

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК: 616.342-002.44-089

На правах рукописи

**АБДУЛЛОЕВ
СУЛАЙМОН ХАЛИФАЕВИЧ**

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
ШВОВ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В
ХИРУРГИИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ**

14.01.17 - Хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе 2023

Работа выполнена на кафедре хирургии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: **Абдуллозода Джамолиддин Абдулло** – доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Рахматуллоев Рахимджон** -доктор медицинских наук, директор лечебно-диагностического центра «Вароруд» МЗ и СЗН РТ
Амонов Шухрат Шодиевич - доктор медицинских наук, старший научный сотрудник Государственное учреждение «Республиканский центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ

Ведущая организация: Государственное Учреждение «Институт гастроэнтерологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Защита диссертации состоится «_____» «_____» 2023 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-040 - при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» по адресу: Республика Таджикистан, 734003, г. Душанбе, ул Сино 29-31.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» и по адресу: www.tajmedun.tj

Автореферат разослан «_____» «_____» 2023 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
д.м.н.**

Шарипов А.М.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. К настоящему времени накоплен значительный опыт хирургического лечения язвенной болезни (ЯБ) при различных локализациях язв [Griffiths E.A. et al., 2017]. Однако, на сегодняшний день остается нерешенным ряд вопросов относительно особенностей диагностики и лечения осложнений «трудных» дуоденальных язв как бульбарной, так и постбульбарной локализации. Сведения о частоте постбульбарных дуоденальных язв значительно варьируют. Их частота составляет 3,6-11% среди всех дуоденальных язв [Дибиров М.Д. и соавт., 2014; Курбонов К.М. и соавт., 2016; Thorsen K. et al., 2016]. На сегодняшний день данные мировой литературы показывают, что внедрение в клиническую практику современного нового комплекса противоязвенной консервативной терапии способствовало в значительной степени уменьшению частоты выполняемых как ургентных, так и плановых оперативных вмешательств в виде резекции желудка у больных с дуоденальными язвами. Однако, применение противоязвенных лекарственных средств не позволяет полностью избежать резекций желудка, особенно у пациентов с «трудными» язвами ДПК, а именно при их осложнениях [Гулов М.К. и соавт., 2012; Кадыров Ф.Д., 2016; Кубачев К.Г. и соавт., 2017; Tsuei B.J. et al., 2014]. Одним из грозных осложнений, которые могут развиваться в ближайшем послеоперационном периоде, считается несостоятельность швов дуоденальной культи, которая может стать причиной развития перитонита, при котором частота случаев летального исхода составляет 46-70% [Кадиров Д.М. и соавт., 2014; Yazici P. et al., 2020]. В этой связи, необходимым считается разработка комплексного подхода, предусматривающего воздействие на основные причины осложнения, к которым в первую очередь относятся нарушение дренажной функции культи ДПК с повышением в ней давления и ошибки при ее ушивании. Приведенные выше доводы свидетельствуют, об своевременной актуальности данной проблемы профилактики НШДК после резекции желудка и формирования «трудной» ручной культи ДПК, чем и обусловлена необходимость проведения подобных исследований.

Цель исследования – Улучшение результатов хирургического лечения “трудных” дуоденальных язв путём профилактики несостоятельности швов дуоденальной культи.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту и основные причины развития несостоятельности швов дуоденальной культи при резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв.

2. Изучить роль серотониновой недостаточности и повышение интрадуоденального давления в развитии НШДК и на основании этого разработать патогенетически лечебно-профилактическую терапию.

3. Разработать и усовершенствовать способов обработки культи ДПК, снижающие частоту НШДК у больных с «трудными» дуоденальными язвами.

4. Проанализировать непосредственные результаты комплексного профилактики и лечения больных с «трудными» дуоденальными язвами.

Научная новизна. На достаточно большом клиническом материале изучены и определены частота и основные причины развития несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв. Доказано, что транзиторное снижению выработки серотонина ЕС-клетками слизистой двенадцатиперстной кишки в раннем послеоперационном периоде является ведущим патогенетическим механизмом развития НШДК. Предложен способ консервативного лечения и профилактики НШДК (**Рац.пред. №3491/R676 от 04.12.2015**). Разработаны и усовершенствованы способы обработки культи ДПК при «трудных» дуоденальных язвах (**Рац.пред. №3406/R621 от 18.12.2014**) и низкорасположенных неудалимых дуоденальных язвах (**Рац.пред. №3405/R620 от 18.11.2014**), для профилактики и снижающие частоту развития НШДК. Разработана способ чрездренажной лазерной стимуляции культи ДПК после резекции желудка у больных с «трудными» дуоденальными язвами (**Рац.пред. №3483/R698 от 04.12.2015**).

Практическая значимость

Изучение причины, способствующие к развитию НШДК позволяют выбрать обоснованную тактику лечения, направленные на ее профилактику в пред- и послеоперационном периоде и во время выполнения первичных операций у пациентов с «трудными» дуоденальными язвами.

Разработанные и усовершенствованные комплексное хирургическое и консервативное методы лечение позволяют применять дифференцированный подход к ведению пациентов с «трудными» дуоденальными язвами для профилактики НШДК.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Наиболее значимыми причинами, способствующие к развитию НШДК после резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв, являются: некомпенсированный или

некоррегированный до операции анемии и гипопротеинемии, нерациональный и необоснованный объём и способ первичной проведенной операции, т.е. обработки культи ДПК, грубые рубцово-спаечные процессы в периульцерозной зоне и сочетание двух и более осложнений дуоденальной язвы.

2. Диагностика «трудных» дуоденальных язв должна быть комплексной и с наряду общепринятыми лабораторно-инструментальными методами исследования, включать поэтажную манометрию и определения уровня серотонина в крови.

3. Применение разработанных и усовершенствованных способов обработки культи двенадцатиперстной кишки по поводу «трудных» дуоденальных язв повышает её герметичности и снижает риска развития НШДК.

4. Разработанные комплексного подхода с учётом причины и патогенетических механизмов, способствующие к развитию НШДК позволили существенным образом улучшить результаты лечения больных с «трудными» дуоденальными язвами.

Внедрение результатов исследования в практику

Разработанные положения и рекомендации внедрены и используются в клинической практике хирургических отделений ГУ ГЦ СМП и ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» г.Душанбе. Материалы работы используются для проведения теоретических и практических занятий с магистрами, интернами и ординаторами обучающихся на кафедре хирургии ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» и на кафедре общей хирургии №2 и кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Апробация материалов диссертации. Основные разделы диссертационной работы доложены и обсуждены: на научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику» ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2015), на научно-практической конференции «Формирование здоровья населения: международный и национальный опыт» ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2015), на IV-международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Наука и технологии» (Аламата, 2022), на заседании межкафедральной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (протокол №12 от 30.11.2015 г.).

Личный вклад диссертанта. Автору диссертационной работы принадлежит анализ литературных данных по исследуемой проблеме,

формирование цели, задач исследования, основных путей их решения. Автор лично участвовал в комплексном обследовании, оперативном лечении и курации более 80% больных с «трудными» дуоденальными язвами. Автором самостоятельно проведена статистическая обработка полученных результатов.

Публикации. По материалам исследования опубликовано 11 научных работ, в том числе 3 в журналах, рецензируемых ВАК при Президенти РТ в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора медицинских наук. Получены 4 удостоверения на рационализаторские предложения.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 147 листах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Библиографический указатель, включает 191 источников, из которых 130 на русском и 61 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 21 таблицами и 20 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика клинического материала и методов исследования

Изучены результаты обследования и лечения 104 пациентов с «трудными» дуоденальными язвами с 2011 по 2021 годы в ГУ ГЦ СМП г. Душанбе (директор – к.м.н. Абдурахимзода Б.И.), у которых при хирургическом вмешательстве выполнялись различные способы резекции желудка. Все наблюдаемые больные были подразделены на две группы. В группу контроля (ретроспективную) вошел 51 (49,0%) пациент, которым при хирургических вмешательствах применялись различные варианты резекция желудка и общеизвестные методы обработки культи двенадцатиперстной кишки. Во вторую основную (проспективную) группу включены 53 (51,0%) пациента, у которых выполнялись различные варианты резекции желудка, а с целью профилактики развития несостоятельности дуоденальной культи выполнялись разработанные и усовершенствованные способы её обработки с комплексной патогенетической консервативной терапией.

Пациентов мужского пола было 87 (83,7%) человек, женского пола – 17 (16,3%) человек. Возраст 76 (73,1%) больных составлял менее 60 лет, то есть соответствовал наиболее трудоспособному. Больных старше 60 лет, т.е. пожилого и старческого возраста, было 28 (26,9%) человек.

Из 104 (100%) пациентов с «трудными» дуоденальными язвами, наличие дуоденального стеноза отмечалось у 62 (59,6%) больных, пенетрирующие дуоденальные язвы – у 8 (7,7%), дуоденальные

кровотечения – у 11 (10,6%), перфорации дуоденальных язв (постбульбарные, низкие язвы) – у 4 (3,8%) и в 19 (18,3%) случаях имели место сочетанные осложнения «трудных» дуоденальных язв. Среди всех 104 (100%) больных с дуоденальными язвами наличие гигантских дуоденальных язв, сопровождающихся выраженным рубцово-язвенным инфильтратом, отмечалось у 21 (20,1%) больного. Необходимо отметить, что для выбора способа и объема резекции желудка, а также обработки культи двенадцатиперстной важное значение имеет локализации язвы в двенадцатиперстной кишке (Таблица 1).

Таблица 1. Варианты локализации язвы в двенадцатиперстной кишке (n=104)

Локализация язвы в дуоденальной зоне	Количество больных	
	абс	%
Луковица двенадцатиперстной кишки	76	73,1
Постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки	28	26,9
Всего	104	100,0

У 19 пациентов с «трудными» язвами ДПК отмечалось наличие нескольких осложнений ЯБ, что являлось показанием к проведению различных способов резекционных хирургических вмешательств (таблица 2). Из 104 (100%) пациентов с «трудными» язвами ДПК, наличие сопутствующих соматических заболеваний наблюдалось у 37 (35,5%) больных.

Таблица 2. Частота сочетанных осложнений у больных с «трудными» дуоденальными язвами (n=19)

Название осложнений	Контрольная группа (n=11)	Основная группа (n=8)	Итого
Сочетание пилородуоденального стеноза с пенетрацией	4	3	7
Сочетание пилородуоденального стеноза с кровотечением и пенетрацией	1	1	2
Сочетание кровотечения с пенетрацией	2	1	3
Сочетание перфорации с кровотечением	1	1	2
Сочетание перфорации со стенозом	3	2	5
Всего	11	8	19

Примечание: $p > 0,05$ при сравнении между группами (по точному критерию Фишера)

Методы исследования, диагностика «трудных» дуоденальных язв и их осложнений

Всем пациентам выполнялись общеклинические и биохимические анализы крови и мочи. Исследование уровня общего белка в крови проводилась путем проведения биуретовой реакции, а глобулиновых фракций по способу I.Hull, W. Cord в усовершенствовании Крюковым С.А. (1962). Исследование уровня содержания мочевины в крови выполнялось диацетилмоновым способом, исследование уровня содержания билирубина проводилось по способу Ендрассика-Грофа. Изучения состояния гемостаза исследовались определения показатели времени свертывания по методу Ли-Уайта, а также показатели времени рекальцификации плазмы по методу Бергергарда-Рока. Показатели толерантности плазмы к гепарину определяли способом Сутта, уровень содержания фибриногена по способом Рутберга и показатели фибринолитической активности крови определялись по методу Ковальского-Нивермского.

УЗ-исследования проводилась УЗ-оборудование немецкого производства "Toshiba" и "Siemens - CV-70", содержащие линейные и фазированные датчики, рабочая частота которых составляет 3,5 и 5 МГц. Рентгенологическое исследование проводилась с использованием цифрового рентгенологического оборудования производства «Stephanix». Фиброгастродуоденоскопическое исследование (ФГДС), проводилась аппаратом «Olympus». Исследование двигательной-эвакуаторной функции ДПК и выраженности интрадуоденального давления проводилась путём поэтажной монотрии с использованием способа открытого катетера. МРТ-исследование, проводилась с оборудованием «Magnetom cancerto» производства Siemens. КТ-исследование – на аппарате Somatom plus 4 производства "Siemens".

Для исследования показателей содержания в крови серотонина (5-гидроокситриптамина) использовался флюорометрический способ путем проведения реакции с диальдегидом (Камышиков В.С., 2009).

Статический анализа полученных данных выполнялся с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft). Для оценки нормальности распределения выборки использовались критерии Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Все количественные показатели представлены в виде среднего значения (M) и его стандартной ошибки (m), для качественных высчитывались доли (%). При сравнении между двумя независимыми группами по количественным показателям

использовался U-критерий Манна-Уитни, при множественных сравнениях использовался H-критерий Крускала-Уоллиса. При сравнении между независимыми группами по качественным показателям применялся критерий χ^2 и точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСЛЕДОВАНИЯ

У пациентов с «трудными» язвами ДПК отмечается наличие анемии средней и тяжелой степени выраженности, а также снижение уровня общего белка выраженности, которых отличаются от пациентов с «трудными» перфорирующими и пенетрирующими язвами ДПК (таблица 3).

Наоборот, у пациентов с «трудными» язвами ДПК, осложненными дуоденальными кровотечениями и пилородуоденостенозом, при сравнении с другими осложнениями, отмечалось повышение уровня остаточного азота - $77,6 \pm 3,2$ мкмоль/л и $83,6 \pm 3,1$ мкмоль/л, мочевины - $11,6 \pm 1,3$ мкмоль/л и $13,3 \pm 1,2$ мкмоль/л, соответственно.

