

## СОЧЕТАНИЕ ПЕНЕТРАЦИИ И ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ф.Д. КОДИРОВ<sup>1</sup>, Ш.Ш. САЙДАЛИЕВ<sup>2</sup>, Д.М. КАДЫРОВ<sup>1</sup>, З.В. ТАБАРОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Республика Таджикистан

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

В обзоре представлен анализ литературных данных, посвящённых проблеме хирургического лечения рубцово-язвенных дуоденостенозов, сочетающихся с пенетрацией язвы. До сих пор в научной литературе существует неоднозначное толкование понятия пенетрации язвы: имеется в виду исключительно проникновение большого язвенного кратера в соседний орган с периаульцерозным воспалительным инфильтратом. При этом не причисляются к пенетрации рубцовые сращения с соседними органами, как результат предшествовавшей пенетрации язвы. Среди хирургов нет единого мнения в отношении хирургической тактики, объёма и видов оперативного вмешательства, степени их радикализации. Особенностью нынешней ситуации в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является доминирование резекционных способов операций над органосохраняющими. Бытует превратное мнение о невозможности применения органосохраняющих операций при пенетрирующей язве двенадцатиперстной кишки. В последние годы всё большую популярность приобретают методы малоинвазивной хирургии осложнений язвенной болезни. В литературе недостаточно внимания уделено оценке качества жизни пациентов в зависимости от методов хирургического лечения осложнённой язвенной болезни. Анализ литературных данных свидетельствует о недостаточной изученности данной проблемы, дискутабельности ряда вопросов, требующих своего окончательного решения.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, дуоденостеноз, пенетрация язвы, хирургическое лечение.

**Для цитирования:** Кодиров ФД, Сайдалиев ШШ, Кадыров ДМ, Табаров ЗВ. Сочетание пенетрации и пилородуоденального стеноза при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. *Вестник Авиценны*. 2020;22(2):311-9. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-2-311-319>

## COMBINATION OF PENETRATION AND PYLORIC AND DUODENAL STENOSIS IN DUODENAL ULCER

F.D. KODIROV<sup>1</sup>, SH.SH. SAYDALIEV<sup>2</sup>, D.M. KADYROV<sup>1</sup>, Z.V. TABAROV<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institute of Gastroenterology, Dushanbe, Republic of Tajikistan

<sup>2</sup> Department of Surgical Diseases № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

The review provides an analysis of the literary data devoted to the problem of surgical treatment of duodenal stenosis combined with ulcer penetration. Still in the scientific literature has an ambiguous interpretation of the concept of ulcer penetration: it also exceptionally includes the presence of a large ulcerative crater penetrating into a neighbouring organ with periulcerous inflammatory infiltrate. Hereby, cicatricial adhesions with neighboring organs, as the result of preceded ulcer penetration, are not considered penetration. There are controversial views among the surgeons regarding surgical tactics, volume and surgical technique. The particular situation in surgery of duodenal ulcer is domination of resection methods over organ-saving techniques. There's a wrong opinion of impossibility of organ-saving surgery in penetrating duodenal ulcer. In recent years, the methods of low-invasive surgery have become increasingly popular. The analysis of literary data shows that there is insufficient knowledge of this problem, the debatability of a number of issues requiring their final solution.

**Keywords:** Duodenal ulcer, duodenal stenosis, ulcer penetration, surgical treatment.

**For citation:** Kodirov FD, Saydaliev ShSh, Kadyrov DM, Tabarov ZV. Sochetanie penetratsii i piloroduodenal'nogo stenoza pri yazvennoy bolezni dvenadsatiperstnoy kishki [Combination of penetration and pyloric and duodenal stenosis in duodenal ulcer]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2020;22(2):311-9. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-2-311-319>

Несмотря на значительные успехи в консервативном лечении неосложнённой язвенной болезни (ЯБ), за последние два десятилетия существует заметная тенденция к росту числа осложнений дуоденальных язв [1-3]. Большинство хирургов едино во мнении, что в последние годы увеличивается количество пациентов с сочетанными осложнениями ЯБ (СОЯБ) [1, 3-7]. Возникновение ряда осложнений в виде их сочетаний – сужения, пенетрации в соседние органы, геморагии, прободения – встречается у 30-71% больных с ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК) [8, 9]. В связи с этим, у данной категории пациентов до сих пор встречаются высокие цифры послеоперационных осложнений, достигающие 30%, и смертности – 37,7% [8]. Однако таких больных до сих пор не принято выделять в отдельные группы, отсутствует общепринятая классификация, не разработан лечеб-

но-диагностический протокол, учитывающий сроки и объём предоперационной подготовки, а также выбор варианта хирургического вмешательства при различных сочетаниях осложнений.

Частота сочетания дуоденостеноза с пенетрацией язвы колеблется в диапазоне – от 16,5% до 90-100% [10, 11]. Литературные данные о частоте встречаемости пенетрации язвы среди других осложнений ЯБ ДПК самые разнообразные. По данным некоторых авторов, пенетрация встречается у 14-26% больных с осложнённой ЯБ [3, 12], а по другим данным – у 35-50% пациентов [4].

Нишанов ФН с соавт [13] у госпитализированных пациентов с комбинированными осложнениями ЯБ ДПК сужение выходного отдела желудка и дуоденума выявили у 60,9%, переход ulcerогенного процесса в соседние структуры и органы – у 57,1%

пациентов. Никитин НА с соавт [10] приводят цифры 59,4% и 64,5% соответственно. По данным Дибирова МД с соавт [14], пенетрирующая язва сочеталась с другими осложнениями у 56,2% больных, из них сочетание со стенозом составило 60,2%. Курбонов КМ с соавт [11] сообщил, что 47,6% больных с сочетанными осложнениями пилородуоденальных язв имели пенетрацию.

По некоторым данным [15], язвенный кратер пенетрирует в головку поджелудочной железы – в 80,5%, толщу печёчно-двенадцатиперстной связки – в 9,3%, печень – в 8,3%, и в корень брыжейки толстой кишки – в 1,9% наблюдений.

Согласно классическим представлениям, пенетрация язвы возникает в результате прогрессирующей деструкции стенки ДПК и сопровождается образованием сращений, которые фиксируют дно язвы к прилежающему органу. По данным Hausbrich (цит. по Василенко ВХ с соавт, 1975), процесс проникновения язвы проходит три стадии: а) стадию пенетрации через все слои кишечной трубки; б) стадию фибринозного сращения с подлежащими структурами и в) стадию окончания проникновения в подлежащие органы. Согласно исследованиям Курбонова КМ [11], пенетрация дуоденальной язвы является патогенетической основой развития рубцово-язвенного дуоденостеноза (РЯДС). При такой постановке вопроса пенетрация дуоденальной язвы должна быть обязательным атрибутом РЯДС. Данный факт подтверждается в повседневной хирургической практике: сложности ушивания культи ДПК и обусловленное этим развитие несостоятельности швов дуоденальной культи, безусловно, связано с наличием пенетрации язвы [16-18].

До сих пор в литературе существует неоднозначное толкование понятия пенетрации язвы. Большинство хирургов в него включает лишь наличие большого язвенного кратера, проникающего в соседний орган [14, 15, 19] или большого периульцерозного воспалительного инфильтрата [18]. На наш взгляд, при этом не учитывается динамика процесса репарации язвы: от деструкции вследствие фибриноидного некроза, воспалительной инфильтрации тканей, регрессии последней, до регенерации рубцевания и полного заживления. Этот процесс повторяется каждый раз при обострении заболевания, в результате лечения или без него происходит заживление язвы, которое оставляет после себя рубцовый процесс и сращения с подлежащими тканями и органами, что, по сути, является одним из видов пенетрации язвы. Однако многие хирурги не причисляют к пенетрации наличие плотных рубцовых сращений с соседними органами, в такой же степени затрудняющих технику операции, как при классической пенетрации. В связи с этим, учитывая и имеющийся собственный практический опыт, считаем целесообразным классифицировать пенетрацию с морфологической точки зрения и с учётом стадии процесса репарации язвы.

