

Таблиця 3. Віддалені результати хірургічного лікування хворих, n=104

Назва операції	Хороші та задовільні результати, (%)		Рецидив, (%)		Рефлюкс-езофагіт, (%)	
	N	%	N	%	N	%
ЛЕКМТФ	100	96,2	3	2,9	1	0,9

Середній термін післяопераційного перебування у відділенні пацієнтів був 4,1±1,8 доби. Після проведеного лапароскопічного оперативного втручання лише протягом першої доби виникала необхідність в знеболюванні наркотичними анальгетиками, а 54 (51,9%) хворих не потребували їх застосування. Середня потреба в наркотичних анальгетиках складала при лапароскопічному доступі 0,8±0,4 доби. Операційна кровотрата при лапароскопічному доступі складала 75,5±22,3 мл. Середня тривалість оперативного втручання складала 165,4±41,2 хвилин.

Основні дані клінічних та інструментальних досліджень у хворих представлені в таблиці 2. ЛЕКМТФ виявилася високоефективним втручанням, що достовірно і адекватно знижує рівень основних клінічних проявів захворювання: дисфагії та регургітації. Крім того, відбувалось суттєве і достовірне зниження тиску в області нижнього стравохідного сфінктера та позитивна рентгенологічна динаміка: достовірне звуження діаметру стравоходу разом з адекватним пасажем через стравохідно-шлунковий перехід і нормалізацію його розкриття, а також відновлення газового міхура шлунка (рис. 8). Разом з цим, при аналізі основних даних спостерігалась розбіжність між результатами лікування хворих з ахалазією I та II типу.

Як свідчать дані таблиці 2, серед хворих на АК I типу після ЛЕКМТФ спостерігалось: достовірне зниження рівня клінічних проявів дисфагії — в 4,2 рази; регургітації — в 4,6 рази; зменшення тиску НСС — в 2,4 рази (p<0,05). Разом з цим відмічена позитивна рентгенологічна динаміка, що включала вірогідне звуження діаметру стравоходу (в 1,7 рази). Результати хірургічного лікування пацієнтів з II типом АК (S-подібне вкривлення) виявились менш показовими: зниження рівня клінічних проявів дисфагії — в 1,5 рази; регургітації — в 3,1 рази; зменшення тиску НСС в 1,8 рази.

Віддалені результати вивчені в строки 12 місяців і більше після ЛЕКМТФ. Після лапароскопічного втручання рецидив ахалазії встановлено в 3 (2,9%), рефлюкс-езофагіт — в 1 (0,9%) хворого, в якого не виконувалась фундоплікація (табл. 3). Необхідно окремо зазначити, що з 6 пацієнтів з II типом АК рецидив наступив у 2 (33%), але жодний з них не погодився на повторне хірургічне лікування, оскільки якість життя їх навіть з рецидивом була незрівнянно кращою чим до оперативного лікування. Хворим з рецидивом АК не виконувались повторні операції, прохідність була відновлена за допомогою ін'єкцій ботулотоксину чи пневмомоділяції. Пацієнту з рефлюкс-езофагітом після ЛЕКМТФ шіном достатньо сезонного прийому блокаторів протонної помпи в профілактичних дозах для стійкої ремісії. Завдяки лапароскопічному доступу відбувається більш прецизійна мобілізація стравоходу, що супроводжується суттєво меншим руйнуванням зв'язкового апарату стравохідно-шлункового з'єднання, тому прояви післяопераційного рефлюкс-езофагіту виникають суттєво рідше і мають меншу клінічну значимість.

## ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Фомин П.Д., Белый В.Я., Никишаев В.И., Задорожний А.М.\*\*

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина  
Украинская военно-медицинская академия Министерства обороны Украины, Киев\*  
Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина\*\*

### Введение

Несмотря на высокую частоту синдрома Меллори-Вейсса (СМВ) в структуре причин желудочно-кишечных кровотечений (от 6,5% [1] до 16,8% [3, 6]), одного мнения относительно причин его возникновения, лечебной тактики и доньше не выбрано. В опубликованных работах приводятся противоречивые взгляды относительно объема лечебной тактики при СМВ, эффективности различных методов миниинвазивных эндохирургических вмешательств (МЭВ), показаний к хирургическому лечению.

