

сравнения) при раневой инфекции и в 6 раз - при сепсисе. Уровень церулоплазмينا и α 1-антитрипсина увеличивается и при раневой инфекции, и при сепсисе, а достоверное повышение α 2-макроглобулина и гаптоглобина наблюдалось только при сепсисе.

REFERENCES

1. Bonhivers M., Ghazi A., Bonlanger P. et al. Fhu A, transporter of the Escherichia coli into membrane, is converted into a channel upon binding of bacteriophage T5. *EMBO-Journal*, 2010, No. 8, pp. 1850-1856.
2. Garcia Bravo M., Aguado J.M., Morales J.M. *Corynebacterium urealyticum* in kidney transplant patients. *Medicina Clínica – Journal*, 2016, No. 15, pp.561564.
3. Gholami P., Lew S.Q., Klontz K.C. Raw shellfish consumption among renal disease patients. A risk factor for severe *Vibrio vulnificus* infection. *American Journal of Preventive Medicine*, 2011, No. 3, pp.243-245.
4. Olsson M., Eriksson B. M., Elvin K. et al. Genotypes of clustered cases of *Pneumocystis carinii* pneumonia. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 2010, No. 4, pp. 285-289.
5. Rinaldi S., D'Argenio P., Fiscarelli E. et al. Fatal disseminated *Nocardia farcinica* infection in a renal transplant recipient. *Pediatric Nephrology*, 2011, No. 2, pp. 111-113.
6. Seiff S.R., Choo P.H., Carter S.R. Role of local amphotericin B therapy for sino-orbital fungal infections. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, 2014, No. 1, pp. 28-31.
7. Stein G., Funfstuck R. Asymptomatic bacteriuria. *Medizinische Klinik*, 2010, No. 4, pp. 195-200.
8. Sturgiss S.N., Davison J.M. Effect of pregnancy on long-term function of renal allografts. *American Journal of Kidney Diseases*, 2012, No. 19, pp. 167-172.
9. Yang C.W., Lee S.H., Choi Y.J. et al. Evaluation of acute renal failure in bacterial allograft pyelonephritis using abdominal CT and graft biopsy. *American Journal of Nephrology*, 2011, No. 1, pp. 42-45.

ХУЛОСА

У.А. Достиев, П.Х. Назаров

СТАТУСИ ИММУНОЛОГИИ БЕМОРОНИ БАЪД АЗ ПАЙВАНДСОЗИИ ХЕШУТАБОРИИ ГУРДА ДАР РАДИФИ ЧАРРОХАТХОИ УФУНАТӢ ВА СЕПСИС.

ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБӢАЛӢ ИБНИ СИНО

(кафедраи чарроҳии умумии №1.

Мудири кафедра дотсент Боймуродов О.С)

Мақсад: Барои беҳбуд бахшидани натиҷаи муолиҷаи алокаи навбатӣ тавассути беҳбуд бахшидани табобати бемориҳои уфунатӣ.

Моддӣ ва усулӣ: Дар тадқиқот 80 натиҷаҳои вобаста гурда allograft (ПХГ) дар беморон аз соли 2011 то соли 2017 анҷом дода мешавад. Дар шӯъбаи пайванди гурда NNTsTOiTCh ва шӯъбаи пайванди гурда дар беморхонаи Чумхуриявӣ дар ноҳияи Данғара. Сатҳи миёна баъди трансплантатсияи гурда 1276 ± 52 рӯз буд. Дар гурӯҳи тадқиқоти беморон 56 (70 %) мардон, занон - 24 (30%) буданд. Синну соли миёнаи гиранда дар вақти иҷрои трансплантатсияи гурда расид $0.917 \pm 38,19$ -сола, синни медианӣ - 39,0 сол (14,4 - 62,5 сол).

Натиҷаҳо: Дар тағйирот дар мақоми масуният аз гирандагони пайванди гурда дар заминаи сироятӣ меёбанд. Тайғиротҳои муайяншуда ба вайрон кардани амиқӣ дар робитаи фишурдаи изолятсия тасдиқ мекунаанд.

