

DOI: 10.54538/2707-5265-2026-7-1-19-31

Хирургические методы коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости при сочетанных осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Д.М. Кадыров¹, Ф.Д. Кодиров¹, Ш.Ш. Сайдалиев²

¹ГУ “Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан”;

²Кафедра хирургических болезней № 1 ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино”, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация методов диагностики и адекватного выбора корригирующих оперативных вмешательств нарушений дуоденальной проходимости при сочетанных осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Оптимизация методов диагностики и адекватного выбора корригирующих оперативных вмешательств нарушений дуоденальной проходимости при сочетанных осложнениях язвенной болезни.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 132 пациентов с СОЯБ И ХНДП. Установлена прямая корреляция между длительностью язвенного анамнеза и частотой манифестации ХНДП: наибольшая группа больных (46,9%) имела длительность заболевания свыше 15 лет. Диагностический поиск основывался на комплексном подходе, включающем оценку клинических маркёров (наличие желчи в желудке при ФГДС - 94,8% случаев) и поэтапную рентгенодиагностику: рутинную рентгеноскопию желудка и ДПК, зондовую дуоденографию (в условиях гипотонии и без релаксации).

Результаты. Хирургическая тактика определялась на основании комплексной интраоперационных признаков и балльной оценки морфофункционального состояния гастродуоденального комплекса (по Н.А. Никитину). У 20,5% пациентов с компенсированным функциональным ХНДП было признано достаточным выполнение стандартных вмешательств (СПВ, дуоденолиз, резекция по Гофмейстеру-Финстереру). В 79,5% случаев тяжесть дуоденостаза потребовала применения специальных корригирующих методик: операции Стронга, дуоденоюностомии (ДЕС) или выключения ДПК из пассажа путём резекции желудка по Ру, при этом общая частота послеоперационных осложнений составила 15,2%. Структура осложнений зависела от типа первичного вмешательства. При сохранении пассажа по ДПК (n=59) доминировали постваготомический гастростаз (5,1%) и ранний синдром приводящей петли (3,4%). При выключении ДПК (n=73) специфическим осложнением стал Ру-стаз-синдром (4,1%) и анастомозит (4,1%).

Заключение. Оптимизация хирургической тактики при коморбидном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ХНДП основывается на мультифакторном анализе патогенеза обеих заболеваний, их стадийности и выраженности функциональных расстройств. Совокупный анализ собственных клинических данных указывает на переход к индивидуальному выбору вмешательств с приоритетом органосохраняющих технологий, что обеспечивает существенное снижение частоты послеоперационных осложнений.

Ключевые слова:

язва, дуоденостаз, сочетанные осложнения, хирургическое лечение

Для цитирования:

Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Сайдалиев Ш.Ш. Хирургические методы коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости при сочетанных осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2026; 7(1): 19-31. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2026-7-1-19-31>

DOI: 10.54538/2707-5265-2026-7-1-19-31

Surgical methods for correcting chronic duodenal obstruction in combined complications of duodenal ulcer

D.M. Kadyrov¹, F.D. Kodirov¹, Sh.Sh. Saidaliev²¹State Institution "Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan";²Department of Surgical Diseases N1 State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Tajikistan

Objective: Optimization of diagnostic methods and adequate selection of corrective surgical interventions for disorders of duodenal patency of the duodenum with combined complications of peptic ulcer disease.

Material and Methods: The examination and treatment results of 132 patients with ulcerative colitis and chronic duodenal ulcers (CDPU) were analyzed. A direct correlation was established between the duration of the ulcer history and the incidence of CDPU manifestations: the largest group of patients (46.9%) had a disease history of over 15 years. The diagnostic search was based on a comprehensive approach, including the assessment of clinical markers (the presence of bile in the stomach during FGDS - 94.8% of cases) and a step-by-step radiographic diagnostics: routine fluoroscopy of the stomach and duodenum; probe duodenography (under hypotension and without relaxation).

Results: Surgical tactics were determined based on a comprehensive intraoperative signs and a scoring assessment of the morphofunctional state of the gastroduodenal complex (according to N.A. Nikitin). In 20.5% of patients with compensated functional chronic duodenal ulcer disease, standard interventions (SPV, duodenolysis, Hofmeister-Finsterer resection) were deemed sufficient. In the remaining 79.5% of cases, the severity of duodenostasis required specialized corrective techniques: Strong's procedure, duodenojejunostomy (DJ), or duodenal exclusion by Roux-en-Y gastrectomy. The overall postoperative complication rate was 15.2%. The complication rate depended on the type of primary intervention: With maintained duodenal passage (n=59), postvagotomy gastrostasis (5.1%) and early afferent loop syndrome (3.4%) were the most common complications. With duodenal exclusion (n=73), specific complications included Roux-en-Y stasis syndrome (4.1%) and anastomosis (4.1%).

