

УДК 616.342-089.87-089.819.84

Д.М. Кадыров<sup>1</sup>, Ф.Д.Кодиров<sup>1</sup>, Ш.Ш.Сайдалиев<sup>2</sup>, З.В. Табаров<sup>1</sup>

## РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА «НА ВЫКЛЮЧЕНИЕ» ПРИ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

<sup>1</sup>ГУ «Институт гастроэнтерологии» АМН МЗ и СЗН

<sup>2</sup>Кафедра хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

**Сайдалиев Ширинджон Шарифович** - к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино; Тел.: +(992)918673601; E-mail: aka.74@mail.ru

**Цель исследования.** Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения пенетрирующих стенозирующих дуоденальных язв.

**Материалы и методы исследования.** Представлен результат анализа истории болезней 62 больных со стенозирующими пенетрирующими дуоденальными язвами, у которых была применена резекция желудка «на выключение». Мужчин было 51(82,2%), женщин – 11(17,8%). Возраст больных колебался от 22 до 67 лет, средний возраст составлял  $42,6 \pm 3,7$  лет. Основными методами исследования больных с пенетрирующими стенозирующими язвами, наряду с клинико-лабораторным обследованием, являются рентгеноконтрастное исследование желудка и ДПК и эзофагогастродуоденоскопия.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Выбор резекции желудка «на выключение» был обусловлен нерезектабельностью язвы. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 10(16,1%) больных, несостоятельность швов дуоденальной культи наблюдалась у одного (1,8%) больного. В отдаленных сроках пептическая язва анастомоза выявлена у 2(3,2%) больных. Хорошие и удовлетворительные исходы наблюдались у 96,8% пациентов.

**Выводы.** Признание хирургом нерезектабельности стенозирующей пенетрирующей дуоденальной язвы является показанием к применению резекции желудка «на выключение». Оптимальным вариантом герметизации культи ДПК является модифицированный нами способ формирования надпривратниковой культи ДПК.

**Ключевые слова:** сочетанные осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, пенетрирующие стенозирующие язвы, резекция желудка «на выключение».

D.M. Kadyrov<sup>1</sup>, F.D. Kodirov<sup>1</sup>, Sh.Sh. Saidaliev<sup>2</sup>, Z.V. Tabarov<sup>1</sup>

## RESECTION OF THE STOMACH “FOR EXCLUSION” FOR PENETRATING STENOSING ULCERS OF THE DUODENUM

<sup>1</sup>State Institution “Institute of Gastroenterology” MOHSP of the Republic of Tajikistan

<sup>2</sup>Department of Surgical Diseases No. 1, SEI “Avicenna Tajik State Medical University”.

**Saydaliev Shirinjon Sharifovich** - candidate of medical sciences, assistant of the Department of Surgical Diseases No. 1, GOU TSMU named after Abuali ibn Sino; Tel.: +(992) 918673601; E-mail: aka.74@mail.ru

**Aim.** Improving the immediate results of surgical treatment of penetrating stenotic duodenal ulcers.

**Material and methods.** The article presents the result of the analysis of the medical history of 62 patients with stenotic penetrating duodenal ulcers, in whom gastric resection “for exclusion” was applied. There were 51 (82.2%) men and 11 (17.8%) women. The ratio of M. - J. is 4.6: 1. The age of the patients ranged from 22 to 67 years, the average age was  $42.6 \pm 3.7$  years. The main research methods for patients with penetrating stenotic ulcers, along with clinical and laboratory examination, are X-ray contrast examination of the stomach and duodenum and esophagogastrroduodenoscopy.

**Results.** The choice of gastric resection “for exclusion” was due to the unresectability of the ulcer. In the postoperative period, complications occurred in 10 (16.1%) patients, failure of the sutures of the duodenal stump was observed in one (1.8%) patient. In the long term, peptic ulcer of the anastomosis was detected in 2 (3.2%) patients. Good and satisfactory outcomes were observed in 96.8% of patients.

**Conclusions.** Recognition by the surgeon of the unresectability of the stenotic penetrating duodenal ulcer is an indication for the use of gastric resection “for exclusion”. The best option for sealing the duodenal stump is our modified

*method of forming the supra-pyloric duodenal stump.*

**Keywords:** *peptic ulcer of the duodenum, combined complications, penetrating stenotic ulcers, gastric resection “for exclusion”.*

**Актуальность.** Среди осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) особенно сложными и недостаточно изученными являются сочетанные осложнения [5, 9, 11, 13, 15]. В хирургии осложненной язвенной болезни ДПК существует распространенное понятие «трудная» дуоденальная язва, обусловленная «низким» её расположением, гигантскими размерами, наличием пенетрации в соседние органы, выраженным периульцерозным воспалительным инфильтратом, наличием дуоденального стеноза [1, 2, 4, 7, 11, 14]. Резекция желудка по второму способу Бильрота является одним из основных методов хирургического лечения осложненной язвы двенадцатиперстной кишки [3-5, 8, 12, 15]. Большинство хирургов при выполнении резекции желудка по поводу осложненной дуоденальной язвы стремятся к радикальному удалению патологического очага. Такое стремление при нерезектабельных язвах сопряжено с высоким риском повреждения элементов гепатодуоденальной связки и поджелудочной железы, развития в послеоперационном периоде несостоительности швов дуоденальной культи.