Хулоса: Тадқиқот нишон дод, ки вақте ки сироят меёбанд, вояҳои каме C-3- ва компонентҳо C4 мададгоре фарқ ва бо сепсис компоненти NW-кам рух медиҳад, бо афзоиши назаррас дар компоненти C4, нишон медиҳад, ки қушода шудани pathway алтернативии пайваستшавӣ сурат мегирад. Дар сурати вирус ва захм шудани захмҳои эпидемияҳо дараҷаи баланд вучуд дорад.

Калимаҳои маъмулӣ: трансплантатсияи гурда, сепсис, сирояти захм.

УДК 360-089. 616; 364-003.7

К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев

ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Назирбоев Кахрамон Рузиевич – к.м.н. ассистент кафедры хирургической болезни №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: +992 93 405 44 04; e-mail: dr.hero85@mail.ru

Цель исследования. Улучшение диагностики и хирургического лечения панкреато-билиарных осложнений язвенной болезни.

Материал и методы. Работа основана на оперированных 74 больных с панкреато-билиарными осложнениями (ПБО) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК). Из 74 пациентов у 45 (60,8%) имелись проявления панкреатического синдрома, у 21 (28,4%) – билиарного синдрома и у 8 (10,8%) - смешанные.

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления ПБО язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, как правило, атипичные и протекают в виде 3 клинических синдромов. При пенетрации дуоденальной язвы в головку поджелудочной железы ($n=28$) и БДС ($n=17$) в клинической картине заболевания доминировали признаки хронического индуративного панкреатита с высокими показателями активности панкреатических ферментов в крови и моче. В 18 наблюдениях при пенетрации язвы в общий желчный проток превалировали в клинической картине поражения билиарного дерева со стойким болевым синдромом и рецидивирующей желтухой, а в 31 наблюдении в клинической картине билиарного синдрома доминировали признаки холангита вследствие образования холедоходуоденального свища.

Заключение. Клиническая картина ПБО атипична и сопровождается наличием различных осложнений. Хирургическая тактика при ПБО нестандартная, требует выполнения первичной резекции желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией и корригирующими вмешательствами на внепеченочных желчных протоках по строгим показаниям.

Ключевые слова: панкреато-билиарные осложнения, язва двенадцатиперстной кишки, пенетрация.

K.M. Kurbanov, K.R. Nazirboev

PANCREATIC BILIARY COMPLICATIONS OF DUODENAL ULCER

The department of surgical disease №1 Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino, Nazirboev Kahramon Ruziboevich - Candidate of Medical Science, Assistant of the Department of Surgical Diseases №1 of Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino,.;
tel .: +992 93 405 44 04; e-mail: dr.hero85@mail.ru

Aim. To improve the diagnosis and surgical treatment of pancreatic-biliary complications of peptic ulcer disease.

Material and methods. This work is based on surgery of 74 patients with pancreatic-biliary complications (PBC) of duodenal ulcer (DU). The interpretation of clinical data showed that from 74 patients, 45 (60.8%) had manifestations of the pancreatic syndrome, 21 (28.4%) had the biliary syndrome and 8 (10.8%) had mixed pancreatic and biliary syndrome.

Results. Clinical manifestations of PBC of DU are usually atypical and observed in a form of 3 clinical syndromes. In case of penetration of duodenal ulcer into the head of the pancreas ($n = 28$) and major duodenal papilla ($n = 17$), clinical signs of indurative chronic pancreatitis with high activity of pancreatic enzymes in the blood and urine were observed. In the 18 cases of ulcers penetration to the common bile duct, the clinical picture of lesions of the biliary tree with persistent pain and recurrent jaundice dominated. In 31 observations, the clinical picture of biliary syndrome showed domination of cholangitis signs due to the formation of the choledochoduodenal fistula.

Conclusion. The clinical picture of PBC is atypical and accompanied by the presence of various complications. The surgical approach is non-standard and requires performance of the primary resection of the stomach by Roux combined stem vagotomy and corrective interventions in the extrahepatic bile ducts on indications.

