

Дж.А. Абдуллозода¹, К.Р. Рузбойзода², С.Х. Абдуллоев³, М.К. Билолов¹

ПОВЫШЕНИЕ ГЕРМЕТИЧНОСТИ КУЛЬТЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

¹Кафедра общей хирургии №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

²Кафедра хирургических болезней №1, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

³ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г.Душанбе

Рузбойзода Кахрамон Рузбой – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +(992)930807777; E-mail: dr.hero85@mail.ru

Цель исследования. Оптимизация хирургической тактики при «трудных» дуоденальных язвах путем повышения герметичности культи двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ результатов комплексной диагностики и хирургического лечения 104 пациентов с «трудными» дуоденальными язвами. Все больные были разделены на две группы. Первую основную группу составили 53 (51,0%) пациента, вторую контрольную группу – 51 (49,0%) пациента. В 76 (73,1%) случаях язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки, а в 38 (36,5%) случаях в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки.

Результаты исследования и их обсуждение. После резекции желудка с различными способами у больных основной группы, при «трудных» дуоденальных язвах, с целью повышения герметичности и профилактики несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки применялись усовершенствованные методики обработки культи двенадцатиперстной кишки, а для больных контрольной группы применялись общеизвестные способы обработки культи двенадцатиперстной кишки. Среди больных контрольной группы (n=51) в послеоперационном периоде в 7 (13,7%) случаях возникли различные по характеру осложнения в виде: несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки (n=2), послеоперационный панкреатит (n=4) и эвентрация (n=1). В 3 (5,9%) случаях наступил летальный исход. Тогда как у больных основной группы (n=53) в раннем послеоперационном периоде в 3 (5,6%) случаях отмечался послеоперационный панкреатит, и был пролечен консервативным методом. Летальные исходы не были отмечены.

Заключение. Лечение больных с «трудными» дуоденальными язвами требует строгого индивидуального подхода.

Ключевые слова: «трудные» дуоденальные язвы, резекция желудка, культя двенадцатиперстной кишки, обработка, герметичность.

J.A. Abdullozoda¹, K.R. Ruziboyzoda², S.Kh. Abdulloev³, M.K. Bilolov¹

IMPROVING THE TIGHTNESS OF THE DUODENAL STUMP FOR “DIFFICULT” DUODENAL ULCERS

¹Department of General Surgery №1, State educational institution «Avicenna Tajik State Medical University».

²State Institution “City Center for Emergency Medicine”, Dushanbe

³Department of Surgical Diseases №1, State educational institution «Avicenna Tajik State Medical University».

Ruziboyzoda Kahramon Ruziboy - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No.1, Avicenna Tajik State Medical University, Tel: +(992)930807777. E-mail: dr.hero85@mail.ru

Aim. To optimize the surgical tactics for “difficult” duodenal ulcers by increasing the tightness of the duodenal stump.

Material and methods. The results of complex diagnostics and surgical treatment of 104 patients with “difficult” duodenal ulcers were analyzed. All patients were divided into two groups. The first - main group consisted of 53 (51.0%) patients, the second - control group - 51 (49.0%) patients. In 76 (73.1%) cases, the ulcer was localized in the duodenal bulb, in 38 (36.5%) cases in the post-bulbar duodenum.

Results. After resection of the stomach with various methods in patients of the main group, with “difficult” duodenal ulcers, to increase tightness and prevent failure of the duodenal stump, improved methods of processing the duodenal stump were used, and for patients in the control group, well-known methods of handling the duodenal stump

were used. Among the patients of the control group (n=51), in the postoperative period, in 7 (13.7%) cases, various complications occurred in the form of failure of the sutures of the duodenal stump (n=2), postoperative pancreatitis (n=4) and eventration (n=1). In 3 (5.9%) cases, a fatal outcome occurred. In patients of the main group (n=53) in the early postoperative period in 3 (5.6%) cases, postoperative pancreatitis occurred, which was treated conservatively. No lethal outcome was noted.

Conclusion. The treatment of patients with “difficult” duodenal ulcers presents significant difficulties, which requires a strictly individual approach.

Keywords: “difficult” duodenal ulcers, gastric resection, duodenal stump, treatment, tightness.

