

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.342-002.44-007.271

doi: 10.52888/0514-2515-2022-354-3-83-89

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

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСТБУЛЬБАРНОЙ ОКОЛОСОСОЧКОВОЙ ЯЗВЫ, СОЧЕТАННЫЕ С АРТЕРИО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ КОМПРЕССИЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

Сайдалиев Ширинджон Шарифович – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992918673601; E-mail: aka.74@mail.ru

В данной статье рассматривается клиническое наблюдение гигантской постбульбарной околососочковой язвы двенадцатиперстной кишки с множественными сочетанными осложнениями в виде пенетрации в поджелудочную железу, острого гастродуоденального кровотечения и субкомпенсированного стеноза, возникшими на фоне артерио-мезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки в стадии субкомпенсации. Длительное течение заболевания способствовало развитию алиментарной дистрофии, кахексии и анемии тяжелой степени. После остановки кровотечения, проведения адекватной предоперационной подготовки, больному выполнена операция - резекция желудка по Ру «на выключение» язвы с демукозацией антрального отдела и формированием надпирватниковой культи двенадцатиперстной кишки по модифицированной в клинике методике. Послеоперационный период осложнился развитием свищевого варианта несостоятельности швов дуоденальной культи, которая ликвидирована консервативно. Больной выздоровел.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гигантская постбульбарная околососочковая язва, пенетрация, кровотечение, стеноз, артерио-мезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки.

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

MULTIPLE COMPLICATIONS OF POSTBULBAR PARAPAPILLARY ULCER COMBINED WITH ARTERIO-MESENTERIC COMPRESSION OF THE DUODENUM

State Institution “Institute of Gastroenterology” of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Sajdaliev Shirinjon Sharifovich - Candidate of medical sciences, associate professor of Surgical Diseases Department №1; Tel: +992918673601; E-mail: aka.74@mail.ru

The article explores a clinical observation of a giant postbulbar parapapillary duodenal ulcer with multiple combined complications in the form of penetration into the pancreas, acute gastroduodenal bleeding and subcompensated stenosis occurred against the background of arterio-mesenteric compression of the duodenum in the subcompensation stage. The long course of the disease contributed to the development of alimentary dystrophy, cachexia and severe anemia. After stopping the bleeding, carrying out adequate preoperative preparation, the patient underwent Roux-en-Y gastric resection to “turn off” the ulcer with demucosation of the antrum and formation of the epipyloric stump of the duodenum according to the method modified in the clinic. The postoperative period was complicated by the development of a fistulous variant of duodenal stump suture failure, which was conservatively eliminated. The patient recovered.

Keywords: duodenal ulcer, giant postbulbar peripapillary ulcer, penetration, bleeding, stenosis, arterio-mesenteric duodenal compression.

Введение. Среди больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 0,9-25% больных язвы локализуются в залуковичном или постбульбарном отделе [6, 10]. Постбульбарными считаются язвы, локализующиеся в области

бульбодуоденального сфинктера и ниже [14]. Их разделяют на две группы по отношению язвенного дефекта к большому дуоденальному сосочку (БДС): экстрапапиллярные и юстапапиллярные. К экстрапапиллярной локализации относятся язвы,

в периульцерозный рубцово-воспалительный процесс которой не вовлекались структуры большого дуоденального сосочка, язвенный дефект располагался более чем на 1 см от неё. Под юкстапиллярной язвой понимают язву, в периульцерозной рубцово-воспалительный процесс которой вовлекались структуры большого дуоденального сосочка, язвенный дефект располагался ближе 1 см [14].

