

УДК 616.342-007.272-036.12-089

https://doi.org/10.33619/2414-2948/120/17

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ
В СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

- ©**Абдуллаев Д. С.**, канд.мед.наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, ajakip@mail.ru
- ©**Сопуев А. А.**, ORCID: 0000-0002-3810-1646, SPIN-код: 8240-1930, д-р мед.наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, sopuev@gmail.com
- ©**Маматов Н. Н.**, ORCID: 0000-0002-4923-847X, SPIN-код: 8273-5491, канд.мед.наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, drmatatov@gmail.com
- ©**Эрнисова М. Э.**, ORCID: 0000-0003-2425-9968, SPIN-код: 8479-2759, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, mairamernisova@gmail.com
- ©**Кудаяров Э. Э.**, ORCID: 0000-0002-3623-2466, SPIN-код: 9317-2857, канд.мед.наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, Kudayarovedil@gmail.com
- ©**Атакозиев А. Т.**, ORCID: 0000-0002-0879-1471, SPIN-код: 3700-5868, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, kaf.surgery@gmail.com
- ©**Белеков Т. Ж.**, ORCID: 0000-0002-2137-8614, SPIN-код: 8053-5066, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, tilya666@gmail.com
- ©**Шамил у. Э.**, ORCID: 0009-0006-1723-4630, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, erbolshamiliulu@gmail.com

**CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES AND SURGICAL TREATMENT
OF PATIENTS WITH CHRONIC DUODENAL ILEUS COMBINED
WITH DUODENAL ULCER**

- ©**Abdullaev J.**, MD, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, ajakip@mail.ru
- ©**Sopuev A.**, ORCID: 0000-0002-3810-1646, SPIN-code: 8240-1930, Dr. habil., I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, sopuev@gmail.com
- ©**Mamatov N.**, ORCID: 0000-0002-4923-847X, SPIN-code: 8273-5491, MD., I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, drmatatov@gmail.com
- ©**Ernisova M.**, ORCID: 0000-0003-2425-9968, SPIN-code: 8479-2759, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, mairamernisova@gmail.com
- ©**Kudayarov E.**, ORCID: 0000-0002-3623-2466, SPIN-code: 9317-2857, MD., I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, Kudayarovedil@gmail.com
- ©**Atakoziev A.**, ORCID: 0000-0002-0879-1471, SPIN-code: 3700-5868, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, kaf.surgery@gmail.com
- ©**Belekov T.**, ORCID: 0000-0002-2137-8614, SPIN-code: 8053-5066, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, tilya666@gmail.com
- ©**Shamil u. E.**, ORCID: 0009-0006-1723-4630, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, erbolshamiliulu@gmail.com

Аннотация. Хроническая дуоденальная непроходимость представляет собой нарушение моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки и остается одной из сложных и недостаточно изученных проблем абдоминальной хирургии. Важность данной патологии обусловлена её широкой распространённостью и высоким процентом осложнений, особенно в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Проведено обследование больных с хронической дуоденальной непроходимостью в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Основная группа пациентов была обследована с применением разработанной методики гидроультразвукового исследования двенадцатиперстной кишки с двойным контрастированием в условиях медикаментозной гипотонии. Контрольная группа состояла из пациентов, чьи истории болезни были проанализированы ретроспективно. Диагностический алгоритм включал комплекс рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых и доплерографических исследований. В контрольной группе (n=601) мужчины составляли 82%, женщины – 18%. В основной группе (n=152) аналогичное соотношение составило 82,9 % и 17,1 % соответственно. Анализ длительности заболевания показал, что у 41,4% пациентов основной группы оно продолжалось менее 3 лет, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 18,9%. В основной группе чаще диагностировалась артериомезентериальная компрессия, врождённые аномалии двенадцатиперстной кишки и рубцово-язвенный стеноз. Плановые хирургические вмешательства в основной группе составили 50,6% против 28,9% в контрольной группе, что свидетельствует о более эффективной диагностике и раннем выявлении патологии. Применение комплексного диагностического алгоритма позволяет повысить выявляемость хронической дуоденальной непроходимостью, сократить сроки диагностики и увеличить долю плановых операций, что улучшает прогноз для пациентов с данной патологией.

