Q ₁ ; Q ₃), баллы	Критерий Манна- Уитни
DS (диарейный синдром)	1,00 (1,00; 1,33)	1,33 (1,16; 1,49)	$p = 0,003$
IS (диспептический синдром)	1,25 (1,00; 1,50)	3,75 (3,25; 4,25)	$p < 0,001$
CS (констипационный синдром)	1,00 (1,00; 1,33)	3,33 (2,33; 3,16)	$p < 0,001$
AP (синдром абдоминальной боли)	1,00 (1,00; 1,50)	2,00 (1,00; 2,50)	$p = 0,013$
RS (рефлюксный синдром)	1,00 (1,00; 1,33)	3,00 (2,83; 4,00)	$p < 0,001$

Для диарейного синдрома (DS) $p = 0,003$; для синдрома абдоминальной боли (AP) $p = 0,013$. Для диспептического (IS), констипационного (CS) и рефлюксного (RS) синдромов $p < 0,001$. Полученные в результате анализа медианы и квантили свидетельствуют об удовлетворительном качестве жизни в основной группе (баллы меньше 2). В группе сравнения при оценке показателя DS средний балл был 1,33- норма. В остальных шкалах- 2 балла и выше, что свидетельствует о более низком качестве жизни. Наибольшее различие спустя 12 месяцев после оперативного лечения выявлено при оценке по шкалам IS (диспептический синдром) и RS (рефлюксный синдром): $p < 0,001$.

В таблице 7 приведены результаты оценки качества жизни внутри основной группы. При сравнении 3 показателей применялся критерий Фридмана, затем последующее попарное сравнение сроков с применением критерия Уилкоксона.

Таблица 7 – Анализ внутри основной группы результатов оценки качества жизни на трех сроках, критерии Фридмана, Уилкоксона

Шкала	Критерий Фридмана (1-2-3)	Критерий Уилкоксона		
		1-2	2-3	1-3
DS (диарейный синдром)	$p = 0,009$	$p = 0,015$	$p = 0,086$	$p = 0,007$
IS (диспептический синдром)	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,001$	$p < 0,001$
CS (констипационный синдром)	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,174$	$p < 0,001$
AP (синдром абдоминальной боли)	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,011$	$p < 0,001$
RS (рефлюксный синдром)	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,150$	$p = 0,001$

Примечание: до операции (1); через 1 месяц после операции (2); через 12 месяцев после операции (3).

При сравнении результатов получено статистически значимое уменьшение баллов, начисляемых за ответы в послеоперационный период, что свидетельствует об улучшении качества жизни в ОГ после проведения оперативного лечения. Отсутствие значимых различий в шкалах DS ($p = 0,086$), CS ($p = 0,174$) и RS ($p = 0,150$) при сравнении на сроках 1 и 12 месяцев после операции, свидетельствует о стойком снижении баллов, начисляемых за ответ.

Результаты исследования уровня желчных кислот. На дооперационном этапе у большинства пациентов уровень общих желчных кислот в сыворотке крови был повышен.

Большинство больных (45%) имело 5-кратное повышение нормы, и по 23% 10-кратное повышение и свыше 100 мкмоль/л. В послеоперационный период, несмотря на сохраняющееся большинство в группе до 5-кратного повышения, существенно увеличилась группа больных, имеющих нормальные значения (с 7% до 25%).

Согласно таблице 8, статистический анализ с применением критерия Уилкоксона выявил значимое уменьшение уровня желчных кислот после холецистэктомии, независимо от того, была ли она дополнена мобилизацией дуоденоюнального перехода или нет. В ОГ медиана (Me) дооперационных показателей составила 48,00, а после операции 9,45 (желчные кислоты суммарно: норма 2-10 мкмоль/литр). В ГС до операции Me= 147,00, после операции Me= 117,77. Данные показатели выявляют тенденцию к нормализации уровня желчных кислот в ОГ в послеоперационные сроки, по сравнению с ГС.

Таблица 8 – Результаты статистического анализа уровня содержания желчных кислот в исследуемых группах

Группа	Срок исследования	Me (Q ₁ ; Q ₃)	p, критерий Уилкоксона
Основная группа (n= 13)	До операции	48 (23,55; 96,95)	p= 0,001
	Через 3 суток	9,45 (7,92; 38,95)	
Группа сравнения (n= 5)	До операции	147,00 (60,50; 224,95)	p= 0,043
	Через 3 суток	117,00 (31,60; 140,51)	

Межгрупповое сравнение основной группы и группы сравнения с применением критерия Манна-Уитни показало, что они имели существенные различия как до, так и после проведенного хирургического лечения. При сравнении групп до операции p= 0,049; после операции p= 0,016. При сравнении полученных данных с применением критерия Хи-квадрат (χ^2) Пирсона, p= 0,005, что свидетельствует об статистически значимых различиях между исследуемыми группами. Данные свидетельствуют о большей тенденции к нормализации уровня желчных кислот в послеоперационный период в основной группе, чем в группе сравнения.