Keywords: pancreatic-biliary complications, duodenal ulcer, penetration.

Актуальность. Несмотря на широкое распространение в гастроэнтерологии современных антисекреторных средств, ингибиторов протонного насоса, соляной кислоты и антихеликобактерных препаратов, частота осложненных форм язвенной болезни не имеют тенденции к снижению [2].

Следует отметить тот факт, что в силу известных социально-экономических причин более 80% больных с язвенной болезнью не могут позволить себе адекватное медикаментозное, санаторно-курортное лечение и диетотерапию [3]. Именно поэтому в настоящее время большинство таких больных оказываются не на амбулаторном

приеме у терапевта, гастроэнтеролога, а в хирургических отделениях.

Панкреато-билиарные осложнения (ПБО) язвенной болезни в настоящее время является специфическими осложнениями пенетрирующих постбульбарных язв. Необходимо отметить, что дополнительным фактором высокой степени агрессии, усиливающим рубцово-пролиферативные периульцерозные процессы, является воздействие панкреатического секрета и желчи при билиарной гипертензии. Пенетрация в головку поджелудочной железы или большой дуоденальный сосочек (БДС) может привести к развитию хронического индуративного панкреа-

тита (ХИП) и механической желтухи (МЖ), а пенетрация в желчный пузырь и ретродуоденальную часть общего желчного протока (ОЖП) способствует образованию билиодигестивных свищей, хронического холангита [1, 3, 6]. Кроме этого, при «низких» постбульбарных язвах (околососочковая) локализация вследствие периаульцерозного отёка при обострении язвенной болезни и стенозирования терминального отдела ОЖП при сочетании обострений и рубцевании язвы после адекватной противоязвенной терапии наблюдаются механическая желтуха.

ПБО язвенной болезни протекают атипично, под маской других заболеваний, что затрудняет ее диагностику и лечение. Так, в 28-32% наблюдений при пенетрации дуоденальных язв в головку поджелудочной железы и в зоны главного панкреатического протока и БДС в клинической картине заболевания доминирует симптомокомплекс хронического индуративного панкреатита, а при пенетрации в гепатодуоденальную связку и желчный пузырь - явления хронического холангита и холецистита. В настоящее время отсутствуют единая точка зрения на выбор способа и объёма операции при ПБО язвенной болезни. В литературе имеются сообщения об эффективном применении ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией для решения механической желтухи [4] при непротяженных язвенных стенозах БДС. Возможно проведение временного эндоскопического транспапиллярного стентирования желчевыводящих путей и панкреатического протока до купирования явлений периаульцерозного отёка [7]. Ряд авторов являются сторонником сложных реконструктивно-восстановительных вмешательств на БДС, терминальном отделе ОЖП и протоков поджелудочной железы при ПБО [8].

При ПБО язвенной болезни, обусловленных внепациллярной язвенной стриктурой желчевыводящих протоков, рекомендуют дополнять различными вариантами наружного дренирования ОПЖ [5], сегментарной резекцией ОПЖ с формированием сложных билиодигестивных анастомозов или холедоходуоденопластикой [9].

Приведенные выше доводы свидетельствуют о том, что до настоящего времени хирургическая тактика при ПБО язвенной болезни остаются неоднозначными. Предлагается большой спектр нестандартных вмешательств, часто противопоставляемых друг другу в сходной клинической ситуации.

Цель исследования. Улучшение диагностики и хирургического лечения панкреато-билиарных осложнений язвенной болезни.

Материал и методы исследований. За последние 20 лет в клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино оперированы 74

больных с ПБО язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК). Средний возраст больных составил $(42,25 \pm 15,19)$ года. Мужчин было 42 (56,7%), женщин – 32 (43,3%). Язвенный анамнез у 45 (60,8%) больных превышал 10 лет, а у 29 (39,2%) - более 15 лет. Следует отметить, что большинство больных - 57 - неоднократно неэффективно лечились у разных специалистов по поводу заболевания печени, поджелудочной железы и почек.