Актуальность. К настоящему времени накоплен значительный опыт хирургического лечения язвенной болезни при различных локализациях язв [1]. Тем не менее, вопросы диагностики и лечения осложнений «трудных» постбульбарных дуоденальных язв остаются предметом широкой научной дискуссии. Сведения о частоте постбульбарных дуоденальных язв значительно варьируют. Их частота составляет 3,6-11% среди всех дуоденальных язв [4, 11]. Некоторые авторы считают, что в действительности постбульбарных язв намного больше - до 56%, с учетом того, что язвенные дефекты часто имеют множественную локализацию [8].

На сегодняшний день данные мировой литературы показывают, что внедрением в клиническую практику современных новых комплекс консервативной терапии, в частности блокаторов протоновой помпы и H₂-рецепторов гистамина париетальных клеток способствовало в значительной степени уменьшению частота выполняемых как ургентных, так и плановых оперативных вмешательств в виде резекции желудка по поводу гастродуоденальных язв [5, 6]. Однако включение указанных противоязвенных препаратов не привело к полному отказу от выполнения резекций желудка, в частности при осложненных формах гастродуоденальных язвах (декомпенсированный стеноз антропилорического отдела язвенного генеза, язвы с низкой локализацией в двенадцатиперстной кишке, осложненные пенетрацией в головку поджелудочной железы или в большой дуоденальный сосочек и др.) [10]. Выполнение резекции желудка при наличии периульцерозного рубцово-инфильтративного процесса в области двенадцатиперстной кишки диктует от хирурга сложных и ответственных решений и умения выходить из такой нестандартной ситуации.

Своеобразным уязвимым и слабым в этой ситуации является – культя двенадцатиперстной кишки – это, по меткому определению Финстера, «ахиллесова пята» и, по выражению С.П. Федорова, – «слабый пункт» выполняемые раз-

личные модификации резекции желудка по методу Бильрот II.

На сегодняшний день в литературе приведены описание методики более трехсот приемов и способов обработки культи двенадцатиперстной кишки, применяемые на любые локализации гастродуоденальных язв и развившихся осложнений, однако многие из предложенных способов не являются универсальным и надёжным, представляющие лишь исторический интерес. Согласно данным литературы в последние 30 лет частота несостоятельности швов дуоденальной культи встречается от 2 до 17%, а при «трудных» гастродуоденальных язвах достигает 20% и более [2, 7], а летальность больных от этой грозной осложнения колеблется в пределах от 30 до 75% [3, 9]. Приведенные данные доказывают о том, что после каждой выполненной резекции желудка, особенно при «трудных» дуоденальных язв возникает большой риск развития таких тяжелых и опасных осложнений, как несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки. Приведенные выше доводы свидетельствуют, об своевременной актуальности данной проблемы повышения герметичности дуоденальной культи после резекции желудка, что диктует о целесообразности и необходимости дальнейших исследований.

Цель исследования. Оптимизация хирургической тактики при «трудных» дуоденальных язвах путем повышения герметичности культи двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 104 пациентов с «трудными» дуоденальными язвами. Все больные были разделены на две группы. Первую основную группу составили 53 (51,0%) пациентов, вторую контрольную группу – 51 (49,0%) пациент. Мужчин было 87 (83,7%), женщин – 17 (16,3%). Возраст пациентов составил от 22 до 81 года. Все пациенты до поступления в клинику в течение 5-10 лет и более неоднократно, с временными улучшениями лечились у терапевта и гастроэнтеролога (табл. 1).

Таблица 1

Длительность заболевания больных с «трудными» дуоденальными язвами (n=104)

Длительность заболевания в годах	Количество	%
До 1 года	3	2,9
1-4 лет	12	11,5
2-5 лет	28	26,9
10 лет	42	40,4
Более 10 лет	19	18,3
Всего	104	100,0

Примечание: % - от общего числа больных

В зависимости от характера имеющегося осложнения больные распределены следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Характер осложнений больные с «трудными» дуоденальными язвами (n=104)

Характер осложнений	Количество	%
Пилородуоденостеноз	62	59,6
Пенетрация	8	7,7
Перфорация	4	3,8
Кровотечение	11	10,6
Сочетанное осложнение	19	18,3
Всего	104	100,0

Примечание: % - от общего числа больных

Всесторонний анализ клинического материала показал, что пилородуоденальный стеноз имел место у 62 (59,6%) больных, пенетрирующие дуоденальные язвы – у 8 (7,7%), дуоденальные кровотечения – у 11 (10,6%), перфорации пилородуоденальных язв – у 4 (3,8%) и в 19 (18,3%) случаях имели место сочетанные осложнения «трудных» дуоденальных язв.