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения в основной группе были установлены в трех случаях (9,4%). В группе сравнения неудовлетворительные результаты отмечены в 100% (n= 25) случаев: в течение первых месяцев после хирургического лечения у

всех пациентов зафиксированы обращения к терапевту, гастроэнтерологу; всем выставлен диагноз в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра «K91.5 Постхолецистэктомический синдром».

Оценка эффективности предлагаемой диагностической и лечебной тактики проведена с помощью общепринятых методов расчета статистических параметров: снижение абсолютного риска (САР), относительный риск (ОР), снижение относительного риска неблагоприятного исхода (СОР НИ). Расчет осуществлялся по суммарному количеству удовлетворительных и неудовлетворительных результатов по общепринятым формулам.

САР (снижение абсолютного риска) = частота неблагоприятных исходов в ГС – частота неблагоприятных исходов в ОГ = $100\% (n=25) - 9,4\% (n=3) = 90,6$.

ОР (относительный риск) = частота неблагоприятных исходов в ОГ / частота исходов в ГС = $9,4 / 100 (\%) = 0,094$.

СОР (снижение относительного риска) = САР / частота неблагоприятных исходов в ГС $\times 100\% = 90,6 / 100 \times 100\% = 90,6\%$.

Рассчитанный показатель относительного риска неблагоприятного исхода равен 0,094 (доверительный интервал $\pm 0,02$), это значение меньше «1», что свидетельствует о достоверном снижении риска при выполнении мобилизации дуоденоюнального перехода по предлагаемой нами методике. Снижение относительного риска неблагоприятных результатов оперативного лечения в основной группе составило более 50% (90,6%), что также свидетельствует о клинически значимом эффекте.

Таким образом, по результатам научного исследования была подтверждена эффективность способа симультанной лапароскопической мобилизации дуоденоюнального перехода при плановой видеолaparоскопической холецистэктомии для улучшения пассажа по двенадцатиперстной кишке у больных желчнокаменной болезнью и хроническими нарушениями дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации. В послеоперационный период нормализуется пассаж пищи и ликвидируется патология моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки, за счет чего снижается риск развития постхолецистэктомического синдрома, существенно повышается качество жизни больных. Видеолaparоскопический способ мобилизации исключает развитие спаечного процесса и рубцовую деформацию дуоденоюнального перехода, характеризуется теми же операционными рисками, что и лапароскопическая холецистэктомия. Высокая экономическая эффективность лапароскопической холецистэктомии, дополненной симультанной мобилизацией дуоденоюнального перехода, определяется однократным выполнением рутинного предоперационного обследования, сокращением сроков нетрудоспособности больных.

У пациентов, подвергшихся оригинальному способу симультанной коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости, в послеоперационный период процент нормального уровня содержания общих желчных кислот в сыворотке крови больше. Однако, статистически достоверной взаимосвязи повышенного уровня желчных кислот с рентгенологическими признаками хронических нарушений дуоденальной непроходимости не выявлено.

ВЫВОДЫ

1. Патология моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки в стадии субкомпенсации выявлена у 41% больных желчнокаменной болезнью и сохраняется после холецистэктомии на сроках до 12 месяцев, что является показанием для ее хирургической коррекции с целью профилактики постхолецистэктомических осложнений.

2. Оригинальный способ симультанной лапароскопической мобилизации двенадцатиперстной кишки в области дуоденоюнального перехода при выполнении плановой лапароскопической холецистэктомии ликвидирует хронические нарушения дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации у 90,6% пациентов.