Conclusion: Optimization of surgical tactics for comorbid duodenal ulcers and chronic duodenal ulcers is based on a multifactorial analysis of the pathogenesis of both diseases, their stages, and the severity of functional disorders. A comprehensive analysis of our clinical data indicates a shift toward individualized interventions with a focus on organ-preserving technologies, which significantly reduces the incidence of postoperative complications.

Key words:

ulcer, duodenostasis, concomitant complications, surgical treatment

For citation:

Kadyrov D.M., Kodirov F.D., Saidaliyev S.Sh. *Surgical methods for correcting chronic duodenal obstruction in combined complications of duodenal ulcer. Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino". 2026; 7(1): 19-31. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2026-7-1-19-31>*

ВВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее значимых «белых пятен» и недостаточно изученных разделов в хирургии сочетанных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) до настоящего времени остаётся проблема хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП). Современная парадигма этиопатогенеза ЯБДПК, несмотря на углубление представлений о роли НР и кислотно-пептического фактора, всё чаще концентрируется на анализе прогностически значимых патогенетических факторов, определяющих причины риска развития сочетанных осложнений. ХНДП-гетерогенный клинко-морфофункциональный синдром, развивающийся из-за органических, анатомо-механических и ангиодинамических аномалий [1-3].

Согласно результатам современных исследований [4-6]. ХНДП следует рассматривать не только как коморбидную патологию, а как независимый патобиологический предиктор, инициирующий каскад нарушений: от стойкой внутрипросветной гипертензии до формирования резистентности к стандартной антисекреторной терапии.

Данный патогенетический синдром выступает в роли своеобразного «замка», который поддерживает хронизацию язвенного процесса и способствует развитию таких агрессивных осложнений, как пенетрация, стенозирование, перфорация и профузные кровотечения, а также их сочетанные варианты поражения [7-9].

При пилородуоденальной локализации язвы проблема приобретает особую научно-практическую значимость, так как морфофункциональная компрометация дуоденального пассажа ведёт к системной дезорганизации билио- и панкреатодуоденального транзита, что в условиях нарушенной эвакуации из желудка потенцирует развитие тяжёлого дуоденогастрального рефлюкса.

В этом контексте заслуживают внимания работы В.Н. Репина [10], указывающие на роль артерио-мезентериальной компрессии (АМК) как специфического ангиомеханического триггера, который маскирует клиническую картину ЯБ ДПК, снижая эффективность консервативного лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизация методов диагностики и адекватного выбора корригирующих оперативных вмешательств нарушений дуоденальной проходимости при сочетанных осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинический материал включает обследование и лечение 132 пациентов. Проведённый детализированный анализ показал, что указанное сочетание заболеваний чаще всего наблюдается у больных с длительным язвенным анамнезом, который в представленном материале был следующим: до 5–7 лет - у 22 (16,7%) пациентов, от 10 до 15 лет - у 48 (36,4%), более 15 лет - у 62 (46,9%). Проведенный анализ подтвердил прямую зависимость между длительностью язвенного процесса и частотой манифестации ХНДП. Несмотря на выявленную закономерность, она не является универсальной и встречается не всегда.

Клиническая картина заболевания отличалась значительным полиморфизмом и определялась фазой язвенного процесса, характером осложнений, а также формой и стадией ХНДП. Основная диагностическая сложность заключалась в идентификации признаков дуоденостаза у пациентов с рубцовым стенозом привратника, особенно в стадиях суб- и декомпенсации.

У 28,8% (38 человек) больных со стенозом клиническая картина ХНДП проявлялась чувством распирания и тяжести в эпигастрии даже после приёма малых порций пищи. У остальных пациентов специфические симптомы дуоденальной непроходимости нивелировались под доминирующей симптоматикой дуоденостеноза и общими астеническими проявлениями (слабость, головокружение).

Важным косвенным маркёром сопутствующего ХНДП стало обнаружение при ФГДС массивной примеси желчи в желудочном содержимом у 94,8% пациентов, что объективно подтверждало наличие высокого дуоденогастрального рефлюкса.

Примечательно, что рентгенологически моторно-эвакуаторные нарушения часто преобладали над степенью дуоденостеноза. Это объясняется взаимным усилением факторов, нарушающих прохождение пищи.

