УДК: 616.33.44-089.44-06-08-035

Ф.Д. Кодиров, Ш.Ш. Сайдалиев, Д.М. Кадыров, З.В. Табаров

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РУБЦОВО-ЯЗВЕННОМ ДУОДЕНОСТЕНОЗЕ, СОЧЕТАННОМ С ПЕНЕТРАЦИЕЙ ЯЗВЫ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

Кодиров Фарход Давронджонович - д.м.н., врач-хирург отделения хирургии желудка и кишечника
ГУ «Институт гастроэнтерологии», тел. +(992)919983830

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных при сочетании рубцово-язвенных дуоденостенозов с пенетрацией язвы.

Материалы и методы исследования. Анализированы результаты обследования и хирургического лечения 182 больных с рубцово-язвенным дуоденостенозом в сочетании с пенетрацией язвы. Больные распределены на три группы: первая – 90 больных, у которых выполнена селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дуоденопластикой; вторая – 60 больных, которым выполнена селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дренирующими желудок операциями типа поперечного гастродуоденоанастомоза (52), гастродуоденоанастомоз по Жабуде (2), пилоропластики по Финнею (6); третья – 32 больных, у которых применены дуоденопластика или дренирующими операциями без селективной проксимальной ваготомии.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что пенетрация язвы является имманентным свойством рубцово-язвенным дуоденостенозом и проявляется в виде трех морфологических форм: язвенно-инфильтративная, язвенно-рубцовая, рубцовая. Селективная проксимальная ваготомия выполнена с учетом показателей секреторной и МЭФ желудка, вариантами дуоденопластики или дренирующими операциями.

Заключение. Выбор варианта дуоденопластика или дренирующих операций зависит от топографо-анатомической характеристики дуоденостеноза и морфологической формы пенетрации язвы.

Ключевые слова: сочетанные осложнения язвенной болезни, стеноз, пенетрация, хирургическое лечение, селективная проксимальная ваготомия, дуоденопластика, дренирующие операции.

F.D. Kodirov, Sh. Sh. Saidaliev, D.M. Kadyrov, Z.V. Tabarov

ORGANPRESERVING SURGERY METHODS DURING CICATRICIAL AND ULCERATIVE DUODENAL-STENOSIS ACCOMPANIED BY THE ULCER PENETRATION

SI Institute of gastroenterology, Ministry of Healthcare and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Kodirov Farhod Davronzhonovich – Doctor of Medical Science; surgeon at the department of surgery of the stomach and intestines of the SI “Institute of Gastroenterology”; tel. + (992) 919983830

Aim. To improve the results of surgery of patients with combined cicatricial and ulcerative duodenal-stenosis with the ulcer penetration.

Materials and methods. The results of the examination and surgical treatment of 182 patients with cicatricial and ulcerative duodenal-stenosis with the ulcer penetration were analyzed. Patients were divided into three groups: the first group of 90 patients included patients that received selective proximal vagotomy in combination with duodenoplasty; the second group of 60 patients included patients that received selective proximal vagotomy in combination with drainage surgeries like cross-gastroduodenal-anastomosis (52), gastroduodenal-anastomosis according to Jaboulay (2), pyloroplasty according to Finney (6); the third group included 32 patients that received duodenoplasty or drainage operations without selective proximal vagotomy.

Results and discussion. It was found, that ulcer penetration is an immanent feature of cicatricial and ulcerative duodenal-stenosis that manifests in three morphological forms: ulcerative-infiltrative, cicatricial-ulcerative, cicatricial. Selective proximal vagotomy was conducted considering the indicators of secretory and motor evacuatory functions of the stomach, duodenoplasty variants, and drainage operations.

Conclusion. The choice of the duodenoplasty and drainage operation depends on topographical-anatomical features of the duodenal-stenosis and morphological form of the ulcer penetration.

Keywords: combined complications of the ulcerative disease, stenosis, penetration, surgery, selective proximal vagotomy, duodenoplasty, drainage operations.

Актуальность. На фоне успехов в лечении осложненной язвенной болезни (ЯБ), растет число операций по поводу сочетанных осложнений язв [3, 6, 10, 15]. Наиболее распространенным осложнением ЯБ является дуоденальный стеноз, встречающийся у 17-57% пациентов с сочетанными осложнениями язвенной болезни [2, 10, 14, 15]. По данным М.Д. Дибирова и соавт. [6], пенетрирующая пилородуоденальная язва сочеталась с другими осложнениями у 56,2% больных, Ф.Н. Нишанова и соавт. [14] – 57,1%, Н.А. Никитина и соавт. [13] – 60–70,5%. Частота сочетания пенетрации с рубцово-язвенным дуоденостенозом (РЯДС) колеблется в широких пределах от 23,1% до 60,9% [4, 5, 7, 10, 11, 13].