3. Использование предложенного оригинального способа симультанной лапароскопической мобилизации дуоденоюнального перехода у больных с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации и хроническим калькулезным холециститом достоверно улучшает качество жизни за счет ликвидации диспептического, констипационного и рефлюксного синдромов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Стандартный объем диагностических мероприятий при подготовке пациента к плановой холецистэктомии следует дополнять диагностикой моторной патологии двенадцатиперстной кишки. В качестве общедоступного неинвазивного и информативного скринингового метода рекомендуется выполнение рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Выполнение плановой лапароскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита у пациентов с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации следует дополнять предложенным оригинальным способом симультанной лапароскопической мобилизации дуоденоюнального перехода.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Бондаревский, И.Я. Дискинезия двенадцатиперстной кишки (обзор литературы) / И.Я. Бондаревский, Л.В. Студеникин // Актуальные вопросы хирургии : сб. науч.-практ. работ / под. ред. В.Н. Бордуновского. – Челябинск, 2014. – Вып. 10. – С. 33-38.
2. Симультантные видеолапароскопические операции у пациентов с холецистолитиазом / И.Я. Бондаревский, А.Н. Анучин, Л.В. Студеникин [и др.] // Актуальные вопросы хирургии : сб. науч.-практ. работ / под. ред. В.Н. Бордуновского. – Челябинск, 2014. – Вып. 10. – С. 276-277.
3. Симультантная коррекция дискинезии двенадцатиперстной кишки в плановой хирургии холецистолитиаза / И.Я. Бондаревский, А.Н. Анучин, Л.В. Студеникин [и др.] // Современные технологии железнодорожной медицины : сб. ст., посвященный 80-летию Дорожной больницы. – Челябинск, 2014. – С. 35-39.
4. Студеникин, Л.В. Диагностика и хирургическая коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости при лечении холецистолитиаза / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2014. – Vol. 4, № 4. – P. 422. <http://medconfer.com/files/archive/2014-04/2014-04-24-T-3238.pdf> (дата обращения : 02.03.2018)
5. **Студеникин, Л.В. Профилактика хронических нарушений дуоденальной проходимости при лапароскопической холецистэктомии / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т.10, №2. – С. 342-345.**
6. Бондаревский, И.Я. Коррекция хронических нарушений моторики двенадцатиперстной кишки для улучшения качества жизни пациентов после плановой эндоскопической холецистэктомии / И.Я. Бондаревский, А.Н. Анучин, Л.В. Студеникин // Непрерывное медицинское образование и наука: Материалы 1 съезда хирургов Урала. – 2015. – №3 (прил.). – С. 7.
7. Бондаревский, И.Я. Оценка качества жизни пациентов после применения операции Клермона с целью профилактики постхолецистэктомических осложнений / И.Я. Бондаревский, Л.В. Студеникин // Международный научный институт «EDUCATIO». – 2015. – №3 (10), часть 5. – С. 73-76.
8. Студеникин, Л.В. Новые подходы к профилактике постхолецистэктомических осложнений в плановой хирургии желчнокаменной болезни / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский // Бюл. медицинских интернет-конференций. – 2015. Т. 5, №5. – С. 427-429. <http://medconfer.com/files/archive/2015-05/2015-05-24-A-4883.pdf> (дата обращения : 02.03.2018).
9. **Студеникин, Л.В. Операция Клермона как метод профилактики постхолецистэктомических осложнений / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – Т.11, №3. – С. 341-345.**

10. Студеникин, Л.В. Операция Клермона как метод профилактики постхолецистэктомических осложнений в плановой хирургии желчнокаменной болезни / Л.В. Студеникин // VI Международный молодежный медицинский конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения – 2015» : тезисы. – Санкт-Петербург, 2015. – С. 471.

11. Диагностика и хирургическая коррекция моторно-эвакуаторной патологии двенадцатиперстной кишки / И.Я. Бондаревский, А.Н. Анучин, Л.В. Студеникин [и др.] // Актуальные вопросы хирургии : сб. науч.-практ. работ / под. ред. В.Н. Бордуновского. – Челябинск, 2016. – Вып. 11. – С. 29-31.

12. Мобилизация дуоденоеюнального перехода как метод улучшения качества жизни пациентов, перенесших плановую эндоскопическую холецистэктомию / И.Я. Бондаревский, В.Н. Бордуновский, Л.В. Студеникин [и др.] // Лазерные технологии в медицине : сб. науч.-практ. работ / под ред. А.И. Козеля, Р.У. Гиниатуллина. – Челябинск: ПИРС, 2016. – Вып. 6. – С. 166-170.

13. Студеникин, Л.В. Возможности рентгенологической диагностики дискинезии двенадцатиперстной кишки у пациентов с хроническим калькулезным холециститом / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский // Фундаментальная наука в современной медицине- 2016: материалы сателлитной дистанционной науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых. – Минск : БГМУ, 2016. – С. 48-52. http://sno.bsmu.by/sborniki/sbornik_fund.pdf (дата обращения : 02.03.2018).

14. Студеникин, Л.В. Диагностика и хирургическая коррекция дискинезии двенадцатиперстной кишки у пациентов с хроническим калькулезным холециститом / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т.12, №2. – С. 229.