Вопрос о возможности применения резекции желудка «на выключение» с иссечением антравальной слизистой в плановой хирургии при неудалимых язвах рассматривается редко [4, 6, 10, 13]. Её применение сдерживается существующими представлениями о том, что оставление язвы может явиться причиной развития ряда осложнений.

В последние годы число резекций желудка в плановой хирургии резко уменьшилось, особенно резекции желудка «на выключение», новое поколение хирургов недостаточно знакомы с надежными методами ушивания культи в трудных ситуациях, обусловленных локальной хирургической анатомией. Поэтому мы хотим поделиться опытом применения резекции желудка «на выключение» при технически «неудалимой» язве двенадцатиперстной кишки.

**Цель исследования.** Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения пенетрирующих стенозирующих дуоденальных язв.

**Материалы и методы исследования.** Намианализированы истории болезни 62 больных с ЯБ ДПК, осложненные одновременно дуоденостенозом и пенетрацией язвы, у которых была применена резекция желудка «на выключение».

Мужчин было 51(82,2%), женщин – 11 (17,8%). Соотношение М:Ж составляло 4,6:1. Возраст больных колебался от 22 до 67 лет, средний возраст составил  $42,6 \pm 3,7$  лет, около 80% больных были в возрасте от 31 до 60 лет. Язвенный анамнез до 5 лет имели 6 (9,7%) больных, 5-10 лет – 11 (17,7%) больных, до 20 лет – 27 (43,5%) больных, более 20 лет – 18 (29,1%) больных. У 9 (14,5%) больных в анамнезе была перфорация язвы, у 10 (16,1%) – гастродуоденальное кровотечение.

Основными методами исследования больных с пенетрирующими стенозирующими язвами, наряду с клинико-лабораторным обследованием (общим анализом крови, белковых фракций, биохимических показателей и электролитного состава крови), являются рентгеноконтрастное исследование желудка и ДПК (с дачей жидкоконтрастного водорастворимого сульфата бария) и эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

Дуоденостеноз в стадии компенсации диагностирован у 6 (9,7%), субкомпенсации – у 11 (17,7%), декомпенсации – у 45 (72,6%) больных.

У 8 (12,9%) больных пенетрирующая стенозирующая язва сочеталась с ХНДП, механического генеза на почве артерио-мезентериальной компрессии ДПК (АМК ДПК), в том числе у 2 (3,6%) больных с формированием дуодено-холедохеального свища.

Из других сопутствующих заболеваний следует отметить желчнокаменную болезнь – у 5 (8,06%), гипертоническую болезнь – у 12 (19,3%), послеоперационную грыжу белой линии живота – у 5 (8,06%), вирусный гепатит или цирроз печени – у 4 (7,2%), гастрогенную тетанию – у 2 (3,6%) больных.

У всех больных с декомпенсированным стенозом имелись выраженные нарушения водно-электролитного баланса, белково-энергетическая недостаточность и алиментарная дистрофия средней и тяжелой степени. Одним из важных компонентов лечения и успешной реализации плана операции у больных рубцово-язвенным дуоденостенозом является адекватная предоперационная подготовка больных.

Обработку результатов производили при помощи компьютерных программ Statistica 5.5 (1999) и Microsoft Excel 2016. Результаты, приведенные в таблицах, являются статистически достоверными.

Непосредственные результаты лечения оценивали по количеству и структуре послеоперационных осложнений, длительности пребывания в стационаре, летальности. Рассчитывали показатели при оценке существенности различий между средними величинами коэффициентом достоверности (Р) по критерию Стьюдента. За уровень достоверности была принята вероятность различия 95,0% ( $p<0,05$ ). Определение достоверности показателей, выраженных в процентах, проводили по И.А. Ойвину.

#### Результаты исследования и их обсуждение.

Наши исследования показали, что герметизация культи ДПК при выполнении резекции желудка при пенетрирующих стенозирующих язвах двенадцатиперстной кишки, является одним из наиболее ответственных этапов операции. Для выбора метода обработки дуоденальной культи важное значение имеют результаты опережающей интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны.