Таблица 3. Некоторые показатели красной крови и биохимических анализах у с «трудными» дуоденальными язвами

Показатель	Здоровые (n=20)	Характер осложнений				p
		перфорация	пенетрация	ПДС	Кровотечение	
Эритроциты ($\times 10^{12}$ /л)	$4,7 \pm 0,7$	$4,3 \pm 0,5$	$3,9 \pm 0,4^*$	$3,6 \pm 0,6^*$	$3,1 \pm 0,6^{**}$	<0,01
Гемоглобин (г/л)	$139,8 \pm 3,5$	$128,9 \pm 3,3$	$117,6 \pm 3,2^{**}$	$105,2 \pm 2,8^{***}$	$92,2 \pm 2,8^{****}$	<0,001
Общий белок, (г/л)	$64,1 \pm 3,2$	$62,8 \pm 2,4$	$59,3 \pm 1,7^*$	$54,2 \pm 1,9^{**}$	$56,2 \pm 1,6^*$	<0,05
Остаточный азот, (мкмоль/л)	$42,5 \pm 2,6$	$46,2 \pm 2,4$	$54,4 \pm 2,1^{**}$	$83,6 \pm 3,1^{****}$	$77,6 \pm 3,2^{***}$	<0,001
Мочевина (мкмоль/л)	$6,07 \pm 0,3$	$9,6 \pm 1,7^*$	$11,5 \pm 1,3^{**}$	$13,3 \pm 1,2^{***}$	$11,6 \pm 1,3^{**}$	<0,01
Креатинин, (мкмоль/л)	$95,6 \pm 5,2$	$112,1 \pm 3,2^{**}$	$114,2 \pm 3,2^{**}$	$124,3 \pm 2,8^{**}$	$123,3 \pm 2,3^*$	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между видами осложнений (по H-критерию Крускала-Уоллиса); * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ – при сравнении с группой здоровых лиц (по U-критерию Манна-Уитни)

Одной из наиболее значимых причин развития дуоденальной язвы является хеликобактер пилори, для определения которого проведена определения уреазного теста. При этом выполнялась

биопсия слизистой антрального участка желудка, взятый материал помещали в уреазный бульён, в котором содержится 2% раствор в мочеvine и 0,001% фенолового красного. После этого сразу же материал для инкубации на полчаса помещался в термостат при температуре 37°C. По завершении изучали характер изменения окрашивания исследуемой среды. В случае появления розового либо красного цвета судили о наличии хеликобактер пилори (HPO, то есть реакция позитивная), появление желтой окраски свидетельствовало об отсутствии хеликобактер пилори – тест негативный. Уровень выраженности инфицирования определяли при уреазной пробе следующим образом: «+++» - при наблюдении реакции в течение получаса, «++» - при наблюдении реакции до 120 минут, «+» - при наблюдении реакции до 1 суток, «-» - наличие реакции не наблюдается. Исследования на наличие хеликобактера в дуоденальной слизистой выполнялись у 53 пациентов с «трудными» язвами ДПК, при этом в 37 случаях результаты исследования оказались положительными (таблица 4).

Чаще всего положительные пробы на наличие хеликобактера отмечались среди пациентов с «трудными» язвами ДПК в сочетании с пилородуоденостенозом (в 24 случаях). Среди 8 больных с язвами ДПК, осложненными пенетрацией, данный тест оказался положительным в 7 случаях, а среди 11 больных с язвами ДПК, осложненными кровотечениями, наличие хеликобактера было установлено у 6 пациентов. Наличие выраженного и умеренно выраженного хеликобактериоза среди наблюдаемых больных было установлено в 12 и 18 случаях, соответственно, а легкой выраженности - у 15 больных. Согласно полученным нами данным, на фоне усугубления степени тяжести язвенного процесса возрастает и степень выраженности хеликобактериоза.

Среди лучевых инструментальных методов диагностики пациентов с «трудными» дуоденальными язвами комплексные рентгенологические методы исследования считаются наиболее информативным. Данные исследования были выполнены 93 (89,4%) больным обеих групп. В 8 (7,7%) случаях было обнаружено наличие «ниши» в ДПК .

Таблица 4. Уровень выраженности хеликобактериоза у пациентов с «трудными» язвами ДПК (n=37)

Группа больных	Степень тяжести хеликобак- териоза			P
	I (легкая) степень	II (средняя) степень	III (тяжелая) степень	
Пилородуоденальный стеноз (n=24)	6 (25,0%)	11 (45,8%)	7 (29,2%)	>0,05
Пенетрирующие язвы (n=7)	1 (14,3%)	4 (57,1%)	2 (28,6%)	>0,05
Кровоточащие дуоденальные язвы (n=6)	1 (16,7%)	3 (50,0%)	2 (33,3%)	>0,05
p_2	>0,05	>0,05	>0,05	
Всего	8	18	11	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между степенями тяжести; p_2 – между видами осложнения (по Q -критерию Кохрена)

Рентгенологическое исследование играет большую роль в диагностике пилородуоденостеноза. В ранних стадиях пилородуоденостеноза наблюдалось умеренное расширение размеров желудка, а также его гипотонус. При этом натощак в большинстве случаев в желудке наблюдалось наличие жидкости на фоне ослабления перистальтических движений. По мере прогрессирования язвенной болезни и тяжести стеноза в стадии суб- и декомпенсации скорость опорожнения сульфата бария из желудка замедлялась. Также при наличии клинических признаков перфорации дуоденальных язв проводили обзорную рентгенографию брюшной полости, при которой обнаруживалось наличие свободного газа под диафрагмальным куполом с права.

Эндоскопическое исследование выполнялся у всех 104 (100%) наблюдаемых пациентов. У 69 пациентов исследования выполнялись в плановом порядке, а 35 пациентов – в экстренном порядке. При этом в 18 случаях было обнаружено наличие кровоточащей дуоденальной язвы. В 13 случаях из-за отсутствия эффекта от проведения эндоскопического гемостаза и применения консервативной терапии пациентам были выполнены неотложные хирургические вмешательства. У 62 пациентов с пилородуоденостенозом при проведении ФГДС были обнаружены признаки эктазии привратникового отдела желудка. Метод позволяет

наряду с диагностированием язвы и наличия патологических изменений в стенках желудка и ДПК, определит характер осложнения основного заболевания.

УЗ-исследование было выполнено у 63 (60,5%) наблюдаемых пациентов. У 8 (7,7%) пациентов с размерами язвы не более 10 мм был обнаружен такой УЗ-симптом ЯБ, как «выхождение» язвенного дефекта за пределы стенки двенадцатиперстной кишки. Среди 14 больных с размерами язвы более 10 мм указанный симптом был обнаружен в 100% случаев. При язвенных дефектах глубиной более 10 мм вышеуказанный признак наблюдался в 5 случаях, а при язвах глубиной от 5 до 10 мм такая картина не наблюдалась. У 6 больных с язвами глубиной более 25 мм невозможным являлось полноценное определение дуоденальных стенок. Необходимо подчеркнуть, что определение того или иного УЗ-симптома зависит как от размеров язвы, так и от ее глубины, при этом чем больше глубина язвы, тем более четким является УЗ-симптом. Возможность визуального наблюдения третьего эхографического (серозного) слоя дуоденальной стенки наблюдалась у 5 больных с глубиной язвенного дефекта более 15 мм, что свидетельствовало пенетрирующем осложнении язв.

При проведении УЗ-исследования у 3 пациентов с глубокой пенетрацией язвенного дефекта в головку поджелудочной железы были выявлены признаки хронического индуративного панкреатита. У 11 пациентов с декомпенсированной формой дуоденостеноза при проведении УЗ-исследования в желудочном просвете было обнаружено наличие жидкости в большом объеме, увеличение толщины стенок желудка, ослабление перистальтических движений.

У пациентов с «трудными» язвами ДПК, пенетрирующими в головку поджелудочной железы в сочетании с наличием хронического индуративного панкреатита выполнялось КТ-исследование поджелудочной железы. С помощью КТ-исследования поджелудочной железы можно обнаружить наличие патологических изменений в паренхиме его головки. Также при проведении КТ-исследования можно определить глубину пенетрации язвы в соседние органы. Так, глубина пенетрации язвы в 4 случаях составляла от 1 до 4 мм, в 3-х случаях она составляла от 5 до 10мм, а в 3 наблюдениях эта глубина составляла более 10 мм. МРТ и КТ выполнялись сугубо с целью проведения дифдиагностики дуоденальной язвы с другими хирургическими патологиями органов абдоминальной полости. МРТ-исследование было выполнено у 5 пациентов, что позволило определить у них наличие морфологических изменений в паренхиме поджелудочной железы.

С целью измерения давления в желудок и двенадцатиперстной кишки, а также изучения характера расстройств двигательной-эвакуаторной функции желудка, у 48 (49,5%) пациентов с «трудными» дуоденальными язвами мы выполняли поэтажную манометрию с использованием способа открытого катетера (Табл. 5).

Поэтажную манометрию проведена методом открытого катетера (по Я.Д. Витебскому и соавт., 1980) для измерения внутридуоденального давления, имеющее важное значение в выборе метода и способа резекции желудка и профилактики несостоятельности швов культи ДПК.

При анализе полученных в 8 наблюдениях была диагностирована скрытая дуоденальная гипертензия, при котором в 5 случаях - локализацией язвы была в луковице двенадцатиперстной кишки и в 3 случаях - в постбульбарном отделе ДПК.

Таблица 5. Результаты поэтажной манометрии у больных с «трудными» дуоденальными язвами (n=48)

Тип манометрической кривой	Локализация язвы				p
	Язва луковицы 12-перстной кишки (n=30)		Постбульбарный отдел 12-перстной кишки (n=18)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Нормальная кривая	22	78,3	12	66,7	>0,05
Скрытая дуоденальная гипертензия	5	16,7	3	16,7	>0,05
Изолированная дуоденальная гипертензия	0	0,0	1	5,6	>0,05
Изолированная дуоденальная гипертензия со сбросом в желудок	2	6,7	0	0,0	>0,05
Дуоденостаз	1	3,3	2	11,1	>0,05
Всего	30	100,0	18	100,0	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Стоит отметить, что базальное давление во всех органах, включая ДПК, соответствовало норме, а при применении нагрузки была отмечена стойкое увеличение дуоденального давления, наблюдавшееся более 40 минут. После применения нагрузки наблюдалось нарастание дуоденальной гипертензии до высоких

показателей, которые сохранялись в течение получаса, при этом внутрипросветное давление в желудке и пищеводе оставалось в пределах нормы. У двоих пациентов с язвами, расположенными в бульбарном отделе ДПК было установлено наличие внутридуоденальной гипертензии со сбросом в желудок. При этом уровень внутрипросветного давления в пищеводе и тощей кишке соответствовал нормальным значениям. В 3 наблюдениях у пациентов с «трудными» язвами ДПК выявлено наличие дуоденостаза, т.е. у 2 (%) больных с язвой постбульбарной локализации и у 1 (%) - язвой луковицы двенадцатиперстной кишки. При этом внутриполостное давление во всех отделах было снижено.

При ретроспективном анализе историй болезни пациентов контрольной группы (n=51) выяснено, что для лечения, которых выполнялись различные варианты резекция желудка и общеизвестные методы обработки культи двенадцатиперстной кишки (таблица 6).

Таблица 6. Характер выполненных оперативных вмешательств у пациентов контрольной группы с «трудными» язвами ДПК (n=51)

Название операции	Количество	%
Резекция желудка по Бильрот II	22	43,1
Резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера- Финстерера	25	49,0
Резекция желудка по Ру. СтВ.	4	7,9
Всего	51	100

В 15 (29,4%) наблюдениях после проведения различных вариантов резекция желудка у больных контрольной группы (n=51) в различные сроки в раннем послеоперационном периоде осложнилось НШДК (таблица 7).

Таблица 7. Сроки развития НШДК после проведения первичной операции у больных контрольной группы (n=15)

Сроки развития НШДК	Абс.	%
До 2 суток	3	20,0
От 3 до 6 суток	5	33,3
От 7 до 11 суток	7	46,7
Всего	15	100

Установлена ряд факторов (причины), непосредственно влияющие на развитие НШДК, которые приведены в таблице 8.

Таблица 8. Основные причины развития НШДК после резекции желудка у больных с «трудными» дуоденальными язвами

Причины развития НШДК	Частота	%
Наличие некомпенсированного или некоррегированного до операции анемии и гипопротеинемии (экстренные операции)	6	40
Нерациональный объём и способ первичной проведенной операции (обработки культи ДПК)	4	26,7
Грубые рубцовые изменения в периульцерозной зоне (затрудняют обработку культи ДПК)	7	46,7
Развитие послеоперационного панкреатита, вследствие грубых оперативных вмешательств	4	26,7
Сочетание двух и более осложнений язвенной болезни	3	20

***Примечание:** У одного больного одновременно имело место один и более причины развития НШДК.*

Учитывая вышесказанного, в наших наблюдениях хирургические вмешательства, как правило, были направлены на ликвидацию развившихся осложнений язв, а также на оптимальную и надёжную обработку культи двенадцатиперстной кишки после выполнения резекции желудка (таблица 9).

Таблица 9. Характер хирургических вмешательств у пациентов основной группы с «трудными» язвах ДПК (n=53)

Название операции	Абс.	%
Резекция желудка по Бильрот II	21	39,6
Резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера- Финстерера	27	50,9
Резекция желудка по Ру. СтВ.	5	9,4
Всего	53	100

При выполнении резекции желудка по методу Бильрот II в различных модификациях у пациентов с «трудными» язвами ДПК нередко возникают трудности с обработкой культи двенадцатиперстной кишки, в связи с чем нами в клинике была разработана и усовершенствована методика обработки культи ДПК (**рац. удост №3405/R620 от 18.11.2014 г.**). Суть разработанного способа заключается в том, что на неё первым рядом, не снимая зажим, накладывали II – образные швы и затягивали их. Вторым рядом накладывался полукисетный шов и затягивали его, в месте

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

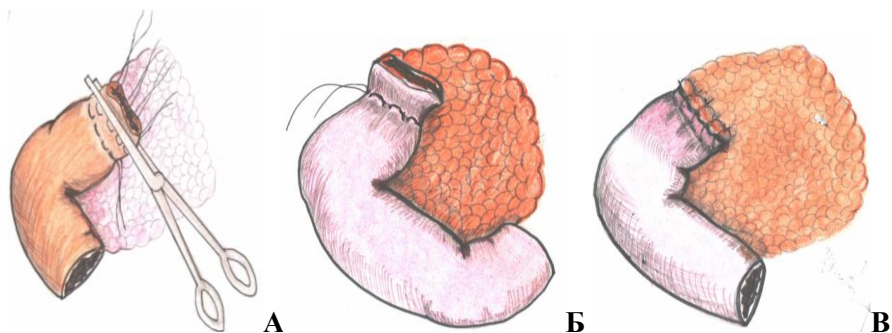


Рисунок 1. – Этапы обработки культи двенадцати-перстной кишки при «трудных» дуоденальных язвах

По предложенной методике оперировано 29 больных с удовлетворительными результатами.