Несмотря на тяжесть функциональных расстройств, рутинная рентгенография часто оказывалась недостаточно информативной для верификации ХНДП, поэтому диагностический поиск проводился комплексно, с опорой на клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации [11].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Рентгенологическое исследование моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки (ДПК) у пациентов с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки проводилось с использованием комплексного и поэтапного подхода. В анализ были включены как стандартные рентгенологические методы, так и зондовая дуоденография, выполняемая как без релаксации, так и при искусственной гипотонии ДПК с двойным контрастированием (рис. 1).

Информативность стандартного рентгенологического исследования ДПК напрямую зависела от качества её заполнения контрастным веществом, что было тесно связано с состоянием проходимости пилорoduоденальной зоны (ПДЗ). При отсутствии препятствий в ПДЗ или наличии компенсированных нарушений у 52 (39,4%) пациентов, подвергшихся обследованию, было удовлетворительное контрастирование ДПК, что позволило получить достаточную информацию о состоянии двенадцатиперстной кишки.

Однако у 12 из 41 пациента с компенсированными нарушениями ПДЗ и у 26 из 39 больных с декомпенсированными нарушениями ПДЗ из-за недостаточного контрастирования ДПК не удалось получить полную информацию о функциональном состоянии МЭФ ДПК. Для этих пациентов, на основании выявленных косвенных признаков нарушений МЭФ (включая различные степени ДРГ), была применена катетеризационная дуоденография. Этот метод позволил провести интубацию ДПК через биопсийный канал гастродуоденоскопа, что значительно повысило точность оценки функциональных нарушений. Данные об информативности рентгенологических методов исследования у больных представлены в таблице 1.

Согласно приведённым данным, при рентгенологическом исследовании верхних отделов ЖКТ у 132 пациентов из 94 (71,2%) удалось получить удовлетворительное контрастирование ДПК, при этом у 44 (33,3%) больных определили форму и стадию ХНДП, у 50 (37,9%) пациентов оценили причину ХНДП с затруднениями, а у 38 (28,8%) из-за отсутствия контрастирования ДПК не смогли получить информацию о состоянии МЭФ ДПК.

Зондовая дуоденография без искусственной гипотонии была выполнена у 26 пациентов, при этом во всех случаях было получено удовлетворительное контрастирование ДПК. Из этих больных у 22 (57,9%) была получена информация о причине и стадии ХНДП, в то время как

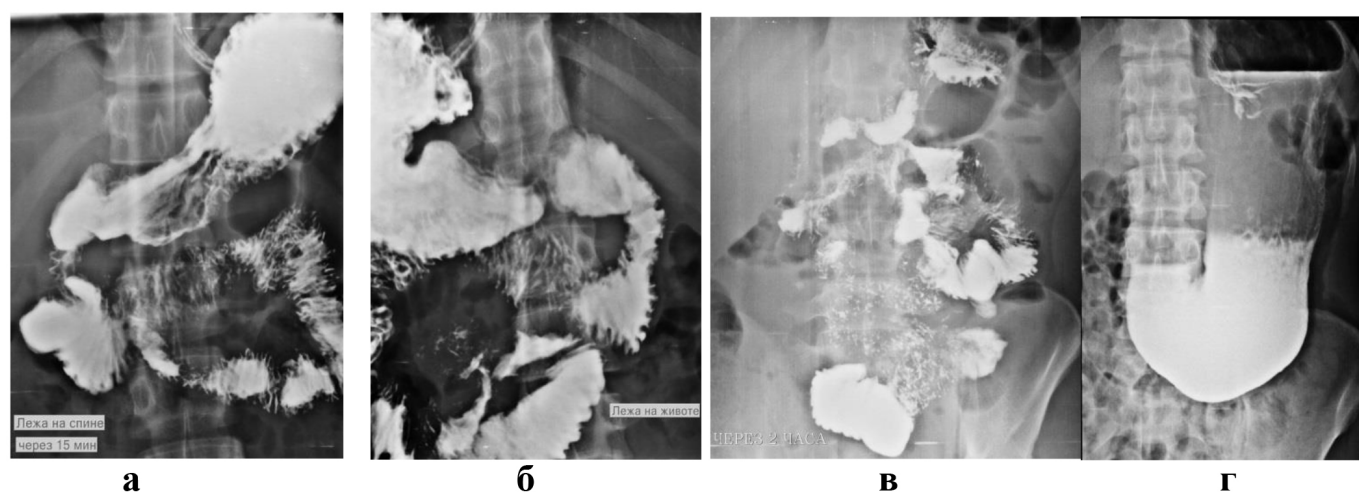


Рис. 1. Полипозиционное рентгеноконтрастное исследование пациента с ЯБ ДПК и ХНДП (а-г)