Пенетрация постбульбарных язв, по материалам литературы, составляет от 25,3% до 90% и создает значительные технические трудности при выполнении оперативных вмешательств [4, 14]. В повседневной действительности возможность применения органосохраняющих операций при стенозирующих пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки (ДПК) рассматривается редко. Большинство хирургов являются сторонниками применения резекции желудка при любом сочетании осложнений [1, 6-8, 14], лишь отдельные авторы отдают предпочтение радикальным органосохраняющим операциям с ваготомией [2, 9, 10, 11, 12, 16].

Результаты резекции желудка нельзя признать удовлетворительными вследствие высокой летальности и значительного числа осложнений [1]. По нашему мнению, данная проблема нуждается в изучении и дальнейшем исследовании.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных при сочетании рубцово-язвенных дуоденостенозов с пенетрацией

язвы.

Материалы и методы исследования. Материалом для настоящего исследования служили результаты обследования и хирургического лечения 182 больных с рубцово-язвенным дуоденостенозом, сочетающимся с пенетрацией язвы, которым выполнены различные способы органосохраняющих операций в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СПВ) или без СПВ.

Возраст больных колебался от 19 до 67 лет. Мужчин было 127 (69,8%), женщин – 55 (30,2%). В зависимости от способа восстановления проходимости двенадцатиперстной кишки (ДПК) больные распределены на три группы: первая – 90 больных, у которых выполнена СПВ в сочетании с дуоденопластикой (СПВ+ДП); вторая – 60 больных, которым выполнена СПВ в сочетании с дренирующими желудок операциями (СПВ+ДО) типа поперечного гастродуоденоанастомоза (52), гастродуоденоанастомоз (ГДА) по Жабуле (2), пилоропластики по Финнею (6); третья – 32 больных, у которых применены дуоденопластика или дренирующие желудок операции без СПВ.

Для определения показаний к операции были применены следующие методы исследования: исследование секреторной функции желудка, внутриполостная манометрия пищевода и желудка, периферическая электрогастрография с электрической и медикаментозной стимуляцией, эзофагогастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование желудка и ДПК, рентгенопланиметрия с церукалом. В зависимости от стадии РЯДС больные распределены следующим образом (табл. 1).

Результаты исследования и их обсуждение. Пенетрация язвы является имманентным свойством и основным патогенетическим механизмом развития рубцово-язвенных дуоденостенозов. Она

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от стадии стеноза

Стадия стеноза	I группа (СПВ+ДП) (n=90)	II группа (СПВ+ДО) (n=60)	III группа (ДП-ДО) (n=32)	Всего
Компенсированная	26 (28,9%)	5 (8,3%)*	-	31(37,2%)
Субкомпенсированная	44 (48,9%)	29 (48,4%)	-	73 (97,2%)
Декомпенсированная	20 (22,2%)	26 (43,3%)*	32	78 (66,1%)
Итого	90 (49,5%)	60 (33,0%)	32 (17, 5%)	182 (100%)

Примечание: * p<0,05 – при сравнении с I группой больных

диагностировалась интраоперационно и была представлена в виде трех морфологических форм: язвенно-инфильтративная (16,8%), язвенно-рубцовая (18,2%) и рубцовая (65%) формы. Морфологическая характеристика пенетрации у больных РЯДС по данным интраоперационной ревизии представлена в табл. 2.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от морфологической формы стеноза

Группы больных	Язвенно-инфильтративная	Язвенно-рубцовая	Рубцовая
I группа (СПВ+ДП) (n=90)	3 (3,3%)	17 (18,9%)	70 (77,8%)
II группа (СПВ+ДО) (n=60)	12 (20%)	12 (20%)	36 (60%)
III группа (ДП – ДО) (n=32)	5 (15,6%)	6 (18,8%)	21 (65,6%)
p	<0,01	>0,05	<0,05
Итого (n=182)	20 (11,0%)	35 (19,2%)	127 (69,8%)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами

Морфологические формы пенетрации язвы по существу являются стадиями одного патологического процесса – формирования дуоденостеноза.