Хотя за последние годы можно отметить существенное уменьшение количества оперативных вмешательств при СМВ, и все же, несмотря на возможности эндоскопических методов в достижении гемостаза и профилактики рецидивов кровотечения (РК), больных с данным заболеванием продолжают оперировать, с хирургической активностью от 6,9% [2,5] до 15,4% [4], с высокой послеоперационной летальностью (от 3,8% [4] до 24,3% [5]) и РК в послеоперационном периоде (11,8% [2] — 13,6% [5]).

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с синдромом Меллори-Вейсса за счет усовершенствования лечебно-диагностической тактики.

### Материалы и методы

При выполнении работы нами проведен анализ результатов лечения 1651 больного с СМВ за период с 1982 по 2009 годы. Все больные были разделены на две группы. Сформированные клинические группы соответствовали этапам внедрения и возможностям эндоскопических малоинвазивных технологий в диагностике и лечении больных с желудочно-кишечными кровотечениями, в том числе и с СМВ.

В группе сравнения (с 1982 по 2003 — 1236 человек) изучена эффективность различных методов МЭВ для остановки продолжающегося кровотечения (F IA, F IB) путем применения аппликационных методов, эндоскопической инъекционной терапии (ЭИТ), охлаждающей терапии, электрохирургических методов и клипирования. С целью изучения эффективности различных методов МЭВ для профилактики возникновения РК при эндоскопических стигматах кровотечения F IIA и F IIB в группе сравнения у 151 больного применялись различные способы МЭВ (электрохирургические методы, ЭИТ и комбинацию этих методов в различной последовательности).

В основной клинической группе (с 2004 по 2009 — 415 человек), на основе детального анализа результатов лечения больной группы сравнения, была реализована дифференцированная лечебно-диагностическая тактика. С целью изучения состояния слизистой кардиального, дна, верхней трети тела и антрального отделов желудка, гистологических форм гастритов и инфицирования *Helicobacter pylori* было проведено патогистологическое исследование у 70 больных основной группы. В группу контроля были включены 60 амбулаторных пациентов, которым эндоскопию выполняли по поводу диспепсии. Через 10-14 дней этим же пациентам повторяли исследование для оценки заживления разрывов и состояния слизистой с повторным забором материала для морфологического исследования.

Эндоскопию выполняли эндоскопами ЛОМО, АСМ1, Олимпус, Fujinon с использованием системы Fujinon EPX-4400. Для остановки продолжающегося кровотечения, а так же для профилактики его рецидивов нами использовались аппликационные методы, ЭИТ, термические методы (охлаждающая терапия, электрохирургические методы;

Отже, хорошие и відмінні віддалені результати після ЛЕКМТФ отримані у 100 пацієнтів, що склали 96,2% (табл. 3). Аналіз отриманих результатів сучасного способу хірургічного лікування спонукає певним чином змінити алгоритм вибору методу лікування АК шляхом розширення показів для виконання лапароскопічної міотомії та обрубтованого певному звуженню показів для виконання пневмомоділяції і відкритої міотомії. На даний час не існує єдиного універсального способу лікування хворих з різним ступенем АК, тому ключем для успіху є застосування більш диференційованого вибору уніфікованих способів лікування, що в першу чергу залежить від типу АК, ступеню рентгенологічно-манометричних даних, індивідуалізації основних показників загального стану.

### Висновки

Лапароскопічна езофагокардіоміотомія в поєднанні з передньою фундоплікацією — високоефективний і безпечний спосіб хірургічного лікування АК, що дозволяє зберегти всі переваги мініінвазивного доступу та отримати відмінні та хороші віддалені результати у 96,2% хворих. Доповнення лапароскопічної міотомії передньою «розширюючою» фундоплікацією дозволяє уникнути виникнення клінічно значимих проявів післяопераційного рефлюкс-езофагіта. Початковий досвід застосування лапароскопічної езофагокардіоміотомії та передньої фундоплікації для лікування хворих з S-подібним стравоходом свідчать, що хороші і задовільні результати спостерігалась у 67,7% хворих.