Возможность выполнения радикального удаления язвенно-рубцового субстрата или необходимость выполнения резекции «на выключение» определяется на основании данных интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны, обязательно с мобилизацией двенадцатиперстной кишки по Кохеру (если она возможна по характеру макроморфологических изменений). Ревизию необходимо выполнить в самом начале операции, а не в ходе наспех выполненной мобилизации желудка.

После ревизии двенадцатиперстной кишки хирург оказывается в одной из четырех ситуаций: 1) хирург осознает неудалимость язвы двенадцатиперстной кишки или высокий риск выполнения резекции и принимает решение о другом объеме

операции; 2) хирург предвидит сложность выделения двенадцатиперстной кишки, но считает возможным выполнение одной из методик, разработанных для «трудной» дуоденальной культи; 3) хирург уверен, что выделение и ушивание культи двенадцатиперстной кишки не представит трудностей, но в ходе операции, когда изменять план операции уже поздно, убеждается в обратном. В этом случае конечный результат будет зависеть от опыта хирурга и возможности разрешить возникшую сложную проблему; 4) создается впечатление о «трудной» ситуации для выделения и ушивания дуоденальной культи, однако после удаления фиброзных наслоений может оказаться, что под внешней сложностью скрывается легко поддающаяся операции двенадцатиперстная кишка.

Вот почему важна опережающая ревизия пилородуоденальной зоны для выбора метода обработки и ушивания культи ДПК при резекции желудка. В ходе интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны были выявлены следующие макроморфологические изменения ДПК (табл. 1).

Ретроспективный анализ результатов интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны показал, что в 9,4% наблюдений язва задней стенки ДПК пенетрировала в поджелудочную железу, в 32,2% - в гепатодуоденальную связку и в 58,1% - в оба эти образования. При этом в 74,8% наблюдениях имелись язвенно-инфилтративная (55,5%) или язвенно-рубцовая (19,3%) формы пенетрации язвы. В подавляющем большинстве случаев язвенный процесс локализовался на заднелатеральной (83,9%) с переходом на переднюю стенку, редко - на заднемедиальной с переходом на переднюю (6,4%) и заднюю (9,7%) стенки ДПК. Как видно

Таблица 1

#### Результаты интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны

| Стадия стеноза | Число больных | Морфол. форма пенетрации |                 | Орган пенетрации |              | Локализация стеноза |          |              | Протяженность    |                 | Локализация язвы |              |            |              |        |               |
|----------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|--------------|---------------------|----------|--------------|------------------|-----------------|------------------|--------------|------------|--------------|--------|---------------|
|                |               | Язв-инфилтрат.           | Язвен.-рубцовая | Рубцовая         | Поджел.желез | ГДС                 | ПЖ + ГДС | пилоростеноз | Лукович. с вовл. | Луков. без вовл | Залуковичн.      | от 3 до 5 см | Более 5 см | Задне-латер. | задняя | Задне-медиал. |
|                | 6             | 5                        | 1               | -                | 3            | 1                   | 2        | 3            | -                | -               | 3                | 3            | 3          | 1            | 5      | -             |
| II             | 11            | 5                        | 5               | 1                | 1            | 4                   | 6        | 1            | 4                | 2               | 4                | 6            | 5          | 11           | -      | -             |
| III            | 45            | 24                       | 6               | 15               | 2            | 15                  | 28       | 4            | 11               | 2               | 29               | 9            | 36         | 44           | 1      | 4             |
| Итого          | 62            | 34                       | 12              | 16               | 6            | 20                  | 36       | 8            | 15               | 4               | 36               | 18           | 44         | 52           | 6      | 4             |
| B%             |               | 55,5                     | 19,3            | 25,2             | 9,7          | 32,2                | 58,1     | 12,9         | 22,6             | 6,4             | 58,1             | 29,1         | 70,9       | 83,9         | 9,7    | 6,4           |