Язвы этой локализации отличают резистентность к медикаментозному лечению и частым развитием осложнений [5, 14]. Помимо обычных для язвенной болезни осложнений – кровотечения, перфорации, стеноза и их сочетания, при постбульбарных язвах может наблюдаться вовлечение в периульцерозный процесс БДС, желчный и Вирсунгов протоки, и как следствие, развитие хронического панкреатита [7, 13] или билиарной патологии. В результате язвенного перипроцесса и воспалительно-инфильтративного процесса отмечаются значительные анатомические изменения, которые затрудняют идентификацию таких анатомо-функциональных образований, как бульбодуоденальный сфинктер и луковицу ДПК. При пенетрирующих постбульбарных язвах двенадцатиперстной кишки хирурги интраоперационно сталкиваются с особыми техническими сложностями [3, 5]. В первую очередь речь идет о язвах, которые глубоко пенетрируют в головку поджелудочной железы, приводят к грубой рубцово-язвенной деформации и зачастую к кровотечениям. В измененных топографо-анатомических условиях безукоризненно технически исполнить мобилизацию двенадцатиперстной кишки в области язвенного локуса - чрезвычайно сложная задача [2]. В связи с этим, проблема хирургической тактики при выполнении операций по поводу сочетанных осложнений дуоденальных язв продолжает сохранять свою актуальность.

Мы наблюдали больного с язвой постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки, осложнившейся пенетрацией в Вирсунгов проток поджелудочной железы, кровотечением и субкомпенсированным стенозом, сочетающейся с артерио-мезентериальной компрессией (АМК) двенадцатиперстной кишки в стадии субкомпенсации.

Приводим клиническое наблюдение:

Больной Н., 58 лет, поступил 10.01.2022 г. по направлению СМП в приёмное отделение клиники Института гастроэнтерологии в крайне тяжелом состоянии с признаками состоявшегося желудочно-кишечного кровотечения, анемии тяжелой степени, алиментарной дистрофии и кахексии. За 3 суток

до поступления началась мелена. В течение более 20 лет страдает язвенной болезнью. Сезонные обострения заболевания протекали с выраженным болевым синдромом в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу, усиливающиеся в ночное время, эпизодическую рвоту кислым содержимым со съеденной накануне пищей, приносящую облегчение, изжогу, сухость во рту, чувство тяжести в эпигастральной области после еды, слабость. В течение длительного времени, из-за интенсивного болевого синдрома после еды и диспепсии, ограничивал прием пищи. Указанные жалобы появились за пять лет до поступления. Регулярного противоязвенного лечения не получал. В 2010 г. больной оперирован по поводу острого холецистита, холецистэктомия из косого подреберного доступа. Из-за тяжести состояния больной госпитализирован в реанимационное отделение.

Объективно.

Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледной окраски, сухие, тургор отсутствует. Масса - 55 кг, рост - 171 см, индекс массы тела - 16,6 кг/м². В легких при аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца при аускультации приглушены, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС=120 уд/мин, пульс слабого наполнения. А/Д=100/60 мм.рт.ст. Живот правильной формы, участвует в дыхании равномерно. В правом подреберье косой послеоперационный рубец длиной 16 см. При перкуссии притупления в отлогих местах не определяется, печёночная тупость сохранена. При пальпации определяется выраженная болезненность и незначительное напряжение в эпигастральной области. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Определяется «шум плеска» в эпигастрии. Пальцевое ректальное исследование: перианальная область не изменена, тонус сфинктера сохранён. В ампуле прямой кишки каловые массы, на высоте пальца патологические образования не определяются. На перчатке кал черного цвета.

Данные лабораторных исследований.

Гемоглобин 60 г/л, эритроциты 2,5 тыс., лейкоциты 4,3 тыс., палочкоядерные 13, сегментоядерные 66, лимфоциты 1,6, моноциты 0,20, скорость оседания эритроцитов 35 мм/час. Общий белок 65 г/л, альбумин 35 г/л, билирубин общий 25,7 ммоль/л, прямой билирубин 4,3 ммоль/л, не-прямой билирубин 21,4 ммоль/л, мочевины 8,2 ммоль/л, креатинин 118 мкмоль/л, остаточный азот 34 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза 120 МЕ/л, аланинаминотрансфераза 161 МЕ/л, щелочная фосфатаза 300 МЕ/л, амилаза 101 МЕ/л.

Эзофагогастродуоденоскопия.