Патогенез развития пенетрации остаётся наименее изученной проблемой. Из сообщений мировой литературы следует, что до сих пор не имеется целостных представлений о причинах развития сочетанных осложнений дуоденальной язвы, в том числе и пенетрации. По данным Авакимян ВА с соавт [1, 20], у 39,4% пациентов с дуоденальным стенозом выявлены случаи прорастания и кровотечения из язв. По мнению вышеуказанных авторов, этот процесс вплотную зависит от выраженности гастростаза, что в дальнейшем приводит к усилению выработки гастрина и, как результат – к усилению продукции свободной соляной кислоты. Авторы считают, что, видимо, это и способствует непрерывному течению болезни, способствуя нарастанию процесса прорастания язвы и кровотечению из неё; образованию каллёзных и гигантских язв ДПК, которые, как правило, сочетаются с другими

осложнениями. При этом отмечено, что ведущим звеном, кроме пептического компонента, является и сосудистый фактор, приводящий к ухудшению микроциркуляции в пилородуоденальном канале за счёт компрессии сосудов воспалительным конгломератом. Никитин НА с соавт [21], Репин ВН с соавт [22] и Жигаев ГФ [23] обнаружили, что в нарастании язвенно-некротических изменений и развитии СОЯБ особое значение имеют хронические нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП). Отмечено, что между частотой развития осложнений и стадийностью ХНДП существует прямая корреляционная связь: при возникновении более двух осложнений язвы ХНДП не было у 15 (19,2%) из 78 больных; ХНДП же в стадиях суб- и компенсации обнаружены в 8 (10,3%) и 55 (70,5%) наблюдениях соответственно. При трёх и более осложнениях ХНДП не имели место у 8 (23,5%) из 34 больных, а ХНДП в стадиях суб- и компенсации были выявлены уже в 20 (58,8%) и 6 (17,7%) случаях соответственно [21].

На наш взгляд, в патогенезе сочетанных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки задействованы те же факторы ульцерогенеза, что и при неосложнённой форме заболевания. Факторами, способствующими этому процессу, могут быть рецидивирующее течение заболевания, длительный язвенный анамнез, неполноценное лечение, алиментарные нарушения, отягощённая по ЯБ наследственность. Вне всяких сомнений, непрерывная кислотопродукция в желудке, а также нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки играют важную роль в патогенезе сочетанных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Хотя последние годы всё больше встречаются скептические мнения о роли *H. pylori* в ульцерогенезе вообще и развитии осложнений язв, в частности [24, 25].

Так называемым «камнем преткновения» в лечении больных с СОЯБ является выбор метода хирургического лечения [26], что обусловлено развитием синдрома взаимного отягощения, недостаточной изученностью вопросов патогенеза этого состояния. Сочетание стеноза с пенетрацией вызывает особые сложности при выборе метода операции. В повседневной практике хирургическая тактика при сочетании РЯДС с пенетрацией сильно варьирует. В литературе мало работ, посвящённых этой сложной проблеме, хотя все сложности хирургического вмешательства при РЯДС связаны именно с пенетрацией язвы, усложняющей герметизацию культи ДПК и часто являющейся причиной несостоятельности её швов.

По мнению Багненко СФ с соавт [8], при сочетанных осложнениях хронической язвенной болезни ДПК даже многие корифеи хирургии точно не определились с лечебной тактикой, из-за чего нередко выполняются необоснованные травматичные вмешательства, что приводит к тяжёлым осложнениям и недопустимо высокой летальности. Авторы считают, что несогласованность в понимании этой проблемы порождает губительную хирургическую практику, а в ряде случаев, лишённую патогенетической основы лечения.

В литературе предлагается несколько вариантов решения проблемы. Белоногов НИ с соавт [27] при выборе метода хирургического лечения СОЯБ придерживаются строго индивидуализированной тактики в зависимости от выявленной находки данного случая и вида осложнений. Багненко СФ с соавт [8], сформулировав принципы лечения, проповедуют тактику применения радикальных органосохраняющих операций при всех сочетанных осложнениях ЯБ ДПК, а паллиативные операции – у пациентов с тяжёлыми сопутствующими соматическими патологиями.

Вне всяких сомнений, наличие пенетрирующей язвы значительно усложняет технику выполнения, как резекции желудка, так и органосохраняющих операций. В литературных источниках сообщается о нескольких разных способах решения задач. Так, при длительно существующей пенетрации язвы предпочитается её выведение из просвета ДПК – «абдоминализация» с ликвидацией дефекта задней стенки ДПК. Наоборот, ряд авторов рекомендует одномоментное иссечение пенетрирующей язвы с выключением ДПК из процесса пищеварения и усложнённые варианты ушивания культи ДПК [15, 16, 18]. Естественно, предложенные способы технически сложны, более рискованны как в плане повреждения сосудов, жёлчного протока, главного выводящего протока поджелудочной железы, так и ликвидации образующегося отверстия стенки ДПК. Имеются сторонники резекции по Бильрот II «на выключение» язвы [15, 16], по Ру со стволовой ваготомией [13], органосохраняющих операций – СПВ с пилоропластикой по Финнею [10], резекции желудка по Бильрот-I [19].

Нишанов ФН с соавт [13], вне зависимости от характера сочетания осложнений, применяли только резекционные способы операций. Сравнение двух групп больных, подвергнутых резекции желудка, показало, что в контрольной группе несостоятельность культи ДПК отмечалась в 4 (2,4%), кровотечение из места наложенного соустья – в 8 (4,7%) и нарушения моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) – в 14 (8,4%) случаях. При этом в контрольной группе пациентов осложнения, связанные с операцией, суммарно составили 26 (15,5%). В основной группе несостоятельность культи ДПК встречалась в 2 (1,4%), кровотечение из места соустья – в 2 (1,4%) и нарушение МЭФ – в 6 (4,3%) наблюдениях. В основной группе пациентов осложнения, связанные с операцией, суммарно составили 10 (7,2%).

Кульчиев АА с соавт [28] также считают, что сочетание сужения пилородуоденального канала с пенетрацией язвы ДПК в соседние органы имеет наибольшую значимость в выборе метода хирургического вмешательства.

Одномоментные осложнения (пенетрация язвы, залуочивные язвы, множественные язвы, воспалительно-язвенный инфильтрат, ХНДП) считаются одним из этиологических факторов возникновения несостоятельности швов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациентов с язвой желудка и ДПК [17]. Следует отметить, что, несмотря на использование всего имеющегося арсенала профилактических мер на всём этапе терапии, у пациентов с осложнённой язвой почти всегда существует риск возникновения несостоятельности швов оставшейся части культи ДПК после проведённой резекции желудка по второму способу Бильрота [16, 17]. Однако абсолютно не стоит однозначно высказываться против резецирования части желудка, в том числе «на выключение язвы», как способа оперативного лечения пенетрирующих язв ДПК, так как возникшая оперативная ситуация иногда диктует свои условия. Мы считаем, что, вышеуказанный момент не получил должного внимания и своего решения в доступных публикациях.

Ряд авторов операций выбора при любом сочетании осложнений пилородуоденальных язв считает резекцию желудка [15, 22, 29]. Дибиров МД с соавт [14] из 192 пациентов с пенетрирующей язвой оперативное лечение провели 158 (82,3%), а консервативное – 34 (17,7%) больным. Авторы отдают предпочтение резекционным способам лечения. У 52 пациентов (33% от всех прооперированных) возникли различные осложнения. Из 108 больных недостаточность культи ДПК выявлена у 24 (22%), т. е. у каждого пятого пациента [3].