Примечание: % - от общего количества больных

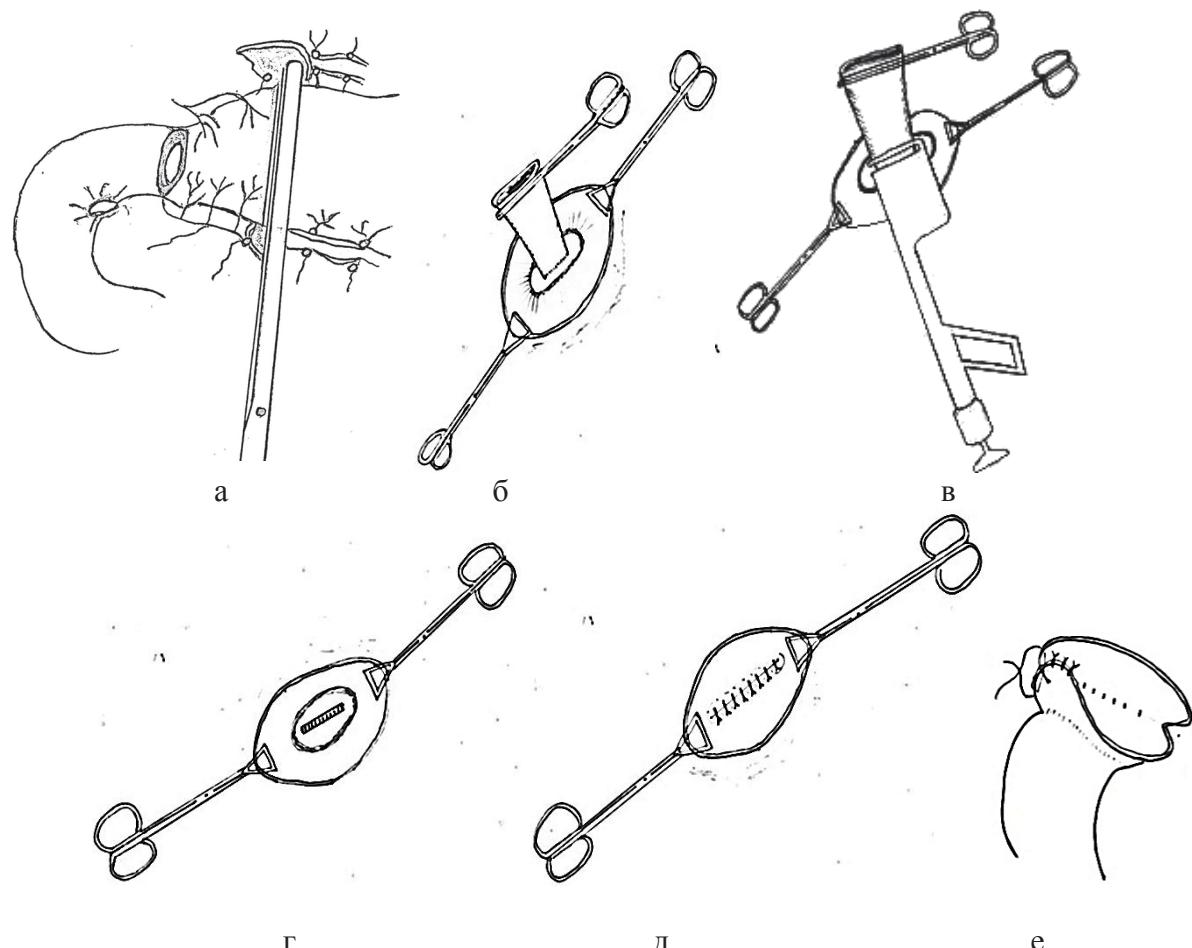
из данных, представленных в таблице, в 64,5% наблюдений стенотический процесс локализовался в дистальной трети луковицы (6,4%) или постбульбарно (58,1%).

В одной трети наблюдений (35,5%) стеноз локализовался в проксимальной трети луковицы (22,6%) или на уровне привратника (12,9%). При этом протяженность рубцово-воспалительного поражения в 70,9% наблюдений оказалась от 5 до 7 см, а в 29,1% - от 3 до 5 см.

У 61 больного, перенесших резекцию желудка по второму варианту Бильрота по поводу пенетрирующих стенозирующих язв ДПК, герметизация надпривратниковой культи была выполнена по модифицированной нами методике и лишь у одного больного применено ушивание надпривратниковой культи по Bancroft-Plenk.

Суть метода формирования и ушивания над-

привратниковой культи ДПК при резекции желудка «на выключение» язвы по модифицированной нами заключается в следующем. Перед принятием решения о выполнении резекции желудка хирург должен провести тщательную ревизию ДПК, чтобы определить хирургические возможности во время операции. При ревизии необходимо выяснить размер и локализацию язвы, протяженность стеноза, наличие пенетрации в гепатодуоденальную связку и поджелудочную железу, расстояние между язвой и привратником, наличие и выраженность воспалительной инфильтрации, близость язвы к общему желчному протоку. Для улучшения условий осмотра ДПК необходимо снять с нее рубцово-спаечную «мантию» и мобилизовать ее по Кохеру, приподнимая в более поверхностную позицию. Если при ревизии ДПК выясняется, что иссечение рубцово-язвенного субстрата сопряжена с высоким



**Рис. 1. Методика ушивания надпривратниковой культи ДПК при резекции желудка «на выключение» язвы:** а. сохранение кровоснабжения антрума, наложение зажима на 5 см выше привратника, циркулярное рассечение серозно-мышечной стенки; б. демукозация антрального отдела желудка; в. прошивание слизисто-подслизистой «муфты» ниже привратника с помощью аппарата УО-40; г. иссечение слизисто-подслизистой «муфты»; д. ушивание пилорической мышцы узловыми швами; е. ушивание серозно-мышечной «муфты» в виде дубликатуры двумя рядами узловых швов.