Пищевод свободно проходим, слизистая в нижней трети гиперемирована, с налётами фибрина и множественными эрозиями. Розетка кардии не смыкается. В желудке большое количество мутной жидкости с остатками пищи. Привратник деформирован, слизистая желудка ярко гиперемирована, луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, на задней стенке залуковичной части язва размером 3х2 см покрыта некротическими массами и гематином, ниже язвы тракт сужен и непроходим для эндоскопа. Заключение: гигантская постбульбарная язва, осложненная кровотечением F ПВ, дуоденостеноз, поверхностный гастрит, эзофагит III степени.

УЗИ органов брюшной полости.

Печень - левая доля 45 мм, правая - 125 мм. Контур ровный, эхогенность средняя, структура гетерогенная. Воротная вена – 13 мм. Желчный пузырь не визуализируется. Гепатикохоledох – 10 мм. Поджелудочная железа осмотрена фрагментарно, увеличена, гиперэхогенная.

Диагноз.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, гигантская постбульбарная язва, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу, состоявшимся кровотечением тяжелой степени, дуоденостеноз в стадии субкомпенсации. Рефлюкс-эзофагит III степени. Алиментарная дистрофия, кахексия. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени.

В условиях реанимационного отделения проводились антисекреторная, гемостатическая, инфузионно-трансфузионная (гемотрансфузия 1800 мл, плазматрансфузия 2000 мл) заместительная терапия, декомпрессия желудка. Вышеперечисленные мероприятия одновременно являлись предоперационной подготовкой. Коррекция алиментарной недостаточности проводилась путем применения нутриционной поддержки специализированным продуктом диетического лечебного питания «Нутриэн Стандарт», как дополнение к основному рациону. В результате проведенного лечения состояние улучшилось: рецидив кровотечения не наблюдался, исчез болевой синдром, прекратилась рвота, корригировались анемия, белковая и алиментарная недостаточность, восстановился водно-электролитный баланс.

Результаты лабораторных исследований перед операций.

Гемоглобин 100 г/л, эритроциты 3,6 тыс., лейкоциты 4,8 тыс., скорость оседания эритро-

цитов 20 мм/час. Общий белок 69 г/л, альбумин 45 г/л, билирубин общий 14,7 ммоль/л, мочевины 7,0 ммоль/л, креатинин 96 мкмоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза 139 МЕ/л, аланинаминотрансфераза 210 МЕ/л, щелочная фосфатаза 250 МЕ/л, амилаза 88 МЕ/л.

Рентгенография желудка.

Желудок умеренно увеличен в размерах, контуры ровные, перистальтика глубокая, симметричная. Начальная эвакуация бариевой взвеси наступила через 10 минут от ее приёма. Привратник проходим, луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, наблюдается рефлюкс контрастной взвеси в желудок. В залуковичной части двенадцатиперстной кишки (рис. 1а) по внутреннему контуру сзади имеется стойкое «депо» бария с конвергенцией складок - глубокая язвенная «ниша», контрастируется Вирсунгов проток поджелудочной железы, сливающийся с язвенной «нишей», постбульбарный отдел сужен. Картина артерио-мезентериальной компрессии нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки (рис. 1б), выше которой контраст задерживается более 5 минут. Через 2 часа часть контрастной взвеси находится в желудке, основная масса контраста находится в тонкой кишке. Заключение: залуковичная околосочковая язва, пенетрирующая в поджелудочную железу с контрастированием Вирсунгова протока, дуоденостеноз в стадии субкомпенсации, артерио-мезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки в стадии субкомпенсации.