Известно, что при сочетанных осложнениях дуоденальных язв резко возрастает техническая сложность оперативных вмешательств. В подобных моментах выбором оперативного лечения СОЯБ хирурги считают резекцию желудка (РЖ), однако результаты последней нельзя признать удовлетворительными из-за высокой встречаемости развития ранних и поздних послеоперационных осложнений, нередко достигающих отметки 30%, с послеоперационной смертностью до 37% и низкими показателями качества жизни оперированных пациентов [10].

Согласно данным Курбонова КМ с соавт [11], пенетрирующие дуоденальные язвы, параллельно с атипичным течением болезни и возникновением тяжёлых осложнений, в большинстве случаев сопровождаются ХНДП (64,8%) неоднородного характера, хроническим воспалением поджелудочной железы (32,4%), а также высокой степенью кислотообразования желудка и склонностью к демпинг-синдрому. Тактика оперативного лечения при пенетрирующих язвах ДПК имеет нестандартный характер, в связи с чем, использование первичной резекции желудка по способу Ру в сочетании с поддиафрагмальной трунккулярной ваготомией и корригирующими методами хирургического лечения на внепечёчных желчевыводящих путях по строгим показаниям намного способствует улучшению непосредственных результатов оперативного лечения этой тяжёлой группы больных.

Власов АП с соавт [19] оперировали 104 (48,8%) больных с так называемыми «трудными» язвами; им были выполнены резекции желудка и ДПК. Во всех наблюдениях авторами отмечен переход ulcerогенного процесса в головчатую часть поджелудочной железы, а также в соседние структуры (органы). При этом, язвенный субстрат в 56,7% случаев имел гигантские размеры, в 11 (10,6%) наблюдениях выявлены «целующиеся» язвы, у 48 (46,2%) пациентов имело место сужение бульбарного отдела ДПК или пилорической части желудка с переходом язвенного процесса в головку поджелудочной железы. Лишь у 11 (10,6%) больных оперативное вмешательство проведено в связи с низкой локализацией постбульбарной язвы, в том числе и у 3 (2,8%) пациентов с вовлечением в этот сложный анатомический язвенный конгломерат Фатерова соска. При этом у 12 (11,5%) больных оперативное вмешательство произведено после ликвидации перфоративного отверстия ДПК (рецидив язвы). По неотложным показаниям, по поводу внезапно начавшегося дуоденального кровотечения или прободения, выполнено 24 (23,1%) операций в первые двое суток от момента госпитализации.

При хирургическом лечении стенозирующих и пенетрирующих язв большинство авторов предпочитает резекцию желудка, в том числе «на выключение» язвы [15], хотя последствия таких вмешательств нельзя считать удовлетворительными, вследствие высоких цифр смертности и большого количества осложнений. Главной причиной летальности считается несостоятельность швов культи ДПК, которая чаще отмечается у контингента пациентов, оперированных по поводу так называемых «трудных» язв [19]. Некоторые хирурги при пенетрирующих стенозирующих язвах операцией выбора вместо резекции желудка считают селективную проксимальную ваготомию (СПВ) с дренирующими вмешательствами или дуоденопластикой (ДП) [12, 30].

По мнению Никитина НА с соавт [21] РЖ при СОЯБ ДПК остаётся приоритетным вариантом лечения, при котором техника требует от хирурга выполнения строгого индивидуализированного подхода, включающего в себя субоперационную диагностику, целесообразность коррекции ХНДП, адекватный выбор вида и типа РЖ и модификации способа обработки культи ДПК. Подобного мнения касательно хирургической тактики придерживаются Тара-

нов СВ с соавт [6], считая, что в условиях «трудной» язвы ДПК и сопутствующих ХНДП вариант использования резекции желудка с декомпрессионной дуоденоюностомией способствует избежать риск несостоятельности ДПК и демонстрирует достоверно лучшие отдалённые результаты по сравнению с резекцией желудка по первому способу Бильрота. Дибиров МД с соавт [3] ставили показания к удалению части желудка и избегали выполнения небольших объемов оперативного вмешательства при экстренных ситуациях, выполняемых в связи с кровотечением из пенетрирующих гастродуоденальных язв. Авторы считают, что выбранная тактика никоим образом не увеличивает процент послеоперационной смертности. Всё это послужило аргументом, позволившем учёным считать резекцию желудка единственно правильным вариантом выбора в данной ситуации.

Другие авторы полагают, что радикальные вмешательства при больших и гигантских каллёзных язвах технически сложны, а паллиативные виды резекции желудка на «выключение» с оставлением дна язвенного кратера в просвете ДПК могут в последующем осложняться профузным кровотечением и поэтому будут выполняться в сложных анатомических условиях и при критическом состоянии пациента [18, 31, 32]. В таких ситуациях следует отдать предпочтение ваготомии с одним из способов дренирующих вмешательств. Судя по нашему опыту, в таких случаях преимущественно должны применяться более радикальные вмешательства: резекция желудка по Бильрот-II, включающая оставление дна язвенного кратера вне просвета культи ДПК, антеградная её мобилизация в достаточном объёме для атипичного её ушивания, наружная разгрузка холедоха и культи ДПК в необходимых случаях.

Жигаев ГФ, Кривигина ЕВ [23] считают, что резекция «на выключение» язвы с гастроэнтероанастомозом по Бильрот-II-Бальфуру сможет решить трудную хирургическую задачу пенетрирующих язв ДПК, осложнившихся хроническим рецидивирующим течением панкреатита. При этом авторы предлагают способ создания культи ДПК при обнаружении гигантской осложнённой циркулярной язвы пилородуоденальной зоны, которая способствует минимизации развития несостоятельности швов. Особое внимание авторы уделяют декомпрессии ДПК в послеоперационном периоде и стимуляции работы кишечника.

По данным Волкова ВЕ и Волкова СВ [16], из 43 пациентов, перенёвших резекцию желудка по поводу осложнённой язвы ДПК низкой локализации («трудная язва») с формированием надплевратниковой культи в модификации способа A. Plenk, несостоятельность швов культи наблюдалась у 1 (2,3%) больного, и в 97,7% случаев такой подход позволяет обеспечить надёжность герметизации культи ДПК.

Смертность после операции при СОЯБ достигает 34% [24, 27], а у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, тяжёлой геморрагией, при повторном кровотечении в стационаре нередко достигает 50-80%. По данным других источников, летальность среди больных с сочетанными осложнениями ЯБ достигает 13,2-57,6% [24, 26, 28]. Столь высокая частота летальных исходов, на наш взгляд, связана, в первую очередь, с концепцией выбора метода и сроков операций, запоздалым выявлением таких грозных осложнений и, наконец, отсутствием единого подхода к ведению данного контингента больных.

Широкое внедрение в практику органосохраняющих операций с ваготомией при хронической ЯБ ДПК явилось одним из крупных научных достижений хирургической гастроэнтерологии второй половины прошедшего века [17]. Однако в XXI веке из-

менились приоритеты хирургии язвенной болезни: теперь органосохраняющую хирургическую технологию применяют лишь в отдельных хирургических центрах [5]. По выражению Кузина МИ [33] «...умея выполнить резекцию желудка хирургу не легко становится переход на выполнение органосберегающих вмешательств с выполнением ваготомии, одной из разновидностью которой является СПВ».

Большинство публикаций, посвящённых органосохраняющей хирургии РЯДС, относится к началу века [28, 34]. В течение следующего десятилетия в периодической печати эпизодически появлялись сообщения [10, 29], посвящённые этому вопросу. Естественно, эти работы явились результатом инерции прошлого века, так как в последующие годы число работ этих авторов, посвящённых органосохраняющей технологии при РЯДС, резко сократилось, или вовсе исчезло.