Интерпретация клинического материала показала, что из 74 пациентов у 45 (60,8%) больных имели место проявления панкреатического синдрома, у 21 (28,4%) – билиарного синдрома и у 8 (10,8%) - смешанные, т.е. панкреатического и билиарного синдромов. Кроме этого, необходимо отметить, что в 37 (50%) наблюдениях наряду с пенетрацией язвы в различные анатомические образования (головка поджелудочной железы, желчные протоки) имели место и другие осложнения язвенной болезни. Так, в 15 (20,2%) случаях наблюдали сочетание пенетрации со стенозом, в 12 (16,2%) – сочетание пенетрации с кровотечением и в 8 (10,8%) наблюдениях - пенетрации дуоденальной язвы сочеталось со стенозом и кровотечением. В 48 наблюдениях при ПБО язвенной болезни у больных отмечались различной степени выраженности хронические нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП), что требовало хирургической коррекции.

Для диагностики ПБО язвенной болезни проводили исследования желудочной секреции, демпинг-предрасположенность, а также УЗИ, ФГДС, рентгенологическое и КТ исследования желчевыводящих путей, поджелудочной железы. Измеряли активность панкреатических ферментов и показатели уровня билирубина.

Результаты исследований и их обсуждение. Клинические проявления ПБО язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, как правило, атипичны и протекали в виде 3 клинических синдромов (табл.1).

Так, при пенетрации дуоденальной язвы в головку поджелудочной железы ($n=28$) и БДС ($n=17$) в клинической картине заболевания доминировали признаки хронического индуративного панкреатита с высокими показателями активности панкреатических ферментов в крови и моче. В 18 наблюдениях при пенетрации язвы в общий желчный проток превалировала клиническая картина поражения билиарного дерева со стойким болевым синдромом и рецидивирующей желтухой, а в 31 наблюдении в клинической картине билиарного синдрома доминировали признаки холангита вследствие образования холедоходуоденального свища. При смешанной ПБО язвенной болезни, име-

ющейся у 8 пациентов, вследствие перехода периульцерозной инфильтрации из околососочковой язвы на БДС отмечали иктеричность

склер, желтушность кожных покровов и повышение уровня билирубина и панкреатических ферментов.

Таблица 1

Распределение больных по клиническим проявлениям и характеру осложнений

Клиническая форма	Анатомические образования	Количество	%
Панкреатическая форма	Пенетрация в головку поджелудочной железы и пенетрация в БДС	45	60,8
Билиарная форма	Пенетрация в общий желчный проток, пенетрация желчный пузырь и БДС	21	28,4
Смешанная (панкреато-билиарная) форма	Головка поджелудочной железы + желчный пузырь, поджелудочная железа + БДС	8	10,8
Всего		74	100

Результаты исследования желудочной секреции показали, что гиперреактивный тип секреции обнаружен у 67 (90,5%) больных, нормальный – у 4 и гипореактивный – у 3 (4,0%). Средние показатели базальной секреции (BAO) составил 8,9 ммоль/л (при норме 2,5-3,5 ммоль/л), максимальная (MAO) – 22,4 ммоль/л (при норме 18-20 ммоль/л), при этом у 65 (87,8%) больных имело место повышение желудочной секреции во второй фазе. Чем ниже локализовалась язва в двенадцатиперстной кишке, тем выше была кислотоагрессия.

Дооперационная диагностика ПБО оказалось сложной и непростой задачей. Так, из 74 пациентов только у 39 (52,7%) поставлен диагноз наличия постбульбарной язвы. Лишь у 3 установлен точный диагноз холедоходуоденального свища, при котором у 2 выявлен рефлюкс контрастной бариевой взвеси в общий желчный проток с типичным рисунком желчных ходов и у одного - наличие газа. Примерно такие же данные получены при фиброгастродуоденоскопии. Из 74 обследованных таким способом пациентов диагноз ПБО поставлен лишь у 40 (54,1%), еще у 34 (45,9%) обследованных таким способом пациентов язва обнаружена, но не распознана ее низкая локализация с вовлечением в патологический процесс внепеченочных желчных протоков. Наряду с язвой у 48 (64,8%) пациентов был диагностирован дуоденогастральный рефлюкс II-III степеней с выраженным антральным гастритом. Результаты исследования пробы Страффорда (интраюнального введения 50% р-ра глюкозы) показали, что у 49 (66,2%) пациентов она была положительной.