Fig. 1. Multipositional radiocontrast study of a patient with duodenal ulcer and chronic ureteral prolapse (a-g)

Таблица 1. Оценка информативности рентгенологических методов исследования
Table 1. Assessment of the information content of radiological research methods

Методы исследования	К-во исследований	Удовлет. контроль ДПК	Точная информация о форме ХНДП	Недостаточная информация о ХНДП	Информация не получена
Рутинная рентгеноскопия желудка и ДПК	132	94 (71.2%)	44 (33.3%)	50 (37.9%)	38 (28.8%)
Катетерная дуоденография	38	38 (100%)	22 (57,9%)	4 (10,5%)	0
Зондовая релаксационная дуоденография	24	24 (100%)	22 (91.7%)	2 (8.3%)	0
Зондовая дуоденография без релаксации	26	26 (100%)	22 (84.6%)	4 (15.4%)	0

у 4 (15,4%), информация оказалась недостаточной для точной оценки формы ХНДП (рис. 2).

Зондовая релаксационная дуоденография была проведена у 24 пациентов, и во всех случаях было достигнуто удовлетворительное контрастирование ДПК. У 22 (91,7%) больных была получена информация о характере нарушения дуоденальной проходимости, тогда как в 2 (8,3%) случаях не удалось установить природу нарушения.

Применение зондовой дуоденографии позволило провести дифференциальную диагностику между механической и функциональной формами ХНДП, пример которой представлен на рисунке 3.

Пациентам с суб- и декомпенсированными нарушениями проходимости пилорoduоденального канала (ПДЗ) была проведена катетеризационная дуоденография через эндоскоп. Во всех случаях было достигнуто удовлетворительное контрастирование двенадцатиперстной кишки.

В 32 (84,2%) наблюдениях была получена информация о причине и стадии хронического нарушения дуоденальной проходимости. В остальных 6 (15,8%) случаях данных оказалось недостаточно для точного определения причины ХНДП.

Использование комплексного рентгеноло-

гического обследования, включающего стандартную рентгенографию, дуоденографию без релаксации и в условиях искусственной гипотонии, а также катетеризационную дуоденографию, обеспечило получение достоверных данных о причинах и стадиях ХНДП у пациентов с ЯБ ДПК в 120 случаях из 132 обследованных (90,9%).

При рентгенологическом исследовании ХНДП были выявлены следующие характерные признаки: задержка контрастной взвеси в просвете ДПК более 30 секунд; антиперистальтические сокращения ДПК с обратным движением контраста в желудок; нарушение нормальных маятникообразных и перистальтических сокращений, что указывает на дисфункцию моторной активности, а также расширение просвета кишки более 35 мм, что свидетельствует о выраженной деформации и нарушении нормальной проходимости. Лишь у 12 (9,1%) пациентов рентгенологическое исследование не позволило установить причины хронического нарушения дуоденальной проходимости.

В этих случаях при подготовке к хирургическому лечению приоритетное внимание было уделено интраоперационной диагностике, которая предоставила решающие данные о причинах дуоденостаза.



Рис. 2. Зондовая дуоденография без искусственной гипотонии
Fig. 2. Probe duodenography without artificial hypotension



а



б

Рис. 3. Дифференциальная диагностика функциональной и механической форм ХНДП с помощью дуоденографии: а) зондовая дуоденография до релаксации;

б) зондовая дуоденография после релаксации

Fig. 3. Differential diagnostics of functional and mechanical forms of chronic duodenal ulcers using duodenography: a) probe duodenography before relaxation;

b) probe duodenography after relaxation.

Таблица 2. Интраоперационные признаки ХНДП и их балльная оценка
Table 2. Intraoperative signs of chronic pulmonary insufficiency and their scoring