Некоторые клиники всё ещё остаются приверженцами органосохраняющих операций при осложнениях ЯБ ДПК [10, 35-37]. По данным Кульчиева АА с соавт [28], комбинация сужения пилородуоденального канала с пенетрацией язвы задней стенки ДПК была выявлена у 34 (26,2%) пациентов, которые перенесли органосберегающие операции с ваготомией. Из их числа у 12 пациентов размеры язв доходили до 2 см. Важно отметить, что ни в одном случае в анамнезе не было осложнённого кровотечения. Всем пациентам был наложен широкий гастродуоденостомоз по Финнею.

Курбонов КМ с соавт [5] считают, что денервация вагуса с радикальным иссечением язвы и расширяющей ДП или пилородуоденопластикой способствуют вполне радикально решить задачу прободных язв, чередующихся с прорастанием или сужением, и получить в последующем хорошие отдалённые функциональные результаты.

Кульчиев АА с соавт [28] проанализировали результаты применения органосохраняющих операций у 120 больных РЯДС. Из существующих способов дренирующих желудок вмешательств авторы отдают предпочтение ПП по Финнею – 91, ПП по Гейнеке-Микуличу – 8, дуоденопластике – 21. Они считают, что ПП по Финнею адекватно позволяет иссечь края язвенного кратера и рубцовый процесс в пределах здоровых тканей при вовлечении язвенной «ниши» переднебоковую стенку ДПК, провести полноценную тщательную ревизию задней стенки последней. При выполнении органосохраняющих операций на выбор метода дренирующей желудок операции влияла степень выраженности стеноза. В случаях, когда имеется IV степень сужения, и наблюдается резкое угасание перистальтических волн стенки желудка, при комбинированном выявлении сужения с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы авторы отдают предпочтение наложению широкого соустья между ДПК и желудком по Финнею. При выявлении II и III степеней сужения, когда имеется возможность сохранения функции пилорического жома, авторы отдавали предпочтение ДП с обязательной СПВ. Послеоперационных осложнений в группе с органосохраняющими операциями было в два раза меньше (23%) по сравнению с резекционными (53,3%), послеоперационная летальность была 0% и 2,3% соответственно. Отдалённые результаты расценивались функциональными, лабораторными, инструментальными параметрами, а также по вопросникам, определяющим качество жизни, и классификации Visick. После резекционных вмешательств абсолютное большинство (67,2%) больных имело неоднородные патологические сдвиги. Из них у 7,8% выявлен рецидив заболевания. Из резекционных методов наихудшие результаты получены после РЖ по Гофмейстеру-Финстереру: у

97,5% больных отмечены разные патологические явления. Патологические состояния после органосохраняющих вмешательств с СПВ отмечены у 21,6%, что по сравнению с РЖ оказалось в три раза меньше. Из них рецидив язвы имел место в 2,4% наблюдений. Наиболее частым патологическим состоянием в этой группе являлся желудочный дискомфорт (8,3%). У 78,4% пациентов после органосохраняющих операций с СПВ в отдалённых сроках патологических нарушений не выявлено.

Для уменьшения травматичности оперативного вмешательства и профилактики послеоперационных осложнений больных с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом ДПК Дурлештер ММ и Дидигов МТ [38] использовали двухэтапный способ лечения. На первом этапе авторы выполняли дуоденопластику, направленную на восстановление проходимости ДПК, с сохранением привратника. Вторым этапом этим больным проводилась СПВ с целью предупреждения рецидива язвы.

До сих пор одной из актуальных и пока не решённых проблем ЯБ ДПК остаётся прорастание язвы задней стенки в головку панкреас [10, 15]. В имеющихся литературных источниках предлагается, в основном, два варианта решения проблемы. При кровотечении – прошивание кровоточащего сосуда с выключением ДПК из процесса пищеварения, либо только прошивание сосуда. При хронических пенетрирующих язвах, без варианта кровотечения, предлагается выведение её из просвета ДПК, т.е. «абдоминализация», с ликвидацией дефекта задней стенки. Данный способ технически более сложен, специфичен, при этом настораживает опасность травмирования сосудов, жёлчных протоков, главного протока поджелудочной железы и трудности ликвидации дефекта стенки ДПК. По мнению Кульчиева АА с соавт [28], при сочетании сужения пилорoduоденального канала с пенетрацией в головку поджелудочной железы без симптомов явного кровотечения достаточно выполнить гастродуоденостомию по Финнею с СПВ.

Репин ВН с соавт [18, 22] приводят результаты оперативных вмешательств у 458 пациентов с рубцово-язвенным или рубцовым сужением пилорoduоденального канала, устранённом различными способами пилорoduоденопластики. Смертность после СПВ по поводу язвы ДПК, осложнённой сужением, составила 1,3%. Отдалённые функциональные результаты были отличными и хорошими у 92% обследованных. Предпочтение среди дренирующих желудок вмешательств другими авторами [39] отдаётся ДП, поскольку разрушение привратникового механизма при пилоропластике способствует забросу дуоденального содержимого в желудок. При этом авторы считают, что продолжительность течения язвенного процесса, многократные обострения болезни, перенесённые прободения язв пилорoduоденальной зоны, способствуют развитию рубцовых изменений с вовлечением окружающих органов, затрудняющих пассаж по ДПК. Не менее сложные ситуации возникают также и при пенетрирующих язвах, при которых отмечаются такие осложнения, как сужение, кровотечения, инфильтраты. В таких случаях более всего имеется необходимость выполнения резекционных методов.

Чернов ВН и Долгарёв СО [7, 35] представили результаты радикальной дуоденопластики у 645 больных ЯБ ДПК. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 11-12% пациентов, в том числе ятрогенного генеза в – 2% случаев. В отдалённые сроки рецидивы язвенной болезни выявлены у 27% пациентов, а другие нарушения функции органов гастродуоденальной системы (сужение соустья, заброс дуоденального содержимого в желудок, спаечная болезнь и др.) – 17,2% больных. Возникшие неудовлетворительные отдалённые исходы авторы связывают с

тем, что необходимые функциональные исследования органов гастродуоденальной системы пациентам заранее не были проведены, а, следовательно, не было дифференцированного подхода к их хирургическому лечению.

К настоящему времени всё большую популярность приобретают способы малоинвазивной хирургии. Грубником ЮВ с соавт [40] накоплен опыт более 900 лапароскопических ваготомий у пациентов с ЯБ ДПК. Лапароскопические операции при суб- и декомпенсированной стадиях сужения привратника и начального отдела ДПК выполнены 128 пациентам. При выявлении стеноза язвы у 38 больных была проведена лапароскопическая дуоденотомия с частичным иссечением язвенного субстрата, затем выполнена пилорoduоденопластика двухрядными узловыми швами. В 15 наблюдениях имело место сужение пилорoduоденального канала в стадии декомпенсации, технические сложности при этом возникали при пилорoduоденопластике, и, исходя из этого, был наложен задний гастроэнтероанастомоз на короткой петле после ваготомии. Из-за выраженных рубцовых трансформаций ДПК и наличия большой каллёзной язвы выполнить пилорoduоденопластику лапароскопически не всегда удавалось. Поэтому у 241 больного операция на язвенном субстрате (иссечение либо экстерриторизация язвы, пилорoduоденопластика) выполнялась через минилапаротомный доступ.

Белоноговым НИ [27] обследованы 17 пациентов после лапароскопической СПВ и 30 пациентов после лапароскопической комбинированной ваготомии с использованием методики химической денервации через 5 лет после операции. Повторного обострения язвенной болезни не обнаружено. Удалось статистически значимо сохранить процесс угнетения кислотного фактора, кроме того в обеих группах МЭФ не была нарушена.