Больной прооперирован 20.01.2022 г. В условиях эндотрахеального наркоза выполнена верхнесрединная лапаротомия. Обнаружен массивный спаечный процесс в подпечёночном пространстве, в результате перенесенной ранее холецистэктомии, с вовлечением печени, двенадцатиперстной и поперечной ободочной кишок, антро-пилорического отдела желудка. Проведено рассечение спаек и освобождение органов от сращений. Обнаружена «оставленная» культя желчного пузыря размером 6х4 см, гепатикохоledох диаметром 10 мм, пальпаторно камней не содержит. Выполнена холецистэктомия, в виду отсутствия желтухи от холедохотомии воздержались. При ревизии органов брюшной полости установлено что желудок увеличен, стенка его утолщена. При ревизии двенадцатиперстной кишки дистальнее бульбо-дуоденального сфинктера имеется циркулярная постязвенная деформация, суживающая просвет кишки в виде «песочных часов». На задней стенке имеется кратер язвы размером 3х2 см, пенетрирующая в

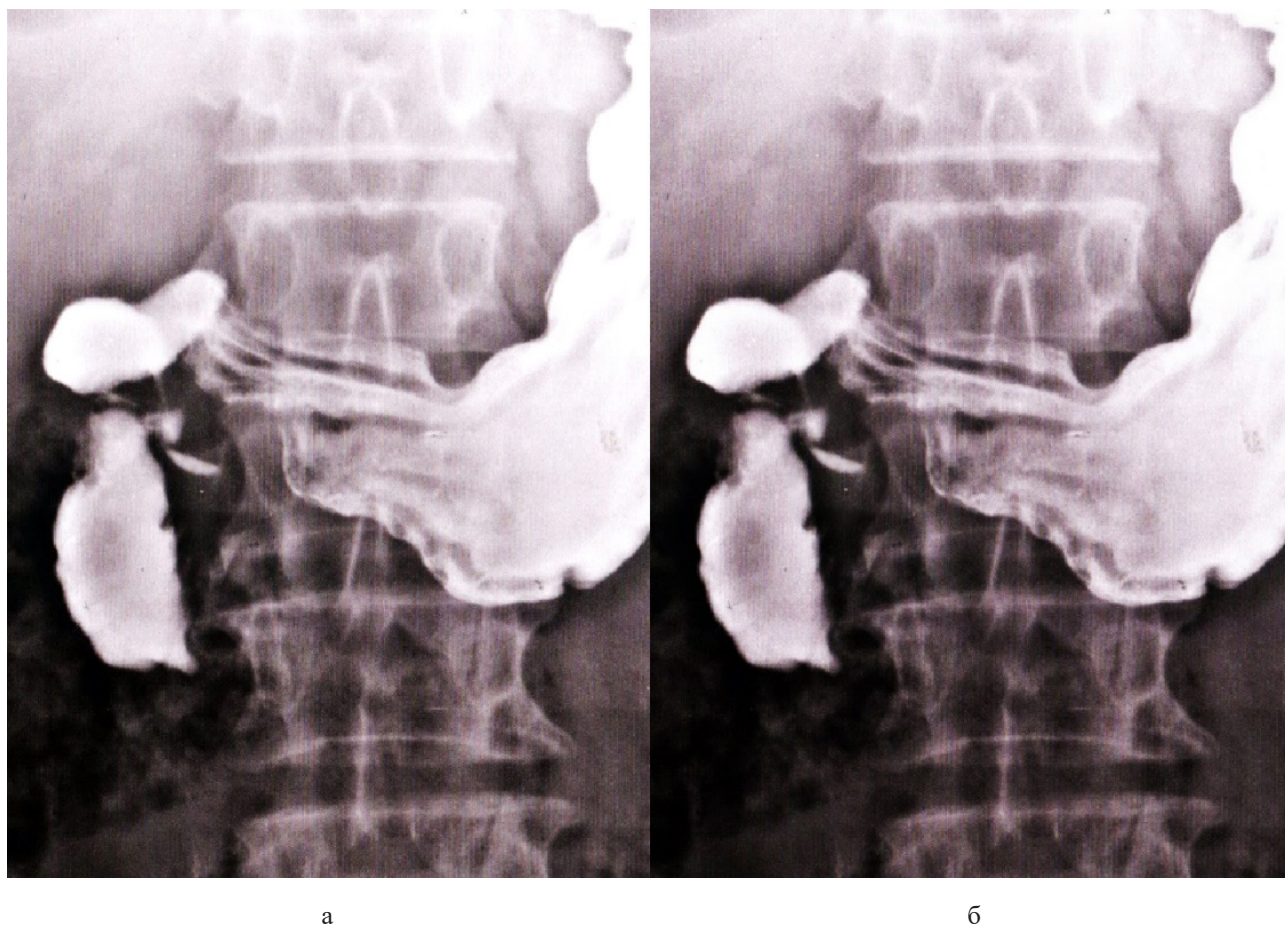


Рис. 1. Рентгеноконтрастное исследование желудка и двенадцатиперстной кишки: а) Залуковичная пенетрирующая стенозирующая околососочковая язва, рефлюкс контрастной массы в Вирсунгов проток поджелудочной железы; б) артерио-мезентериальная компрессия ниже-горизонтальной части ДПК.

головку поджелудочной железы. БДС расположен на 0,5 см дистальнее зоны язвенного кратера. Нижняя горизонтальная часть двенадцатиперстной кишки «зажата» в аорто-мезентериальном промежутке, т.е. имеется картина артерио-мезентериальной компрессии, выше которой кишка расширена до 5 см. С учётом интраоперационных находок, эндоскопических и рентгенологических данных, язва признана «неудалимой». Произведена мобилизация желудка по большой и малой кривизне в пределах двух третей. Желудок резецирован с помощью УКЛ. Скрепочный шов перитонизирован серозно-мышечным швом. Далее была выполнена резекция желудка по Бильрот II «на выключение» язвы с гастроеюноанастомозом на изолированной петле по Ру. Культи двенадцатиперстной кишки ушита по модифицированной в клинике методике Вильманса-Кекало: после демукозации антрального отдела герметизация надпривратниковой культи осуществлялась четырехрядными швами. К культе двенадцатиперстной кишки через контрапертуру в правом подреберье подведена силиконовая трубка.