Таблица 3

В зависимости от локализации язвы в двенадцатиперстной кишке (n=104)

Локализация язвы в дуоденальной зоне	Кол-во больных	
	абс	%
Луковица двенадцатиперстной кишки	76	73,1
Постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки	38	36,5
Всего	104	100,0

Примечание: % - от общего числа больных

Необходимо отметить, что для выбора способа и объёма резекции желудка, а также обработки

культы двенадцатиперстной кишки важное значение имеет локализация язвы в двенадцатиперстной кишке (табл. 3).

Как видно из представленной таблицы в 76 (73,1%) случаях язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки, а в 38 (36,5%) - в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки.

Для диагностики «трудных» дуоденальных язв больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая ФГДС, рентгенографию, УЗИ, КТ, а также исследования желудочной секреции и дуоденомонометрию.

Статистическая обработка выполнялась с использованием программы IBM SPSS Statistics 24.0. В работе представлены качественные показатели, которые описаны в виде абсолютных значений и их процентов. При сравнении качественных показателей между двумя независимыми χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Среди лучевых методов диагностики «трудных» дуоденальных язв рентгенологические методы являются наиболее высокоинформативными. Рентгенологическое исследование проводилось у всех 104 больных обеих групп. При проведении рентгенологического исследования диагностировали наличие «ниши» в двенадцатиперстные кишки (n=39).

Рентгенологическое исследование имело важное значение при выявлении пилородуоденального стеноза. При пилородуоденальном стенозе, в начальных стадиях его развития, рентгенологически отмечалось умеренное увеличение объёма желудка и его гипотония. Натощак, как правило, в желудке имелась жидкость, и отмечалось ослабление перистальтики. Скорость опорожнения желудка, по мере прогрессирования тяжести стеноза, замедлялась (n=68).

При анализе клинического материала установлено, что среди 104 больных при обзорном рентгенологическом исследовании у 3 (2,9%) было обнаружено наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы. При отсутствии пневмоперитонеума выполнялась ЭГДС, что позволило обнаружить язвенный дефект у 4 (3,8%) пациентов, признаки перфорации – у 5 (4,8%), и выявить сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз пилоробульбарной зоны) у 5 (4,8%) больных (из числа сочетанных осложнений - 19). Кроме этого, ЭГДС позволила определить локализацию язвы,

Таблица 4

Характер оперативных вмешательств при «трудных» дуоденальных язвах (n=104)

Название операции	Основная группа (n=53)		Контрольная группа (n=51)		p
	Кол-во	%	Кол-во	%	
Резекция желудка по Бильрот II	21	39,6	22	43,1	>0,05
Резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера- Финстерера	27	50,9	25	49,0	>0,05
Резекция желудка по Ру. СтВ.	5	9,4	4	7,8	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

её характер, а также исключить наличие второй «зеркальной» язвы на противоположной стенке двенадцатиперстной кишки.

Среди лучевых методов диагностики ХИП, наиболее высокоинформативным у наблюдавшихся нами пациентов оказались УЗИ и КТ.

УЗИ было проведено у 104 (100%) пациентов. УЗИ позволило в 6 случаях у больных с глубокопенетрирующими в головку поджелудочной железы язвами диагностировать наличие хронического индуративного панкреатита. Кроме этого, в 5 (4,8%) случаях было обнаружено наличие свободной жидкости в брюшной полости у больных с «трудными» дуоденальными язвами, осложненными перфорацией.

Компьютерная томография (КТ) проводилась у 7 пациентов. КТ позволила эффективно определить изменения в паренхиме головки поджелудочной железы. Кроме этого, КТ позволила оценить степень проникновения глубины пенетрирующей язвы. При этом у 3 больных глубина пенетрации составляла от 1 до 4 мм, у 3 - от 5 до 10 мм и ещё у 1 – свыше 10 мм.