Признаки	Балльная оценка			
	0	1	2	3
Размеры желудка (при отсутствии стеноза)	В пределах нормы	Небольшое увеличение	Умеренное увеличение	Выраженное увеличение
Признаки гипертрофии стенки желудка	Отсутствуют	Умеренное утолщение стенки	небольшое истончение стенки	Умеренное истончение стенки
Состояние привратника	Сомкнут, легко пропускает указательный палец	Сомкнут, указательный палец пропускает с трудом	Свободно пропускает два пальца	Зияет
Состояние желчного пузыря	Стенка без особенностей, опорожнение не нарушено, перипроцесса нет	Стенка утолщена, опорожнение не нарушено, перипроцесс не выражен	Умеренное истончение стенки, опорожнение затруднено, перипроцесс	Выраженное истончение стенки, опорожнение затруднено, перипроцесс
Ширина ДПК	3,0- 3,5 см	3,5 4,5 см	4,5-6,0 см	> 6,0 см
Различие с диаметром начального отдела тощей кишки	< 1 см	1-1,5 см	1,5-2,5 см	> 2,5 см
Характер ответной реакции двенадцатиперстной кишки на механическое раздражение	Уменьшение диаметра на 1/3 - 1/2 первоначальной величины (нормокинетическая форма ответа)	Уменьшение диаметра более чем на 1/2 первоначальной величины (гиперкинетическая форма ответа)	Уменьшение диаметра менее чем на 1/3 первоначальной величины (гипокинетическая форма ответа)	Не реагирует (акинетическая форма ответа)

Хирургическая коррекция нарушений. Сопутствующее хроническое нарушение дуоденальной проходимости значительно влияет на выбор хирургической стратегии при язвенной болезни ДПК. Учитывая разнообразие клинических форм ХНДП и стадии нарушения МЭФ, а также тяжесть осложнений ЯБ, выбор метода лечения может варьироваться: от минимально инвазивных подходов, таких как рассечение спаек или дуоденоюностомия, до радикальных операций, включая резекцию желудка или выключение ДПК из естественного пассажа пищи, в зависимости от сложности случая.

К диагностически значимым критериям интраоперационной оценки наличия ХНДП в условиях ургентной хирургической патологии

у больных с СОЯБ ДПК (по Н. А. Никитину, 2002) относят факторы, основанные на совокупной оценке ряда морфологических и функциональных критериев и их балльной оценке (табл. 2).

Выбор хирургического метода определялся клинико-функциональными характеристиками язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и особенностями сопутствующего хронического нарушения дуоденальной проходимости. На основании результатов предоперационного и интраоперационного обследования 27 (20,5%) пациентам с сочетанием ЯБ и ХНДП были проведены оперативные вмешательства без применения специализированной коррекции нарушений дуоденальной проходимости, характер

Таблица 3. Распределение больных по видам операций и формам ХНДП
Table 3. Distribution of patients by types of operations and forms of chronic pulmonary disease

Характер операции	Стадия компенсации ХНДП			
	Кол-во пациентов	Механическая форма		Функциональная форма
		Проксимальный перидуоденит	Спайки у связки Трейтца	
С сохранением дуоденального пассажа:				
СПВ + Дуоденолиз	6	1	0	5
СПВ + ДП	9	2	2	5
Выключение ДПК из пассажа:				
РЖ (СВ+АЭ) по Гофм.-Финстереру	12	5	0	7
Итого:	27 (20.5%)	8	2	17

которых представлен в таблице 3.

Для пациентов с компенсированным ХНДП функциональной природы, обусловленным выраженным проксимальным перидуоденитом или спаечным процессом в области связки Трейтца без значительных изменений в виде деформации или эктазии кишки, у 12 (44,4%) больных была выбрана резекция желудка (СВ + АЭ) по Гофмейстеру-Финстереру.

В случае органосохраняющих вмешательств, сочетающихся с дренирующей ваготомией, или изолированного СПВ при компенсированном ХНДП функциональной природы, вызванном выраженным проксимальным перидуоденитом или спаечным процессом в области связки Трейтца без явной деформации или эктазии кишечника, специальная коррекция ХНДП у 15 (55,6%) пациентов не проводилась. При наблюдении проксимального перидуоденита и спаечного процесса в зоне связки Трейтца в ходе операции проводили дуоденолиз, то есть выделяли ДПК из рубцово-спаечной обо-

лочка («мантии»), и ликвидировали спайки в области связки Трейтца.

У 105 (79,5%) пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки хирургическое вмешательство дополнили специальной коррекцией сопутствующего ХНДП, так как считалось, что успешное лечение ЯБ ДПК способствует устранению сопутствующих нарушений МЭФ ДПК (табл. 4).

Правильность выбранной хирургической тактики для вышеуказанных форм ХНДП была убедительно подтверждена результатами наблюдений за пациентами как в ближайшие, так и в отдалённые послеоперационные периоды.