### Література

- Саенко В.Ф., Тивончук А.С., Андреев С.А. с соавт. (2003) Первый опыт лапароскопической эзофагокардиомии при ахалазии кардии. Клиническая хирургия. 2: 13-16
- Усенко О.Ю., Андреев С.А., Тивончук О.С. с співавт. (2011) Досвід хірургічного лікування ахалазії кардії. Клиническая хирургия. 2: 5-9
- Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. (2000) Хирургия пищевода. (Москва). «Медицина», 352 с.
- Heller E. (1913) extramukose kardioplastik beim chronischen kardiospasmus mit dilatation des oesophagus. Mitt. Grenzgeb. Med. Chir. 27: 141-149
- Howard J.M., Mongan A.M., Manning B.J. et al. (2010) Outcome in achalasia from a surgical unit where pneumatic dilatation is first-line therapy. Diseases of the Esophagus. 23; 6: 465-472
- Mayberry J.F. Epidemiology and demographics of achalasia. Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. 11: 235-48
- Richards W.O., Torquati A., Holzman M.D. et al. (2004) Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia. A prospective randomized double-blind clinical trial. Annals of Surgery. 240; 3: 405-415
- Shimi S., Natahanon L.K., Cuschieri A. (1991) Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia. J. R. Coll. Surg. Edinb. 36: 152-154
- Tyvonchuk A., Lavryk A., Sayenko V. (2005) Innovative minimally invasive technologies in surgery cardioesophageal of area. EAES Abstract 13 International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery. 1: 4: 381, 264
- William O., Torquati A., Holzman D. (2004) Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia. A prospective randomized double-blind clinical trial. Ann. Surg. 240: 405-415
- Zaninoto G., Costantini M., Portale G. et al. (2002) Etiology, diagnosis, treatment of failures after laparoscopic heller myotomy for achalasia. Annals of Surgery. 235; 2: 186-192

электрокоагуляция тканей вокруг стигмат, монополярная электрокоагуляция с одновременной подачей 10% раствора NaCl через канал коагуляционного зонда без прижигания электрода к тканям, механическая тампонада кровоточащего сосуда электродом с проведением электрокоагуляции, биполярная электрокоагуляция, радиочастотная коагуляция, аргоноплазменная коагуляция, электрокоагуляция в сочетании с ЭИТ), а также клипирование.

Удельный вес больных с СМВ среди всех находившихся под нашим наблюдением больных с желудочно-кишечными кровотечениями колебался от 3,4 (1987) до 11,6% (2009). Большинство пациентов (84,3%) относились к трудоспособному возрасту — от 20 до 65 лет, значительно преобладали мужчины (84,7%).

Причинами, приведшими к развитию СМВ, в основном была рвота, вызванная употреблением алкоголя (67,8%), переданием (3,5%), употреблением недоброкачественных пищевых продуктов (1%). У 27,7% больных СМВ развился на фоне сопутствующих заболеваний. У 10,7% больных причинами возникновения внезапного повышения внутрижелудочного давления, что и повлекло развитие СМВ, были икота (54,2%), длительный беспрерывный кашель (23,2%), гипертонический криз (16,4%), физическая нагрузка (6,2%).

### Результаты и их обсуждение

В группе сравнения преобладали больные с остановившимся кровотечением — 1009 (81,6%) пациентов: с эндоскопическими стигматами кровотечения F IIC и F III было 597 (48,3%), F IIA и F IIB — 412 (33,3%) больных. С продолжающимся кровотечением (F IA, F IB) было госпитализировано 227 (18,4%) больных.

Основной целью анализа результатов лечения больных в этой клинической группе была оценка эффективности различных методов МЭВ, выполненных с целью остановки продолжающегося кровотечения и профилактики РК. Была установлена полная неэффективность аппликационной и охлаждающей терапии при продолжающемся кровотечении (ни в одном случае не удалось достичь эндоскопического гемостаза). Высокоэффективными при остановке кровотечения оказались клипирование, электрохирургические методы, эндоскопическая инъекционная терапия. Непосредственные результаты были примерно одинаковыми. Более важной для оценки примененных методик

Таблица 1. Эндоскопические стигматы кровотечения в зависимости от локализации разрыва

Локализация разрывов	Эндоскопические стигматы кровотечения (%)						Всего (%)
	F IA	F IB	F IIA	F IIB	F IIC	F III	
I <sub>1</sub>	-	-	-	-	4 (1)	5 (1,2)	9 (2,2)
I <sub>2</sub>	L <sub>1b</sub>	-	-	6 (1,5)	8 (1,9)	44 (10,6)	58 (14)
	L <sub>2b</sub>	9 (2,2)	17 (4,1)	21 (5)	16 (3,9)	59 (14,2)	122 (29,4)
I <sub>3</sub>	L <sub>3c</sub>	25 (6)	42 (10,1)	49 (11,8)	24 (5,8)	31 (7,5)	171 (41,2)
	I <sub>3b</sub>	6 (1,4)	39 (9,4)	6 (1,4)	2 (0,5)	-	53 (12,7)
I <sub>4</sub>	2 (0,5)	-	-	-	-	-	2 (0,5)
<b>Всего (%)</b>	<b>8 (1,9)</b>	<b>73 (17,6)</b>	<b>65 (15,6)</b>	<b>78 (18,8)</b>	<b>52 (12,6)</b>	<b>139 (33,5)</b>	<b>415 (100)</b>

была частота РК: после клипирования их не было, после электрохирургического воздействия они возникли у 8,6% (при этом частота РК достоверно не отличалась между различными методами гемостаза), а после инъекционной терапии — у 42,9% больных. Было отмечено, что в большинстве случаев РК появились после повторной рвоты или икоты.