По нашим данным, наиболее часто пенетрация язв происходила в печеночно-дуоденальную связку (57,4%), поджелудочную железу (10,2%) и одновременно в печеночно-дуоденальную связку поджелудочную железу (32,4%).

При выполнении операции важное значение имеет правильная тактика хирурга у каждого конкретного больного со стенозирующей пенетрирующей язвой. При этом необходимо учитывать не только характер желудочной секреции, но и степень сохранности резервных возможностей моторно-эвакуаторной функции желудка, особенно при её декомпенсации, наличие сочетанных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (язва желудка, дивертикул ДПК, хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП)).

Выбор варианта операции, в зависимости от морфологической формы пенетрации, имеет свои особенности. Морфологические формы пе-

нетрации, локализация и протяженность стеноза влияют на выбор варианта дуоденопластики или дренирующей желудка операции. Детали техники выбранного метода операции реализуются после интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны.

Наличие ХНДП является препятствием для применения СПВ с ДО операциями и резекции желудка (РЖ) по первому способу Бильрота. Его необходимо диагностировать до операции с помощью рентгенологического исследования ДПК или заподозрить на основании косвенных признаков (дуоденогастральный рефлюкс высокой степени). При невозможности рентгенологической диагностики дуоденостаза существуют интраоперационные признаки ХНДП: расширение просвета нисходящей и особенно нижнегоризонтальных ветвей ДПК более 3,5см, видимое преобладание диаметра ДПК над диаметром начального отдела тощей кишки, компрессия ДПК в области аортомезентериального угла, изменение тонуса ДПК, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение более чем на 1/2 или менее чем на 1/3 первоначальной величины [12]. Наличие ХНДП у больных РЯДС считают противопоказанием к применению органосохраняющих операций с ваготомией. Однако В.И. Репин и соавт. [16], наряду с основной операцией при осложнениях ЯБ, применяют различные корригирующие дуоденальную проходимость операции.

Показанием к применению РЖ явился декомпенсированный стеноз у 175 больных, наличие сопутствующего ХНДП – у 17, дивертикула ДПК – у 3, медиастральной язвы – у 5, грубые анатомические нарушения в пилородуоденальной зоне вследствие перенесенной ранее операции ушивания перфоративной язвы – у 10 больных.

Однако при длительном течении язвенной болезни, после многократных обострений, перенесенных перфораций в пилородуоденальной зоне развиваются грубые рубцовые изменения с вовлечением окружающих органов, затрудняющие восстановление проходимости ДПК. Поскольку практически все стенозирующие язвы фактически являются пенетрирующими, во время операции всегда возникают сложности, особенно при вовлечении гепатодуоденальной связки, поджелудочной железы и привратника, самой двенадцатиперстной кишки в воспалительный инфильтрат.

В подобных случаях более рациональными считаем резецирующие операции. Однако не оправдано стремление обязательно произвести

радикальную операцию с удалением язвы, которую рекомендуют ряд хирургов [5, 8, 13]. Такая тактика приводит к возникновению непоправимых интраоперационных и послеоперационных осложнений: повреждению элементов гепатодуоденальной связки, послеоперационному панкреатиту, несостоятельности швов дуоденальной культи и др. Во избежание этих осложнений необходимо в каждом конкретном наблюдении, учитывая характер и распространенность патологического процесса, избрать индивидуальную тактику и произвести адекватное оперативное вмешательство.

Альтернативой РЖ при пенетрирующих стенозирующих язвах является СПВ с ДП или ДО. Однако выбор такого вида операции имеет свои особенности. При этом необходимо учитывать следующие факторы: уровень кислотопродукции в гуморальную фазу желудочной секреции, стадия стеноза, степень декомпенсации моторно-эвакуаторной функции желудка, локализацию и протяженность стеноза, морфологическую форму пенетрации и наличие ХНДП.

Для определения возможности применения СПВ важное значение имеет тип желудочной секреции и уровень кислотопродукции в гуморальную фазу, а также степень сохранности резервных возможностей моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка. СПВ выполнялась при вагусном и смешанном типах желудочной секреции, если уровень стимулированной кислотопродукции не превышал 35 мэкв/час.

Поскольку более 2/3 больных имели декомпенсированный стеноз, вопрос о применении СПВ в сочетании с ДП или ДО решался на основании определения степени декомпенсации МЭФ желудка. По результатам рентгенопланиметрии с церукалом (метоклопрамид 10 мг в/в), мы выделяем четыре степени декомпенсации МЭФ желудка: I степень; II степень; III степень и IV степень.