Среди 27 пациентов данной группы после лечения язвенной болезни у 25 больных исчезли признаки нарушения МЭФ ДПК, в то время как у 2 пациентов с функциональной формой ХНДП в стадии компенсации после выполнения операции Гофмейстера-Финстерера по стандартной методике РЖ рентгенологически был зафиксирован кратковременный заброс

Таблица 4. Результаты хирургического лечения в зависимости от вида операции
Table 4. Surgical treatment outcomes depending on the type of surgery

Характер операции	Кол-во пациентов	Механ. форма	Функц. форма	Комп. форма	Субкомп. стадия	Декомп. стадия
С сохранением дуоденального пассажа						
СПВ + Стронга	8	6	2	4	4	0
СПВ + ДП + Стронга	20	18	2	9	11	0
СПВ + ГДА + Стронга	6	4	2	1	5	0
СПВ + ДЖО + ДЕС	6	6	0	0	4	2
ДЕС	2	2	0	0	0	2
Передний ГЭА	2	2	0	0	0	2
С исключением ДПК						
РЖ Б-II + Стронга	5	1	4	0	5	0
РЖ Б-II + ДЕС	4	4	0	0	0	4
РЖ по Ру	28	1	27	0	26	2
СВ+АЭ+Б-II+Стронга	3	1	2	0	3	0
СВ+АЭ+Б-II+ДЕС	4	4	0	0	1	3
СВ+АЭ по Ру	17	2	15	0	14	3
Итого:	105 (79.5%)	51	54	14	73	18

контрастного вещества в приводящую петлю анастомоза и 12-перстную кишку, однако этот процесс не имел клинических проявлений.

Непосредственные результаты лечения. Из 132 пациентов, перенесших операцию, у 20 (15,2%) появились осложнения в послеоперационный период. Нами осложнения рассматривались в зависимости от характера операции и особенностей её методик.

В связи с этим пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты, которым провели вмешательства с сохранением пассажа по ДПК (n = 59): СПВ, СПВ ДЖО и корригирующие ХНДП операции - дуоденолиз, операция Стронга, ДЕС.

Во вторую группу попали 73 пациента, которых прооперировали с учётом предусмотренного одностороннего исключения 12-перстной

кишки из пищевого пассажа: в качестве основной и корригирующей ХНДП процедуры - РЖ по Гофмейстер-Финстерер, Ру, СВ+антрумэктомия по Ру, иногда в сочетании с рассечением связки Трейтца, ДЕС или дуоденолизом (табл. 5).

Ретроспективный анализ послеоперационных осложнений выявил, что постваготомический гастростаз (СПВ и ДЖО) развился у трёх пациентов (5,1%) и был вызван исходными нарушениями МЭФ желудка и 12-перстной кишки на фоне ПДС в стадии субкомпенсации и декомпенсации. Также синдром мог быть спровоцирован травматичностью хирургического вмешательства на ветвях блуждающего нерва (Латерже). Консервативная терапия, проведённая в течение 14–21 дня, позволила устранить проявления нарушений моторики.

Таблица 5. Характер послеоперационных осложнений в зависимости от типа операции
Table 5. The nature of postoperative complications depending on the type of surgery

Осложнения	Вмеш. с сохр. пассажа ДПК (n=59)	Вмеш. с одностор. выкл. ДПК (n=73)
Постваготомический гастростаз I-II ст.	3 (5,1%)	1 (1,4%)
Ру-стаз синдром	-	3 (4,1%)
Нарушения МЭФ ж-ка, анастомозит, атония	- 2 (3,4%)	1 (1,4%) 3 (4,1%)
Ранний синдром приводящей петли НШДК	2 (3,4%)	2 (2,7%)
Кровотечение в просвет ЖКТ	1 (1,7%)	2 (2,7%)
Всего:	8 (13,6%)	12 (16,4%)

Особенностью резекции желудка (РЖ) по Ру в плане специфических осложнений является развитие Ру-стаз-синдрома, который был зарегистрирован в 3 (4,1%) случаях в рамках нашего исследования. Ру-стаз-синдром, выявленный на 7–8-е сутки после хирургического вмешательства, чаще всего диагностируется с использованием рентгеноконтрастного исследования ЖКТ. Клиническое течение осложнения у двух пациентов протекало в лёгкой форме, в то время как у одного пациента наблюдалось течение средней тяжести. Это осложнение не поддаётся хирургической коррекции, что создаёт значительные трудности для клиницистов в процессе дифференциальной диагностики, в частности при разграничении анастомозита и послеоперационной спаечной кишечной непроходимости. Консервативное лечение оказалось благоприятным во всех случаях.

Настоятельность швов дуоденальной культи (НШДК), как одно из грозных осложнений после РЖ в различных модификациях, не отмечалось у нашей группы пациентов. Видимо, это связано с адекватным разумным выбором операций, в том числе резекции по Ру, в отдельных случаях латеро-латеральной ДЕС и дренированием культи 12-перстной кишки.