Эндоскопические методы исследования были проведены всем 104 больным с «трудными» дуоденальными язвами. Плановые эндоскопические исследования были проведены у 74 (41,2%) больных, экстренные – у 30 (28,8%). При проведении ФГДС у 13 (12,5%) больных было установлено наличие кровоточащей язвы.

У 68 (65,4%) больных с различной тяжестью пилорoduodenального стеноза при ФГДС диагностирована различная степень выраженности эктазии желудка привратника.

Кроме этого, у 43 (41,3%) больных было диагностировано наличие деформации в луковице двенадцатиперстной кишки. У 13 (12,5%) пациентов с диагностированным пилорoduodenальным стенозом во время проведения ФГДС проводили

зонд за участок сужения с целью энтерального питания.

При проведении ФГДС у 39 (37,5%) больных с «трудными» дуоденальными язвами наряду с определением язвы, деформации различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки диагностировали дуоденогастральный рефлюкс различной степени выраженности.

Выбор способа и объёма операции при «трудных» дуоденальных язвах, осуществляли на основании данных фиброгастродуоденоскопии, рентгенографии, ультразвукового исследования и компьютерной томографией с обязательным учетом характера имеющихся осложнений язвенной болезни и общего состояния больных.

При «трудных» дуоденальных язвах, как правило оперативное вмешательство было направлено на ликвидацию развившихся осложнений, а также на оптимальную и надёжную обработку культи двенадцатиперстной кишки после различных вариантов резекции желудка (табл. 4).

Необходимо отметить, что оперативное вмешательство по поводу «трудных» дуоденальных язв технически и методически очень сложное, а в ряде случаев имеет высокий риск, который обусловлен близким расположением крупных сосудов брюшной полости и выводных протоков печени и поджелудочной железы. В этой связи каждый этап оперативного вмешательства выполняли очень осторожно.

Так, в 43 (41,3%) случаях (21 – в основной группе и 22 – в контрольной) выполнялась резекция желудка по Бильрот II, а в 52 (50,0%) случаях выполнялась резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера. В 9 (8,7%) случаях при «трудных» дуоденальных язвах с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы, с развитием хронического индуративного панкреатита, резекция желудка по Ру дополнялась стволовой ваготомии.

Следует отметить, что одним из важных и опасных этапов резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв является обработка культи двенадцатиперстной кишки. А при тактических и технических ошибках во время выполнения различных вариантов обработки культи двенадцатиперстной кишки повышается риск развития несостоятельности культи последней, особенно при «трудных» дуоденальных язвах. В связи с этим нами в клинике с целью повышения герметичности и профилактики несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки была усовершенствована методика обработки культи двенадцатиперстной кишки, которая применялась у больных основной группы.

После резекции желудка по Бильрот II, при «трудных» дуоденальных язвах, когда сложно обработать культю двенадцатиперстной кишки, на неё первым рядом, не снимая зажим, накладывали П-образные швы и затягивали их. Вторым рядом накладывался полукисетный шов и затягивали его, в месте образования бортика (с противоположной

стороны передней поверхности поджелудочной железы) третьим рядом накладывались узловые швы с подшиванием капсулы поджелудочной железы, что позволяло добиться герметичного закрытия культи двенадцатиперстной кишки (Рис. 1, А, Б, В).

Также нами после резекции желудка по Бильрот II, при «трудных» низкорасположенных язвах, когда остается короткая культя, сложно поддающаяся обработке, использовалась следующая методика: на короткую культю двенадцатиперстной кишки со стороны просвета кишки накладывается кисетный шов с захватом слизистой и мышечных слоев, и затягивается. Вторым рядом накладываются узловые швы с подшиванием передней поверхности капсулы поджелудочной железы к культю двенадцатиперстной кишки. Далее проводится назодуоденальное зондирование для декомпрессии культи двенадцатиперстной кишки, что позволяет добиться хорошей герметичности при закрытии короткой культи двенадцатиперстной