Для улучшения результатов оперативного лечения пациентов с «трудными» язвами ДПК постбульбарной локализации разработана способ обработки культи двенадцатиперстной кишки при «трудных» низкорасположенных постбульбарных дуоденальных язвах (**рац. удост. № 3405/R620 от 24.12.2014 г.**).

Данный метод применяется при «трудных» низко расположенных язвах, когда остается короткая культя, сложно поддающаяся обработке после выполнения резекции желудка по методу Бильрот II. При этом на короткую культю двенадцатиперстной кишки со стороны просвета кишки накладывається кيسетный шов с захватом слизистой и мышечных слоев, и затягивается. Вторым рядом накладываются узловые швы с подшиванием передней поверхности капсулы поджелудочной железы к культю двенадцатиперстной кишки. Далее проводится назодуоденальное зондирование для декомпрессии культи двенадцатиперстной кишки, что позволяет добиться хорошей герметичности при закрытии короткой культи двенадцатиперстной кишки, для профилактики несостоятельности швов выполняется декомпрессия культи (рисунок 2 А, Б и В).

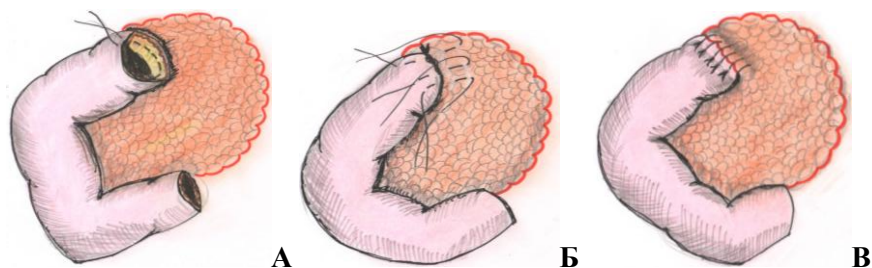


Рисунок 2. – Этапы обработки культи двенадцатиперстной кишки при низкорасположенных неудаляемых постбульбарных дуоденальных язвах

По предложенной методике оперировано 24 больных. Предложенный способ повышения надёжности и герметичности линия швов дуоденальной культи.

Также с целью профилактики несостоятельности швов культи ДПК нами в клинике разработан способ лазерной стимуляции дуоденальной культи после проведения резекции желудка по методу Бильрот II (рац. удост. №3483/R698 от 04.12.2015г.).

Суть данного способа заключается в том, что пациентам с «трудными» язвами ДПК после выполнения резекции желудка по методу Бильрот II в комплексном лечении применялась чрездренажная лазеротерапия остаточной полости с использованием геллий-неонового лазера (аппарат ЛГН-113), волновой длиной 632,8 мкм и с выходной лучевой мощностью в 15 мВт. При проведении данной процедуры применялся моноволоконный световод, выходная мощность на котором поддерживалась на уровне 100 мВт/см². Данный световод по дренажу подводили к дуоденальной культе под УЗ-мониторингом. Длительность процедуры составляла 30 минут. Данную лазеротерапию применяли каждый день на протяжении 10-12 суток. У всех больных в динамике курса лечения с использованием чрездренажная лазеротерапия на 3 - 6 и 14 сутки послеоперационного периода проведены динамическое УЗ исследования. О динамике лечения судили на основании клиничко-лабораторных показателей.

Клинические исследования показали у больных в послеоперационном периоде болевые ощущения которые проходили на 5 - 6 день и интрадуоденальное давления были в пределах нормы. Не в одном случае не было несостоятельности швов дуоденальной культи.

Результаты исследования показывают, что у пациентов с «трудными» язвами ДПК при резекции желудка, сопровождающейся травматизацией ДПК, в дальнейшем наблюдается транзиторное уменьшение выработки ЕС-клетками серотонина в дуоденальной слизи, что в последующем становится причиной нарушения моторно-эвакуаторной функции и развития функционального дуоденостаза. В раннем послеоперационном периоде в 26 (%) случаях их 53 пациентов развился функциональный дуоденостаз (таблица 10).

Таблица 10. Распределение больных с функциональным дуоденостазом (n=26)

Стадии функционального дуоденостаза	Количество	%
Компенсация	7	
Субкомпенсация	11	
Декомпенсация	8	
Всего	26	100

Для понимания сущности некоторых патогенетических аспектов развития функционального дуоденостаза в раннем послеоперационном периоде были изучены показатели уровня серотонина в сыворотке крови и показатели интрадуоденального давления при различных стадиях функционального дуоденостаза (таблица 11).

Таблица 11. Показатели уровень серотонина в крови при различных стадиях функционального дуоденостаза

Стадия дуоденостаза	Содержание серотонина в крови, мкмоль/л
Компенсация (n=7)	0,7±0,11
Субкомпенсация (n=11)	0,5±0,09
Декомпенсация (n=8)	0,3±0,12
p	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между стадиями (по H-критерию Крускала-Уоллиса)

На фоне усугубления тяжести течения заболевания и уменьшения показателей содержания серотонина в крови, продуцируемого ЕС-клетками двенадцатиперстной кишки, регулирующих моторику тонкого кишечника, наблюдается и снижение двигательной-эвакуаторной функции ДПК и повышение интрадуоденального давления (таблица 12).

До операции показатели интрадуоденального давления в среднем составило в пределах нормы - 96,4±8,9 мм.вод.ст.

Таким образом, транзиторная серотониновая недостаточность в раннем послеоперационном периоде приводит к снижению моторики дуоденума с последующим развитием дуоденальной гипертензии и функционального дуоденостаза, что создаёт условия для натяжения линия швов, наложенных на культуру ДПК, и развития НШДК.

Таблица 12. Показатели интрадуоденального давления при различных стадиях функционального дуоденостаза

Стадия дуоденостаза	Показатели интрадуоденального давления, мм.вод.ст.
Компенсация (n=7)	183,4±9,2
Субкомпенсация (n=11)	230,8±13,6 $p_1 < 0,05$
Декомпенсация (n=8)	294,8±14,3 $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,05$
P	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между стадиями (по H -критерию Крускала-Уоллиса); p_1 - при сравнении с показателями в группе с компенсированной стадией, p_2 - при сравнении с показателями в группе с субкомпенсированной стадией (по U -критерию Манна-Уитни)

В целях снижения частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в клинике разработано и предложено способ медикаментозной профилактики НШДК после выполнения резекции желудка путем своевременной коррекции транзиторной серотониновой недостаточности (**рац. удост. №3491/R676 от 04.12.2015 г.**)

Суть разработанного способа заключается в том, что в раннем послеоперационном периоде (у 26 пациентов) в комплексном лечении 3 раза в сутки внутримышечно применялся препарат серотонина адипината в дозах по 1,0 мл ведением на протяжении 5-7 суток.

Также после операции по поводу резекций желудка по способу Бильрот II на последнем этапе операции проводилась катетеризация культуры ДПК с применением стерильных пластиковых катетеров. Для введения серотонина адипината (10 мг препарата на 50 мл физраствора) использовался микродозный струйный насос SN-50. Данный препарат вводился через установленный катетер по 2 раза в сутки при средней скорости 10 мл в час, которая определялась индивидуально, с мониторингом АД до момента достижения стабилизации, а у пациентов с признаками пареза кишечника - до

момента появления либо улучшения кишечной перистальтики, нормализации двигательной-эвакуаторной функции кишечника.

Необходимо отметить, что кроме развития НШДК также имело место развития и других осложнений, которые приведены в табл. 13.

Таблица 13. Сравнительная оценка ранних послеоперационных осложнений по Clavien –Dindo у больных контрольной и основной группы (n=104)

Степень осложнения по Clavien – Dindo	Характер осложнений	Основная группа (n=53)		Контрольная группа (n=51)		p
		Абс.	%	Абс	%	
II	Нагноение лапаротомной раны	2	3,7	3	5,8	>0,05
	Послеоперационный парез кишечника	3	5,6	4	7,8	>0,05
	Послеоперационный панкреатит	4	7,4	5	9,8	>0,05
III	Внутрибрюшные абсцессы	0	0,0	1	1,9	>0,05
	Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения	0	0,0	1	1,9	>0,05
	НШДК	0	0,0	15	29,4	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Летальный исход у больных контрольной группы (n=51) наступил в 5 (9,8%) случаях, причинами которых являлся продолжающегося послеоперационного перитонита с выраженной эндогенной интоксикации (n=2) и прогрессирования полиорганной недостаточности (n=3), в то время как такого исхода у больных основной группы наблюдался в 1 (1,8%) случае, причиной которого являлся острый инфаркт миокарда.

Таким образом, применение разработанных и усовершенствованных способов обработки «трудной» культы ДПК, а также проведением чрездренажной лазерной стимуляции культы ДПК и комплексного консервативного патогенетически обоснованного метода лечения, направленного на профилактику НШДК после резекции желудка, позволяет снизить частоту развития ранних

послеоперационных осложнений и летальности у больных с «трудными» дуоденальными язвами.

ВЫВОДЫ

1. Частота развития НШДК у больных с «трудными» дуоденальными язвами составляет 29,4%. Наиболее значимыми причинами, способствующими к развитию НШДК после резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв, являются: некомпенсированный или некорректированный до операции анемии и гипопроотеинемии – 40%, нерациональный и необоснованный объём и способ первичной проведенной операции, т.е. обработки культи ДПК – 26,7%, грубые рубцово-спаечные процессы в периульцерозной зоне и ДПК – 46,7%, развитие послеоперационного панкреатита – 26,7% и сочетание двух и более осложнений дуоденальной язвы – 20%. [1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 5-А,]

2. Пусковым механизмом развития НШДК после резекции желудка является транзиторная серотониновая недостаточность, способствующую развитию функционального дуоденостаза и повышение интрадуоденального давления на фоне снижения моторно-эвакуаторной функции ДПК. [1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 5-А,]

3. При «трудных» дуоденальных язвах оправданием является выполнение первичной резекции желудка по Бильрот-2 и её модификациях или по Ру с обязательным выполнением обработки культи ДПК по разработанные и усовершенствованные методики. [8-А, 9-А, 10-А, 11-А].

4. Строгое применение дифференцированной, патогенетически обоснованной хирургической тактики с применением комплекса консервативного лечения в каждом конкретном случае у больных с «трудными» дуоденальными язвами способствовало снижению частоты ранних послеоперационных внутрибрюшных и раневых осложнений на 16,9% и летальных исходов на 1,8%, а развития НШДК до минимума по сравнению с пациентами контрольной группы, где послеоперационные осложнения в целом составило в 56,8% и летальных исходов – 13,7%, а развитии НШДК наблюдалось в 29,4%. [6-А, 7-А, 3-А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Профилактика НШДК должна включать обоснованный выбор объема и способа обработки культи ДПК, строгое соблюдение техники ее выполнения, нутритивную поддержку и коррекцию гомеостаза с учетом выраженности их нарушений в пред- и послеоперационном периоде.

2. Для своевременной профилактики риска развития НШДК рекомендуется целесообразно проведение исследования уровня серотонина крови и поэтажную манометрия в раннем послеоперационном периоде.

3. Для профилактики НШДК при «трудных» низкорасположенных дуоденальных язвах целесообразно выполнение разработанного способа обработки культи ДПК с назодуоденальным зондированием для её декомпрессии

4. С целью снижения частота послеоперационных гнойно-воспалительных процессов в зоне обработанной культи ДПК и быстрому её заживлению целесообразно проведение разработанного способа лазерной стимуляции культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот-II.

5. Для профилактики несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки при «трудных» дуоденальных язвах целесообразно включение серотонина адипината для своевременной коррекции транзиторной серотониновой недостаточности и восстановлении моторики двенадцатиперстной кишки.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИСЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А] Абдуллоев С.Х. Диагностика и лечение несостоятельности дуоденальной культи после резекции желудка по Бильрот-2 /Абдуллозода, Дж.А., Сайфуддинов Ш.Ш.// Здоровоохранение Таджикистана. - 2019. - № 2 – С. 77-86.

[2-А] Абдуллоев С.Х. Повышение герметичности культи двенадцатиперстной кишки при “трудных” дуоденальных язвах/ Абдуллозода, Дж.А., Рузбойзода К.Р., Билолов М.К.// Здоровоохранение Таджикистана. - 2022. - № 1 – С.5-11.

[3-А] Абдуллоев С.Х. Профилактика несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка./ Абдуллозода, Дж.А., Рузбойзода К.Р., Билолов М.К.// Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2022. - № 2. - С. 5-11.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

[4-А] Абдуллоев С.Х. Эрадикационная терапия в комплексной терапии перфоративных язв. /Сайдалиев Ш.Ш., Холматов П.К.// Сборник научных трудов кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». - Душанбе, 2014. – С. 144-145.

[5-А] Абдуллоев С.Х. Профилактика несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка по Бильрот – II /Билолов М.К. // Сборник материалов конференции кафедры хирургических

болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую прак-тику». – Душанбе, 2015. – С. 95.