При определении эффективности применяемых различных методов МЭВ, использованных для профилактики возникновения РК, у больных с самостоятельно остановившимся кровотечением установлена их одинаково высокая эффективность. Определенными преимуществами обладал метод неконтактного воздействия — аргоноплазменная коагуляция. Во время ее проведения мы не наблюдали возобновления кровотечения. Общее число больных с РК в группе было 64 (5,2%).

В группе сравнения был прооперирован 1 (0,08%) больной по поводу кровоточащей язвы луковицы двенадцатиперстной кишки с выявленным до операции СМВ. После вмешательства на язве было обнаружено просачивание крови из разрыва в области пищевода-желудочного соединения. Выполнена высокая гастротомия с ушиванием разрыва кетгутум. Больной выздоровел. Умерло 7 (0,56%) больных, у которых СМВ развился на фоне тяжелой соматической патологии.

С целью установления частоты локализации разрывов слизистой при СМВ в основной группе нами было разработано эндоскопическое распределение области пищевода-желудочного соединения на отдельные зоны. Локализация разрывов была нами классифицирована следующим образом:

- L<sub>1</sub> — на уровне розетки нижнего пищевода сфинктера (не доходя до пищевода-желудочного соединения);
- L<sub>1a</sub> — в области пищевода-желудочного соединения;
- L<sub>1b</sub> — от розетки нижнего пищевода сфинктера до пищевода-желудочного соединения;
- L<sub>1c</sub> — на уровне пищевода-желудочного соединения с частичным переходом на пищевод и кардиальный отдел желудка;
- L<sub>1d</sub> — дистальнее пищевода-желудочного соединения с переходом на кардиальный отдел желудка;
- L<sub>1e</sub> — в кардиальном отделе желудка с переходом на верхнюю треть тела желудка;
- L<sub>1v</sub> — в верхней трети тела желудка.

Согласно данным эндоскопического определения зоны пищевода-желудочного соединения, наибольшее количество разрывов наблюдалось дистальнее пищевода-желудочного соединения с переходом на кардиальный отдел желудка (L<sub>1d</sub>) — 200 (37,5%) у 171 больного. Несколько меньше на уровне пищевода-желудочного соединения с частичным переходом на пищевод и кардиальный отдел желудка (L<sub>1c</sub>) — 146 (27,3%) у 122 больных и в кардиальном отделе с переходом на верхнюю треть тела желудка (L<sub>1e</sub>) — 111 (20,8%) у 53 больных. Наименьшее количество разрывов слизистой было в верхней трети тела желудка (L<sub>1v</sub>) — 4 (0,7%) у 2 больных.

Кроме того, нами были оценены эндоскопические стигматы кровотечения в зависимости от места локализации разрывов (таблица 1). Проведенный анализ показал прямую сильную корреляционную связь ( $r=0,89$ ) между эндоскопическими стигматами кровотечения и локализацией разрывов: продолжающееся кровотечение и эндоскопические стигматы недавнего кровотечения с высоким риском возникновения РК (F IIA, F IIB) наблюдались при расположении разрывов дистальнее пищевода-желудочного соединения (L<sub>1v</sub>, L<sub>1c</sub>, L<sub>1d</sub>), а эндоскопические стигматы недавнего кровотечения с низким риском возникновения РК (F IIC) и разрывы под фибрином (F III) встречались проксимальнее — ближе к розетке нижнего пищевода сфинктера (L<sub>1</sub>, L<sub>1a</sub>).

Объяснение полученных данных было найдено нами после сопоставления локализации разрывов слизистой с сосудистыми зонами в области пищевода-желудочного соединения, что схематично представлено на рисунке 1. При расположении разрывов в более мощной желудочной сосудистой зоне кровотечение носило упорный и выраженный характер с высоким риском возникновения РК. При локализации разрывов в палисадной зоне картина была обратной.