Abstract. Chronic duodenal obstruction is a disorder of the motor-evacuation function of the duodenum and remains a complex and understudied problem in abdominal surgery. The importance of this pathology is due to its widespread prevalence and high rate of complications, especially when associated with duodenal ulcer disease. A study of patients with chronic duodenal obstruction and duodenal ulcer disease was conducted. The main group of patients was examined using a developed technique of double-contrast hydroultrasound of the duodenum under drug-induced hypotension. The control group consisted of patients whose medical records were analyzed retrospectively. The diagnostic algorithm included a combination of radiological, endoscopic, ultrasound, and Doppler studies. In the control group (n=601), 82% were men and 18% were women. In the study group (n=152), the similar ratio was 82.9% and 17.1%, respectively. Analysis of the disease duration showed that in 41.4% of patients in the study group, it lasted less than 3 years, while in the control group this figure was 18.9%. In the study group, arteriomesenteric compression, congenital anomalies of the duodenum, and cicatricial-ulcerative stenosis were diagnosed more often. Elective surgical interventions in the study group amounted to 50.6% versus 28.9% in the control group, indicating more effective diagnostics and early detection of pathology. The use of a comprehensive diagnostic algorithm, including double-contrast hydroultrasound, allows for increased detection of chronic duodenal obstruction, reduced diagnostic times, and an increase in the proportion of elective surgeries, which improves the prognosis for patients with this pathology.

Ключевые слова: дуоденальная непроходимость, хроническая дуоденальная непроходимость, язвенная болезнь, артериомезентериальная компрессия.

Keywords: duodenal obstruction, chronic duodenal obstruction, peptic ulcer, arteriomesenteric compression.

Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) относится к нарушению моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки (МЭФ ДПК). Это клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушением моторной и эвакуаторной деятельности двенадцатиперстной кишки (ДПК) различной этиологии (органической или функциональной природы), приводящий к задержке (стазу) содержимого ДПК [1].

Среди органических факторов на первом месте следует рассматривать так называемую артериомезентериальную компрессию (синдром Уилки, синдром верхней мезентеральной артерии), незавершенный поворот средней кишки, кольцевидную поджелудочную железу, а также высокую фиксацию дуоденоюнального перехода и спаечную болезнь брюшины со сращением проксимальной петли тощей кишки с восходящей частью ДПК [2].

Проблема спаечной болезни органов брюшной полости еще далека от окончательного решения и во многом определяет причины столь пристального внимания к данной проблеме за последние десятилетия [3].

На сегодняшний день четко определить распространенность хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки, по данным литературы, крайне затруднительно, несмотря на то, что в последние десятилетия ряд ее причин, таких как синдром верхней мезентериальной артерии, активно обсуждают и анализируют в мировой хирургической практике [4].

В настоящее время убедительно доказана существенная взаимосвязь хронической дуоденальной непроходимости с такими распространенными заболеваниями, как язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), на это указывают многие авторы [5].

В 29-75% случаев хроническая дуоденальная непроходимость сочеталась с ЯБ желудка, а у 31-39% больных сочеталась с язвой двенадцатиперстной кишки [6]. Язвенная болезнь, несмотря на совершенствование профилактических и лечебно-диагностических методов, остаётся одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. [5].

Значимость данной проблемы в основном обусловлена широкой распространённостью и встречается у 5-10% лиц среди населения. [6, 7].

Частота осложнений течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки только перфорацией составляет 10-15%, при этом у 40-50% больных она наступает при бессимптомном течении заболевания [8].

Зажившие язвы двенадцатиперстной кишки после консервативного лечения рецидивируют у 60-90% пациентов, у 50-60% развиваются такие осложнения, как кровотечение, пенетрация, стеноз, что в итоге приводит к ежегодному росту числа больных ХДН [9, 10].

В последние годы неоднократно подвергалась пересмотру тактика лечения больных ЯБ ДПК. Был период активного применения хирургами в качестве лечения односторонней или двухсторонней селективной ваготомии. Разрабатывались и активно внедрялись в клиническую практику новые поколения кислотоснижающих препаратов, активно проводится антихеликобактерная терапия. Однако эти обстоятельства не способствовали уменьшению числа больных ЯБ ДПК. Данная патология не имеет тенденции к снижению, а напротив увеличивается количество больных ХДН в сочетании с ЯБ ДПК.

Цель исследования: оптимизация диагностики и хирургического лечения пациентов с хронической дуоденальной непроходимостью, сочетающейся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования

Проведено обследование больных с ХДН в сочетании с ЯБ ДПК. Исследуемые больные были разделены на больных с ХДН в сочетании с ЯБ ДПК – группа проспективного анализа истории болезни, с применением разработанного нами, гидроультразвукового исследования двенадцатиперстной кишки с двойным контрастированием дуоденального пассажа в условиях медикаментозной гипотонии и алгоритма диагностики ХДН (основная группа) и больных с ХДН в сочетании с ЯБ ДПК – группа ретроспективного анализа истории болезни (контрольная группа).