[6-А] Абдуллоев С.Х. Способы профилактики несостоятельности швов дуоденальной культы после резекции желудка по Бильрот – II /Абдуллозода, Дж.А., Сайфуудинов Ш.Ш // Вестник медицинского комплекса «Истиклол». – 2018. - № 4. – С. 11-14

[7-А] Абдуллоев С.Х.. Комплексная диагностика и оперативное лечение пилорoduоденального стеноза в сочетании с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки. /Сайдалиев, Ш.Ш., Халимов Ч.С., Ашуров Д.М., // Материалы IV Международной научно-практической конференции «Наука и технологии». – Алматы, 2022. – С. 33 - 39

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

[8-А] Абдуллоев С.Х. Способ обработки культы двенадцатиперстной кишки при низко расположенных язвах двенадцатиперстной кишки./ Абдуллозода, Дж.А.,// Выдано отделом науки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». 18.11.2014 г. №3405/R 620

[9-А] Абдуллоев С.Х. Способ обработки культы двенадцатиперстной кишки. 621./ Абдуллозода, Дж.А.,// Выдано отделом науки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» 18.11.2014 г. №3406/R

[10-А] Абдуллоев С.Х. Способ медикаментозной стимуляции культы двенадцатиперстной кишки после резекции желудка. /Абдуллозода, Дж.А.,// Выдано отделом науки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» 04.12.2015 г. №3491/R 676

[11-А] Абдуллоев С.Х. Способ чрездренажной лазерной стимуляции культы двенадцатиперстной кишки после резекции желудка. /Абдуллозода, Дж.А.,// Выдано отделом науки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» 04.12.2015 г. №3483/R 698

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БДС – большой дуоденальный сосочек
ГУ ГЦ СМП – государственное учреждение городской центр
скорой медицинской помощи
ДПК – двенадцатиперстная кишка
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
КТ – компьютерная томография
МЗ и СЗН – Министерства здравоохранения и социальной
защиты населения
МРТ – магнитно-резонансная томография
НШДК – несостоятельность швов дуоденальной культи
ОЦК – объём циркулирующей крови
РТ - Республика Таджикистан
ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФГДС – фиброгастродуоденоскопия
ХНДП – хроническое нарушение дуоденальной проходимости
ЯБ – язвенная болезнь

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШКАДАИ
ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ СОҲАИ
ТИББИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

УДК: 616.342-002.44-089

Бо ҳуқуқи дастнавис

**АБДУЛЛОЕВ
СУЛАЙМОН ХАЛИФАЕВИЧ**

**ПЕШГИРӢ ВА ТАБОБАТИ НОРАСОИИ ДАРЗҲОИ
МУНЧАИ РӮДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА ДАР ҶАРРОҲИИ
РЕШҲОИ «ДУШВОРИ» ДУОДЕНАЛИ**

14.01.17 - Ҷарроҳӣ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т И
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи
илмии номзади илмҳои тиббӣ

Душанбе 2023

Таҳқиқот дар кафедраи ҷарроҳии Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро шудааст.

Рохбари илмӣ: **Абдуллозода Ҷамолиддин Абдулло** – доктори илмҳои тиббӣ, профессор

Муқарризи расмӣ: **Раҳматуллоев Раҳимҷон** - доктори илмҳои тиббӣ, директори ҶСП” Маркази ташхисӣ-табобати Вароруд” –и ВТ ва ҲИА ҶТ.
Амонов Шухрат Шодиевич доктори илмҳои тиббӣ, ходими калони илмии Муассисаи Давлатии «Маркази Ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо» ВТ ва ҲИА ҶТ.

Муассисаи тақриздиханда: Муассисаи давлатии таълимии «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерология» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ҳимояи диссертатсия «_____» _____ с.2023 соати _____ дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 73.2.009.01 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо суроғаи: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31 ва сомонаи расмӣ www.tajmedun.tj. шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ с.2023 ирсол шудааст.

Котиби илмии шӯрои диссертатсионӣ, доктори илмҳои тиб.

Шарипов А.М.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. То имрӯз дар табобати чарроҳии бемории решӣ (БР) бо ҷойгиршавии гуногуни решҳо, таҷрибаи зиёд ҷамъ оварда шудааст [Griffiths E.A. et al., 2017]. Бо вучуди ин, имрӯз як қатор масъалаҳо оид ба хусусиятҳои ташхис ва табобати аворизи решӣ "душвори"-и дуоденалӣ, ҷойгиршавиашон ҳам булбарӣ ва ҳам постбулбарӣ, ҳалношуда боқӣ мондаанд. Маълумот дар бораи гирифтормаҷмаъа ба решӣ дуоденалии постбулбарӣ ба таври назаррас фарқ мекунад. Басомади онҳо дар байни ҳамаи захми решӣ дуоденалӣ 3,6-11% ташкил медиҳад [Дибиров М.Д. ва диг., 2014; Курбонов К.М. ва диг., 2016; Thorsen K. et al., 2016].

То имрӯз маълумотҳои адабиёти ҷаҳонӣ нишон медиҳанд, ки дар амалияи клиникӣ ҷорӣ намудани маҷмаъаи табобати муосири консервативии зиддирешӣ дар беморони гирифтормаҷмаъа ба решӣ дуоденалӣ ба паст шудани басомади амалиётҳои чарроҳии фаврӣ ва нақшавии меъда, дар намуди резексияи он, мусоидат кардааст. Аммо истифодабарии доруҳои зиддирешӣ аз иҷроиши резексияи меъда озод намесозад, бахусус дар беморони гирифтормаҷмаъа ба решӣ "душвори"-и рӯдаи дувоздаҳангушта, яъне решӣ оризадоршуда. [Гулов М.Қ. ва диг., 2012; Қодиров Ф.Д., 2016; Кубачёв К.Г. ва диг., 2017; Tsuei B.J. ва диг., 2014].

Яке аз оризаҳои ҷиддие, ки метавонад дар давраи бармаҳали пасазчарроҳӣ ба вучуд ояд, ин норасоии дарзҳои мунҷаи дуоденум (НДМД) аст, ки боиси инкишофи перитонит мегардад, ки дар он фаътнокӣ 46-70 %-ро ташкил медиҳад [Қодиров Д.М. ва диг., 2014; Yabancı P. et al., 2018].

Дар робита ба ин, зарур дониста мешавад, ки коркарди тарҳи маҷмаъаи ҷорабиниҳо, ки таъсири асосӣ ба сабабҳои асосии аворизро дар бар мегирад, ки дар навбати аввал суғуш шудани обияткашии мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта бо баланд шудани фишори дохили он ва хатогиҳои ҳангоми дӯхтани онро дар бар мегирад.

Далелҳои дар боло зикршуда аз мубрамияти душвориоти пешгирии НДМД пас аз резексияи меъда ва ташаккули дастии мунҷаи "душвори" ҳастанд, ки зарурати чунин таҳқиқотро муайян мекунанд.

Мақсади таҳқиқот - Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати чарроҳии решҳои «душвори» дуоденалӣ тариқи пешгирии норасоии дарзҳои мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши басомад ва сабабҳои асосии инкишофи норасоии дарзҳои мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта резексияи меъда ҳангоми решӣ «душвори» рӯдаи дувоздаҳангушта.

2. Нақши норасоии серотонин ва баланд шудани фишори дохилидуоденалӣ дар инкишофи НДМД омӯхта шавад ва дар асоси он усулҳои патогенетикии пешгирӣ ва табоат таҳия карда шавад.

3. Усулҳои тақмилдошудаи коркарди мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта, ки ба коҳишёбии басомади НДМД мусоидат мекунад, пешниҳод карда шаванд.

4. Натиҷаҳои бевоситаи пешгирӣ ва муолиҷаи комплекси беморони гирифтори реши «душвори» рӯдаи дувоздаҳангушта таҳлил карда шаванд.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Дар асоси маводи калони клиникӣ, басомад ва сабабҳои асосии инкишофи норасоии дарзҳои мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта пас аз резексияи меъда ҳангоми реши «душвори» дуоденалӣ омӯхта ва муайян карда шуданд. Иҷбот шудааст, ки коҳиши транзитории истеҳсоли серотонин аз ҷониби ЕС-ҳуҷайраҳои луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта дар давраи аввали пасазчарроҳӣ механизми пешбари патогенетикии инкишофи НДМД мебошад. Усули табобати консервативӣ ва пешгирии НДМД пешниҳод шудааст (Пешниҳоди беҳсозон №3491/R676 аз 04.12.2015). Усулҳои коркарди мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта ҳангоми решҳои «душвори» дуоденалӣ (Пешниҳоди беҳсозон № 3406/R621 аз 18.12.2014) ва решҳои пастҷойгиршудаи баргарафнашавандаи дуоденалӣ (Пешниҳоди беҳсозон № 3405/R620 аз 18.11.2014). барои пешгирӣ ва кам кардани басомади НДМД таҳия ва тақмил дода шудаанд. Усули ангиҷиши лазерии трансдренажии мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта пас аз резексияи меъда дар беморони гирифтори реши «душвори» рӯдаи дувоздаҳангушта пешниҳод шудааст (Пешниҳоди беҳсозон №3483/R698 аз 04.12.2015).

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Омӯзиши сабабҳои, ки ба инкишофи НДМД мусоидат мекунад имконият медиҳад, ки тактикаи асоснокшудаи табоат интиҳоб карда шавад, ки ба пешгирии он дар давраи пешазчарроҳӣ, пасазчарроҳӣ ва ҳангоми чарроҳии ибтидоӣ дар беморони гирифтори решҳои «душвори» дуоденалӣ нигаронида шудааст.

Усулҳои коркардшуда ва тақмилёфтаи маҷмӯи табобати чарроҳӣ ва консервативӣ имкон медиҳанд, ки муносибати тафриқавии табобати беморони гирифтори реши «душвори» дуоденалӣ барои пешгирии НДМД истифода шавад.

Нуктаҳои асосии ба ҷимоя пешниҳодшаванда.

1. Сабабҳои муҳимтарин, ки ба инкишофи НДМД пас аз резексияи меъда ҳангоми реши «душвори» рӯдаи дувоздаҳангушта мусоидат мекунад, инҳо мебошанд: камхунӣ ва гипопро테인емияи пеш аз чарроҳӣ ҷуброннашуда ё ислоҳнашаванда, ҳаҷм ва усули асоснокнашуда ва нооқилонаи чарроҳии ибтидоӣ, яъне коркарди

мунҷаи рӯдаи двоздаҳангушта, равандҳои дағали ҳадшакӣ-лиҳомӣ дар мавзеи атрофи пиёзаки рӯдаи дувоздаҳангушта ва маҷмуи ду ё зиёда оризаи реши дуоденалӣ.

2. Ташҳиси реши "душвори" дуоденалӣ бояд ҳамачониба бошад ва дар баробари усулҳои аз ҷониби умум эътирофшудаи лабораторӣ ва инструменталии тадқиқот аз ҷумла манометрияи қабат ба қабат ва муайян кардани сатҳи серотонин дар хунро дар бар гирад.

3. Истифодабарии усулҳои таҳияшуда ва такмилёфтаи коркарди мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта ҳангоми решҳои «душвори» рӯдаи дувоздаҳангушта герметикии онро зиёд карда, ҳавфи пайдоиши НДМД-ро кам мекунад.

4. Муносибати комплексие коркардшуда бо дарназардошти сабабҳо ва механизмҳои патогенетикӣ, ки ба инкишофи НДМД мусоидат мекунад, имкон дод, ки натиҷаҳои табобати беморони гирифтори решҳои «душвори» рӯдаи дувоздаҳангушта хеле беҳтар карда шаванд.

Ҷорӣ намудани натиҷаҳои таҳқиқот ба амалия.

Муқаррарот ва тавсияҳои таҳияшуда дар амалияи клиникӣ шӯъбаҳои ҷарроҳии МД МЁТТ ва МД Маҷмаи давлатии тандурустии «Истиқлол»-и шаҳри Душанбе татбиқ ва истифода шудаанд. Маводҳои кори илмӣ барои гузаронидани дарсҳои назариявӣ ва амалӣ бо магистрҳо, интернҳо ва ординатороне, ки дар кафедраи ҷарроҳии Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон», дар кафедраи ҷарроҳии умумӣ №2 ва кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М.Қурбонов Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» таҳсил мекунад, истифода бурда мешаванд.

Тасвиби маводҳои диссертатсия. Бахшҳои асосии кори диссертатсионӣ гузориш ва муҳокима карда шуданд: дар конференсияи илмӣ-амалии олимону донишҷӯёни ҷавон «Ҷорӣ намудани дастовардҳои илми тиб дар амалияи клиникӣ» ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (Душанбе, 2015), дар конфронси илмӣ-амалии «Гашаккули саломатии аҳоли: таҷрибаи байналмилалӣ ва милли» ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (Душанбе, 2015), дар Конфронси IV байналмилалӣ илмӣ-амалии олимону донишҷӯёни ҷавон «Илм ва технология» (Алмаато, 2022), дар ҷаласаи комиссияи байникафедравӣ оид ба фанҳои ҷарроҳии Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдазидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон» (протоколи № 12 аз 30 ноябри соли 2015).

Саҳми шахсии диссертант. Муаллифи рисола барои таҳлили маълумоти адабӣ оид ба масъалаи таҳқиқшаванда, ташаккули мақсад,

вазифаҳои таҳқиқотӣ ва роҳҳои асосии ҳалли онҳо масъул аст. Муаллиф шахсан дар муоинаи ҳамачониба, табобати чарроҳӣ ва назорати беш аз 80% беморони гирифтори реше “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта ширкат кардааст. Муаллиф мустақилона коркарди омории натиҷаҳои бадастомадаро анҷом додааст.

Интишорот. Дар асоси маводи таҳқиқотӣ 11 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 3 мақола дар маҷаллаҳои аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти ҶТ тақризшаванда, ки дар онҳо натиҷаҳои асосии илмии рисола барои дарёфти дараҷаи илмии номзад ва доктори илмҳои тиббӣ, инъикос ёфтаанд, ба таъб расидаанд. 4 шаҳодатномаи тақлифҳои беҳсозӣ гирифта шуд.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Рисола дар 147 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 3 боби таҳқиқоти ҳуди муаллиф, натиҷа, хулоса ва тавсияҳои амалӣ иборат аст. Нишондиҳандаи библиографӣ 191 манбаъро дар бар мегирад, ки 130-тоаш ба забони русӣ ва 61-тоаш ба забонҳои хориҷӣ мебошанд. Асар бо 21 ҷадвал ва 20 расм тасвир ёфтааст.

Тавсифи маводи клиникӣ

Аз соли 2011 то соли 2021 дар Муассисаи давлатии Маркази ёрии таъҷилии тиббии шаҳри Душанбе (директор – номзоди илмҳои тиб Абдурахимзода Б.И.) натиҷаи муоина ва табобати 104 нафар беморони гирифтори реше “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта омӯхта шудааст, дар онҳо усулҳои гуногуни чарроҳии резексияи меъда анҷом дода шуданд. Ҳамаи беморони мушоҳидашуда ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи назоратӣ (ретроспективӣ) 51 (49,0%) бемор дохил шуданд, ки бо истифода аз вариантҳои гуногуни ҳангоми муҳоҷилаҳои чарроҳӣ резексияи меъда ва усулҳои маъруфи коркарди мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта гузаронида шуданд. Ба гурӯҳи дуюми асосӣ (проспективӣ) 53 нафар (51,0%) беморон дохил карда шуданд, ки намудҳои гуногуни резексияи меъда аз сар гузаронидаанд ва бо мақсади пешгирии инкишофи норасоии дарзҳои мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта, усулҳои муқаммали коркарди он бо табобати комплекси патогенетикии консервативӣ анҷом дода шудаанд.