При патогистологическом изучении слизистой нижней части кардии и прилегающих к нему отделов желудка у больных с СМВ и пациентов с диспепсией, у которых наблюдалось интенсивное срыгивание воздуха при обследовании с пролабированием слизистой верхней трети тела желудка в пищевод (11,7%), были выявлены аналогичные изменения. Эти изменения были обратимы, что подтверждает теорию о преимущественно травматической природе повреждения слизистой при СМВ. Частота выявления различных форм гастритов (при контрольном обследовании) и частота обсемененности слизистой желудка *Helicobacter pylori* у больных с СМВ и пациентов, обследованных по поводу диспепсии, достоверно не отличались.

В основной клинической группе лечебная тактика была реализована на основании выводов из анализа материалов группы сравнения. У больных с продолжающимся кровотечением, а также с высокой угрозой его возникновения (224 (54%) пациента) были использованы положительно зарекомендовавшие себя методы МЭВ: электрокоагуляция — у 66, биполярная электрокоагуляция — у 34, радиочастотная коагуляция — у 30, эндоскопическая инъекционная терапия с последующей электрокоагуляцией — у 30, аргоноплазменная коагуляция — у 29, электрокоагуляция с последующей инъекционной терапией — у 34 больных. Всем больным с остановившимся кровотечением (F IIA, F IIB)

проведены МЭВ разрывов с целью профилактики РК.

Эндоскопические вмешательства проводили по усовершенствованной методике с учетом роли срыгивания воздуха (во время и после исследования) в возобновлении кровотечения. После проведения полного эндоскопического осмотра и проведения МЭВ на других источниках кровотечения эвакуировали воздух из желудка и вмешательство на разрывах выполняли при минимальной инсультации воздуха с обязательной полной его эвакуацией после завершения вмешательства. У больных в состоянии алкогольного опьянения, с неадекватным поведением, в состоянии возбуждения использовали тотальную интравензную анестезию.

У 11 больных (2,6%) возникли РК, причем у 8 (72,7%) больных в кардиальном отделе желудка с переходом на верхнюю треть тела желудка (L<sub>1e</sub>). В верхней трети тела желудка (L<sub>1v</sub>) — у 2 (18,2%). На уровне пищевода-желудочного соединения с переходом на кардиальный отдел желудка (L<sub>1c</sub>) — у 1 (9,1%). При локализации разрывов в других зонах пищевода-желудочного соединения (L<sub>1</sub>, L<sub>1a</sub>, L<sub>1b</sub>) РК не было.

Во всех случаях рецидивов при эндоскопии было выявлено продолжающееся кровотечение (F IIV). Причина — повторная рвота и икота. Всем больным была проведена повторная эндоскопическая остановка кровотечения под седацией с пролонгированной тотальной интравензной анестезией в течении 6-24 часов в условиях отделения интенсивной терапии. РК отмечено не было. Открытых оперативных вмешательств в основной группе не проводили. Умерших не было. Улучшение результатов заключается в уменьшении РК в 1,8 раза ( $p<0,05$ ), уменьшении продолжительности лечения в 1,5 раза ( $p<0,05$ ) и исключении необходимости открытых оперативных вмешательств.

## Выводы

1. Тяжесть и интенсивность кровотечения зависят от локализации разрывов, что объясняется их положением относительно сосудистых зон. Наиболее тяжелые случаи наблюдаются у больных с разрывами в проксимии сосудов желудочной зоны.
2. СМВ развивается у больных при наличии предрасполагающих и производящих факторов. К первым относятся морфологические изменения стенки органов (атрофия слизистой), ко вторым — рвота, икота, кашель (т.е. резкое повышение внутрибрюшного давления).
3. Морфологические изменения слизистой в области пищевода-желудочного соединения и их обратимый характер говорят о травматической природе повреждения при СМВ. Частота выявления различных форм гастритов и частота обсемененности слизистой желудка *Helicobacter pylori* у больных с СМВ и пациентов, обследуемых по поводу диспепсии, достоверно не отличались.
4. Методом выбора для остановки кровотечения и профилактики рецидива являются МЭВ. Наиболее надежные из них — электрохирургические вмешательства, клипирование.
5. Важнейшим методом профилактики возникновения кровотечения во время эндоскопического обследования и профилактики возникновения рецидива в отдаленном периоде является подавление икоты и рвоты.
6. Открытые операции должны быть исключены из перечня лечебных мероприятий при СМВ.