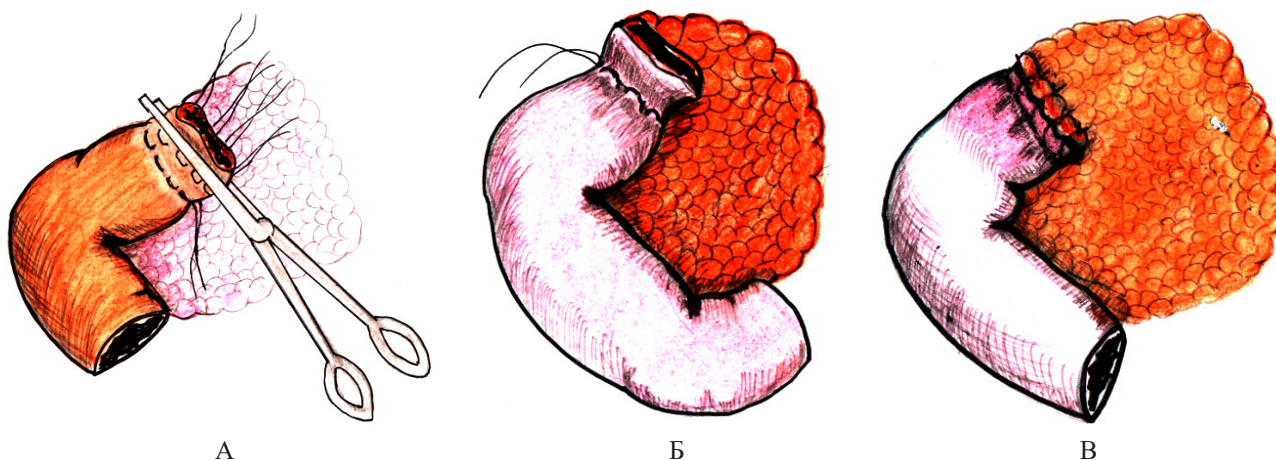


Рис. 1. Этапы обработки культи двенадцатиперстной кишки.

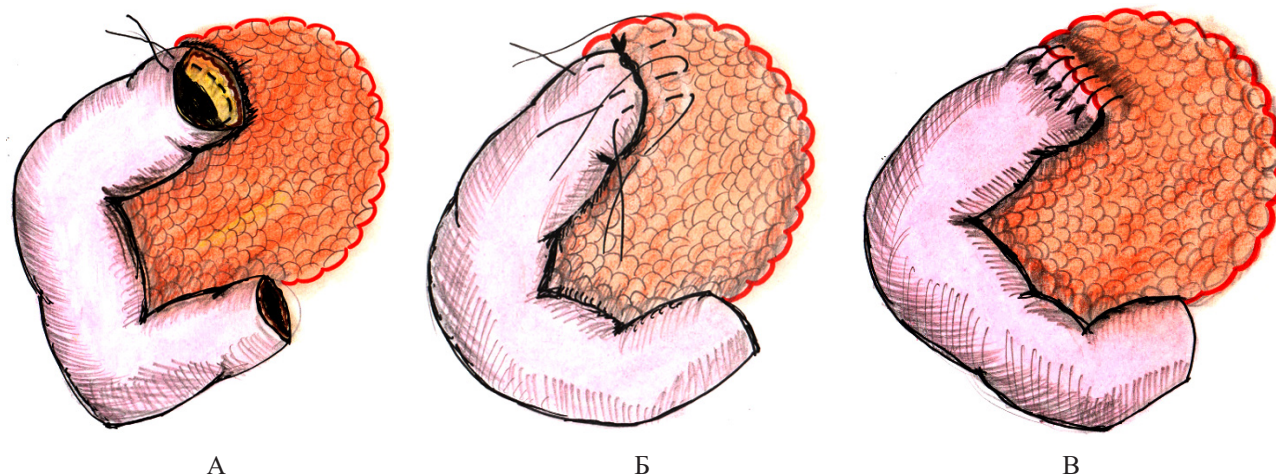


Рис. 2. Этапы обработки культи двенадцатиперстной кишки при низкорасположенных неудаляемых язвах

кишки, для профилактики несостоятельности швов выполняется декомпрессия культи (Рис.2 А, Б и В).

Наличие пенетрации у больных дуоденальной язвой является одной из главных предикторов возникновения послеоперационного панкреатита и риска развития несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки. Для профилактики этих осложнений в послеоперационном периоде больным назначали противопанкреатическую консервативную терапию с подключением ингибиторов протеаз и нейрпептида сандостатина.