Эти критерии позволяют определить возможность применения ваготомии у больных с декомпенсированным дуоденостенозом и прогнозировать риск развития постваготомического гастростаза (ПВГ). Как показала практика, при декомпенсации I и II степени риск развития ПВГ минимален, при декомпенсации III закономерен риск развития ПВГ II-III степени, поддающиеся длительной консервативной терапии. При декомпенсации IV степени неизбежно развитие ПВГ III степени или гастроплегии. Исходя из этого, СПВ с ДП или ДО в случаях декомпенсированного стеноза применяли только при I-II степени нарушения МЭФ желуд-

ка. При декомпенсации III и IV степени отдавали предпочтение резекции желудка, если позволяло состояние больного, либо применяли изолированную ДП или ДО, если имелись глубокие нарушения гомеостаза или гастрогенная тетания.

Вопрос о выборе варианта ДП или ДО, сочетаемой с СПВ, решается после определения локализации и протяженности стеноза, морфологической формы пенетрации язвы. Главная роль в выборе оптимального способа пластической реконструкции луковицы ДПК и ДО отводится морфологическим и топографо-анатомическим критериям, получаемым при интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны.

Наличие воспалительного инфильтрата в зоне стеноза, как правило, ограничивает возможность применения ДП. Поэтому при язвенно-инфильтративной форме применялась пилоропластика по Финнею или гастродуоденоанастомоз по Жабуле в обход зоны воспалительной инфильтрации. В других ситуациях, когда ДП была невыполнимой, отдавали предпочтение поперечному гастродуоденоанастомозу.

По отношению к пилорическому сфинктеру мы выделяем: пилоростеноз (5,5%), луковичный дуоденостеноз с вовлечением в рубцово-язвенный процесс привратника (17,1%), луковичный дуоденостеноз без вовлечения привратника (35,7%) и залуковичный стеноз (41,7%) (табл. 3).

Оптимальными вариантами для выполнения дуоденопластики являются луковичный дуоденостеноз без вовлечения привратника при ширине престенотического участка луковицы не менее 2 см, и постбульбарный стеноз с достаточно большим псевдодивертикулом луковицы ДПК. При луковичном дуоденостенозе с вовлечением привратника и близости его (1-1,5 см) до стенозированного участка возможность применения дуоденопластики ограничивается.

Из 182 больных, которым выполнены органосохраняющие операции, у 138 (75,8%) выявили циркулярный (кисетный) стеноз, а у 44 (24,2%) – протяженный (трубчатый) стеноз. К трубчатым мы относим стенозы, протяженность которых составляет 2-4 см и более. Циркулярные стенозы стенозы не затрудняют технику выполнения дуоденопластики, а пластическое вмешательство при протяженных стенозах имеет свои особенности. В зависимости от конкретной ситуации, что устанавливается в процессе вмешательства, определяется объем и характер хирургического воздействия в зоне стеноза, что и составляет содержание раз-

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от локализации стеноза

Группы больных	Локализация стеноза			
	Пилоростеноз	Луковичный дуоденостеноз с вовл. приврат.	Луковичный дуоденостеноз без вовл. приврат.	Залуковичный дуоденостеноз
I группа (СПВ+ДП) (n=90)	-	5 (5,5%)	27 (30%)	58 (64,5%)
II группа (СПВ+ДО) (n=60)	7 (11,6%)	24 (40%)	25 (41,7%)	4 (6,7%)
III группа (ДП – ДО) (n=32)	3 (9,4%)	2 (6,2%)	13 (40,6%)	14 (43,8%)
p	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001
Итого (n=182)	10 (5,5%)	31 (17,1%)	65 (35,7%)	76 (41,7%)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами

работанных операций при различных вариантах хирургической анатомии. На основании результатов интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны определяется способ пластического

восстановления проходимости ДПК и возможность сохранения целостности привратника. В табл. 4 представлены варианты ДП и ДО в рассматриваемых группах больных.