риском повреждения элементов гепатодуоденальной связки или поджелудочной железы, хирург должен избрать технику операции, при которой не нужно выполнять резекцию пораженной ДПК. Если по клинико-функциональным параметрам пилородуоденального стеноза органосохраняющая операция с ваготомией противопоказана, а резекция язвы невыполнима, мы предпочитаем выполнять резекцию желудка на «выключение» язвы.

Принимая решение о выполнении резекции желудка на «выключение», хирург должен убедиться в достаточном кровоснабжении антравального отдела желудка. Важно принять такое решение до мобилизации антравального отдела желудка, так как кровоснабжение этого участка должно быть сохранено. Как правило, первым этапом выполняется резекция желудка с формированием выбранного способа гастроэюнального анастомоза. К формированию надпривратниковой культи ДПК кишки приступаем в конце операции. Для этого, еще в начале операции при мобилизации большой кривизны желудка, отступя от привратника на 5 см, сохраняется естественное кровообращение. Сосудистая аркада, образованная правым и левым желудочными сосудами, перевязывается также на расстоянии 5 см от привратника со стороны малой кривизны (рис. 1а). На расстоянии 5 см от привратника на антравальный отдел накладывается зажим и под ним циркулярно рассекается серозно-мышечный слой, и он удерживается его несколькими зажимами Алиса или Бэббокка. Слизисто-подслизистая стенка легко отделяется от серозно-мышечной с помощью тупфера, концом зажима Бэббокка или указательным пальцем, только в местах, где сосуды проникают в серозно-мышечный слой достигают подслизистую, пересекается ножницами и перевязывается.

С помощью тупоконечных ножниц и марлевого тупфера слизисто-подслизистый слой постепенно отделяется от серозно-мышечного, вначале – спереди, затем – сзади и со стороны большой и малой кривизны, перфорантные сосуды перевязываются. Достигнув привратника, отделяется слизистая оболочка от мышечной еще на несколько миллиметров, до появления «зернистой» слизистой ДПК (рис. 1б). На этом уровне слизисто-подслизистая «муфта» прошивается с помощью аппарата УО-40 (рис. 1в) и иссекается с помощью скальпеля (рис. 1г). Далее, мышечное кольцо привратника, которое при декомпенсированном стенозе бывает значительно расширенным, ушивается рядом узловых капроновых швов, позволяющих закрыть

«наглоухо» привратник после погружения слизистой оболочки культи (рис. 1д).

Серозно-мышечная «муфта» рассекается по бокам на 2-3 см. так, чтобы образовались два листка – передний и задний. Образовавшиеся листки ушиваются в виде дубликатуры двумя рядами узловых швов, вворачивая передний листок в основание заднего, а поверх него ушивают задний листок на всем протяжении, чтобы не образовалось свободное пространство (рис. 1е). Сформированная культа перитонизируется «мантией» ДПК, выделенной в начале операции, с помощью нескольких узловых швов.

Технические сложности при выделении слизисто-подслизистого слоя или её перфорация возникают при распространении периулыцерозного воспаления на стенки антравального отдела или при предшествовавшем ушивании перфоративной язвы в шов захвачена стенка антравального отдела. В нашей практике перфорация слизисто-подслизистого слоя возникла у 7 больных. При этом нет необходимости в поспешном ушивании образовавшегося отверстия, так как это приводит к прорезыванию швов и увеличению дефекта. Мы поступаем следующим образом: при возникновении перфорации слизисто-подслизистой муфты, продолжаем выделять её ниже образовавшегося отверстия, завершив выделение по всему кругу, до уровня слизистой ДПК, на этом уровне ей прошиваем танталовыми швами, и тем самым закрываем вход в кишку. При этом, как правило, выделение желудочного и дуоденального содержимого минимальное, так как просвет органов в зоне манипуляции сверху перекрыт зажимом, а снизу – стенозом.

У 58 больных резекция желудка завершена формированием гастроэюнального анастомоза по Гофмейстеру-Финстереру, у 6 – гастроэюнальным анастомозом с у-образно выключенной петлей по Ру, в том числе у больного с сочетанием постбульбарной стенозирующей пенетрирующей язвы с АМК ДПК в стадии декомпенсации и дуоденохоледохеального свища, резекция желудка по Ру дополнена дуоденоюнальным анастомозом.

В раннем послеоперационном периоде различные осложнения возникли у 10 (16,1%) больных, в том числе нарушение моторно-эвакуаторной функции культи желудка – у 7(11,3%) больных, острая кишечная непроходимость вследствие инвагинации тонкой кишки вокруг энтерального зонда – у одного (1,6%), воспалительный инфильтрат в зоне культи ДПК – у одного (1,6%) больного, несостоятельность швов дуоденальной культи свищевая

форма - у больного после формирования надпривратниковой культи по методике Bancroft-Plenk.