В послеоперационном периоде проводилась антисекреторная, прокинетическая, заместительная терапия. Течение послеоперационного периода на 7-й день осложнилось свищевой формой несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки, выделялось 400 - 600 мл желчи. Постепенно количество выделяющейся желчи через дренаж уменьшалось и через 25 дней свищ закрылся самостоятельно. Заживление послеоперационного шва первичным натяжением, кожные швы сняты на 12 сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 2 месяца после операции, состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Обсуждение и заключение. Сочетание нескольких осложнений язвы двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация, пенетрация и стеноз) наблюдается крайне редко. Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о развитии опасных осложнений пенетрирующей залуковичной язвы ДПК в виде дуоденостеноза и кровотечения, а также технических сложностях при выполнении оперативного вмешательства. У

больного диагностирована гигантская постбульбарная околососочковая язва с тремя сочетанными осложнениями - пенетрацией в поджелудочную железу, кровотечением тяжелой степени и постбульбарным дуоденостенозом, сочетанных с артерио-мезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки. Дуоденальные язвы размером более 2 см относят к гигантским [1, 4].

При хирургическом лечении постбульбарной язвы ДПК, осложнённой пенетрацией в поджелудочную железу, отмечено наибольшее число осложнений: повреждение гепатикохоледоха, послеоперационный панкреатит, несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки [3, 5]. Развитие осложнений часто сопряжено со стремлением хирурга удалить дуоденальную язву, невзирая на опасность повреждения элементов гепатодуоденальной связки, поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка [2]. Признание «неудалимости» постбульбарной язвы является показанием к применению резекции желудка «на выключение» с предварительной демукозацией антрального отдела [3].