Таблица 4

Варианты дуоденопластики и дренирующих желудок операций

Группы больных	Варианты дуоденопластики и дренирующих операций								
	ДП типа Финнея	Обратн. вар. Финнея	ДП II тип Финнея	ДП с доз. пилоротом.	ДП симметрич. дивертикулах	Бульбодуоденоанастомоз	Поперечный ГДА	ГДА по Жабуле	ПП по Финнею
I группа (СПВ+ДП) (n= 90)	59	6	5	5	7	8	-	-	-
II группа (СПВ+ДО) (n=60)	-	-	-	-	-	-	48	4	8
III группа (ДП-О) (n=32)	9	-	-	-	-	12	11	-	-
Итого: 182 %	68 37,3	6 3,3	5 2,7	5 2,7	7 3,8	20 11,0	59 32,4	4 2,3%	8 4,5

ДП проводили по типу пилоропластики по Финнею (но без разрушения привратника) – у 68 (37,4%), агипичного варианта Финнея – у 6 (3,3%), 2-го типа Финнея – у 5 (2,7%), ДП с дозированной пилоротомией – у 5 (2,7%), по Таннеру-Кенеди – у 7 (3,8%), бульбодуоденостомии – у 20 (11,0%) больных.

В качестве дренирующей желудок операции применены: поперечный гастродуоденоанастомоз

– у 59 (32,4%), гастродуоденоанастомоз по Жабуле – у 4 (2,2%), - пилоропластика по Финнею – у 8 (4,4%) больных.

В сравнительном аспекте изучены непосредственные результаты органосохраняющего хирургического лечения РЯДС, сочетанного с пенетрацией язвы (табл. 5).

Применение органосохраняющих операций с ваготомией и без неё сопровождалось минималь-

Таблица 5

Послеоперационные осложнения резекционных и органосохраняющих операций при стенозирующих пенетрирующих язвах

Послеоперационные осложнения	СПВ+ДП (n= 90)	СПВ+ДО (n= 60)	ДП-ДО (n=32)
Постваготомический гастростаз:			
II ст.	4 (4,4%)	6 (10,0%)	2 (6,2%)
III ст.	1 (1,1%)	2 (3,2%)	3 (9,4%)
Тонкокишечная инвагинация	-	1 (1,7%)	1
Кровотечение из просвета ЖКТ	-	1 (1,7%)	-
Кровотечение в брюшную полость	1 (1,1%)	-	-
Плеврит	-	1 (1,7%)	-
Пневмония	-	1 (1,7%)	-
Ателектаз сегмента легкого	1 (1,1%)	-	-
Итого	7 (7,7%)	12 (20,0%)	5 (15,6%)
Летальность	-	1 (1,7%)	-
Релапаротомия	1 (1,1%)	1 (1,7%)	1 (3,1%)

ным числом послеоперационных осложнений. Частота послеоперационных осложнений СПВ+ДП составила - 7,7%, релапаротомии –1,1%, летальные исходы не наблюдались. Послеоперационные осложнения СПВ+ДО составили- 20,0%, релапаротомия – 1,7%, летальность – 1,7%.

У 32 (17,6%) больных с высоким операционно-анестезиологическим риском вследствие тяжести алиментарно-дистрофических нарушений при крайне выраженной стадии стеноза, наличии гастрогенной тетании стремились минимизировать объем операции путем выполнения органосохраняющих операции без ваготомии, т.е. восстановление проходимости ДПК путем изолированной ДП или ДО. Результаты этих операций у всех больных были благоприятными, транзиторный гастростаз II-III степени наблюдался у 5 (15,6%) больных. В отдаленном периоде МЭФ и размеры желудка полностью восстановились, превентивное применение антисекреторных препаратов снижает риск рецидива язвы у данной категории больных.

Заключение. Пенетрация является имманентным свойством стенозирующих дуоденальных язв, которая проявляется в виде трех морфологических форм: язвенно-инфильтративной, язвенно-рубцовой и рубцовой, являющихся стадиями одного патологического процесса. Вне всяких сомнений, наличие пенетрирующей язвы значительно усложняет технику дуоденопластики и дренирующих операций при органосохраняющем хирургическом лечении при РЯДС. Операцией выбора при дуоденостенозе, сочетающимся с рубцовой и рубцово-язвенной формами пенетрации является СПВ с ДП. Выбор