87 бемор (83,7%) – мард, 17 (16,3%) – зан. Синну соли 76 (73,1%) бемор аз 60-сола камтар, яъне синну соли қобили меҳнатро ташкил меод. Беморони аз 60-сола боло, яъне солхурдаҳо ва пиронсолон 28 (26,9%) нафарро ташкил доданд.

Таҳлили маълумоти клиникӣ нишон дод, ки аз 104 (100%) беморони гирифтори реше “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта, мавҷудияти тангшавии дуоденалӣ дар 62 нафар (59,6%), реше нуфузкардаи рӯдаи дувоздаҳангушта дар 8 (7,7%), хунравии рӯдаи дувоздаҳангушта – дар 11 (10,6%), суроҳшавии реше рӯдаи дувоздаҳангушта (постбулбарӣ, реше паст) - дар 4 (3,8%) нафар ва

дар 19 (18,3%) ҳолат оризаҳои омехтаи решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта ба вучуд омадаанд.

Дар байни ҳамаи 104 (100%) беморони гирифтори решҳои рӯдаи дувоздаҳангушта, дар 21 (20,1%) бемор мавҷудияти решҳои азими дуоденалӣ, ки бо иртишоҳи намоёни решҳои-ҳадшағӣ ҳамроҳ шудааст, ба қайд гирифта шуд.

Бояд қайд кард, ки барои интиҳоби усул ва ҳаҷми резексияи меъда, инчунин табобати мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта, ҷойгиршавии решҳои рӯдаи дувоздаҳангушта муҳим аст (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Вариантҳои ҷойгиршавии решҳои рӯдаи дувоздаҳангушта (n=104)

Ҷойгиршавии реш дар мавзеи рӯдаи дувоздаҳангушта	Миқдори беморон	
	n	%
Пиёзаки рӯдаи дувоздаҳангушта	76	73,1
Қисми постбулбарии рӯдаи дувоздаҳангушта	28	26,9
Ҳамагӣ	104	100,0

Дар 19 нафар беморони гирифтори решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта, якҷанд оризаҳои бемории реш ба қайд гирифта шуданд, ки ин ҳолатҳо барои гузаронидани усулҳои гуногуни амалиёти резексионӣ нишондод ҳисобида мешаванд (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Басомади аворизи омехта дар беморон бо решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта (n=19)

Авориз	Гурӯҳи контролӣ (n=11)	Гурӯҳи асосӣ (n=8)	Ҳамагӣ
Стенози пилородуоденалӣ дар якҷоягӣ бо пенетратсия	4	3	7
Стенози пилородуоденалӣ дар якҷоягӣ бо хунравӣ ва пенетратсия	1	1	2
Хунравӣ дар якҷоягӣ бо пенетратсия	2	1	3
Сӯрохшавӣ дар якҷоягӣ бо хунравӣ	1	1	2
Сӯрохшавӣ дар якҷоягӣ бо стеноз	3	2	5
Ҳамагӣ	11	8	19

Эзоҳ: $p > 0,05$ ҳангоми муқоиса байни гурӯҳҳо (аз рӯи меъёри дақиқи Фишер)

Аз 104 (100%) беморони гирифтори решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта дар 37 (35,5%) бемор мавҷудияти бемориҳои ҳамрави соматикӣ мушоҳида шудааст.

Усулҳои таҳқиқот, таҷрибаҳои решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта ва оризаҳои онҳо.

Ба ҳамаи беморон таҳлилҳои умумиозмоишӣ ва биокимиёвӣ хуну пешоб гузаронида шуд. Омӯзиши сатҳи сафедаи умумии хун тавассути гузаронидани реаксияи биуретӣ, омӯзиши фраксияҳои глобулинҳо аз рӯи усули И.Халл, В.Корд, ки С.А.Крюков тақдир додааст (1962), гузаронида шуд. Омӯзиши сатҳи мочевина дар хун бо усули диацетилмон, омӯзиши сатҳи билирубин бо усули Ендрассик-Гроф гузаронида шуд. Бо мақсади омӯختани ҳолати гемостаз индикаторҳои вақти коагулятсия бо усули Ли-Уайт, инчунин индикаторҳои вақти рекалсификатсияи плазма бо усули Бергергард-Рок омӯхта шуданд. Нишондиҳандаҳои таҳаммулпазирии плазма ба гепарин бо усули Сутта омӯхта, сатҳи таркиби фибриноген бо усули Рутберг ва нишондиҳандаҳои фаъолияти фибринолитикии хун бо усули Ковалский-Нивермский муайян карда шуданд. Илова бар ин, нишондиҳандаҳо ба монанди $AlAt$, $AsAt$ ва сатҳи ферментҳои гадуи зери меъда дар хун низ тафтиш карда шуданд. Таҷрибаи ултрасадоӣ тавассути таҷҳизоти ултрасадои истеҳсоли Олмон «Toshiba» ва «Siemens - CV-70» гузаронида шуд, ки дорои датчикҳои хатӣ ва марҳилавӣ, суръати кориашон 3,5 ва 5 МГц. мебошад. Таҷрибаи рентгени ковокии шикам тавассути таҷҳизоти рақамии рентгени истеҳсоли Фаронса «Стефаникс» гузаронида шуд. Муоинаи фиброгастроуденоскопӣ (ФГДС), бо истифода аз таҷҳизоти эндоскопии ширкати Чопонии Olympus ба роҳ монда шуд. Бо мақсади омӯختани вазифаи ҳаракатӣ-тахлиягии рӯдаи дувоздаҳангушта ва дараҷаи фишори дохили он ба беморони гирифтори решҳои «душвор» дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ ва баъди ҷарроҳӣ бо усули катетери кушод монометрияи қабат ба қабат гузаронида шуд. Зимни гузаронидани ТМР аз таҷҳизоти «Magnetom cancerto»-и истеҳсоли ширкати Siemens (Олмон) ва зимни гузаронидани ТК бошад, аз таҷҳизоти «Somatom plus 4»-и истеҳсоли ширкати «Siemens»-и истифода бурда шуд. Барои омӯзиши сатҳи серотонин (5-гидрокситриптамин) дар хун усули флюорометрӣ тавассути гузаронидани реаксия бо диальдегид истифода шуд (Камышиков В.С., 2009). Таҷрибаи омӯзиши маълумоти гирифташуда бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoft) анҷом дода шуд. Барои арзёбии муқаррарии тақсими намуна санҷишҳои Шапиро-Вилк ва Колмогоров-Смирнов истифода шуданд. Ҳама нишондиҳандаҳои миқдорӣ ҳамчун арзиши миёна (M) ва хатои стандартии он (m) пешниҳод карда мешаванд, барои нишондиҳандаҳои сифатӣ ҳиссаҳо (%) ҳисоб карда шуданд. Ҳангоми муқоисаи ду гурӯҳи мустақил барои нишондиҳандаҳои миқдорӣ санҷиши Манн-Уитни U ва барои

муқоисаи сершумор Н-меъёри Крускал-Уоллис истифода шудааст. Ҳангоми муқоисаи гурӯҳҳои мустақил аз рӯи нишондиҳандаҳои сифатӣ санҷиши χ^2 ва меъёри дақиқи Фишер истифода шудааст. Тафовутҳо дар $p < 0,05$ аз ҷиҳати омор муҳим ҳисобида шуданд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Мувофиқи натиҷаҳои ба даст овардашуда беморони гирифтори решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта камхунии дараҷаи миёна ва вазнин, инчунин пастшавии миқдори сафедаи умумӣ дар хун ба назар мерасад, ки дараҷаи тағйирёбии онҳо дар шахсони гирифтори сурухшавии захм ва захми нуфузнамуда фарқ менамоянд (Ҷадвали 3).

Баръакс, дар беморони гирифтори решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта, ки ба хунравии дуоденалӣ ва пилородуоденостенотоз мубтало шудаанд, дар муқоиса бо дигар авориз, зиёдшавии сатҳи нитрогени боқимонда - $77,6 \pm 3,2$ мкмоль/л ва $83,6 \pm 3,1$ мкмоль/л, мочевина - $11,6 \pm 1,3$ мкмоль/л ва $13,3 \pm 1,2$ мкмоль/л. ба мушоҳида мерасад.

Ҷадвали 3. Баъзе нишондиҳандаҳои таҳлили клиникӣ ва биохимиявӣ хун дар беморони гирифтори решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта

Нишондиҳанда	Солимон (n=20)	Хусусияти авориз				p
		Сурухшавӣ	Нуфузнамӣ	Стенози пилородуоденалӣ	Хунравӣ	
Эритроцитҳо ($\times 10^{12}/л$)	4,7 \pm 0,7	4,3 \pm 0,5	3,9 \pm 0,4*	3,6 \pm 0,6*	3,1 \pm 0,6***	<0,01
Гемоглобин (г/л)	139,8 \pm 3,5	128,9 \pm 3,3	117,6 \pm 3,2**	105,2 \pm 2,8***	92,2 \pm 2,8****	<0,001
Сафедаи умумӣ, (г/л)	64,1 \pm 3,2	62,8 \pm 2,4	59,3 \pm 1,7*	54,2 \pm 1,9***	56,2 \pm 1,6**	<0,05
Нитрогени боқимонда, (мкмоль/л)	42,5 \pm 2,6	46,2 \pm 2,4	54,4 \pm 2,1**	83,6 \pm 3,1****	77,6 \pm 3,2****	<0,001
Мочевина (мкмоль/л)	6,07 \pm 0,3	9,6 \pm 1,7*	11,5 \pm 1,3***	13,3 \pm 1,2****	11,6 \pm 1,3**	<0,01
Креатинин, (мкмоль/л)	95,6 \pm 5,2	112,1 \pm 3,2***	114,2 \pm 3,2***	124,3 \pm 2,8****	123,3 \pm 2,3****	<0,01

Эзоҳ: p – аҳамияти оморӣ фарқияти нишондиҳандаҳо байни намудҳои ориза (аз рӯи меъёри Крускал-Уоллис H); * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ - ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи шахсони солим (мувофиқи U-меъёри Манн-Уитни)

Яке аз сабабҳои муҳимтарини инкишофи решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта *Helicobacter pylori* мебошад, ки барои муаян намудани он усули баҳогузорӣ ба натиҷаи “санҷиши уреазӣ”

гузаронида шуд. Бо ин мақсад биоптат аз луобпардаи қисми антралии захми меъда гирифта шуда, он дар муҳити уреаздор (уреазный бульён) ки дорои 2% маҳлул дар мочевина ва 0,001% феноли сурх мебошад, андохта мешавад. Баъд аз ин дарҳол мавод дар термостати ҳарораташ 37°C мебошад ба мӯҳлати ним соат нигоҳдорӣ мегардад. Баъд аз гузашти ин вақт натиҷагузорӣ карда мешавад. Дар ҳолати ранги садбаргӣ ва ё сурх гирифтани мавод мавҷудияти хеликобактер тасдиқ карда мешавад (НРО, яъне аксуламал позитивӣ мебошад), пайдошавии ранги зард аз намудани хеликобактер шаҳодат медиҳад – санчиш негативӣ. Дарачаи вазнинии сироятдорӣ бо усули санчиши уреазӣ чунин баҳогузорӣ карда шуд: «+++» - зимни муаяннамویی аксуламал дар муддати ним соат, «++» - зимни муаяннамویی аксуламал дар муддати 120 дақиқа, «+» - зимни муаяннамویی аксуламал дар муддати 1 шабонарӯз, «-» - аксуламал ба мушоҳида нарасид. Таҳқиқотҳо оид ба мавҷудияти *Helicobacter* дар луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта дар 53 беморони гирифтори решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта гузаронида шуда, дар 37 ҳолат натиҷаҳои таҳқиқот мусбат буданд (Ҷадвали 4).

Дар байни беморони мушоҳидашуда мавҷудияти хеликобактериозҳои вазнин ва миёна дар 12 ва 18 ҳолат ва дарачаи сабук дар 15 бемор муқаррар шудааст.

Ҷадвали 4. Дарачаи вазнинии хеликобактериоз дар беморони гирифтори решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта (n=37)

Гурӯҳи беморон	Дарачаи вазнинии хеликобактериоз			p
	Дарачаи I (сабук)	Дарачаи II (миёна)	Дарачаи III (вазнин)	
Стенози пилородуоденали (n=24)	6 (25,0%)	11 (45,8%)	7 (29,2%)	>0,05
Решҳои нуфузкарда (n=7)	1 (14,3%)	4 (57,1%)	2 (28,6%)	>0,05
Решҳои дуоденали хуншор (n=6)	1 (16,7%)	3 (50,0%)	2 (33,3%)	>0,05
p ₂	>0,05	>0,05	>0,05	
Ҷамагӣ	8	18	11	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни дарачаҳои вазнинӣ; p₂ - байни намудҳои ориза (мувофиқи Q-меъёри Кохрен)

Дар байни усулҳои асбобии шуой барои ташхискунии беморони гирифтори решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта усулҳои мураккаби таҳқиқоти рентгенӣ бештар иттилоотнок ҳисобида мешаванд. Ин таҳқиқотҳо дар 93 (89,4%) беморони ҳарду гурӯҳ

гузаронида шуданд. Дар 8 ҳолат (7,7%) мавҷудияти «токча» дар рӯдаи дувоздаҳангушта ошкор карда шудааст. Муоинаи рентгенӣ дар ташхиси пилородуоденотеноз нақши муҳим дорад. Ҳамин тариқ, дар марҳилаҳои аввали пилородуоденотеноз дар рентгенографияҳо васеъшавии мӯътадили андозаи меъда, инчунин гипотонияи он мушоҳида карда шуд. Ҳангоми гузаронидани ташхиси рентгенӣ дар меъдаи ҳолӣ, дар аксари ҳолатҳо мавҷудияти моеъ дар меъда дар заминаи суст шудани ҳаракатҳои перисталтикий мушоҳида карда шуд. Дар баробари авҷгирии решӣ меъда ва шиддати стеноз дар марҳилаи зер- ва ғайричубронӣ суръати меъдаро тарк кардани маҳлули сульфати барий суст мешавад. Инчунин дар сурати мавҷуд будани аломатҳои клиникалии сурӯшавии решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта рентгенографияи муоинавии ковокии шикам гузаронида шуд, ки дар зери гумбази диафрагма мавҷуд будани гази озодро ошкор намуд. Ҳамин тариқ, ташхиси ҳамачонибаи рентгенӣ ба мо имкон медиҳад, ки ҳам мавҷудияти решро дар рӯдаи дувоздаҳангушта ва ҳам оризаи онро муайян кунем. Яке аз усулҳои пурмазмунӣ таҳқиқоти патологияҳои меъдаю рӯда, аз ҷумла решӣ пептикий, эндоскопия мебошад. Ин усули таҳқиқот дар ҳамаи 104 (100%) беморони мушоҳидашуда, ки гирифтори решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта ҳастанд, гузаронида шуд. Дар 69 нафар беморон муоинаи эндоскопӣ ба таври нақшавӣ ва дар 35 нафар беморон ба таври таъҷилӣ гузаронда шуд. Дар 18 ҳолат муоинаи эндоскопӣ дар беморон мавҷудияти решӣ хуншори рӯдаи дувоздаҳангуштаро муайян кардааст.