В настоящее время результаты любых оперативных вмешательств оцениваются по отдалённым результатам, на основе оценки качества жизни (КЖ) пациента [25]. Однако в литературе недостаточно сообщений, посвящённых изучению КЖ больных рубцово-язвенным дуоденостенозом до и после хирургического лечения, особенно при наличии сопутствующей патологии [10, 41-43].

Дурлештер ВМ с соавт [42] проанализировали КЖ больных в зависимости от тяжести течения болезни и способа оперативного лечения. Ими выявлено, что уровень КЖ больных тесно взаимосвязан с тяжестью клинических проявлений болезни, её продолжительностью и наличием осложнений. Больше всего снижение индекса КЖ и его составляющих выявлено у пациентов с сужением выходной части пилорoduоденального канала в стадии декомпенсации. В последующем, т.е. в отдалённые сроки, только органосохраняющие оперативные вмешательства более адекватно и долговременно, чем различные виды резекции желудка, позволяют реабилитировать КЖ пациентов. Учёные делают заключение о важности параметров КЖ в процессе мониторинга тяжести течения язвенной болезни ДПК и эффективности хирургического лечения.

Мидленко ВИ с соавт [25] в результате своих исследований выявили, что КЖ больных, перенёвших резекцию желудка по Бильрот-II, намного ниже чем у пациентов, подвергшихся радикальной ДП.

Кульчиев АА с соавт [28], используя вопросник индекса качества жизни (ИКЖ) ФХК (Кузин МН и Крылов НН), а так же вопросник DDQ-15 (США) и классификацию Visick, провели оценку КЖ в отдалённом периоде после резекционных и органосохраняющих вмешательств. ИКЖ по DDQ-15 после резекции желудка лишь у 27,3% больных был признан приемлемым, в то время как

у абсолютного большинства (72,7%) КЖ нельзя было признать хорошим, и лишь у 3,1% пациентов оно было признано отличным. По данным ИКЖ ФХК, в отдалённые сроки после ваготомии с органосохраняющими операциями на желудке отличные и хорошие показатели КЖ получены у 74,7%, удовлетворительные – у 19,3%, плохие – у 6,1% пациентов.

Дурлештер ВМ с соавт [39, 42] с помощью опросника MOS-SF-36 изучили КЖ 43 пациентов с суб- и декомпенсированным рубцово-язвенным сужением ДПК. Проведённый динамический мониторинг КЖ свидетельствовал, что у комплаентных больных до операции и в раннем послеоперационном периоде (до 6 месяцев) показатели КЖ оставались намного ниже по сравнению с группой практически здоровых волонтеров. У некомплаентных пациентов, как до хирургической коррекции сужения, так и после операции обнаружены достоверно более низкие показатели КЖ, что авторы связывают с более выраженными морфо-функциональными нарушениями гастродуоденального комплекса.

Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует о том, что проблема хирургического лечения сочетанных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в том числе рубцово-язвенного дуоденального стеноза, сочетающегося с пенетрацией язвы, по сей день остаётся актуальной темой, требующей своего решения с позиции новейших достижений медицинской науки и современных технологий. До сих пор таких пациентов не принято выделять в отдельные группы, при этом отсутствует общепринятая классификация заболевания, не разработан единый лечебно-диагностический протокол, учитывающий сроки и объём предоперационной подготовки и выбор способа хирургического вмешательства при различных вариантах сочетанных осложнений. Хотя, на наш взгляд, в патогенезе

сочетанных осложнений язвенной болезни ДПК задействованы те же факторы язвообразования, что и при неосложнённой форме заболевания. Такими способствующими факторами могут быть неоднократно рецидивирующее течение заболевания, длительный язвенный анамнез, неполноценное адекватное лечение, алиментарные нарушения, отягощённая по язвенной болезни наследственность. Вне всяких сомнений, имеющая место теория непрерывной кислотопродукции в желудке с нарушением моторно-эвакуаторной функции всё ещё сохраняет важную роль в патогенезе заболевания.

До настоящего времени сложным остаётся вопрос выбора метода хирургического лечения СОЯБ, что обусловлено в большинстве случаев развитием синдрома «взаимного отягощения». Среди хирургов отсутствует единая точка зрения касательно хирургической тактики, объёма и видов операций, степени их радикализации. Это приводит к тому, что нередко выполняются неадекватные операции, что приводит к тяжёлым осложнениям и недопустимо высокой летальности.

Особенностью нынешней реальной ситуации в хирургии осложнённой язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является доминирование резекционных способов операций перед органосохраняющими. Однако, судя по опыту большинства хирургов, в отдалённом послеоперационном периоде лишь органосохраняющие оперативные вмешательства позволяют достичь лучших результатов как в плане реабилитации пациентов, так и улучшения качества их жизни.

Всё это свидетельствует об актуальности проблемы, и, несмотря на достигнутые успехи хирургической гастроэнтерологии, многие вопросы ещё остаются дискуссионными и требующими своего окончательного решения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян ВА, Карипиди ГК, Авакимян СВ, Дидигов МТ, Бабенко ЕС. Тактика хирурга при сочетанных осложнениях язвенной болезни. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2017;5:7-11.
2. Антонюк СМ, Гринцов ГА, Ахрамеев ВБ, Андриенко ИБ, Луценко ЮГ. Вопросы обоснованности операций при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. *Университетская клиника*. 2016;12(1-2):12-4.
3. Дибиров МД, Халидов ОХ, Гаджимурадов ВК. Выбор метода лечения пенетрирующих пилоробульбарных язв, осложнённых кровотечением. *Вестник ДГМА*. 2017;1:48-51.
4. Афендулов СА, Журавлёв ГЮ, Кадиров КМ. Реабилитация больных после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы. *Вестник Авиценны*. 2011;4:25-8.
5. Курбонов КМ, Сафаров ФШ, Хомидов МГ. Органосохраняющие методы операций при перфорации гастродуоденальных язв, сочетающихся с пенетрацией и стенозом. *Вестник Авиценны*. 2010;2:26-8.
6. Таранов ИИ, Бондаренко ВА, Турбин МВ, Колесниченко АА. Хирургическое лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с пилородуоденальным стенозом. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2014;4:115-20.
7. Чернов ВН, Долгарёв СО. Результаты лечения язвенной болезни методом радикальной дуоденопластики. *Хирургия*. 2013;4:48-52.
8. Батненко СФ, Курыгин АА, Синенченко ГИ. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2009;168(6):12-5.

## REFERENCES

1. Avakimyan VA, Karipidi GK, Avakimyan SV, Didigov MT, Babenko ES. Taktika khirurga pri sochetannykh oslozhneniyakh yazvennoy bolezni [Surgeon tactics for combined complications of peptic ulcer]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2017;5:7-11.
2. Antonyuk S M, Grintsov GA, Akhrameev VB, Andrienko IB, Lutsenko YuG. Voprosy obosnovannosti operatsiy pri perforativnoy yazve zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [The issues of the validity of operations with perforated gastric and duodenal ulcers]. *Universitetskaya klinika*. 2016;12(1-2):12-4.
3. Dibirov MD, Khalidov OKh, Gadzhimuradov VK. Vybor metoda lecheniya penetriruyushchikh pilorobul'barnykh yazv oslozhnyonnykh krvotocheniem [The choice of treatment for penetrating pyloric bulbar ulcers complicated by bleeding]. *Vestnik DGMA*. 2017;1:48-51.
4. Afendulov SA, Zhuravlyov GYu, Kadirov KM. Reabilitatsiya bol'nykh posle ushivaniya perforativnoy gastroduodenal'noy yazvy [Rehabilitation of patients after suturing perforated gastroduodenal ulcers]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2011;4:25-8.
5. Kurbonov KM, Safarov FSh, Khomidov MG. Organosokhranyaushchie metody operatsiy pri perforatsii gastroduodenal'nykh yazv, sochetayushchikhsya s penetratsiyey i stenozom [Organ-saving methods of operations during perforation of gastroduodenal ulcers, combined with penetration and stenosis]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2010;2:26-8.
6. Taranov II, Bondarenko VA, Turbin MV, Kolesnichenko AA. Khirurgicheskoe lechenie yazvennykh gastroduodenal'nykh krvotocheniy u bol'nykh s piloroduodenalnym stenozom [Surgical treatment of gastroduodenal ulcer bleeding in patients with pyloroduodenal stenosis]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2014;4:115-20.
7. Chernov VN, Dolgaryov SO. Rezul'taty lecheniya yazvennoy bolezni metodom radikal'noy duodenoplastiki [The results of the treatment of peptic ulcer by the method of radical duodenoplasty]. *Khirurgiya*. 2013;4:48-52.
8. Bagnenko SF, Kurygin AA, Sinenchenko GI. Sochetannye oslozhneniya yazvy dvenadtsatiperstnoy kishki i ikh khirurgicheskoe lechenie [Combined complications of a duodenal ulcer and their surgical treatment]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 2009;168(6):12-5.