У 4 (3,03%) пациентов наблюдались осложнения, связанные с методикой коррекции ХНДП, в том числе ранний синдром приводящей петли, в половине случаев из-за технических ошибок при выполнении операции по методу Стронга. Выраженный дуоденогастральный рефлюкс и гастростаз III степени на фоне

декомпенсированного пилородуоденального стеноза, а также спаечный процесс в брюшной полости с признаками послеоперационной грыжи потребовали хирургического вмешательства. Операция заключалась в рассечении связки Трейтца.

Развитие выраженного ДГР и гастростаза III степени на фоне существующего ПДС в стадии декомпенсации, а также СПВ с ПГДА, дополненное оперативным вмешательством, заключающимся в рассечении связки Трейтца, обусловлено вышеуказанными осложнениями. Оставшиеся больные: одному из них удалось скорректировать консервативными мерами, а у другого возникло кишечное кровотечение из оставшейся язвы задней стенки кишки. При повторной операции дуоденотомии последняя прошита 8-образными капроновыми швами.

Анализ непосредственных результатов оперативных вмешательств у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на фоне ХНДП показал, что для данной когорты больных характерен схожий спектр осложнений, как и у пациентов, страдающих язвой ДПК в отсутствии сопутствующих заболеваний.

Наибольшую клиническую значимость представляют расстройства МЭФ желудка и 12-перстной кишки, развивающиеся в раннем послеоперационном периоде, что требует особого внимания в послеоперационном ведении этих пациентов.

Эти расстройства, как правило, поддаются успешной коррекции с использованием консервативных методов лечения.

Применение резекции желудка по Ру в сочетании с адекватной декомпрессией культи двенадцатиперстной кишки после резекции по Бильрот-II сохраняет свою высокую эффективность в лечении пациентов данной группы. Эти хирургические методы остаются востребованными и актуальными, так как они являются ключевыми инструментами для предотвращения серьёзных послеоперационных осложнений, включая несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение комплексной диагностики персонализированного подхода

позволяет оптимизировать выбор метода хирургического вмешательства, повысить точность клинического прогноза и улучшить результаты лечения пациентов с сочетанными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Выбор оптимальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с ХНДП, представляет собой сложную и многогранную задачу. Исходя из анализа современных литературных данных и собственного клинического опыта можно сделать вывод о том, что данное сочетание заболеваний представляет собой два независимых патологических процесса, которые взаимно усиливают друг друга.

При выборе персонализированной хирургической тактики критически важно учитывать патогенетические механизмы развития обеих патологий, стадии заболевания, степень функциональных нарушений и возможности органосохраняющих вмешательств. В зависимости от этого, выбор между резекционными и органосохраняющими методами становится основным элементом принятия решения. Одним из наиболее эффективных методов лечения при сочетанных патологиях является резекция РЖ с антрумэктомией и ваготомией. Эта методика, применяемая в сочетании с современными хирургическими подходами, не только устраняет язвенные поражения, но и корректирует нарушения дуоденальной проходимости двенадцатиперстной кишки, нормализуя её моторную функцию и снижая вероятность послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Абдуллозода Дж.А., Сайфудинов Ш.Ш., Абдуллоев С.Х. Диагностика и хирургическое лечение несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка по Бильрот-II. *Здравоохранение Таджикистана*. 2019; 2: 77-86. Abdullozoda J.A., Saifudinov Sh.Sh., Abdulloev S.Kh. Diagnostics and surgical treatment of duodenal stump suture failure after Billroth-II gastric resection. *Healthcare of Tajikistan*. 2019; 2: 77-86.
2. Мамедов Г.А., Юркевич Е.В., Парфенов А.О. Сочетанные осложнения пилородуоденальных язв. Выбор тактики хирургического лечения. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 17 апреля 2024г. Итоговая конференция Военно-научного общества курсантов, студентов и слушателей. 2024; 463-469. Mamedov G.A., Yurkevich E.V., Parfenov A.O. Combined complications of pyloroduodenal ulcers. Choice of surgical treatment tactics. Military Medical Academy named after S.M. Kirov, April 17, 2024. Final conference of the Military Scientific Society of cadets, students and listeners. 2024; 463-469.
3. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Абдуллин Р.С., Саргсян А.М. Артерио-мезентериальная дуоденальная компрессия. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2017; 12(4 (70)): 127-133. Timerbulatov Sh.V., Timerbulatov V.M., Abdullin R.S., Sargsyan A.M. Arterio-mesenteric duodenal compression. *Medical Bulletin of Bashkortostan*. 2017; 12(4 (70)): 127-133.
4. Синенченко Г.И., Серова Л.С., Коновалов С.В. Редкие формы непроходимости двенадцатиперстной и тонкой кишок (клиника, диагностика, лечение): учебно-методическое пособие. СПб НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, СПб: Фирма «Стикс». 2015; 32. Sinenchenko G.I., Serova L.S., Konovalov S.V. Rare forms of obstruction of the duodenum and small intestine (clinical presentation, diagnostics, treatment): teaching aid. St. Petersburg Research Institute of Emergency Care named after I.I. Dzhanelidze, St. Petersburg: Firma "Stiks". 2015; 32.
5. Студеникин Л.В. Хронические нарушения дуоденальной проходимости: современный