того или иного метода операции определяют стадия стеноза, степень декомпенсации МЭФ желудка, локализация стеноза, морфологическая форма пенетрации и наличие сопутствующих заболеваний желудка и ДПК. При выборе способа ДП или ДО необходимо придерживаться топографо-анатомического и морфологического принципов. У больных с высоким операционно-анестезиологическим риском допустимо восстановление проходимости ДПК путем ДП или ДО без СПВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллозода Дж.А. Диагностика и лечение несостоятельности швов дуденальной культи после резекции желудка по Бильрот –II / Д.А. Абдуллозода, Ш.Ш. Сайфулдинов, С.Х. Абдуллоев // Здравоохранение Таджикистана. - 2019. - №2. - С. 77-86.
2. Багненко С.Ф. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин, Г.И. Синенченко, А.Е. Демко // Вестник хирургии. – 2009. - Том 168, №6. – С. 12-15.
3. Белоногов Н.И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / Н.И. Белоногов, Е.Н. Валька, В.В. Янголенко // Медицинский альманах. – 2011. - №2 (15). – С. 68-71.
4. Власов А.П. Комплексный подход к лечению трудных язв двенадцатиперстной кишки / А.П. Власов, В.В. Сараев, О.Ю. Рубцов, С.В. Катков // Медицинский альманах. - 2012. - №2 (21). - С. 153-146.
5. Волков В.Е. Клиническая оценка некоторых методов герметизации культи двенадцатиперстной кишки при надпирватниковой резекции желудка и гастрэктомии / В.Е. Волков, С.В. Волков // Acta medica Eurasica.

- 2018. - №1. - С. 1-8.

6. Дибиров М.Д. Выбор метода лечения пенетрирующих пилоробульбарных язв, осложненных кровотечением / М.Д. Дибиров, О.Х. Халидов, В.К. Гаджимурадов // Вестник ДГМА. 2017. - №1 (22). - С. 48-51.

7. Жигаев Г.Ф. Хирургическое лечение пенетрирующих язв двенадцатиперстной кишки / Г.Ф. Жигаева, Е.В. Кривигина // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2011. - №1(77). - Ч.2. - С. 257-258.

8. Красильников Д.М. Диагностика и комплексное лечение несостоятельности швов желудочно-кишечного тракта у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Д.М. Красильников, М.М. Миннуллин, Я.Ю. Николаев // Креативная хирургия и онкология. - 2017. - №2. - С. 49-55.

9. Косенко П.М. Диагностика и лечение сочетанного рубцово-язвенного стеноза у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки при органосохраняющих операциях / П.М. Косенко, С.А. Вавринчук, Н.И. Бояринцев, Г.Д. Сунозова // Вестник ДВГМУ. - 2019. - № 1. - С. 22-26.

10. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала / А.А. Кульчиев, А.А. Морозов, С.У. Тедеев, С.М. Галачиев, Д.М. Дзбоев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2015. - № 3-4. - С. 62-70.

11. Курбонов К.М. Диагностика и хирургическое лечение пенетрирующих дуоденальных язв / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, И.А. Сатторов // Новости хирургии, 2012. - Т. 20, № 3. - С. 16-20.

12. Курбонов К.М. Органосохраняющие методы операций при перфорации гастродуоденальных язв, сочетающихся с пенетрацией и стенозом / К.М. Курбонов, Ф.Ш. Сафаров, М.Г. Хамидов // Вестник Авиценны. - 2010. - № 2. - С. 26-28.

13. Никитин В.Н. Трудная культи при осложненных гигантских пенетрирующих язвах / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // Новости хирургии. - 2017. - Т.25, № 6. - С. 574-582.

14. Нишанов Ф.Н. Хирургическая тактика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки / Ф.Н. Нишанов, М.Ф. Нишанов, Д.Ш. Ходжиметов, Б.С. Робиддинов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2018. - Т.13. - № 3. - С. 43-46.

15. Полуэктов В.Л. Рубцово-дегенеративное кольцо, как каркас при хирургическом лечении стенозирующих пилородуоденальных язв, осложненных перфорацией / В.Л. Полуэктов, В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // Актуальные вопр. совр. хирургии. Сб. науч.-практич. работ, посвящ. 70-летию проф. Ю.С. Винника, Красноярск. - 2018. - С. 145 - 149.

16. Репин В.Н. Аспекты диагностики и реконструктивно-восстановительной хирургии функциональных нарушений пищеварительной системы / В.Н. Репин, М.В. Репин, О.С. Гудков, А.С. Ефимушкина, М.С. Артемладзе // Пермский медицинский журнал. - 2016. - Т.33, № 4. - С. 34.

REFERENCES

1. Abdullozoda D. A. Diagnostika i lechenie nesostoyatelnosti shvov dudenalnoy kulti posle rezektsii zheludka po Bilrot-II [Diagnosis and treatment of insolventy of sutures of the duodenal stump after resection of the stomach according to Billroth II]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 2, pp. 77-86.

2. Bagenko S. F. Sochetannye oslozhneniya yazvy dvenadtsatiperstnoy kishki i ikh khirurgicheskoe lechenie [Combined complications of a duodenal ulcer and its surgical treatment]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2009, Vol. 168, No. 6, pp. 12-15.