Ҳангоми хунравӣ решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта дар мавзеи қаъри он, одатан раге муайян карда мешавад, ки аз он чараёни хун мушоҳида мешавад. Дар 13 ҳолат аз сабаби набудани таъсири гемостаз тариқи эндоскопӣ ва истифодаи табобати консервативӣ ба беморон даҳлати фаврии чарроҳӣ гузаронида шуд. Дар 62 беморони гирифтори пилородуоденотеноз ФГДС аломатҳои эктазияи қисми пилорикӣ меъда ошкор намуд. ФГДС дар баробари ташхискунии реш ва мавҷудияти тағйироти патологӣ дар деворҳои меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, барои ошкорсозии хусусияти аворизи беморӣ низ кумак мерасонад. Дар 63 (60,5%) беморони мушоҳидашуда ташхиси ултрасадо гузаронида шуд. Дар 8 (7,7%) беморе, ки андозаи решӣ он на бештар аз 10 мм аст, чунин аломати ултрасадоӣ мисли “баромадани”реш берун аз ҳудуди девори рӯдаи дувоздаҳангушта, муайян карда шуд. Дар байни 14 бемор, ки андозаи реш аз 10 мм зиёд аст, ин аломати рентгенологӣ дар 100% ҳолатҳо ошкор карда шудааст. Ҳангоми нуқсонҳои реш беш аз 10 мм дар 5 ҳолат аломати мазкури рентгенологӣ мушоҳида карда мешавад, вале дар ҳолатҳои андозаи реш аз 5 то 10 мм бошад чунин ҳолат мушоҳида карда нашудааст. Дар 6 нафар бемороне, ки решӣ чуқуриаш зиёда аз 25 мм

аст, пурра муайян кардани девораҳои рӯдаи дувоздаҳангушта имконнопазир буд. Бояд таъкид кард, ки муайяннамоии ин ё он аломати ултрасадоии ҳам ба андозаи реш ва ҳам ба умқи он вобаста аст ва ҳар қадар умқи реш зиёд бошад, аломати ултрасадо ҳамон қадар равшантар мешавад. Имконияти мушоҳидаи визуалии қабати сеюми эхографии (серозӣ) девори рӯдаи дувоздаҳангушта дар 5 беморе, ки умқи нуқсони решашон аз 15 мм зиёд аст, мушоҳида карда шуд, ки аз оризаи пенетратсияи реш шаходат мебахад. Дар ташҳиси ултрасадо аломатҳои панкреатити музмине индуративӣ дар 3 беморе, ки реше амиқ ба сари ғадуди зерӣ меъда нуфуз карда пайдо шудааст, муайян карда шуд. Инчунин дар 11 нафар беморони гирифтори шакли ғайриҷубронии дуоденостеноз дар муоинаи ултрасадо мавҷуд будани ҳаҷми зиёди моеъ дар равзанаи меъда, зиёд шудани ғафсии деворҳои меъда ва суфт шудани ҳаракатҳои перисталтикии меъда, муайян карда шудааст. Дар беморони гирифтори решҳои “душвори” рӯдаи дувоздаҳангушта, ки ба сараки ғадуди зерӣ меъда нуфуз мекунанд, дар якҷоягӣ бо мавҷудияти панкреатити музмине индуративӣ, ташҳиси ТК-и ғадуди зерӣ меъда гузаронида шуд. Бо истифода аз ташҳиси ТК-и ғадуди зерӣ меъда мавҷудияти тағйироти патологиро дар паренхимаи сараки он муайян кардан мумкин аст. Инчунин, ҳангоми гузаронидани ташҳиси ТК, умқи нуфузи реш ба узвҳои ҳамсоя муайян кардан мумкин аст. Ҳамин тариқ, чуқурии захм дар 4 ҳолат аз 1 то 4 мм, дар 3 ҳолат аз 5 то 10 мм ва дар 3 ҳолат чуқурии он зиёда аз 10 мм буд. ТМР ва ТК, танҳо бо мақсади ташҳиси тафриқавии реше рӯдаи дувоздаҳангушта аз дигар патологияҳои ҷарроҳии узвҳои ковокии шикам гузаронида шуданд. Тадқиқоти ТМР дар 5 бемор гузаронида шуд, ки имкон дод, ки мавҷудияти тағйироти морфологӣ дар паренхимаи ғадуди зерӣ меъда муайян карда шавад. Бо мақсади санҷидани фишор дар қисмҳои гуногуни роҳи ҳозима, аз ҷумла дар рӯдаи дувоздаҳангушта ва хусусияти ихтилоли қори ҳаракатӣ-тахлиягии меъда дар 48 (49,5%) бемори гирифтори реше «душвори» дуоденалӣ, мо манометрияи қабат ба қабат бо истифода аз усули катетери кушод гузаронида шуд (Ҷадвали 5). Ҳангоми таҳлили маълумоти бадастомада умуман дар 8 ҳолат гипертензияи ниҳонии дуоденалӣ ба мушоҳида расид, ки аз он дар 5 ҳолат – мавҷудияти реше дуоденалӣ; дар 3 ҳолат – мавҷудияти реш дар қисми постбулбарӣ муайян карда шудааст. Қобили зикр аст, ки фишори базавӣ дар ҳама узвҳо, аз ҷумла рӯдаи дувоздаҳангушта, муқаррарӣ буд ва ҳангоми сарборӣ афзоиши устувори фишори дохили рӯдаи дувоздаҳангушта, ки дар тӯли зиёда аз 40 дақиқа мушоҳида мешавад, қайд карда мешавад. Ҳолати гипертензияи алоҳидаи дуоденалӣ танҳо дар як бемор бо реше дар мавзеи постбулбарӣ ҷойгиршуда мушоҳида шуда аст.

Ҷадвали 5. Натиҷаҳои манометрияи қабат ба қабат дар беморони гирифтори реши «душвори» дуоденалӣ (n=48)

Намуди манометрӣ	каҷии	Ҷойгиравии реш				P
		Язва луковицы 12-перстной кишки		Постбульбарный отдел 12- перстной кишки (n=18)		
		n	%	n	%	
Каҷии муъгадил		22	78,3	12	66,7	>0,05
Гипертензияи дуоденалии ниҳон		5	16,7	3	16,7	>0,05
Гипертензияи дуоденалии алоҳида		0	0,0	1	5,6	>0,05
Гипертензияи дуоденалии алоҳида бо рефлюкс ба меъда		2	6,7	0	0,0	>0,05
Дуоденостаз		1	3,3	2	11,1	>0,05
Ҳамагӣ		30	100,0	18	100,0	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи меъёри дақиқи Фишер)

Баъди ба кор андохтани сарборӣ зиёд шудани гипертензияи дохили рӯдаи дувоздаҳангушта то дараҷаҳои баланд мушоҳида карда шуд, ки он ним соат давом кард, дар ин ҳолат фишори дохили меъда ва сурхрӯда дар доираи муъгадил монд. Дар ду бемори дорои реш дар мавзеи пиёзаки рӯдаи дувоздаҳангушта мавҷуд будани гипертензияи дохили дуоденалӣ бо рефлюкс ба меъда муқаррар карда шуд, илова бар ин, фишори дохили рӯдаи дувоздаҳангушта ва меъда зиёд буд. Дар айни замон, сатҳи фишори дохили равзани сурхрӯда ва сафедрӯда ба арзишҳои муқаррарӣ мувофиқ буд. Инчунин, дар маҷмӯъ, дар 3 мушоҳида дар беморони гирифтори реши «душвори» дуоденалӣ дуоденостаз муайян гардид, яъне ки дар 2 % беморони дорои реши постбульбарӣ ва дар 1 % - дорои реши пиёзаки рӯдаи дувоздаҳангушта. Дар баробари ин дар ҳамаи қисматҳо фишори дохили узви паст карда шуд.

Таҳлили ретроспективии сабтҳои тиббии беморони гурӯҳи назоратӣ (n=51) нишон дод, ки барои таъбиқоти вариантҳои гуногуни резексияи меъда ва усулҳои маъруфи коркарди мунҷаи дуоденалӣ гузаронида шудаанд (Ҷадвали 6).

Чадвали 6. Хусусияти чарроҳӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ, ки до-рои решҳои «душвор»и рӯдаи дувоздаҳангушта мебошанд (n=51)

Амалиёти чарроҳӣ	Миқдор	%
Резексияи меъда бо усули Бильрот II	22	43,1
Резексияи меъда бо усули Бильрот II дар модификатсияи Гофмейстер- Финстерер	25	49,0
Резексияи меъда бо усули Ру. Ваготомияи сутунӣ.	4	7,9
Ҳамагӣ	51	100

Дар 15 (29,4%) ҳолат, пас аз вариантҳои гуногуни резексияи меъда дар беморони гурӯҳи назоратӣ (n=51) дар вақтҳои гуногуни давраи аввали пас аз чарроҳӣ бо НДМД оризадор шуда буд (Чадвали 7).

Чадвали 7. Мӯҳлати инкишофи НДМД пас аз чарроҳии ибтидоӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ (n=15)

Мӯҳлати инкишофи НДМД	n	%
То 2 шабонарӯз	3	20,0
Аз 3 то 6 шабонарӯз	5	33,3
Аз 7 то 11 шабонарӯз	7	46,7
Ҳамагӣ	15	100

Зимни омӯзиши бодикқат ва ҳамаҷонибаи сабабҳои асосии норасоии дарзҳои мунчаи рӯдаи дувоздаҳангушта пас аз резексияи меъда дар беморони гирифтори решҳои «душвори» дуоденалӣ, мо тавонистем омилҳои (сабабҳои) муайян кунем, ки ба рушди НДМД бевосита таъсир мерасонанд (Чадвали 8).

Чадвали 8. Сабабҳои асосии инкишофи НДМД пас аз резексияи меъда дар беморони дорони решҳои «душвори» дуоденалӣ.

Сабабҳои инкишофи НДМД	Басомад	%
Мавҷудияти анемия ва гипопропротеинемия ғайриҷубронӣ ё ислохнашаванда то чарроҳӣ (чарроҳии таъчилӣ)	6	40
Ҳаҷм ва усули нооқилонаи чарроҳии аввалӣ (коркарди мунчаи рӯдаи дувоздаҳангушта)	4	26,7
Тағйиротҳои дағали хадшагӣ дар мавзеи атрофи реш (коркарди мунчаи рӯдаи дувоздаҳангуштаро душвор месозад)	7	46,7
Инкишофи панкреатити пасазчарроҳӣ дар натиҷаи чарроҳии дағал	4	26,7
Омезиши ду ё зиёда оризаҳои решмараз	3	20

Эзоҳ: Як бемор ҳамзамон як ё якчанд сабабҳои инкишофи НДМД дошт.

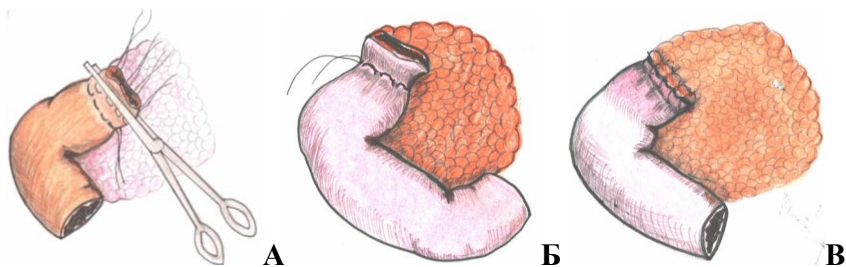
Дар робита ба ин, ҳангоми реши «душвори» дуоденалӣ, даҳолати ҷарроҳӣ, чун қоида, ба рафъи оризаҳои инкишофёфта, инчунин табобати оптималӣ ва бозътимоди мунҷаи дуоденалӣ пас аз резексияи меъда, равона шудааст (Ҷадвали 9).

Ҷадвали 9. Хусусияти табобати ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ бо реши «душвори» дуоденалӣ (n=53)

Амалиёти ҷарроҳӣ	Миқдор	%
Резексияи меъда бо усули Билрот II	21	39,6
Резексияи меъда бо усули Билрот II дар модификатсияи Гофмейстер- Финстерер	27	50,9
Резексияи меъда бо усули Ру. Ваготомияи сутунӣ.	5	9,4
Ҳамагӣ	53	100

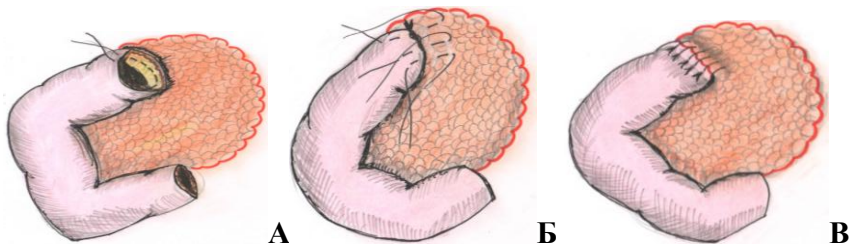
Ҳангоми гузаронидани резексияи меъда бо усули Билрот-II дар модификатсияҳои гуногун, беморони гирифтори реши "душвори" дуоденалӣ аксар вақт дар коркарди мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта душворӣ мекашанд ва аз ин рӯ дар клиника мо усули табобати коркарди мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта таҳия ва тақмил додем (Пешн. беҳсозон № 3405/ R620 аз 18 ноябри соли 2014).