Ни у одного больного после формирования надпривратниковой культи ДПК по модифицированной нами методике несостоительности швов дуоденальной культи не наблюдалось. Поэтому при крайне высоких степенях трудности и опасности выделения язвы проблема надежного ушивания дуоденальной культи может успешно решаться за счет выполнения резекции «на выключение» с выбором оптимального варианта ушивания надпривратниковой культи по модифицированному нами способу.

В отдаленных сроках пептическая язва анастомоза наблюдалась лишь у 2(3,2%) больных. Хорошие и удовлетворительные исходы у больных после резекции желудка с формированием надпривратниковой культи, как и после радикально выполненных резекций, наблюдались в 96,8% случаев.

**Заключение и обсуждение.** Основной причиной неудач при формировании и ушивании дуоденальной культи, на наш взгляд, является несоответствие выбранного способа конкретной хирургической ситуации. Поскольку универсального способа часто не оказывается, то у каждого больного герметизация культи в какой-то степени является творчеством хирурга, позволяя в каждом случае изыскивать оптимальный вариант, нередко сочетающий в себе две и более модификаций из предложенных способов [4, 7].

При хирургическом лечении «низких», сочетанных с пенетрацией язвы в поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку с образованием воспалительного инфильтрата, значительно повышается риск развития осложнений [4, 8]. Развитие осложнений часто сопряжено со стремлением хирурга радикально удалить дуоденальную язву, невзирая на опасность повреждения элементов гепатодуоденальной связки, поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка [4, 7]. При «неудалимых» язвах в качестве спасительной операции рассматривается применение резекции желудка «на выключение» [4, 9, 14]. Для выбора метода обработки дуоденальной культи важное значение имеют результаты, опережающие интраоперационную ревизию пилородуоденальной зоны.

На наш взгляд, основным показанием к применению резекции желудка «на выключение» является признание неудалимости язвы, обусловленной её пенетрацией в гепатодуоденальную связку и поджелудочную железу с образованием

periulcerозного воспалительного инфильтрата или дуоденохоледохеального свища, «низкая» постбульбарная локализация дуоденостеноза, когда радикальное иссечение рубцово-язвенного субстрата сопряжено с опасностью повреждения соседних образований и сложностью ушивания дуоденальной культи. При крайне высоких степенях трудности и опасности выделения язвы, проблема надежного ушивания дуоденальной культи может успешно решаться за счет выполнения резекции «на выключение», с выбором оптимального варианта ушивания надпривратниковой культи по модифицированной нами способу.

## Выводы

1. Показанием к резекции желудка «на выключение» язвы является признание хирургом нерезектабельности дуоденальной язвы на основании интраоперационной ревизии или же если радикальное иссечение язвы сопряжено с высоким риском повреждения элементов гепатодуоденальной связки и поджелудочной железы, а также невозможностью надежного ушивания дуоденальной культи.

2. При выборе метода резекции желудка «на выключение» язвы, оптимальным вариантом герметизации культи ДПК является усовершенствованный нами способ, обеспечивающий надежный физический герметизм культи ДПК.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллозода Дж.А. Диагностика и лечение несостоительности швов дуоденальной культи после резекции желудка по Бильрот-II / Д.А. Абдуллозода, Ш.Ш. Сайфудинов, С.Х. Абдуллоев // Здравоохранение Таджикистана. - 2019. - № 2. – С. 77-86.
2. Власов А.П. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки / А.П. Власов, В.В. Сараев, Ю.П. Степанов, О.Ю. Рубцов // Хирургия. - 2008. - № 8. С. 44–48.
3. Волков А.Н. Современное состояние вопроса об обработке культи двенадцатиперстной кишки при язвах, пенетрирующих в головку поджелудочной железы / А.Н. Волков, Ю.Г. Андреев // Здравоохранение Чувашии. – 2008. – № 1. – С. 70–78.
4. Волков В.Е. Клиническая оценка некоторых методов герметизации культи двенадцатиперстной кишки при надпривратниковой резекции желудка и гастрэктомии / В.Е. Волков, С.В. Волков // Acta medica Eurasica. - 2018. - № 1. – 8 с.
5. Дибиров М.Д. Выбор метода лечения гастро-дуоденальных пенетрирующих язв / М.Д. Дибиров, О.Х. Халидов, В.Ф. Зубрицкий, В.К. Гаджимурадов // Доктор. Ру. – 2014. - № 6 (10). – С. 21-23.
6. Жигаев Г.Ф. Хирургическое лечение пенетрирующих язв двенадцатиперстной кишки. / Г.Ф. Жигаев,