На ультрасонограммах у 24 (32,4%) пациентов наряду с низкой локализацией дуоденальной язвы диагностировали хронический индуративный панкреатит, у 7 - деформацию и утолщение стенок желчного пузыря, общего желчного и печеночного протоков.

На сегодняшний день ведущим методом диагностики хронического индуративного панкреатита при ПБО является эндоскопическая ультра-

сонография (ЭУС). ЭУС проведены 8 пациентам с ПДЯ.

Хирургическое лечение ПБО, особенно при низких локализациях дуоденальных язв, чрезвычайно сложно. Развитие интра- и послеоперационных осложнений (повреждение желчных протоков, поджелудочной железы) при хирургических вмешательствах по поводу ПДЯ часто связано с избыточным радикализмом операции, стремлением хирурга во чтобы то ни стало удалить либо вывести за пределы двенадцатиперстной кишки дно пенетрирующей язвы, невзирая на реальную опасность повреждения общего желчного протока, большого дуоденального сосочка и поджелудочной железы.

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных расположения язвы и ее отношения к большому дуоденальному сосочку, а также в зависимости от характера осложнений язвенной болезни и выраженности ХНДП больным выполняли различные типы оперативных вмешательств (табл. 2).

В послеоперационном периоде осложнение в виде несостоятельности швов дуоденальной культи наблюдалось в одном случае с летальным исходом. Еще у 1 пациента развился послеоперационный панкреатит, купированный консервативными мероприятиями.

Особые трудности возникали при лечении пациентов с холедоходуоденальными свищами, наблюдавшимися у 7 человек. При выполнении оперативных вмешательств лишь у 2 пациентов с холедоходуоденальными свищами в стадии префистулы нарушения проходимости билиарного тракта отсутствовали, у остальных 5 наблюдавшихся при интраоперационной ревизии и рентгеноконтрастном исследовании желчных путей выявлены формирующаяся (n=2) и сформированная (n=3) стриктуры дистального отдела общего желчного протока и папиллы с расширением проксимальных отделов холедоха.

**Характер оперативных вмешательств
при панкреато-билиарных осложнениях язвенной болезни**

Характер операции	Количество	Осложнение	Летальность
Резекция 2/3 желудка по Ру в сочетании с СтВ	42	3	1
Резекция 2/3 желудка на «выключение» язвы с гастроеюноанастомозом по Бильроту II	19	5	3
Резекция 2/3 желудка по Ру в сочетании с СтВ. Супрадуоденальная поперечная холедоходуоденостомия.	5	2	-
Резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Холецистэктомия	6	2	1
Резекция 2/3 желудка по Ру с СтВ. Холецистэктомия. Гепатоеюноанастомоз с межкишечным анастомозом	2	2	-
Всего	74	14	5

В этих ситуациях возникли показания к формированию билиодигестивных анастомозов. В связи с чем 5 пациентам с холедоходуоденальными свищами резекцию желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией дополняли формированием супрадуоденального поперечного анастомоза общего желчного протока с дуоденальной культей (рис. 1, А-Б).

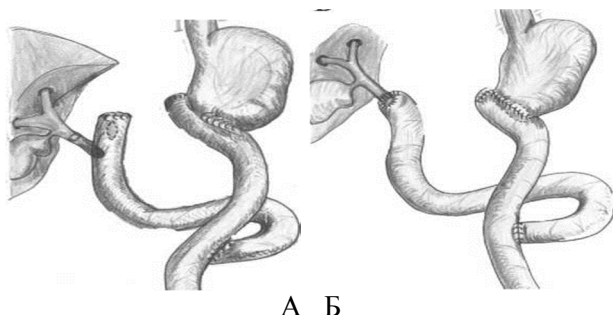


Рис. 1. Формирование супрадуоденального поперечного анастомоза общего желчного протока с дуоденальной культей (А-Б)