## Литература

1. Братусь В.Д. (2001) Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Укр. журн. малоінвазив. та ендоскоп. хірургії. 5; 1: 5-6
2. Грома В.Г. (2003) Хірургічна тактика і лікування хворих з синдромом Меллорі-Вейсса: автореф. дис. канд. мед. наук. Дніпропетровська державна медична академія.
3. Кондратенко П.Г., Соколов М.В., Смирнов Н.Л. (2007) Организационные вопросы оказания специализированной помощи больным с острыми кровотечениями в просвет пищевода-желудочного канала. Укр. журн. малоінвазив. та ендоскоп. хірургії. 11; 1: 24-25
4. Дужий І.Д., Шевченко В.П., Борисенко О.І. з співавт. (2007) Особливості синдрому Меллорі-Вейсса у жінок. Укр. журн. малоінвазив. та ендоскоп. хірургії. 11; 2: 30-31
5. Трофимов М.В. (2007) Принципи визначення та формування лікувальної тактики у хворих на синдром Меллорі-Вейсса: автореф. дис. канд. мед. наук. Дніпропетровська державна медична академія.
6. Хаджиев О.Ч., Бабалич А.К., Каракурсков Н.И. с соавт. (2007) Лечебная тактика при острых желудочно-кишечных кровотечениях. Укр. журн. малоінвазив. та ендоскоп. хірургії. 11; 2: 35-36

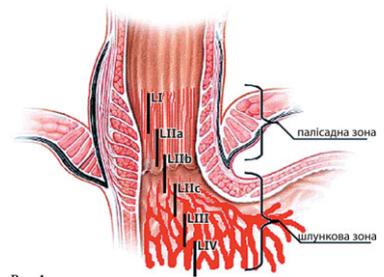


Рис. 1  
Сопоставление локализации разрывов с сосудистыми зонами.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ЮКСТАПАПИЛЛЯРНЫМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ДИВЕРТИКУЛАМИ

Хворостов Е.Д., Захарченко Ю.Б., Томин М.С., Цивенко А.И.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, кафедра хирургических болезней, Украина

### Введение

В современных стационарах у 84-95% пациентов удаление конкрементов холедоха выполняется посредством дуоденоскопических транспапиллярных вмешательств [1,2,9]. К одному из важных факторов, препятствующему проведению эндоскопической экстракции конкрементов, включая контактную литотрипсию, относят наличие дуоденального дивертикула (ДД) [1,3]. Дуоденоскопические транспапиллярные вмешательства у пациентов с ДД, связанные с риском возникновения осложнений, которые развиваются в 2-6% случаев (панкреонекроз, профузное кровотечение, перфорация двенадцатиперстной кишки в забрюшинное пространство с развитием флегмоны) и летальных исходов (0,5-1,5%) [1,4].

Частота встречаемости ДД в популяции колеблется от 12 до 25% с незначительным преобладанием среди женщин [5,7,10]. Наиболее часто ДД выявляются у лиц 50-60 лет и с возрастом эта тенденция увеличивается [7,10]. Обнаружение ДД зависит от диагностических методов и составляет: при рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью — 0,016-6%, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) — 9-25% [10]. По локализации около 95% ДД располагаются на внутренней стенке нисходящей части двенадцатиперстной кишки [10-12,14]. Порядка 70-75% дивертикулов находится в радиусе 2 см от БДС [6,10,11].

По локализации ДД классифицируют на внепросветные, когда слизистый и подслизистый слои выступают через слабые места дуоденальной стенки наружу и внутрипросветные, образующиеся полностью внутри просвета и покрытые с обеих сторон слизистым слоем [10]. Среди внепросветных ДД выделяют — ампулярные, которые включают в свой состав БДС или интерстициальную часть холедоха и периапулярные, локализующиеся в радиусе 2 см от БДС, но не вовлекающие его в свой состав. Вместе ампулярные и периапулярные ДД принято называть юкстапапиллярными [6,9,10]. Юкстапапиллярные ДД обычно бессимптомны, но в некоторых случаях могут приводить к смещению/сдавлению просвета холедоха или панкреатического протока вызывая холестаз, желтуху, образование конкрементов и панкреатит. Данное состояние получило название синдрома Леммела (Lemmel). В 1934 г. автор назвал связь между наличием юкстапапиллярного дивертикула и гепатобилиопанкреатических заболеваний «папиллярным синдромом» или синдромом Леммела [7].

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина «Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», номер регистрации 0100U005308. На