9. Суфияров ИФ, Мусин АР. Прогноз рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2012;5:42.
10. Никитин НА, Клипач СГ. «Трудная» культя при осложнённых гигантских дуоденальных язвах. *Новости хирургии*. 2017;6:574-82.
11. Курбонов КМ, Махмадов ФИ, Сатторов ИА, Хомидов МГ, Назаров АФ, Шарипов ДТ. Диагностика и хирургическое лечение пенетрирующих дуоденальных язв. *Новости хирургии*. 2012;3:16-21.
12. Оноприев ВИ, Восканян СЭ. Хирургия язвенной болезни на распутье. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2010;3:4-7-16.
13. Нишанов ФН, Нишанов МФ, Ходжиметов ДШ, Робиддинов БС. Хирургическая тактика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. 2018;13(3):43-6.
14. Дибиров МД, Халидов ОХ, Зубрицкий ВФ, Гаджимурадов ВК. Выбор метода лечения гастродуоденальных пенетрирующих язв. *Доктор.Ру*. 2014;6(10):21-3.
15. Косенко ПМ, Вавринчук СА, Бояринцев НИ, Сунозова ГД. Диагностика и лечение сочетанного рубцово-язвенного стеноза у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки при органосохраняющих операциях. *Вестник ДВГМУ*. 2019;1:22-6.
16. Волков ВЕ, Волков СВ. Клиническая оценка некоторых методов герметизации культи двенадцатиперстной кишки при надпривратниковой резекции желудка и гастрэктомии. *Acta Medica Eurasica*. 2018;1:1-8.
17. Лебедев НВ, Климов АЕ, Петухов ПА. Повторный эндоскопический гемостаз как альтернатива хирургическому лечению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. *Хирургия*. 2016;6:52-6.
18. Репин ВП, Репин МВ, Поляков СН, Артмеладзе МС. Аспекты диагностики и реконструктивно-восстановительной хирургии функциональных нарушений пищеварительной системы. *Пермский медицинский журнал*. 2016;33(4):33-43.
19. Власов АП, Сараев ВВ, Рубцов ОЮ, Катков СВ, Степанов ЮП, Власов ПА. Комплексный подход к лечению трудных язв двенадцатиперстной кишки. *Медицинский альманах*. 2012;2:153-6.
20. Авакимян ВА. Тактика хирурга при urgentных осложнениях язвенной болезни. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2013;3:8-11.
21. Никитин НА, Коршунова ТП, Онучин МА, Головизнин АА. Хирургическое лечение сочетанных осложнений язвенной болезни при пилородуоденальной локализации язвы. *Медицинский альманах*. 2010;1(10):121-5.
22. Репин ВН, Репин МВ, Ефимушкина АС, Микрюков ВЮ. Комбинированные операции при калькулёзном холецистите и хроническом панкреатите на фоне артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки. *Пермский медицинский журнал*. 2013;5:28-33.
23. Жигаев ГФ, Кривигина ЕВ, Лудупова ЕЮ. К вопросу о хирургическом лечении осложнённых пилородуоденальных и дуоденальных язв. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2010;3:70-1.
24. Богопольский ПМ, Крылов НН, Балалыкин ДА, Бабкин ОВ, Бабкин ДО. К истории хирургического лечения язвенной болезни. *История медицины*. 2015;2(3):333-50.
25. Мидленко ВИ, Мидленко ОВ, Смолькина АВ, Барбашин СИ. Предоперационное и послеоперационное ведение больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2016;4:43-52.
26. Полуэктов ВЛ, Никитин ВН, Клипач СГ. Рубцово-дегенеративное кольцо, как каркас при хирургическом лечении стенозирующих пилородуоденальных язв, осложнённых перфорацией. В: «Актуальные вопросы современной хирургии». Красноярск, РФ: Версо; 2018. с. 145-9.
9. Sufiyarov IF, Musin AR. Prognosis of relapse of gastroduodenal ulcer bleeding [Prognosis of relapse of gastroduodenal ulcer bleeding]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2012;5:42.
10. Nikitin NA, Klipach SG. «Trudnaya» kulyta pri oslozhnyonnykh gigantsskikh duodenal'nykh yavzakh ["Difficult" stump in complicated giant duodenal ulcers]. *Novosti khirurgii*. 2017;6:574-82.
11. Kurbonov KM, Makhmadov FI, Sattorov IA, Khomidov M, Nazarov AF, Sharipov DT. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie penetriruyushchikh duoduenal'nykh yavz [Diagnosis and surgical treatment of penetrating duodenal ulcers]. *Novosti khirurgii*. 2012;3:16-21.
12. Onopriev VI, Voskanyan SE. Khirurgiya yavzvennoy bolezni na rasput'e [Peptic ulcer surgery on debauchery]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2010;3:4-7-16.
13. Nishanov FN, Nishanov MF, Khozhimetov DSh, Robiddinov BS. Khirurgicheskaya taktika pri sochetannykh oslozhneniyakh yavz dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics for combined complications of duodenal ulcers]. *Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova*. 2018;13(3):43-6.
14. Dibirov MD, Khalidov OKh, Zubritskiy VF, Gadzhimuradov VK. Vybor metoda lecheniya gastroduodenal'nykh penetriruyushchikh yavz [The choice of treatment for gastroduodenal penetrating ulcers]. *Doktor.Ru*. 2014;6(10):21-3.
15. Kosenko PM, Vavrinchuk SA, Boyarintsev NI, Sunozova GD. Diagnostika i lechenie sochetannogo rubtsovo-yavzvennogo stenozu u bol'nykh s perforativnoy yavzoy dvenadtsatiperstnoy kishki pry organosokhranyayushchikh operatsiyakh [Diagnosis and treatment of combined scar-ulcerative stenosis in patients with perforated duodenal ulcer during organ-preserving operations]. *Vestnik DVG MU*. 2019;1:22-6.
16. Volkov VE, Volkov SV. Klinicheskaya otsenka nekotorykh metodov germetizatsii kul'ti dvenadtsatiperstnoy kishki pri nadprivratnikovoy rezektzii zheludka i gastrektomii [Clinical evaluation of some methods of sealing the duodenal stump with suprapерitoneal resection of the stomach and gastrectomy]. *Acta Medica Eurasica*. 2018;1:1-8.
17. Lebedev NV, Klimov AE, Petukhov PA. Povtorny endoskopicheskiy gemostaz kak al'ternativa khirurgicheskomu lecheniyu bol'nykh s yavzennymi gastroduodenal'nymi krvotocheniyami [Repeated endoscopic hemostasis as an alternative to surgical treatment of patients with gastroduodenal ulcer bleeding]. *Khirurgiya*. 2016;6:52-6.
18. Repin VP, Repin MV, Polyakov SN, Artmeladze MS. Aspekty diagnostiki i rekonstruktivno-vosstanovitel'noy khirurgii funktsional'nykh narusheniy pishchevaritel'noy sistemy [Aspects of diagnosis and reconstructive surgery of functional disorders of the digestive system]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal*. 2016;33(4):33-43.
19. Vlasov AP, Saraev VV, Rubtsov OYu, Katkov SV, Stepanov YuP, Vlasov PA. Kompleksnyy podkhod k lecheniyu trudnykh yavz dvenadtsatiperstnoy kishki [An integrated approach to the treatment of difficult duodenal ulcers]. *Meditsinskiy al'manakh*. 2012;2:153-6.
20. Avakimyan VA. Taktika khirurga pri urgentnykh oslozhneniyakh yavzvennoy bolezni [Surgeon tactics for urgent complications of peptic ulcer]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal*. 2013;3:8-11.
21. Nikitin NA, Korshunova TP, Onuchin MA, Goloviznin AA. Khirurgicheskoe lechenie sochetannykh oslozhneniy yavzvennoy bolezni pri piloroduodenal'noy lokalizatsii yavzy [Surgical treatment of combined complications of peptic ulcer in pyloroduodenal ulcer localization]. *Meditsinskiy al'manakh*. 2010;1(10):121-5.
22. Repin VN, Repin MV, Efimushkina AS, Mikryukov VYu. Kombinirovannyye operatsii pri kal'kulyoznom kholesistite i khronicheskom pankreatite na fone arteriomezenterial'noy kompressii dvenadtsatiperstnoy kishki [Combined operations with calculous cholecystitis and chronic pancreatitis on the background of arteriomesenteric compression of the duodenum]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal*. 2013;5:28-33.
23. Zhigaev GF, Krivigina EV, Ludupova EYu. K voprosu o khirurgicheskome lechenii oslozhnyonnykh piloroduodenal'nykh i duodenal'nykh yavz [To the question of surgical treatment of complicated pyloroduodenal and duodenal ulcers]. *Byulleten' VSTSN SO RAMN*. 2010;3:70-1.
24. Bogopolskiy PM, Krylov NN, Balalykin DA, Babkin OV, Babkin DO. K istorii khirurgicheskogo lecheniya yavzvennoy bolezni [To the history of surgical treatment of peptic ulcer]. *Istoriya meditsiny*. 2015;2(3):333-50.
25. Midlenko VI, Midlenko OV, Smolkina AV, Barbashin SI. Predoperatsionnoe i posleoperatsionnoe vedenie bol'nykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta s yavzennymi gastroduodenal'nymi krvotocheniyami [Preoperative and post-operative management of elderly and senile patients with gastroduodenal ulcer bleeding]. *Ul'yanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal*. 2016;4:43-52.
26. Poluektov VL, Nikitin VN, Klipach SG. Rubtsovo-degenerativnoe kol'tso, kak karkas pri khirurgicheskome lechenii stenoziruyushchikh piloroduodenal'nykh yavz, oslozhnyonnykh perforatsiyey [Cicatricial degenerative ring as a framework for surgical treatment of stenosing pyloroduodenal ulcers complicated by perforation]. V: «Aktual'nye voprosy sovremennoy khirurgii». Krasnoyarsk, RF: Verso; 2018. p. 145-9.