Показания к такой операции возникают не часто, она применима только в плановой хирургии. Если по клинико-функциональным параметрам пилородуоденального стеноза органосохраняющая операция с ваготомией противопоказана, а резекция желудка с радикальным иссечением язвы невыполнима, мы предпочитаем выполнять резекцию желудка на «выключение» язвы. В представленном наблюдении осложненная язва сочеталась с АМК ДПК, которая официально признается одним из факторов агрессии, участвующей в развитии «каскада» сочетанных осложнений ЯБ. При этом стандартные варианты операций, без учета признаков нарушения дуоденальной проходимости, представляют потенциальную угрозу развития послеоперационных осложнений и снижают качество жизни оперированных больных [9, 11, 12, 14]. Одним из способов его коррекции является резекция желудка с гастроеюноанастомозом на выключенной петле по Ру [8, 11, 14].

ЛИТЕРАТУРА

1. Асадов С.А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных гастродуоденальных язв / С.А. Асадов // Хирургия. Журнал им. И.А.Пирогова. – 2002. - №11. - С. 64-69.
2. Власов А.П. Совершенствование резекционной хирургии желудка в нестандартных условиях / А.П. Власов // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2020. - №9. - С. 20-27.
3. Волков В.Е. Клиническая оценка некоторых методов герметизации культи двенадцатиперстной кишки при надпирватниковой резекции желудка и гастрэктомии / В.Е. Волков, С.В. Волков // Actamedica Eurasica. – 2018. - №1. - С. 2-9.
4. Горбунов В.Н. Осложненные гигантские пилородуоденальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение / В.Н. Горбунов, Э.Ш. Нагиев, Е.В. Столярчук // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. - №3. - С. 63-68.
5. Дибиров М.Д. Выбор метода лечения гастродуоденальных пенетрирующих язв / М.Д. Дибиров, О.Х. Халидов, В.Ф. Зубрицкий, В.К. Гаджимурадов // Доктор Ру, специальный выпуск. – 2014. - №6 (10). - С. 21-23.
6. Захараш М.П. Способ дренирования желудка в сочетании с ваготомией в лечении осложненных постбульбарных язв / М.П. Захараш, Б.С. Полинкевич, А.Р. Бекмурадов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. - №2. - С. 35-39.
7. Курбонов К.М. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная хроническим индуктивным панкреатитом / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. - №4 (24). - С. 37-41.
8. Мерясева М.А. Клинический случай резекции желудка по Ру при сочетании четырех осложнений гигантской язвы двенадцатиперстной кишки в условиях перитонита / М.А. Мерясева, С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников // Журнал Modern Science. - 2021. - №3-2. - С. 291-294.
9. Никитин Н.А. Хирургическое лечение сочетанных осложнений язвенной болезни при пилородуоденальной локализации язвы / Н.А. Никитин, Т.П. Коршунова, М.А. Онучин, А.А. Головизнин // Медицинский альманах. – 2010. - Т.10, №1. - С. 121-125.
10. Оноприев В.И. Способ хирургического лечения околососочковых дуоденальных язв / В.И. Оноприев, А.М. Мануйлов, И.Б. Уваров // Патент РФ. 1998. № 94039972/14.
11. Репин В.Н. Комбинированные операции при калькулезном холецистите и хроническом панкреатите на фоне артерио-мезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки / В.Н. Репин, М.В. Репин, А.С. Ефимушкина, В.Ю. Микрюков // Пермский медицинский журнал. - 2013. - №5. - С. 28-33.
12. 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. Артемеладзе, С.Н. Поляков // 2016. – Т.33, №4. - С. 33-43.
13. Столярчук Е.В. Осложнение язвы двенадцатиперстной кишки субкомпенсированным стенозом и формированием дуодено-холедохеального свища / Е.В. Столярчук, А.Н. Антонов, О.Н. Антонов, Р.А. Соколов,

Е.Н. Белых, О.В. Канадашвили // Московский хирургический журнал. - 2019. - Т.66, №2. - С. 29-34.

14. Тарасенко С.В. Выбор метода резекции желудка в условиях хронической дуоденальной непроходимости / С.В. Тасенко, О.В. Зайцев, С.Н. Соколова, Б.В. Афтаев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2010. - Т.3, №4. - С. 335-338.