Так, среди больных контрольной группы (n=51) в послеоперационном периоде в 7 (13,7%) случаях возникли различные по характеру осложнения в виде: несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки (n=2), послеоперационный панкреатит (n=4) и эвентрация (n=1). В 3 (5,9%) случаях наступил летальный исход. Тогда как у больных основной группы (n=53) в раннем послеоперационном периоде в 3 (5,6%) случаях имел место послеоперационный панкреатит, который был пролечен консервативным методом. Летальных исходов не было отмечено.

Таким образом, лечение больных с «трудными» дуоденальными язвами представляют значительные трудности, что требует строгого индивидуального подхода.

Выводы

1. Диагностика «трудных» дуоденальных язв должна быть комплексной и включать фиброгастроуденоскопию, УЗИ и КТ.

2. При хирургическом лечении пенетрирующих «трудных» дуоденальных язв рекомендуется выполнять резекцию желудка по Бильрот II с обработкой культи. При этом первым рядом накладываются П-образные швы, вторым рядом накладывается полукишечный шов с затягиванием, образовавшегося бортика, а третьим рядом накладываются узловые швы с подшиванием капсулы поджелудочной железы, что позволяет герметично закрыть культю двенадцатиперстной кишки.

3. Для профилактики несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки при «трудных» низкорасположенных дуоденальных язвах целесообразно выполнение разработанной методики с назоудуоденальным зондированием для декомпрессии культи двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 9-11 в REFERENCES)

1. Власов А.П. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки / А.П. Вла-

сов, В.В. Сараев, Ю.П. Степанов, О.Ю. Рубцов // Хирургия. - 2008. - № 8. С. 44-48.

2. Дибиров М.Д. Выбор метода лечения гастродуоденальных пенетрирующих язв / М.Д. Дибиров, О.Х. Халидов, В.Ф. Зубрицкий, В.К. Гаджимурадов // Доктор. Ру. - 2014. - № 6 (10). - С. 21-23.

3. 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.

4. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала / А.А. Кульчиев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2015. - №3-4. - С. 62-70.

5. Никитин В.Н. «Трудная» культя при осложненных гигантских пенетрирующих пилородуоденальных язвах / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // Новости хирургии. - 2017. - Т. 25, № 6. - С. 574-581.

6. Нишанов Ф.Н. Хирургическая тактика 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.

7. Курбонов К.М. Панкреато-билиарные осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Здравоохранения Таджикистана. - 2018. - №1. - С. 34-40.

8. Писаревский Г.Н. Методы закрытия дуоденальной культи / Г.Н. Писаревский // Хирургия. - 2011. - № 3. - С. 67-72.

REFERENCES

1. Vlasov A.P. Novye tekhnologii v khirurgii «trudnykh» yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [New Technologies in the Surgery of “Difficult” Duodenal Ulcers]. *Khirurgiya - Surgery*, 2008, No. 8, pp. 44-48.

2. Dibirov M.D. Vybora metoda lecheniya gastroduodenalnykh penetriruyushchikh yazv [Choice of treatment method for gastroduodenal penetrating ulcers]. *Doktor. Ru - Doctor. Ru*, 2014, No. 6 (10), pp. 21-23.

3. Zaytsev O.V. Tekhnicheskie aspekty vypolneniya rezeksii zheludka v usloviyakh «trudnoy» duodenalnoy yazyvy [Technical aspects of gastric resection for “difficult” duodenal ulcer]. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal - Pacific Medical Journal*, 2011, No. 3, pp. 76-79.

4. Kulchiev A.A. Khirurgicheskoe lechenie rubtsovo-yazvennogo stenoz piloroduodenalnogo kanala [Surgical treatment of cicatricial ulcerative stenosis of pyloroduodenal canal]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii - Bulletin of Surgical Gastroenterology*, 2015, No. 3-4, pp. 62-70.

5. Nikitin V.N. «Trudnaya» kulya pri oslozhnennykh gigantikh penetriruyushchikh piloroduodenalnykh yavakh [“Difficult” stump in complicated giant penetrating

pyloduodenal ulcers]. *Novosti khirurgii - News of Surgery*, 2017, Vol. 25, No. 6, pp. 574-581.