У 2 пациентов ввиду того, что язвенный инфильтрат располагался на уровне слияния общего печеночного и пузырного протоков и привел к выраженным рубцово-воспалительным изменениям желчного пузыря и дистального отдела общего желчного протока с его рубцовой стриктурой после резекции желудка и холецистэктомии для анастомоза был использован общий печеночный проток. Применение холедоходуоденоанастомоза в этой ситуации — при малом диаметре и истончении стенок общего желчного протока - недопустимо из-за повышенной опасности несостоятельности швов и рецидива билиарной гипертензии. Поэтому, эффективным оказалось использование для этой цели изолированной петли тощей кишки с гастроеюноанастомозом (рис. 2).

В послеоперационном периоде после выполнения нестандартных оперативных вмешательств

(n=7) у 2 оперированных развился послеоперационный панкреатит, купированный с помощью консервативных методов. Еще у 2 пациентов наблюдались подпеченочные абсцессы, которые были вскрыты по Клермону, согласно рекомендациям профессора Я.С. Березницкого. Летальных исходов не было.

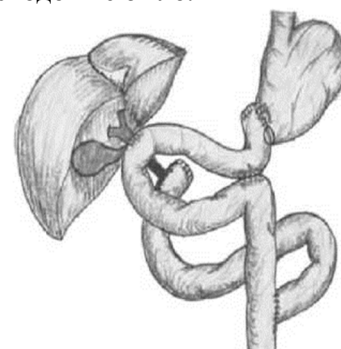


Рис. 2. Резекция желудка по РУ с холедохоеюноанастомозом с приводящей петлей и межкишечным анастомозом

У 6 (8,1%) пациентов с пенетрацией язвы в желчный пузырь выполняли резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру, и во всех случаях ее дополняли холецистэктомией. В послеоперационном периоде у 2 оперированных наблюдалось осложнение в виде несостоятельности швов дуоденальной культи (n=1) с неблагоприятным исходом и послеоперационным анастомозитом (n=1).

Следует отметить, что 19 (25,6%) пациентам с пенетрирующими низкими язвами выполняли резекцию желудка на «выключение» язвы. В раннем послеоперационном периоде у 5 из них развились осложнения в виде несостоятельности швов дуоденальной культи (n=2), рецидива кровотечения из прошитой и выключенной дуоденальной язвы (n=1), послеоперационная пневмония (n=1). Умерло 3 пациента. В целом после проведения различных методов оперативных вмешательств ранние послеоперационные ослож-

нения отмечены в 14 (18,9%) случаях с 5 (6,7%) летальными исходами, отсюда послеоперационные осложнения уменьшались на 3,2%, а летальность - на 1,3%.

Выводы

1. Результаты анализа показывают, что ПБО язвенной болезни, наряду с атипичным клиническим течением и наличием тяжелых осложнений, нередко сопровождаются хроническим нарушением дуоденальной проходимости (64,8%) различного характера, хроническим панкреатитом (32,4%), а также высокой степенью кислотопродукции и демпинг-предрасположенности.

2. Хирургическая тактика при ПБО нестандартная, в связи с чем выполнение первичной резекции желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией и корригирующими вмешательствами на внепеченочных желчных протоках по строгим показаниям значительно улучшают непосредственные результаты лечения этого тяжелого контингента пациентов.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 8-9 см. в REFERENCES)

1. Абдуллаев Р.Я. и др. Ультрасонография желудка и 12-перстной кишки. — Харьков, 2009. — 100 с.

2. Багненко С.Ф. и др. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение // Вестн. хир. — 2009. — №6. — С. 12–15.

3. Власов А.П., Сараев В.В., Степанов Ю.П. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2008. — №8. — С. 44 – 48.

4. Евсеев М.А., Клишин И.М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2010. — №3. — С. 55-62.

5. Зайцев О.В., Тараесенко С.В., Песков О.Д. Хирургическая тактика при юкстапапиллярных язвах двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. — 2011. — № 1. — С. 30—35.