27. Белоногов НИ, Валька ЕН, Янголенко ВВ. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение. *Медицинский альманах*. 2011;2:68-71.
28. Кульчиев АА. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2015;3-4:62-70.
29. Чернооков ЛИ, Горбунов ВН, Столярчук ЕВ, Нагиев ЭШ, Рамишвили ВШ. Выбор способа операции при осложнённых гигантских пилородуоденальных язвах. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2011;2:31-5.
30. Таранов ИИ, Поленцова НП. Хирургическая тактика лечения лиц пожилого и старческого возраста с сочетанными осложнениями язвенной болезни. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;5:56.
31. Олифирова ОС, Омельченко ВА, Мушта ЛИ, Добренко ОВ. Сочетанные осложнения при кровотечениях из гастродуоденальных язв. *Бюллетень ВНСЦ СО РАМН*. 2012;4:15-9.
32. Гулов МК, Абдуллаева СИ, Достиев АР. Эндоскопический способ остановки кровотечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки. *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. 2019;9(3):240-7.
33. Кузин МИ. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. *Хирургия*. 2001;1:27-32.
34. Красильников ДМ, Миннуллин ММ, Николаев ЯЮ. Диагностика и комплексное лечение несостоятельности швов желудочно-кишечного тракта у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. *Креативная хирургия и онкология*. 2017;2:51-5.
35. Чернов ВН, Долгарёв СО. Исторические и современные представления о дуоденопластике и её применении в лечении язвенной болезни. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2011;4(4):848-54.
36. Griffiths EA, McDonald, CR, Bryant RV. Retrospective analysis of surgery and trans-arterial embolization for major non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *ANZ J Surg*. 2014;3:381-5.
37. Thorsen K, Glomsaker TB, von Meer A, Soreide K, Soreide JA. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *Gastrointest Surg*. 2011;15(8):1329-35.
38. Дурлештер ВМ, Дидигов МТ, Карипиди ГК. Тактика лечения больных декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2013;7:81-5.
39. Дурлештер ВМ, Корочанская НВ, Сердюк АА, Басенко М.А. Оценка факторов комплаентности у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложнённой стенозом. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018;25(4):55-60.
40. Грубник ЮВ, Фоменко ВА, Москвиченко ИВ, Кравченко АИ. Лапароскопические операции в лечении осложнённых дуоденальных язв. *Вестник неотложной и восстановительной медицины*. 2012;13(4):477-9.
41. Сайфиддинова МА, Рахимова МЭ, Разинов АА. Особенности течения ишемической болезни сердца в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны (обзор литературы). *Биология и интегративная медицина*. 2016;6:98-117.
42. Дурлештер ВМ, Корочанская НВ, Сердюк АА, Басенко МА. Оценка параметров качества жизни у пациентов язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложнённой стенозом до и после перенесённой дуоденопластики. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2014;3:38-41.
43. Крылов НН, Пятенко ЕА. Вклад клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова в разработку органосберегающих операций с ваготомией для лечения язвенной болезни. *История медицины*. 2016;3(4):412-25.
27. Belonogov NI, Valyka EN, Yangolenko VV. Oslozhneniua yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki i ikh khirurgicheskoe lechenie [Complications of gastric and duodenal ulcer and their surgical treatment]. *Meditsinskiy al'manakh*. 2011;2:68-71.
28. Kulchiev AA. Khirurgicheskoe lechenie rubtsovo-yazvennogo stenoza piloroduodenalnogo kanala [Surgical treatment of cicatricial ulcerative stenosis of the pyloroduodenal canal]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2015;3-4:62-70.
29. Chernookov LI, Gorbunov VN, Stolyarchuk EV, Nagiev ESh, Ramishvili VSh. Vybora sposoba operatsii pri oslozhnyonnykh gigantsskikh piloroduodenal'nykh yavzhakh [The choice of the method of operation for complicated giant pyloroduodenal ulcers]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2011;2:31-5.
30. Taranov II, Polentsova NP. Khirurgicheskaya taktika lecheniya lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta s sochetannymi oslozhneniyami yazvennoy bolezni [Surgical tactics for the treatment of elderly and senile patients with combined complications of peptic ulcer]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015;5:56.
31. Olifirova OS, Omelchenko VA, Mushta LI, Dobrenko OV. Sochetannyye oslozhneniya pri krvotocheniyaх iz gastrroduodenal'nykh yavz [Combined complications of bleeding from gastroduodenal ulcers]. *Byulleten' VSTSN SO RAMN*. 2012;4:15-9.
32. Gulov MK, Abdullaeva SI, Dostiev AR. Endolaparoskopicheskiy sposob ostankovi krvotocheniya yavz zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Endolaparoscopic method for stopping bleeding of gastric and duodenal ulcers]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana*. 2019;9(3):240-7.
33. Kuzin MI. Aktual'nyye voprosy khirurgii yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Actual issues of surgery of peptic ulcer of the stomach and duodenum]. *Khirurgiya*. 2001;1:27-32.
34. Krasilnikov DM, Minnullin MM, Nikolaev YU. Diagnostika i kompleksnoe lechenie nesostoyatel'nosti shvov zheludochno-kishechnogo trakta u bol'nykh yazvennoy boleznyu zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Diagnosis and comprehensive treatment of inconsistency of the sutures of the gastrointestinal tract in patients with peptic ulcer of the stomach and duodenum]. *Kreativnaya khirurgiya i onkologiya*. 2017;2:51-5.
35. Chernov VN, Dolgaryov SO. Istoricheskie i sovremennyye predstavleniya o duodenoplastike i eyo primenenie v lechenii yazvennoy bolezni [Historical and modern ideas about duodenoplasty and its use in the treatment of peptic ulcer]. *Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii*. 2011;4(4):848-54.
36. Griffiths EA, McDonald, CR, Bryant RV. Retrospective analysis of surgery and trans-arterial embolization for major non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *ANZ J Surg*. 2014;3:381-5.
37. Thorsen K, Glomsaker TB, von Meer A, Soreide K, Soreide JA. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *Gastrointest Surg*. 2011;15(8):1329-35.
38. Durlsheter VM, Didigov MT, Karipidi GK. Taktika lecheniya bol'nykh dekompensirovannym rubtsovo-yazvennym stenozom dvenadtsatiperstnoy kishki [Tactics of treatment of patients with decompensated cicatricial and ulcerative duodenal stenosis]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2013;7:81-5.
39. Durlsheter VM, Korochanskaya NV, Serdyuk AA, Basenko M.A. Otsenka faktorov kmpaentnosti u patsientov s yazvennoy boleznyu dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnyonnoy stenozom [Assessment of compliance factors in patients with duodenal ulcer complicated by stenosis]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2018;25(4):55-60.
40. Grubnik YuV, Fomenko VA, Moskvchenko IV, Kravchenko AI. Laparoskopicheskie operatsii v lechenii oslozhnyonnykh duodenal'nykh yavz [Laparoscopic surgery in the treatment of complicated duodenal ulcers]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitel'noy meditsiny*. 2012;13(4):477-9.
41. Sayfiddinova MA, Rakhimova ME, Razikov AA. Osobennosti techeniya ish-emicheskoy bolezni serdtsa v sochetanii s patologiei gastrroduodenal'noy zony (obzor literatury) [Features of the course of coronary artery disease in combination with pathology of the gastroduodenal zone (literature review)]. *Biologiya i integrativnaya meditsina*. 2016;6:98-117.
42. Durlsheter VM, Korochanskaya NV, Serdyuk AA, Basenko MA. Otsenka parametrov kachestva zhizni u patsientov s yazvennoy boleznyu dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnyonnoy stenozom do i posle perenyonnoy duodenoplastiki [Assessment of quality of life parameters in patients with duodenal ulcer complicated by stenosis before and after duodenoplasty]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2014;3:38-41.
43. Krylov NN, Pyatenko EA. Vklad kliniki fakul'tetskoy khirurgii im. N.N. Burdenko 1-go Moskovskogo meditsinskogo instituta im. I.M. Sechenova v razrabotku organosberegayushchikh operatsiy s vagotomiei dlya lecheniya yazvennoy bolezni [The contribution of the clinic of faculty surgery named after N.N. Burdenko of the 1st I.M. Sechenov Moscow Medical Institute in the development of organ-saving operations with vagotomy for the treatment of peptic ulcer]. *Istoriya meditsiny*. 2016;3(4):412-25.

 СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Кодиров Фарход Давронджонович**, доктор медицинских наук, врач-хирург отделения хирургии желудка и кишечника, Институт гастроэнтерологии

ORCID ID: 0000-0002-7107-6155  
E-mail: farhod.kadyrov@yandex.com

**Сайдалиев Ширинджон Шарифович**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ORCID ID: 0000-0002-9819-8531  
E-mail: Aka.74@mail.ru

**Кадыров Давронжон Мухамеджанович**, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, зав. лабораторией желудочно-кишечной патологии и отделения хирургии желудка и кишечника, Институт гастроэнтерологии

ORCID ID: 0000-0002-7752-8853  
E-mail: davron.kadyrov.00@mail.ru

**Табаров Зафар Валиевич**, врач-хирург отделения хирургии желудка и кишечника, Институт гастроэнтерологии

ORCID ID: 0000-0002-6848-6786  
E-mail: Z\_tabarov@mail.ru

**Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов**

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали

**Конфликт интересов:** отсутствует

 АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Кодиров Фарход Давронджонович**

доктор медицинских наук, врач-хирург отделения хирургии желудка и кишечника, Институт гастроэнтерологии

734064, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2  
Тел.: +992 (919) 983830  
E-mail: farhod.kadyrov@yandex.com

**ВКЛАД АВТОРОВ**

Разработка концепции и дизайна исследования: КФД  
Сбор материала: КФД, КДМ, СШШ, ТЗВ  
Анализ полученных данных: КДМ, СШШ, ТЗВ  
Подготовка текста: КФД, СШШ, КДМ, ТЗВ  
Редактирование: СШШ  
Общая ответственность: КДМ

*Поступила* 21.02.2020  
*Принята в печать* 25.06.2020

 AUTHOR INFORMATION

**Kodirov Farkhod Davrondzhonovich**, Doctor of Medical Sciences, Surgeon of the Department of Gastrointestinal Surgery, Institute of Gastroenterology

ORCID ID: 0000-0002-7107-6155  
E-mail: farhod.kadyrov@yandex.com

**Saydaliev Shirindzhon Sharifovich**, Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Surgical Diseases № 1, Avicenna Tajik State Medical University

ORCID ID: 0000-0002-9819-8531  
E-mail: Aka.74@mail.ru

**Kadyrov Davronzhon Mukhamedzhanovich**, Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher, Head of the Laboratory of Gastrointestinal Pathology and Department of Gastrointestinal Surgery, Institute of Gastroenterology

ORCID ID: 0000-0002-7752-8853  
E-mail: davron.kadyrov.00@mail.ru

**Tabarov Zafar Valievich**, Surgeon of the Department of Gastrointestinal Surgery, Institute of Gastroenterology

ORCID ID: 0000-0002-6848-6786  
E-mail: Z\_tabarov@mail.ru

**Information about the source of support in the form of grants, equipment, and drugs**

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment

**Conflicts of interest:** The authors have no conflicts of interest

 ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

**Kodirov Farkhod Davrondzhonovich**

Doctor of Medical Sciences, Surgeon of the Department of Gastrointestinal Surgery, Institute of Gastroenterology

734064, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Mayakovskiy str., 2  
Tel.: +992 (919) 983830  
E-mail: farhod.kadyrov@yandex.com

**AUTHOR CONTRIBUTIONS**

Conception and design: KFD  
Data collection: KFD, KDM, SShSh, TZV  
Analysis and interpretation: KDM, SShSh, TZV  
Writing the article: KFD, SShSh, KDM, TZV  
Critical revision of the article: SShSh  
Overall responsibility: KDM

*Submitted* 21.02.2020  
*Accepted* 25.06.2020