3. Belonogov N. I. Oslozhneniya yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki i ikh khirurgicheskoe lechenie [Complications of gastric and duodenal ulcer and their surgical treatment]. *Meditinskiy almanakh - Medical almanac*, 2011, No. 2 (15), pp. 68 - 71.

4. Vlasov A. P. Kompleksnyy podkhod k lecheniyu trudnykh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [An integrated approach to the treatment of difficult duodenal ulcers]. *Meditinskiy almanakh - Medical almanac*, 2012, No. 2 (21), pp. 153 - 146.

5. Volkov V. E. Klinicheskaya otsenka nekotorykh metodov germetizatsii kulti dvenadtsatiperstnoy kishki pri nadprivratnikovoy rezektsii zheludka i gastrektomii [Clinical evaluation of some methods of sealing the stump of the duodenum with supraperitoneal resection of the stomach and gastrectomy]. *Acta medica Eurasica*, 2018, No. 1, pp. 1 -8.

6. Dibir M. D. Vybora metoda lecheniya penetriruyushchikh pilorobulbarnykh yazv, oslozhnennykh krovotечением [The choice of treatment method for penetrating pyloric bulbar ulcers complicated by bleeding]. *Vestnik DGMA - Herald of the Dagestan state medical Academy*, 2017, No. 1 (22), pp. 48 - 51.

7. Zhigaev G. F. Khirurgicheskoe lechenie penetriruyushchikh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical treatment of penetrating duodenal ulcers]. *Byulleten VSNTS SO RAMN - Acta Biomedica Scientifica*, 2011, No. 1 (77), chast 2, pp. 257 - 258.

8. Krasilnikov D. M. Diagnostika i kompleksnoe lechenie nesostoyatelnosti shvov zheludochno-kishechnogo trakta u bolnykh yazvennoy boleznyu dvenadtsatiperstnoy kishki [Diagnosis and complex treatment of gastrointestinal suture failure in patients with duodenal ulcer]. *Kreativnaya khirurgiya i onkologiya - Creative surgery and oncology*, 2017, No. 2, pp. 49 - 55.

9. Kosenko P. M. Diagnostika i lechenie sochetannogo rubtsovo-yazvennogo stenoza u bolnykh s perforativnoy yazvoy dvenadtsatiperstnoy kishki pri organosokhranyayushchikh operatsiyakh [Diagnosis and treatment of combined scar-ulcerative stenosis in patients with perforated duodenal ulcer during organ-preserving operations]. *Vestnik DVGMU - Bulletin of the Far Eastern State Medical University*, 2019, No. 1, pp. 22 - 26.

10. Kulchiev A. A. Khirurgicheskoe lechenie rubtsovo

– yazvennogo stenoza piloroduodenalnogo kanala [Surgical treatment of cicatricial - ulcerative stenosis of the pyloroduodenal canal]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii - Herald of surgical gastroenterology*, 2015, No. 3–4, pp. 62-70.

11. Kurbonov K. M. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie penetriruyushchikh duodenalnykh yazv [Diagnosis and surgical treatment of penetrating duodenal ulcers]. *Novosti khirurgii – Herald of surgery*, 2012, Vol. 20, No. 3, pp. 16-20.

12. Kurbonov K. M. Organosokhranyayushchie metody operatsiy pri perforatsii gastroduodenalnykh yazv, sochetayushchikhsya s penetratsiyey i stenozom [Organ-saving methods of operations during perforation of gastroduodenal ulcers, combined with penetration and stenosis]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2010, No. 2, pp. 26 – 28.

13. Nikitin V. N. Trudnaya kulya pri oslozhnennykh gigantskikh penetriruyushchikh yazvakh [Difficult stump with complicated giant penetrating ulcers]. *Novosti khirurgii – News of Surgery*, 2017, Vol. 25, No. 6, pp. 574 – 582.

14. Nishano F. N. Khirurgicheskaya taktika pri sochetannykh oslozhneniyakh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics for combined complications of duodenal ulcers]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova - Herald of the National medical and surgical center named after N. I. Pirogov*, 2018, Vol. 13, No. 3, pp. 43 – 46.

15. Poluektov V. L. [Cicatricial degenerative ring as a framework in the surgical treatment of stenotic pyloric-duodenal ulcers complicated by perforation]. *Aktualnye voprosy sovremenniy khirurgii. Sbornik nauchno-prakticheskikh rabot, posvyashchennykh 70-letiyu professora Yu.S. Vinnika* [Topical issues of modern Surgery. The collection of scientific and practical works dedicated to the 70th anniversary of prof. Yu. S. Vinnik]. Krasnoyarsk, 2018, pp. 145 – 149. (In Russ.)