6. Леменко З.А., Осмонова З.М. Ультразвуковая диагностика заболеваний желудка. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 80 с.

7. Писаревский Г.Н. Методы закрытия дуоденальной культи // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. — 2011. — № 3. — С. 67 – 72.

REFERENCES

1. Abdullaev R. Ya. *Ultrasonografiya zheludka i 12-perstnoy kishki* [Ultrasonography of the stomach and duodenum]. Harkov, 2009. 100 p.

2. Bagnenko S. F. Sochetannyye oslozhneniya yazvy dvenadtsatiperstnoy kishki i ikh khirurgicheskoye lechenie [Combined complications of duodenal ulcer and their surgical treatment]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2009, No. 6, pp. 12–15.

3. Vlasov A. P., Saraev V. V., Stepanov Yu. P. No-

vye tekhnologii v khirurgii “trudnykh” yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [New technologies in the surgery of “difficult” duodenal ulcers]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N. A. Pirogov*, 2008, No. 8, pp. 44 – 48.

4. Evseev M. A., Klishin I. M. Effektivnost antisekretornoy terapii ingibitorami protonnoy pompy pri gastroduodenalnykh yazvennykh krvotocheniyakh [Efficacy of antisecretory therapy inhibitors of the proton pump in gastroduodenal ulcers bleeding]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii – Russian journal of gastroenterology Hepatology Coloproctology*, 2010, No. 3, pp. 55-62.

5. Zaytsev O. V., Taraesenko S. V., Peskov O. D. Khirurgicheskaya taktika pri yustapapillyarnykh yazvakh dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics with juxtapapillary duodenal ulcers]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2011, No. 1, pp. 30—35.

6. Lemenko Z. A., Osmonova Z. M. *Ultrazvukovaya diagnostika zabolevaniy zheludka* [Ultrasonic diagnosis of diseases of the stomach]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009. 80 p.

7. Pisarevskiy G. N. Metody zakrytiya duodenalnoy kulti [Methods of closing the duodenal stump]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N. A. Pirogov*, 2011, No. 3, pp. 67 – 72.

8. Vashist Y.K. Management of the difficult duodenal stump in penetrating duoden ulcer disease: a comparative analysis of duodenojejunostomy with “classical” stump closure (Nissen-Bsteh). *Langenbeck’s Archives of Surgery*, 2012, Vol. 397 (8), pp. 124-127.

9. Oida T., Kano H. Percutaneous drainage in conservative therapy for perforated gastroduodenal ulcers. *Hepatogastroenterology*, 2012, Vol. 59, pp.168–170.

Хулоса

К.М.Курбонов, Қ.Р.Назирбоев

ОРИЗАИ ПАНКРЕАТО-БИЛИАРИИ БЕМОРИИ РЕШИ РӮДАИ ДУВОЗДАХАНГУШТА

Мақсади тадқиқот. Бехтаркунии таъхис ва таъбобати ҷарроҳии оризаи панкреато-билиарии бемории реш.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Дар мақола натиҷаи таъбобати 74 бемор бо оризаи панкреато-билиарии бемории реш рӯдаи дувоздаҳангушта оварда шудааст. Таҳлили клиникӣ маводҳо нишон медиҳад, ки аз 74 бемор дар 45 – нафар нишонаҳои синдроми панкреатикӣ, дар 21 – синдроми билиарӣ ва дар 8 – омехта, яъне панкреатикӣ билиарӣ ҷой дошт.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Нишонаҳои клиникӣ ОПБ бемории реш рӯдаи дувоздаҳангушта атипикӣ мебошад ва ӯ бо 3 намуди аломатҳои клиникӣ мегузашт. Хамин тавр, хангоми пенетратсияи реш дуоденалӣ ба сараки гаду-ди зерӣ меъда ва пистонаки калони дуоденалӣ дар нишонаҳои клиникӣ беморӣ аломатҳои панкреатити индуративӣ бо баланд будани нишондодҳои фаъолияти ферментҳои панкреатикӣ дар хун ва пешоб баргашт дошт. Дар 18 ҳолат, хангоми пене-

тратсияи реш ба маҷрои умумии талхагузар дар аломатҳои клиникӣ зарарёбии роҳҳои билиарӣ бо дард ва зардашии такроршаванда ва 31 ҳолат бошад, дар нишонаҳои клиникӣ синдроми билиарӣ нишонаҳои холангит дар натиҷаи ба вучудии носури холедоходуоденалӣ афзалият дошт.