15. Студеникин, Л.В. Диагностика и хирургическая коррекция дискинезии двенадцатиперстной кишки у пациентов с хроническим калькулезным холециститом / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский // Бюл. медицинских интернет-конференций : материалы V Всероссийской недели науки с международным участием, посвящённой Всемирному дню здоровья». – 2016. <http://medconfer.com/node/6172> (дата обращения: 30.08.2017).

16. Студеникин, Л.В. Диагностика и хирургическая коррекция дуоденостаза в целях профилактики постхолецистэктомических осложнений / Л.В. Студеникин, А.С. Левичева // Материалы VII международной (XIV итоговой) научно-практической конференции молодых ученых. – Челябинск : Изд-во Южно-Уральского гос. мед. ун-та, 2016. – С. 85-87.

17. Студеникин, Л.В. Роль рентгеноскопии в диагностике дискинезии двенадцатиперстной кишки у пациентов с хроническим калькулезным холециститом / Л.В. Студеникин // Сборник статей I Международной (71 Всероссийской) научно-практической

конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения». – Екатеринбург, 2016. – Т.3. – С. 3021-3026.

18. Студеникин, Л.В. Хронические нарушения дуоденальной проходимости как управляемый фактор риска развития постхолецистэктомических осложнений / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский // Неделя науки – 2016 : материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2016. – С. 247-252.

19. Симультианная коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости у пациентов с хроническим калькулезным холециститом / И.Я. Бондаревский, В.Н. Бордуновский, Л.В. Студеникин [и др.] // Актуальные аспекты лазерной медицины : материалы Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием. – Челябинск : ПИРС, 2017. – С. 109-112.

20. Студеникин, Л.В. Клинический опыт симультианной коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости / Л.В. Студеникин // Неделя науки 2017: материалы Всероссийского молодёжного форума с международным участием. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2017. – С. 424-425.

21. Студеникин, Л.В. Симультианная коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости в плановой хирургии желчнокаменной болезни / Л.В. Студеникин // VII международный молодежный медицинский конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения-2017». – Санкт-Петербург, 2017. – С. 468-469.

22. Студеникин, Л.В. Симультианная мобилизация дуоденоюнального перехода как метод коррекции дискинезии двенадцатиперстной кишки у пациентов с холецистолитиазом / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский // МедиАль: Материалы III Всероссийской 14-й межрегиональной с международным участием научной сессии молодых ученых и студентов «Современное решение актуальных научных проблем медицины». – 2017. – №1 (19). – С. 76-77. http://www.medial-journal.ru/uploads/objects/rf_journal_article/1/194/pdf/%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B4%D0%B5%D0%BB3.pdf (дата обращения : 31.08.2017).

23. Студеникин, Л.В. Хроническая дуоденальная дискинезия как управляемый фактор риска развития постхолецистэктомического синдрома /Л.В. Студеникин // Сборник тезисов XII Международной (XXI Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых. – Москва, 2017. – С. 256-257. http://rsmu.ru/fileadmin/rsmu/img/science/sno/pirogovka_2015/sborniki/pirogovka_2017.pdf (дата обращения : 31.08.2017).

24. Студеникин, Л.В. Хронические нарушения дуоденальной проходимости: современный взгляд на проблему / Л.В. Студеникин // Пермский мед. журн. – 2017. – Т. 34, №6. – С. 101-109.

25. Хирургическая профилактика постхолецистэктомических осложнений у пациентов с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости: методические рекомендации с грифом Ученого совета ЮУГМУ / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский, В.Н. Бордуновский [и др.] // Челябинск, 2018. – 22 с.

ИЗОБРЕТЕНИЯ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Оформлена и зарегистрирована в Федеральной службе по интеллектуальной собственности заявка на патент № 2018110949 от 27.03.2018, название изобретения: «Способ коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости при эндоскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита».

Список сокращений

ГС – группа сравнения

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ОГ – основная группа

ФГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия

ХНДП – хронические нарушения дуоденальной проходимости

GSRS – опросник Gastrointestinal Symptom Rating Scale

Студеникин Лев Викторович

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Подписано в печать 19.10.18 г. Формат 60x84 1/16.

Бумага офсетная. Печать лазерная. Тираж 100 экз. Заказ 102.

Гарнитура «TimesNewRoman». Отпечатано в типографии
«ПЕЧАТНЫЙ ДОМЪ» ИП ВЕРКО.

Объем 1,1 п.л. Уфа, Карла Маркса, 12, корп. 5/1