- Е.В. Кривигина // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2011. - № 7(77), часть 2. - С. 257-258.
7. Зайцев О.В. Технические аспекты выполнения резекции желудка в условиях «трудной» дуоденальной язвы / О.В. Зайцев, С.В. Тарасенко, А.А. Натальский, К.С. Морозов // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2011. - № 3. - С. 76-79.
8. Захараш М.П. Способ дренирования желудка в сочетании с vagotomiey в лечении осложненных пост-бульбарных язв / М.П. Захараш, Б.С. Полинкевич, А.Р. Бекмурадов // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. - 2009. - № 2. - С. 35-39.
9. Итала Э. Атлас абдоминальной хирургии. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. / Э. Итала // Медицинская литература. - 2009. - Т. 2. - С. 237-246.
10. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала / А.А. Кульчиев // 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, М.Г. Хомидов, А.Ф. Назаров, Ч.Т. Шарипов // Новости хирургии, том 20, - 2012. - №3. - с. 16-21.
12. Мыш Г.Д. Патофизиологические аспекты хирургии язвенной болезни. / Г.Д. Мыш // - Новосибирск: Наука, 1983. - 193 с.
13. Никитин Н.А. Хирургическое лечение сочетанных осложнений язвенной болезни при пиlorодуоденальной локализации язвы / Н.А. Никитин, Т.П.Коршунова, М.А. Онучин, А.А. Головизнин // Мед Альм. - 2010. - №1. - С. 121-125.
14. Никитин В.Н. «Трудная» кулья при осложненных гигантских пенетрирующих пилородуоденальных язвах / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // Новости хирургии. - 2017. - Т. 25, № 6. - С. 574-581.
15. Нишанов Ф.Н. Хирургическая такт ика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки / Ф.Н. Нишанов, М.Ф. Нишанов, Д.Ш. Хожиметов, Б.С. Робиддинов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова - 2018. - Т. 13, № 3. - С. 43-46.
1. Abdullozoda D. A. Diagnostika i lechenie nesostoyatelnosti shvov audenalnoy kulti posle rezektsii zheludka po Bilrot-II [Diagnosis and treatment of insolvency 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. Vlasov A. P. Novye tekhnologii v khirurgii «trudnykh» yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [New technologies in surgery of “difficult” ulcers of a duodenum]. *Meditinskij almanakh - Medical almanac*, 2012, No. 2 (21), pp. 153-156.
3. Volkov A. N. Sovremennoe sostoyanie voprosa ob obrabotke kulti dvenadtsatiperstnoy kishki pri yzvakh, penetryushikh v golovku podzheludochnoy zhelez [Wolves of a question on processing of a stump of a duodenum at the ulcers penetrating in a head of a pancreas]. *Acta medica eurasica*, 2016, No. 2, pp. 6-10.
4. 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.
5. Dibirov M. D. Vybor metoda lecheniya gastroduodenalnykh penitiriyushchikh yazv [The choice of treatment for gastroduodenal penetrating ulcers]. *Doktor Ru - Doctor Ru*, 2014, No. 6 (10), pp. 21-23.00
6. Zhigaev G. F. Khirurgicheskoe lechenie penetriruyushchikh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical treatment of penetrating duodenal ulcers]. *Byulleten VSNTS SO UAMN - Acta Biomedica Scientifica*, 2011, No. 1 (77), part 2, pp. 257 - 258.
7. Zaytsev O. V. Tekhnicheskiye aspekty vpolnenya rezektsyi zheludka v usloviyakh «trudnykh» duodenalnykh yazv [Technical aspects of performance of a resection of a stomach in the conditions of “a difficult” duodenal ulcer]. *Typhooneskiy medytsinskij zhurnal - Pacific Medical Journal*, 2011, No. 3, pp. 76 - 79.
8. Zaharash M. P. Sposob drenirovaniya zheludka v sochetanii s vagotomiey v lechenii oslazhnyonnykh post-bulbarnykh yazv [Way of a drainage of a stomach in a combination to a vagisection in treatment of the complicated postbulbar ulcers]. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2009, No. 2, pp. 35-39.
9. Itala E. *Atlas adomialnoy khirurgii. Khirurgii zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki* [Atlas of abdominal surgery. Stomach and duodenum surgery.] Moscow, Meditsinskaya literature Publ., 2009, 237 – 246 p.
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 - News of surgery*, 2012, Vol. 20, No.3, pp. 16-20.
12. Mysh G. D. Patofiziologicheskiy aspekty khirurgii yazvenoy bolezni [Pathophysiological aspects of surgery of a peptic ulcer]. Novosibirsk, Nauka Publ., 1983. 193 p.
13. Nikitin N. A. Khirurgicheskoe lechenie sochetannykh oslozhneniy yazvennoy bolezni pri piloroduodenalnoy lokalizatsii yazvy [Surgical treatment of combined complications of peptic ulcer in pyloroduodenal ulcer localization]. *Meditinskij almanakh - Medical almanac*, 2010, No. 1

(10), pp. 121-125.