Хулоса. Нишонаҳои клиникӣ ОПБ атипикӣ буда бо оризаҳои ҳархела мегузарад. Тарзи ҷарроҳӣ

ҳангоми ОПБ яхела набуда, гузаронидани бурриши якумбораи меъдари бо усули Ру яқоя бо ваготомияи сутунӣ ва амалиётҳои барқарорсозӣ дар роҳҳои талхагузари беруни ҷигарӣ бо нишондодҳои лозимӣ талаб менамояд.

Калимаҳои калидӣ: оризаи панкреато-билиарӣ, решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта, пенетратсия.

УДК 616.2; 618; 616-06; 616-03

А.А. Мурадов

ПОКАЗАТЕЛИ ТОКСИЧНОСТИ КРОВИ В РАЗЛИЧНЫХ БАССЕЙНАХ СОСУДИСТОГО РУСЛА У РОДИЛЬНИЦ С ГЕПАТО-ПУЛЬМОНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ПРЕЭКЛАМПСИЮ И ЭКЛАМПСИЮ

Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Мурадов Амиршер Алишерович - соискатель кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, зам. директора по науке ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации». Адрес: г. Душанбе, ул. Санои 33; тел.: +992 900 00 34 56; e-mail: Amirsher_Muradov@mail.ru

Цель исследования. Изучить особенности токсичности крови в различных бассейнах сосудистого русла и состояние детоксикационной функции лёгких у родильниц с гепато-пульмональным синдромом, перенесших тяжёлую преэклампсию и эклампсию.

Материал и методы исследований. Представлены результаты исследования 54 родильниц, перенесших тяжёлую преэклампсию и эклампсию, с гепато-пульмональным синдромом в послеродовом периоде, и 20 практически здоровых женщин. В зависимости от тяжести болезни условно разделены на 3 группы: 1 - 15 (27,8%) со средней тяжестью течения; 2 - 22 (40,7%) с тяжёлым течением; 3 - 17 (31,5%) с крайне тяжёлым состоянием.

Проводили исследования венозной кубитальной, смешанной венозной и артериальной крови.

Результаты. У родильниц с гепато-пульмональным синдромом в лёгких активизированы механизмы, выполняющие детоксикационную функцию по отношению к эндогенно образующимся токсическим веществам, воздействующие на весь спектр эндотоксинов.

Заключение. Функциональное состояние детоксикационной функции лёгких зависит от тяжести течения гепато-пульмонального синдрома, а также функционирования других детоксицирующих систем и выделительных органов, имеет стадийность нарушения (компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная), что может быть использовано для ранней диагностики синдрома эндогенной интоксикации, развития синдрома полиорганной недостаточности, тяжести гепато-пульмонального синдрома и прогнозирования исходов.

Ключевые слова: родильницы, преэклампсия и эклампсия, гепато-пульмональный синдром, нереспираторные функции лёгких, метаболические функции лёгких, детоксикационная функция лёгких

А.А. Muradov

INDICATORS OF BLOOD TOXICITY IN VARIOUS VASCULAR BEDS IN PUERPERANTS WITH HEPATOPULMONARY SYNDROME WHO HAD SEVERE PREECLAMPSIA AND ECLAMPSY

Department of Efferent Medicine and Intensive Therapy of State Institute of Postgraduate Education, Dushanbe, Tajikistan

Purpose of the study. To study the peculiarities of blood toxicity in various vascular beds and the state of the lungs detoxification function in puerperants with hepatopulmonary syndrome who had severe preeclampsia and eclampsia.

Materials and methods. The study results of 54 women who had severe preeclampsia and eclampsia which was complicated by hepatopulmonary syndrome in the postpartum period and 20 generally