6. Nishanov F.N. Khirurgicheskaya taktika pri sochetannykh oslozhnennykh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics for combined complications of duodenal ulcers]. *Vestnik Natsionalnogo Mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of the National Medical and Surgical Center. N.I. Pirogov*, 2018, Vol. 13, No. 3, pp. 43-46.

7. Kurbonov K.M. Pankreato-biliarnye oslozhneniya yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Pancreatic-biliary complications of duodenal ulcer disease]. *Zdravookhraneniya Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 1, pp. 34-40.

8. Pisarevskiy G.N. Metody zakrytiya duodenalnoy kulti [Methods of duodenal stump closure]. *Khirurgiya - Surgery*, 2011, No. 3, pp. 67-72.

9. Dovjak P. Duodenal ulcers, gastric ulcers and helicobacter pylori. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2017, Vol. 50, No. 2, pp. 159-169.

10. Oida T., Kano H. Percutaneous drainage in conservative therapy for perforated gastroduodenal ulcers. *Hepatogastroenterology*, 2012, No. 59, pp. 168-170.

11. Vashist Y.K. Management of the difficult duodenal stump in penetrating duodenal ulcer disease: a comparative analysis of duodenojejunostomy with "classical" stump closure (Nissen-Bsteh). *Langenbeck's Archives of Surgery*, 2012, No. 8, pp. 124-127.

ХУЛОСА

**Ч.А. Абдуллозода, Қ.Р. Рузибойзода,
С.Х. Абдуллоев, М.Қ. Билолов**

МУСТАҲКАМКУНИИ ГЕРМЕТИКИИ МУМЧАИ РУДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА ҲАНГОМИ РЕШҲОИ ДУОДЕНАЛИИ «ДУШВОР»

Мақсади тадқиқот. Беҳтаркунии натиҷаи табобати ҷарроҳии решҳои дуоденалии «душвор» бо

роҳи мустаҳкамкунии герметикии мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта.

Мавод ва усулҳо. Натиҷаи таҳлили комплекси ва табобати ҷарроҳии 104 беморони гирифтори решҳои дуоденалии «душвор» таҳлил карда шудааст. Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шудааст. Ба гурӯҳи якуми асосӣ 53 (51,0%) нафар беморон буда, гурӯҳи дуюми контролӣ (санчишӣ) 51 (49,0%) беморонро ташкил медиҳанд. Дар 76 (73,1%) ҳолат реш дар пиезаки рӯдаи дувоздаҳангушта ва дар 38 (36,5%) бемор – дар қисми постбулбарии рӯдаи дувоздаҳангушта ҷойгир буд.

Натиҷаҳо. Баъди буриши меъда бо ҷаргуна усулҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ ҳангоми решҳои дуоденалии «душвор» ба мақсади мустаҳкамкунии герметикӣ ва пешгирии норасоии кукҳои мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта усулҳои такмилкардашудаи коркарди мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта, ва барои гурӯҳи санчишӣ усулҳои умумии маълумбуда истифода карда шудааст. Дар байни беморони гурӯҳи санчишӣ (n=51) дар давраи баъдичарроҳӣ дар 7 (13,7%) ҳолат ҷаргуна оризаҳо ба вучуд омад, ба монанди: норасоии кукҳои мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта (n=2), панкреатити баъдичарроҳӣ (n=4) ва эвентратсия (n=1). Дар 3 (5,9%) ҳолат фавти беморон ба қайд гирифта шуд. Дар байни беморони гурӯҳи асосӣ бошад (n=53) дар давраи барвақтии баъдичарроҳӣ дар 3 (5,6%) бемор панкреатити баъдичарроҳӣ инкишоф ёфт, ки бо усули консервативӣ табобат карда шуд. Фавтшавӣ дар ин гурӯҳ мушоҳида нагардид.

Хулоса. Табобати беморони гирифтори решҳои дуоденалии «душвор» хеле мураккаб мебошад, ки равиши қатъии индивидуализиро талаб менамояд.

Калимаҳои калидӣ: решҳои дуоденалии «душвор», буриши меъда, мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта, коркард, герметикӣ.

УДК 616.24-002.5:577.161.2

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-11-17

А.А. Абдурахимов

ПОИСК ПУТЕЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ

ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и грудной хирургии»

Абдурахимов Азиз Абдулхаевич – директор ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и грудной хирургии», пос. Мачитон, г. Вахдат, Республика Таджикистан