Моҳияти усули коркардшуда дар он аст, ки ба мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта, исқанҷаро нагирифта дарзҳои П-шакли катори якум гузошта, баста мешавад. Дар қатори дуюм дарзҳои нимкисетӣ гузошта, баста мешаванд, дар ҷои ташаққули девораҷа (дар тарафи муқобилн сатҳи пеши ғадуди зери меъда) дар қатори сеюм дарзҳои гиреҳӣ гузошта, он бо ғилофаки ғадуди зери меъда духта пушонда мешавад, ки имкони ба таври герметикӣ маҳкам намудани мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангуштаро медиҳад (Расми 1, А, Б, В).



Расми 1. – Марҳилаҳои коркарди мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта ҳангоми реши «душвори» дуоденалӣ

Аз рӯи усули пешниҳодшуда 29 бемор чарроҳӣ карда шуд, ки натиҷаҳои таъбири қаноатбахш аст. Вобаста ба ин, барои беҳтар намудани натиҷаҳои таъбири чарроҳии беморони гирифтори решҳои «душвори» дуоденалӣ ҷойгиршавии баъдибулбарӣ, мо усули коркарди мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангуштаро ҳангоми решҳои «душвори» пасти дуоденалӣ кор карда баромадем (Пешн. беҳсозон № 3405/R620 аз 24 декабри соли 2014). Моҳияти ин усул чунин аст. Пас аз анҷом додани резексияи меъда бо усули Билрот-II, ҳангоми решҳои «душвори» пасти дуоденалӣ, вақте ки мунҷаи кӯтоҳ боқӣ мемонад, ки коркардаш душвор аст, мо усули зеринро истифода бурдем. Дар мунҷаи кӯтоҳи рӯдаи дувоздаҳангуштаро аз тарафи равшанааш дарзи кистеи гузошта, қабатҳои луобпарда ва мушакиро гирифта, маҳкам карда мешавад. Қатори дуҷуми дарзҳои гиреҳи гузошта мешавад, ки сатҳи пеши капсулаи ғадуди зери меъдаро ба мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта мепайвандад. Баъдан барои декомпрессияи мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта найчаи назодуоденалӣ гузаронда мешавад, имкон медиҳад, ки ҳангоми бастанӣ мунҷаи кӯтоҳи рӯдаи дувоздаҳангушта герметикии хуб ба даст оварда мешавад, барои пешгирии норасоии дарзҳои декомпрессияи мунҷа гузаронида мешавад (расми 2 А, Б ва В).



Расми 2. – Марҳилаҳои коркарди мунҷаи дуоденалӣ ҳангоми паст ҷойгир шудани решҳои бартарарнашавандаи постбулбарии рӯдаи дувоздаҳангушта

Бо истифода аз усули пешниҳодшуда 24 нафар беморони гирифтори решҳои «душвори» пасибулбарӣ чарроҳӣ карда шуда, натиҷаҳои хуби бармаҳали қаноатбахш ба даст оварда шуданд, инкишофи НДМД мушоҳида нашуд. Мо дар клиника барои пешгирии НДМД усули ангиизи лазерии мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта пас аз резексияи меъда бо усули Билрот-II (Пешн. беҳсозон № 3483/R698 аз 04.12. 2015) таҳия карда шуд. Моҳияти ин усул дар он аст, ки

беморони гирифтори решҳои «душвори» дуоденалӣ пас аз резексияи меъда бо усули Билрот-II дар табобати комплексӣ бо терапияи лазерии трансдренажии ковокии боқимонда бо истифода аз лазери гелий-неонӣ (дастгоҳи ЛГН-113), дарозии мавҷ 632,8 мкм табобат карда шуданд, ва бо иқтидори нури баромадаш 15 мВт. Дар рафти ин чорабинӣ рӯшноибари монофиламентӣ истифода шуд, ки қувваи баромади он дар сатҳи 100 мВт/см² нигоҳ дошта мешуд. Ин рӯшноибар тавассути дренаж ба мунчаи рӯдаи дувоздаҳангушта зери назорати ултрасадо пайваст карда шуд. Давомнокии чорабинӣ 30 дақиқа буд. Ин табобати лазерӣ ҳар рӯз муддати 10-12 рӯз истифода мешуд.

Дар ҳамаи беморон дар ҷараёни муолиҷа бо истифода аз терапияи лазерии трансдренажӣ дар рӯзҳои 3-6 ва 14-уми давраи пас аз ҷарроҳӣ муоинаи динамикии ултрасадо гузаронида шуд. Динамикаи табобат дар асоси параметрҳои клиникӣ ва лабораторӣ баҳо дода шуд.

Тадқиқотҳои клиникӣ нишон доданд, ки дар беморон дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар рӯзи 5-6 дард аз байн рафта, фишори дохилидуоденалӣ дар ҳудуди муқаррарӣ буд. Дар ягон ҳолат НДМД мушоҳида нашудааст. Бояд қайд кард, ки дар беморони гирифтори решӣ "душвори" дуоденалӣ дар вақти резексияи меъда, ки бо осебҳои рӯдаи дувоздаҳангушта ҳамроҳӣ мекунанд, баъдан коҳиши муваққатии истехсоли серотонин аз ҷониби ҳуҷайраҳои ЕС дар луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта мушоҳида мешавад, ки баъдан сабаби вайрон шудани вазмфаи ҳаракатӣ-тахлиявӣ он мегардад ки сабаби инкишофи дуоденостази функционалӣ мешавад. Дар давраи аввали пас аз ҷарроҳӣ дуоденостази функционалӣ дар 26 % ҳолат аз 53 бемор инкишоф ёфт (Ҷадвали 10).

Ҷадвали 10. Таксимои беморони гирифтори дуоденостази функционалӣ (n=26)

Марҳилаҳои функционалӣ	дуоденостази	Миқдор	%
Ҷубронӣ		7	
Зерҷубронӣ		11	
Ғайриҷубронӣ		8	
Ҳамагӣ		26	100

Барои фаҳмидани моҳияти баъзе ҷанбаҳои патогенетикии инкишофи дуоденостази функционалӣ дар давраи бармаҳали пас аз ҷарроҳии меъда дар беморони гирифтори решӣ "душвори" дуоденалӣ, мо нишондиҳандаҳои сатҳи серотонин дар зардоби хун ва нишондиҳандаҳои фишори дохилидуоденалӣ дар марҳилаҳои гуногуни дуоденостази функционалӣ омӯхтем (Ҷадвали 11).

Чадвали 11. Нишондиҳандаҳои сатҳи серотонин дар хун дар марҳилаҳои гуногуни дуоденостази функционалӣ

Марҳилаҳои дуоденостази функционалӣ	Микдори серотонин дар хун, мкмоль/л
Чубронӣ	0,7±0,11
Зерчубронӣ	0,5±0,09
Ғайричубронӣ	0,3±0,12
p	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни марҳилаҳо (аз рӯи H-меъёри Крускал-Уоллис)

Дар натиҷаи бад шудани вазнинии ҳолати беморӣ ва паст шудани сатҳи серотонин дар хун, ки аз ҷониби ҳучайраҳои ЕС-и рӯдаи дувоздаҳангушта, ки ҳаракати рӯдаҳои борикро танзим мекунад, коҳиш ёфтани вазиғаи ҳаракатӣ-тахлиявӣи рӯдаи дувоздаҳангушта ва баланд шудани фишори дохили он мушоҳида мешавад (Чадвали 12).

Чадвали 12. Нишондиҳандаҳои фишори дохилидуоденалӣ дар марҳилаҳои гуногуни дуоденостази функционалӣ

Марҳилаҳои дуоденостаз	Нишондиҳандаҳои фишори дохилидуоденалӣ, мм.ст. обӣ
Чубронӣ (n=7)	183,4±9,2
Зерчубронӣ (n=11)	230,8±13,6 p ₁ <0,05
Ғайричубронӣ (n=8)	294,8±14,3 p ₁ <0,01 p ₂ <0,05
P	<0,01

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни марҳилаҳо (аз рӯи H-меъёри Крускал-Уоллис); p₁ - ҳангоми муқоиса бо нишондиҳандаҳои гурӯҳи дорои марҳилаи чуброншуда, p₂ - ҳангоми муқоиса бо нишондиҳандаҳои гурӯҳи дорои марҳилаи зерчубронӣ (мувофиқи U-меъёри Манн-Уитни)

Қабл аз ҷарроҳӣ фишори дохили рӯдаи дувоздаҳангушта дар ҳудуди муқаррарӣ буд - 96,4±8,9 мм .сут. обӣ.

Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки пайдоиши НДМД низ ба норасоии муваққатии серотонин дар давраи аввали пас аз ҷарроҳӣ асос ёфтааст. Охириин боиси паст шудани ҳаракати рӯдаи дувоздаҳангушта бо инкишофи минбаъдаи гипертензияи дуоденалӣ ва дуоденостази функционалӣ мегардад, ки барои ташаннучи хати дарзҳои мунҷаи дуоденалӣ ва инкишофи НДМД шароит фароҳам меорад. Бо мақсади пешгирии хатари инкишофи дуоденостази функционалӣ мо усули пешгирии авҷгирии норасоии серотонин ва инкишофи НДМД таҳия ва пешниҳод кардем (Пешн. беҳсозон №3491/R676 аз 04.12.с.2015). Моҳияти усули коркардшуда аз он

иборат аст, ки дар давраи аввали баъди чарроҳӣ (дар 26 бемор) дар табоботи комплексӣ доруи серотонин адипинат ба дохили мушакҳо 3 маротиба дар як шабонаруз дар вояи 1,0 мл дар давоми 5-7 рӯз истифода бурда мешавад. Қобили зикр аст, ки новобаста аз вазнинии тағирёбии сатҳи серотонин дар хун, афзоиши фишори дохилидуоденалӣ ва мавҷудияти дуоденостаз дар марҳилаи зер- ва ғайричубронӣ, инкишофи НДМД мушоҳида нашудааст.

Инчунин, пас аз чарроҳии резексияи меъда бо усули Билрот-II, дар марҳилаи охиринаи чарроҳӣ бо истифода аз катетерҳои пластикии безарар катетеризатсияи мунчаи рӯдаи дувоздаҳангушта гузаронида шуд. Барои ворид кардани адипинати серотонин (10 мг дору ба 50 мл маҳлули физиологӣ) насоси фавракдами микродозӣ SN-50 истифода шуд. Ин дору тавассути катетери насбшуда дар як рӯз 2 маротиба бо суръати миёнаи 10 мл дар як соат, ки инфиродӣ муайян карда мешавад, бо назорати фишори хун то ба эътидол омадан ва дар беморони дорои аломатҳои фалачи рӯда - то пайдо шудан ё бехтар шудани ҳаракати рӯда, вазифаи ҳаракатӣ-тахлиявӣ рӯда муътадил гардад. Бояд гуфт, ки ба ғайр аз инкишофи НДМД пас аз резексияи меъда дар беморони гирифтори реши "душвори" дуоденалӣ, инчунин инкишофи дигар оризаҳо хоси баъдичарроҳӣ, ки дар чадвали 13 муфассал оварда шудаанд, мушоҳида мешавад.

Чадвали 13. Арзёбии муқоисавии оризаҳои бармаҳали баъдичарроҳӣ аз рӯи Clavien –Dindo дар беморони гурӯҳҳои назоратӣ ва асосӣ (n=104)

Вазнинии ҳолат аз рӯи Clavien – Dindo	Хусусияти оризаҳо	Гурӯҳи асосӣ (n=53)		Гурӯҳи назоратӣ (n=51)		p
		Абс.	%	Абс	%	
II	Фасодгирии захми лапаротомӣ	2	3,7	3	5,8	>0,05
	Фалачи баъдазчарроҳии рӯда	3	5,6	4	7,8	>0,05
	Панкреатити баъдазчарроҳӣ	4	7,4	5	9,8	>0,05
III	Абсаҳои дохилибатнӣ	0	0,0	1	1,9	>0,05
	Хунравии баъдазчарроҳии дохилибатнӣ	0	0,0	1	1,9	>0,05
	НДМД	0	0,0	15	29,4	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи меъёри дақиқи Фишер)

Фавти беморон миёни беморони гурӯҳи мукоисавӣ (n=51) дар 5 (9,8%) ҳолат ба мушоҳида расид, ки сабабҳои он давомнокии перитонити баъдичарроҳӣ бо захролудшавии вазнини эндогенӣ (n=2) ва норасоии бисёрӯзвӣ (n=3) ба ҳисоб рафтанд, дар ҳоле, ки ҳолати фавт дар миёни беморони гурӯҳи асосӣ танҳо 1 (1,8%) ҳолатро ташкил намуд, ки сабаби он сактаи шадидаи қалбӣ буд.

Ҳамин тариқ, таҳлили бодикқат ва ҳамачонибаи маводи клиникӣ нишон медиҳад, ки дар табобати беморони гирифтори реши "душвори" дуоденалӣ усулҳои таҳияшуда ва такмилёфтаи коркарди мунҷаи "душвори" дуоденалӣ, инчунин тавассути стимуляторҳои лазерии трансдренажии рӯдаи дувоздаҳангуштагӣ истифода мешаванд ва усули табобати комплекси консервативии патогенетикӣ, ки ба пешгирии НДМД пас аз резексияи меъда нигаронида шудааст, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ истифода мешавад, имкон дод, ки сатҳи оризаҳои барвақти пас аз чарроҳӣ то 16,9%, фавт то 1,8% ва гирифторшавӣ ба НДМД кам карда шавад, нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ, ки умуман дар 56,8% ҳолати баъди чарроҳӣ, натиҷаҳои фавт 13,7% ва инкишофи НДМД дар 29,4% ҳолатҳо ба амал омадаанд, паст карда шавад.

ХУЛОСАҲО

1. Дар беморони гирифтори реши "душвори" дуоденалӣ инкишофи НДМД 29,4 %-ро ташкил медиҳад. Сабабҳои муҳимтарин, ки ба инкишофи НДМД пас аз резексияи меъда хангоми реши "душвори" дуоденалӣ мусоидат мекунанд, инҳоянд: камхунии қуброннашуда ё ислохнашудаи пеш аз чарроҳӣ ва гипопро테인емия - 40%, ҳаҷм ва усули амалиёти ибтидоӣ, яъне коркарди мунҷаи дуоденалӣ - 26,7%, равандҳои хадшагӣ-лиҳомии дағал дар мавзеи ғадуди зери меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта - 46,7%, инкишофи панкреатитҳои пас аз чарроҳӣ - 26,7% ва якҷояшавии ду ва зиёда оризаҳои решҳои дуоденалӣ - 20%. [1-М, 2-М, 3-М, 4-М, 5-М,].