REFERENCES

1. Asadov S.A. Khirurgicheskoe lechenie "trudnykh" i oslozhnennykh gastroduodenalnykh yazv [Surgical treatment of "difficult" and complicated gastroduodenal ulcers]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2002, No. 11, pp. 64-69.

2. Vlasov A.P. Sovershenstvovanie rezektsionnoy khirurgii zheludka v nestandartnykh usloviyakh [Improvement of gastric resection surgery in nonstandard conditions]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2020, No. 9, pp. 20-27.

3. Volkov V.E. Klinicheskaya otsenka nekotorykh metodov germetizatsii kulti dvenadsatiperstnoy kishki pri nadprivratnikovoy rezektsii zheludka i gastrektomii [Clinical evaluation of some methods of duodenal stump sealing during supraauricular gastric resection and gastrectomy]. *Actamedica Eurasica*, 2018, No. 1, pp. 2-9.

4. Gorbunov V.N. Oslozhnennyye gigantskie piloroduodenalnye yazvy: klinicheskaya kartina, diagnostika, khirurgicheskoe lechenie [Complicated giant pyloroduodenal ulcers: clinical picture, diagnosis, surgical treatment]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii - Bulletin of surgery gastroenterology*, 2009, No. 3, pp. 63-68.

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

6. Zakharash M.P. Sposob drenirovaniya zheludka v sochetanii s vagotomiyey v lechenii oslozhnennykh postbulbarnykh yazv [Method of gastric drainage combined with vagotomy in the treatment of complicated postbulbar ulcers]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2009, No. 2, pp. 35-39.

7. Kurbonov K.M. Yazvennaya bolezнь dvenadsatiperstnoy kishki, oslozhnennaya khronicheskim indurativnym pankreatitom [Duodenal ulcer complicated by chronic indurative pancreatitis]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana - Bulletin of the academy of medical science of Tajikistan*, 2017, No. 4 (24), pp. 37-41.

8. Meryaseva M.A. Klinicheskiy sluchay rezektsii zheludka po Ru pri sochetanii chetyrekh oslozhneniy gigantskoy yazvy dvenadsatiperstnoy kishki v usloviyakh peritonita [Clinical case of Roux-type gastric resection for a combination of four complications of a giant duodenal ulcer in peritonitis]. *Modern Science*, 2021, No. 3-2, pp. 291-294.

9. 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]. *Meditsinskiy almanakh - Medical Almanac*, 2010, Vol. 10, No. 1, pp. 121-125.

10. Onopriev V.I. Sposob khirurgicheskogo lecheniya okolosochkovykh duodenalnykh yazv [A method of surgical treatment of periapical duodenal ulcers]. *Patent RF*, 1998, No. 94039972/14.

11. Repin V.N. Kombinirovannyye operatsii pri kalkuleznom kholetsistite i khronicheskom pankreatite na fone arterio-mezenterialnoy kompressii dvenadsatiperstnoy kishki [Combined operations in calculous cholecystitis and chronic pancreatitis with arterio-mesenteric compression of the duodenum]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal - Perm medical journal*, 2013, No. 5, pp. 28-33.

12. Repin V.N. Aspekty diagnostiki i rekonstruktivno-vosstanovitelnoy khirurgii funktsionalnykh narusheniy pishchevaritelnoy sistemy [Aspects of diagnosis and reconstructive and restorative surgery of functional disorders of the digestive system]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal - Perm medical journal*, 2016, Vol. 33, No. 4, pp. 33-43.

13. Stolyarchuk E.V. Oslozhnenie yazvy dvenadsatiperstnoy kishki subkompensirovannym stenozom i formirovaniem duodeno-kholedochalnogo svishcha [Complication of duodenal ulcer with subcompensated stenosis and formation of duodeno-choledochal fistula]. *Moskovskiy khirurgicheskoy zhurnal - Moscow surgical journal*, 2019, Vol. 66, No. 2, pp. 29-34.