- взгляд на проблему. Пермский медицинский журнал. 2017; XXXIV (6): 101-109. Studenikin L.V. Chronic disorders of duodenal patency: a modern view of the problem. Perm Medical Journal. 2017; XXXIV (6): 101-109.6.
6. Цкаев А.Ю., Саркисян М.К., Копьёв М.В. Сочетанные осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки как далекая от решения хирургическая проблема. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2023; 22(2): 111-117. Tsakaev A.Yu., Sargsyan M.K., Kopyev M.V. Combined complications of gastric ulcer and duodenal ulcer as a surgical problem far from being solved. Bulletin of the Smolensk State Medical Academy. 2023; 22(2): 111-117.
7. Вахрушев Я.М., Бусыгина М.С. Клинико-патогенетические особенности течения язвенной болезни при сопутствующем дуоденостазе. Архивъ внутренней медицины. 2020; 10(3): 209-216. Vakhrushev Ya.M., Busygina M.S. Clinical and pathogenetic features of the course of peptic ulcer disease with concomitant duodenostasis. Archives of Internal Medicine. 2020; 10 (3): 209-216.
8. Левин М.Д., Аверин В.Н., Дегтяров Ю.Г. Этиология и патогенез синдрома верхней брыжеечной артерии, гипотеза. Новости хирургии, 2023; 31(4): 277–287. Levin M.D., Averin V.N., Degtyarov Yu.G. Etiology and pathogenesis of superior mesenteric artery syndrome, hypothesis. Surgical News, 2023; 31(4): 277-287.
9. Парфенов А.О., Демко А.Е., Вербицкий В.Г. Сочетанные осложнения пилородуоденальных язв и их хирургическое лечение в условиях НИИ СП им. И.И.Джанелидзе. Журнал «Неотложная хирургия им. И.И. Джанелидзе». 2022; 3(8): 36-40. Parfenov A.O., Demko A.E., Verbitsky V.G. Combined complications of pyloroduodenal ulcers and their surgical treatment at the I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine. Journal "Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze". 2022; 3 (8): 36-40.
10. Репин В.Н., Репин М.В., Ефимушкина А.С. Диагностика и оперативное лечение язвенной болезни и ее осложнений на фоне артерио-мезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки. Медицинский альманах. 2013. №5 (29). С. 83-86. Repin V.N., Repin M.V., Efimushkina A.S. Diagnosis and surgical treatment of peptic ulcer disease and its complications due to arterio-mesenteric compression of the duodenum. Medical Almanac. 2013; 5 (29): 83-86.
11. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В., Баранская Е.К., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Бурков С.Г., Калинин А.В., Ткачев А.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016; 26(6): 40-54. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Maev I.V., Baranskaya E.K., Trukhmanov A.S., Lapina T.L., Burkov S.G., Kalinin A.V., Tkachev A.V. Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of peptic ulcer disease. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Proctology. 2016; 26(6): 40-54.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

***Кадыров Давронжон Мухамеджанович** – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ГУ “Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан”, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: davron.kadyrov.00@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-7752-8853

Кодиров Фарход Давронджонович – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ГУ “Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан”, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: farhod.kadyrov@yandex.com

https://orcid.org/0000-0002-7107-6155

Сайдалиев Ширинджон Шарифович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1 ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино”, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: Aka.74@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-9819-8531

***Автор для корреспонденции**

FINANCING

There was no financial support.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

***Kadyrov Davronjon Mukhamedjanovich** – Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher State Institution “Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: davron.kadyrov.00@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-7752-8853

Kodirov Farhod Davronjonovich – Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher State Institution “Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: farhod.kadyrov@yandex.com

https://orcid.org/0000-0002-7107-6155

Saidaliev Shirinjon Sharifovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Surgical Diseases N1 State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: Aka.74@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-9819-8531

***Author for correspondence**