2. Омили инкишофи НДМД пас аз резексияи меъда норасоии муваққати серотонин мебошад, ки ба инкишофи дуоденостази функционалӣ ва баланд шудани фишори дохилидуоденалӣ дар заминаи коҳиши вазифаи ҳаракатӣ-тахлиягии рӯдаи дувоздаҳангушта мусоидат мекунад. . [1-М, 2-М, 3-М, 4-М, 5-М,]

3. Дар сурати мавҷудияти реши "душвори" дуоденалӣ резексияи аввалияи меъда мувофиқи Билрот-2 бо модификацияш ё мувофиқи Ру бо табобати хатмии мунҷаи дуоденалӣ бо истифода аз усулҳои мукамал ва такмилёфта гузаронида шавад. [8-М, 9-М, 10-М, 11-М].

4.Татбиқи қатъии тактикаи ҷарроҳии тафриқавӣ, аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснокшуда бо истифода аз маҷмӯи табобати консервативӣ дар ҳар ҳолати мушаххас дар беморони гирифтори реши "душвори" рӯдаи дувоздаҳангушта ба 16,9% коҳиш ёфтани оризаҳои бармаҳали пас аз ҷарроҳии дохилишикамӣ ва захмӣ мусоидат намуд, ғавт ба 1,8% ва инкишофи НДМД дар муқоиса бо беморони гурӯҳи назоратӣ то ҳадди ақал, ки дар онҳо оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ дар маҷмӯъ 56,8% ва ғавт 13,7% ва инкишофи НДМД дар 29,4% мушоҳида шудааст. [6-М, 7-М, 3-М, 8-М, 9-М, 10-М, 11-М].

ТАВСИЯҶОИ АМАЛӢ

1. Пешгирии НДМД бояд интихоби оқилонаи ҳаҷм ва усули табобати мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангуштаро, риояи қатъии техникаи татбиқи онро, таъмини ғизо ва ислоҳи гомеостазро бо назардошти вазнинии ихтилоли онҳо дар давраи пешаз- ва пас аз ҷарроҳӣ дар бар гирад.

2. Барои сари вақт пешгирӣ кардани хатари инкишофи НДМД дар давраи аввали баъди ҷарроҳӣ гузаронидани омӯзиши сатҳи серотонини хун ва манометрияи қабат ба қабат ба мақсад мувофиқ аст.

3. Барои пешгирии НДМД ҳангоми реши "душвори" пасти дуоденалӣ, тавсия дода мешавад, ки усули таҳияшудаи табобати мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта бо найчагузории он барои декомпрессия истифода бурда шавад.

4. Бо мақсади кам кардани басомади равандҳои фасодӣ-илтиҳобии пас аз ҷарроҳӣ дар мавзеи мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангуштаи коркардшуда ва зуд шифо ёфтани он усули таҳияшудаи лазерии ангезиши мунҷаи рӯдаи дувоздаҳангушта пас аз резексияи меъда мувофиқи Билрот-II ба мақсад мувофиқ аст.

5. Барои пешгирии НДМД дар сурати реши "душвори" дуоденалӣ, барои сари вақт ислоҳ кардани норасоии муваққатии серотонин ва барқарор кардани ҳаракати рӯдаи дувоздаҳангушта дохил кардани адипинати серотонин тавсия дода мешавад.

НОМГӢИ КОРҶОЕ, КИ ОИДИ МАВЗӢИ ДИССЕРТАТСИОНИ БА ЧОП РАСИДАНД

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1-М] Абдуллоев С.Х. Диагностика и лечение несостоятельности дуоденальной культы после резекции желудка по Бильрот-2 /Абдулло-

зода, Дж.А., Сайфуддинов Ш.Ш.// Здравоохранение Таджикистана. - 2019. - № 2 – С. 77-86.

[2-М] Абдуллоев С.Х. Повышение герметичности культи двенадцатиперстной кишки при “трудных” дуоденальных язвах/ Абдуллозода, Дж.А., Рузбойзода К.Р., Билолов М.К.// Здравоохранение Таджикистана. - 2022. - № 1 – С.5-11.

[3-М] Абдуллоев С.Х., Профилактика несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка./ Абдуллозода, Дж.А., Рузбойзода К.Р., Билолов М.К.// Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2022. - № 2. - С. 5-11.

Мақолаҳо ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои дар конференсияҳо нашршуда:

[4-М] Абдуллоев, С.Х. Эрадикационная терапия в комплексной терапии перфоративных язв. /Сайдалиев Ш.Ш., Холматов П.К.// Сборник научных трудов кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». - Душанбе, 2014. – С. 144-145.

[5-М] Абдуллоев, С.Х. Профилактика несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка по Бильрот – II /Билолов М.К. // Сборник материалов конференции кафедры хирургических болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику». – Душанбе, 2015. – С. 95.

[6-М] Абдуллоев С.Х. Способы профилактики несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка по Бильрот – II /Абдуллозода, Дж.А., Сайфуддинов Ш.Ш // Вестник медицинского комплекса «Истиклол». – 2018. - № 4. – С. 11-14

[7-М] Абдуллоев С.Х. Комплексная диагностика и оперативное лечение пилородуоденального стеноза в сочетании с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки. /Сайдалиев, Ш.Ш., Халимов Ч.С., Ашуров Д.М., // Материалы IV Международной научно-практической конференции «Наука и технологии». – Алматы, 2022. – С. 33 - 39

ПЕШНИҲОДИ РАТСИОНАЛИЗАТОРӢ

[8-М] Абдуллоев С.Х. Способ обработки культи двенадцатиперстной кишки при низко расположенных язвах двенадцатиперстной кишки./ Абдуллозода, Дж.А.,// Выдано отделом науки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». 18.11.2014 г. №3405/R 620

[9-М] Абдуллоев С.Х. Способ обработки культи двенадцатиперстной кишки. 621./ Абдуллозода, Дж.А.,// Выдано отделом науки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» 18.11.2014 г. №3406/R

[10-М] Абдуллоев С.Х. Способ медикаментозной стимуляции культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка. /Абдуллозода, Дж.А.,// Выдано отделом науки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» 04.12.2015 г. №3491/R 676

[11-М] Абдуллоев С.Х. Способ чрездренажной лазерной стимуляции культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка. /Абдуллозода, Дж.А.,// Выдано отделом науки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» 04.12.2015 г. №3483/R 698

РЎЙХАТИ ИХТИСОРАҶО ВА АЛОМАТҶОИ ШАРТӢ

БР - бемории решӢ

ВТ ва ҲИА – Вазорати тандурустӢ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли

ДДТТ – Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон

МЕТТ - Маркази ёрии таъҷилии тиббии

НДМД - норасоии дарзҳои мунчаи дуоденум

ТМР - Томографияи магнитӣ-резонансӣ

ТК – Томографияи компютерӣ

ТУС – Таҳқиқоти ултрасадо

ФГДС - фиброгастродуоденоскопӣ

ҶТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон

АННОТАЦИЯ

Абдуллоев Сулаймон Халифаевич

Профилактика и лечение несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки в хирургии «трудных» дуоденальных язвах

Ключевые слова: «трудная» язва, обработка культи, резекция желудка, лазерная стимуляция, серотониновая недостаточность

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения «трудных» дуоденальных язв путём профилактики несостоятельности швов дуоденальной культи.

Методы исследования. Двигательно-эвакуаторной функции ДПК и выраженности интрадуоденального давления определялось путём поэтажную монometriю с использованием способа открытого катетера. МРТ-исследования, проводилось оборудование «Magnetom cancerto» немецкого производства Siemens. КТ-исследование, проводилось с использованием оборудования Somatom plus 4 немецкого производства "Siemens". Хеликобактериоз определялось с проведением уреазного теста. Содержания в крови серотонина определялось путем проведения реакции с диальдегидом флюорометрическим способом

Полученные результаты и их новизна. Изучены и определены частота и основные причины развития несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв. Доказано, что транзиторное снижению выработки серотонина ЕС-клетками слизистой двенадцатиперстной кишки в раннем послеоперационном периоде является ведущим патогенетическим механизмом развития НШДК. Предложен способ консервативного лечения и профилактики НШДК. Разработаны и усовершенствованы способы обработки культи ДПК при «трудных» дуоденальных язвах и низкорасположенных неудалимых дуоданальных язвах, для профилактики и снижающие частоту развития НШДК. Разработана способ чрездренажной лазерной стимуляции культи ДПК после резекции желудка у больных с «трудными» дуоденальными язвами.

Рекомендации по их использованию. Разработанные и усовершенствованные методы профилактики НШДК после резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв могут быть применены в клиническую практику хирургических отделений.

Область применения. Абдоминальная хирургия.

АННОТАТСИЯ

Абдуллоев Сулаймон Халифаевич

Пешгири ва табобати норасоии дарзҳои мунчаи рӯдаи дувоздаҳангушта дар ҷарроҳии решҳои «душвори» дуоденалӣ

Калимаҳои калидӣ: реши “душвор”, коркарди мунча, резексияи меъда, ангиизи лазерӣ, норасоии сератонинӣ

Мақсади таҳқиқот. беҳтар намудани натиҷаҳои табобати ҷарроҳии решҳои «душвори» дуоденалӣ тариқи пешгирии норасоии дарзҳои мунчаи рӯдаи дувоздаҳангушта..

Усулҳои таҳқиқот: Вазифаи ҳаракатӣ-тахлиягии рӯдаи дувоздаҳангушта ва дараҷаи фишори дохили он бо усули катетери кушод монометрияи қабат ба қабат баҳогузурӣ карда шуд. Ташҳиси ТМР тавассути таҷҳизоти «Magnetom cancerto»-и истеҳсоли ширкати Siemens (Олмон) ва ташҳиси томографияи компютерӣ бошад бо истифода аз таҷҳизоти «Somatom plus 4»-и истеҳсоли ширкати «Siemens»-и Олмон гузаронида шуд. Хеликобактериоз бо усули санҷиши уреаза гузарондамуаян карда шуд. Муаяннамоеи сатҳи серотонин дар хун бо усули флюорометрӣ тавассути реаксия бо диальдегид гузаронида шуд

Натиҷаҳои ба дастоварда ва навгониҳои илмӣ. Басомад ва сабабҳои асосии инкишофи норасоии дарзҳои мунчаи рӯдаи дувоздаҳангушта омӯхта ва муайян карда шуданд. Иҷбот шудааст, ки коҳиши транзитории истеҳсоли серотонин аз ҷониби ЕС-ҳуҷайраҳои луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта дар давраи аввали пасазҷарроҳӣ механизми пешбари патогенетикии инкишофи НДМД мебошад. Усули табобати консервативӣ ва пешгирии НДМД пешниҳод шудааст. Усулҳои коркарди мунчаи рӯдаи дувоздаҳангушта ҳангоми решҳои "душвори" дуоденалӣ ва решҳои пастҷойгиршудаи бартарафнашавандаи дуоденалӣ барои пешгири ва кам кардани басомади НДМД таҳия ва тақмил дода шудаанд. Усули ангиизи лазерии трансдренажии мунчаи рӯдаи дувоздаҳангушта пас аз резексияи меъда дар беморони гирифтори реши «душвори» рӯдаи дувоздаҳангушта пешниҳод шудааст

Тавсияҳо барои истифодабарӣ. Усулҳои коркардкардашуда ва мукамалгардонидашудаи пешгирии НДМД зимни гузаронидани қисматбурии меъда дар беморони гирифтори реши "душвори" дуоденалӣ барои истифоданамоӣ дар амалияи шӯъбаҳои ҷарроҳӣ тавсия дода мешаванд.

Соҳаи истифодабарӣ. Ҷарроҳии абдоминалӣ.

ANNOTATION

Abdulloev Sulaimon Khalifaevich

Prevention and treatment of failure of the sutures of the duodenal stump in surgery for “difficult” duodenal ulcers

Key words: “difficult” ulcer, stump mending, gastric resection, laser stimulation, serotonin deficiency

The purpose of the study – is to improve the results of surgical treatment of “difficult” duodenal ulcers by preventing failure of the sutures of the duodenal stump.

Research methods. Motor-evacuation function of the duodenum and the severity of intraduodenal pressure, patients with “difficult” duodenal ulcers in the pre- and postoperative period underwent floor-by-floor monometry using the open catheter method. MRT-researches, the equipment «Magneton cancerto» German manufacture Siemens was spent. Kt-research, was spent with use of equipment Somatom plus 4 German manufactures "Siemens". A urease test was used to detect helicobacteriosis. To study the levels of serotonin in the blood, a fluorometric method was used by performing a reaction with dialdehyde.

The results obtained and their novelty. Frequency and principal causes of development of an inconsistency of seams duodenal cults after a resection of a stomach concerning "difficult" duodenal ulcers are studied and defined. It is proved that transient to development decrease serotonin EU-cages of a mucous duodenal gut in the early postoperative period is the leading pathogenetic mechanism of development FSDS. The way of conservative treatment and preventive maintenance FSDS is offered. Ways of processing duodenal stump are developed and improved at "difficult" duodenal ulcers and low-sited irremovable duodenal ulcers, for preventive maintenance and developments FSDS reducing frequency. It is developed a way transdrainage laser stimulation duodenal stump after a resection of a stomach at patients with "difficult" duodenal ulcers.

Recommendations for their use. Developed and improved methods of preventive maintenance FSDS after a resection of a stomach concerning "difficult" duodenal ulcers can be applied in clinical practice of surgical branches.

Application area. Abdominal surgery.

Ба матбаа супорида шуд 20.10. 2023.
Ба чопаш 23.10. 2023 имзо шуд.
Қоғаз офсетӣ.Хуруфи адабӣ.
Гарнитура Times New Roman Tj.
Теъдод 100

ҶДММ “Сармад-Компания”
ш.Душанбе, кӯчаи Лоҳутӣ, 6 гузаргоҳи 1