16. Repin V. N. Aspekty diagnostiki i rekonstruktivno-vosstanovitelnoy khirurgii funktsionalnykh narusheniy pishchevaritelnoy sistemy [Aspects of diagnosis and reconstructive surgery of functional disorders of the digestive system]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal - Perm medical journal*, 2016, Vol.33, No. 4, pp. 34.

ХУЛОСА

**Ф.Д. Кодиров, Ш.Ш. Сайдалиев,
Д.М. Кадыров, З.В. Табаров**

УСУЛҶОИ САРФАИ УЗВИИ АМАЛИЁТҶО ДАР ҲОЛАТҶОИ ДУОДЕНОСТЕНОЗИ ЯҚҶОЯ БО ВОРИДШАВИИ ЗАХМ

Мақсад. Беҳтар кардани натиҷаҳои табобати ҷарроҳии беморон бо яқҷоягии дуоденостенози

изи-заҳми бо нуфуз.

Мавод ва усулҳо. Натиҷаҳои ташҳис ва табобати ҷарроҳии 182 беморони гирифтори дуоденостенози изи-заҳми дар яқҷоягӣ бо нуфуз таҳлил карда мешаванд. Беморон ба се гурӯҳ тақсим мешаванд: яқум - 90 нафар бемороне, ки дар яқҷоягӣ бо дуоденопластика (ВСП+ДП) аз ВСП гузаштаанд; дуум - 60 беморон, ки дар яқҷоягӣ бо амалиёти обиятқашии меъда (ВСП + ЧО) аз қабилы гастродуоденоанастомоз (52), АГД тибқи Ҷабуле (2), пилоропластика мувофиқи Финней (6) гузаштанд; саввум - 32 нафар беморон, ки бе ВСП мурочиат кардаанд ё ЧО. Усулҳо: омӯзиши функсияи секретории меъда, электрогастрография, эндоскопия, ташҳиси рентгении меъда ва рудан 12 ангушта.

Натиҷаҳо: Муайян карда шудааст, ки нуфузи заҳм хосияти ғайримунтазираи дуоденостенози изи-заҳми буда, дар се шакли морфологӣ зохир мешавад: заҳми-инфилтративӣ, заҳми-изи ва изи. Ваготомияи селективии (интихобии) проксималӣ бо назардошти нишондиҳандаҳои функсияҳои секреторӣ ва эвакуатсионии меъда гузаронида шуд. Вариантҳои ҷарроҳии дуоденопластикӣ ё обиятқашии вобаста аз хусусиятҳои топографӣ ва анатомиявии дуоденостеноз ва шакли морфологӣ нуфуз, зерин истифода мешаванд: Намуди ДП-и Финней дар 68 (37,4%), Финней атипикӣ дар 6 (3,3%), намуди 2-юми Финней дар 5 (2,7%), ДП бо пилоротомияи дозадор дар 5 (2,7%), мувофиқи Таннер-Кенеди - дар 7 (3,8%) бемории бо булбодуоденостомиядошта - дар 20 (1,0%) ҳолат. Дар сурати мавҷуд набудани шароит барои анҷом додани ДП ба сифати амалиёти ҳоли кардани меъда, гастродуоденоанастомозҳои кундаланг дар 59 (32,4%), гастродуоденоанастомоз бо Ҷабуле - дар 4 (2,2%) ва пилоропластикаи Финней - дар 8 (4,4%) бемор истифода карда шуданд. Амалиётҳои муҳофизати узвҳо бо ваготомия бо шумораи камтарин мураккаби пас аз ҷарроҳӣ ҳамроҳ карда шуданд: ВСП + ДП - 7,7%, релапаротомия - 1,1%, фавт - 0; ВСП - ЧО 20,0%, релапаротомия - 1,7%, фавт - 1,7% мутаносибан.

Хулоса: Интихоби варианти ҷарроҳии дуоденопластика ё обиятқаши аз хусусиятҳои топографӣ ва анатомии дуоденостеноз ва шакли морфологӣ нуфуз вобаста аст.

Калимаҳои асосӣ: мушқилиҳои омезиши заҳми, стеноз, нуфуз, табобати ҷарроҳӣ, ваготомияи селективии проксималӣ, дуоденопластика, ҷарроҳии обиятқаши.