14. Nikitin V. N. Trudnaya kultya 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.

15. Nishanov F. N. Khrurgicheskaya taktika pri sochetannyykh oslozhneniyakh yazyv 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, No. 3 (3), pp. 43-46.

## ХУЛОСА

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

### ТАРЗИ ГЕРМЕТИЗАЦИЯ БУНЧАИ РУДАИ 12-АНГУШТА ҲАНГОМИ БУРИШИ МЕҶДА БАРОИ “ҚАТЪ НАМУДАН”-И ЗАХМИ ПЕНЕТРАЦИЯ ВА СТЕНОЗШУДА

**Мақсад.** Беҳтарсозии натиҷаи мустақими табобати ҷарроҳии реши тангшудаю нуфузшудаи рудаи дувоздаҳангушта

**Мавод ва усулҳо.** Дар мақола натиҷаи табобати 62 нафар беморон бо реши тангшудаю нуфузшудаи рудаи 12 ангушта, ки ҷарроҳии рафъи меҷда ба намуди «хомушкуни» гузаронида шудааст оварда мешавад. Аз чумла мардҳо-51 нафар (82,2%) ва занҳо-11 (17,8%) нафар. Мутаносибии

мардҳо ва занҳо 4,6:1 –ро ташкил дод. Сину соли онҳо аз 22 сола то 67 соларо ташкил дод.

Методҳои асосии ташхисро ба ғайр аз усулҳо нишонию озмоиши лаборатори, ҳамчунон рентгенология меъдаю руда ва даруннигари (ФГДС) ташкил дод.

**Натиҷа.** Дуоденостеноз дар марҳилаи чубро ни дар 6 (9,7%), зерчуброни дар 11 (17,8%) ва гайричуброни дар -45 (72,6%) беморон пайдо гардид. Дар 9,4% беморон реш ба сараки гадуди зери меҷда, дар 32,2% ба пайвандаки чигару рудаи 12 ангушта ва дар 58,1% холат ба ҳар дуи ин структураҳо нуфуз доштанд. Ин намуди рафъи меҷда бо назардошти ҷой доштани холатҳои гайрирафъи иҷро карда шуд. Дар марҳилаи пасазҷарроҳи дар 10 (16,1%) холатҳо оризахо дучор шуданд: аз чумла як (1,8%) холати норасогии кукҳои бунҷаи дуоденали. Дар марҳилаи тулони реши пептикии анастомоз дар 2 (3,2%) бемор мушоҳида шуд. Дигар холатҳои ҷойдошта (96,8%) ҳамчун каноатбахш баҳогузори карда шуданд.

**Хулоса.** Ҳангоми ҷой доштани холатҳои гайрирафъии меҷда (реши тангшудаю нуфузшудаи рудаи дувоздаҳангушта) ҷарроҳии резексияи меҷда ба намуди «хомушкуни» тавсия дода мешавад. Варианти беҳтарини мустаҳкамкуни бунҷаи дуоденали намуди пешниҳодшудаи мо, яъне болоӣ-баввоби хисобида мешавад.

**Калимаҳои қалидӣ:** бемори реш, оризахои омехта, решҳои тангшудаю нуфузшуда, рафъи меҷда.

УДК 616.155.392-036.11-053.2; 616.94-06

**И.И. Караев<sup>1</sup>, Р.З. Юлдашев<sup>2</sup>, З.А. Мадаминова<sup>2</sup>, С.А. Бокиев<sup>2</sup>, Н.Г. Рахимов<sup>1</sup>, З.М. Мавлонова<sup>2</sup>**

### ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

<sup>1</sup> ГУ РНКЦ Пи ДХ МЗ и СЗН РТ

<sup>2</sup> Кафедра онкологии и лучевой диагностики, ТГМУ имени Абуали ибни Сино

**Юлдошев Равшан Зоидович** – д.м.н., зав. кафедры онкологии и лучевой диагностики ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Тел.: 918679399, e-mail: uravshyan@mail.ru

**Цель исследования.** Изучить результаты терапии инфекционных осложнений у детей с острым лимфобластным лейкозом.

**Материалы и методы исследования.** Был проведен анализ результатов 255 курсов химиотерапии и лечение инфекционных осложнений 53 детей с острым лимфобластным лейкозом. В качестве основного антибиотика применяли карбапенемы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Необходимость в использовании антибактериальных препаратов в процессе лечения детей с острым лимфобластным лейкозом возникла у 53 пациентов, что составляет