14. Tarasenko S.V. Vybor metoda rezektsii zheludka v usloviyakh khronicheskoy duodenalnoy neprokhodimosti [Choice of gastric resection method in chronic duodenal obstruction]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Bulletin of experimental and surgical surgery*, 2010, Vol. 3, No. 4, pp. 335-338.

ХУЛОСА

Д.М. Қодиров, З.В. Табаров, Ф.Д. Қодиров,
Ш.Ш. Сайдалиев, В.Ш. Шарипов

МУШКИЛОТИ СЕРШУМОРИ ЗАХМИ ПАРАПАПИЛЛЯРИИ ПОСТБУЛБАР ДАР ЯҚЌОЯҒИ БО ФИШУРДАНИ АРТЕРИО-МЕЗЕНТЕРИКИИ РУДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА

Дар ин мақола мушоҳидаи клиникии захми азими баъдипиёзакии наздипистонакии (парапапилляри) рудаи дувоздаҳангушта бо оризаҳои омехта дар шакли нуфуз (воридшавӣ) ба гадуди зери меъда, хунравии шадиди гастродуоденалӣ ва стенози субкомпенсатсионӣ, ки дар заминаи фишурдани артерио-мезентериалӣ дар марҳилаи зерчубронии рудаи дувоздаҳангушта ба вучуд омадааст, баррасӣ шудааст.

Давраи тӯлони беморӣ ба инкишофи дистрофияи алиментарӣ, лоғари (кахексия) ва камхунии шадид мусоидат кард. Пас аз қатъ кардани хунравӣ, омодагии мувофиқи пеш аз ҷарроҳӣ, ба бемор резекцияи меъда бо усули Ру ба намуди “хомӯш кардани” захми бо демуккозизатсияи қисми антруми ва ташаккули кундаи болоипилорикӣ рӯдаи дувоздаҳангушта аз рӯи усули дар клиника тағирёфта гузаронида шуд. Давраи пас аз

ҷарроҳӣ бо таҳияи як варианти носурии бунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта, ки ба таври консервативӣ баргараф карда шуд, мушқил гардида дар натиҷа бемор шифо ёфт.

Калимаҳои вожаги: захми рӯдаи дувоздаҳангушта, захми азими баъдипиёзакӣ наздипистонакӣ, нуфуз, хунравӣ, стеноз, фишурдани артерио-мезентериалии рӯдаи дувоздаҳангушта.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

УДК 61;614.25;614.444;616-006

doi: 10.52888/0514-2515-2022-354-3-89-96

Дж.А. Абдуллозода¹, Д.Р. Сангинов², З.Х. Хусейнзода³

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 И ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

¹Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

²ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

³ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ.

Сангинов Джумабой Рахматович - д.м.н., профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992935700909; E-mail: sanginov1952@gmail.com

Резюме. В статье рассматривается проблема коронавирусной инфекции как серьезная проблема системы здравоохранения на нынешнем этапе. Проанализирована деятельность различных подразделений онкослужбы республики, отмечены особенности и тенденции их функционирования и сделаны выводы по коррекции диагностики и лечения онкозаболеваний. Также изучены результаты зарубежных многоцентровых исследований, связанные с влиянием COVID-19 на деятельность онкологической службы различных стран и регионов и их рекомендации. Онкологические пациенты являются наиболее уязвимым контингентом, так как находятся в зоне повышенного риска иммуносупрессии, пожилого возраста, наличие сопутствующих заболеваний (диабет, сердечно-сосудистые). Актуальным становится проявление постковидного синдрома, требующий дальнейшего изучения.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, онкология, онкологическая служба, лечение онкологических пациентов, постковидный синдром.

J.A. Abdullozoda¹, J.R. Sanginov², Z.Kh. Huseynzoda³

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE TO CANCER PATIENTS DURING COVID-19 PANDEMIC AND POST-COVID PERIOD

¹Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

²Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

³Republican Oncological Scientific Center, MoHSP of RT

Sanginov Dzhumaboy Rakhmatovich - MD, Professor of the Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy of the State Medical University «Abuali Ibni Sino»; Tel.: +992935700909; E-mail: sanginov1952@gmail.com