Результаты и обсуждение

В контрольной группе больных с ХДН в сочетании с ЯБ ДПК было мужчин 493 (82%), из них в возрасте от 20 до 40 лет — 320, от 41 до 60 лет — 143 и старше 61 год — 30 человек. Женщин в этой группе было 108 (18%), из них в группе от 20 до 40 лет — 78, 41-60 лет — 19 и старше 61 года — 11 пациенток.

У больных с ХДН в сочетании с ЯБ ДПК в основной группе было 126 (82,9%) мужчин, из них в группах от 20 до 40 лет — 91, от 41 до 60 лет — 22 и старше 61 год — 13 больных. В этой группе женщин было всего 26 (17,1%), из них в возрасте от 20 до 40 лет — 16, от 41 до 60 лет — 8 и старше 61 года — 2.

У больных ЯБ ДПК в контрольной и основной группах мы использовали следующие методы диагностики: рентгеноконтрастное исследование желудка и ДПК, зондовая и релаксационная дуоденография, доплеровское исследование верхней брыжеечной артерии (ВБА), рН-метрия. В ходе выполнения нашего исследования мы разработали собственную методику гидро-ультразвуковое исследование (УЗИ) желудка и ДПК в условиях искусственной гипотонии и двойного контрастирования, которую применяли в основной группе. После зондовой релаксационной дуоденографии в кабинете УЗИ через зонд в ДПК вводили дегазированную жидкость в объеме 200 мл.

При этом бариевая взвесь перемещается в тонкую кишку, а на стенке слизистой ДПК остаётся тонкий слой бария, который помогает при УЗИ более чётко визуализировать контуры стенок ДПК и произвести необходимые измерения.

Для диагностики ХДН у больных ЯБ ДПК мы применяли алгоритм обследования, разработанный в Национальном хирургическом центре им. М.М. Мамакеева (НХЦ) и названный «Комплексная полиорганная полиинтраскопическая диагностика ХДН» (КППД ХДН), который включает в себя последовательное применение следующих методов исследования: фиброэндоскопия пищевода, желудка и ДПК; комплексное рентгенологическое исследование пищевода, желудка, ДПК и кишечника, включая релаксационную и зондовую дуоденографию; комплексное УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы; доплеровское определение аорто-мезентериального расправления (АМР) и аорто-мезентериального угла (АМУ); гидроультразвуковое исследование желудка и ДПК; гидроультразвуковое исследование ДПК в условиях искусственной гипотонии и двойного и контрастирования. В группе контроля (Таблица 1) из 601 больных длительность заболевания до 3 лет была у 114 (18,9%), от 3 до 5 лет у 132 (21,9%), от 6 до 10 лет у 108 (17,9%), от 11 до 15 лет у 48 (7,9%), от 16 до 20 лет у 36 (5,9%), свыше 21 год у 24 (3,9%) и длительность заболевания не установлена у 139 (23,6%). Как видно из данных Таблицы 2 в группе ретроспективного анализа истории болезни 601 больных ХДН в сочетании с ЯБЖ+ЯБ ДПК у 31 (5,2%), у 228 (37,9%) — ХДН+рефлюкс-эзофагит, у 196 (32,6%) — ХДН+хронический запор, у 72 (11,9%) — ХДН+желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и у 55 (9,2%) — ХДН+спаечная болезнь.

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ
 В СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
 ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Длительность заболевания	Контрольная группа		Основная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
До 3 лет	114	18,9	63	41,4
3-5 лет	132	21,9	45	29,6
6-10 лет	108	17,9	13	8,5
11-15 лет	48	7,9	10	6,6
16-20 лет	36	5,9	6	3,9
Свыше 21 лет	24	3,9	3	1,9
Не установлена	139	23,6	12	8,1
Итого	601	100	152	100

Таблица 2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХДН
 В СОЧЕТАНИИ С ЯБ ДПК ПО КЛИНИЧЕСКИМ ГРУППАМ

Клиническая группа	Контрольная группа		Основная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
ХДН + ЯБЖ + ЯБДПК	31	5,2	9	5,9
ХДН + рефлюкс - эзофагит	228	37,9	31	20,4
ХДН + хронический запор	196	32,6	5	3,3
ХДН + ЖКБ	72	11,8	10	6,6
ХДН + спаечная болезнь	55	9,2	7	4,6

В основной группе из 152 пациентов у 9 (5,9%) была ХДН+ЯБЖ+ЯБ ДПК, у 31 (20,4%) — ХДН+рефлюкс-эзофагит, у 5 (3,3%) — ХДН+хронический запор, у 10 (6,6%) — ХДН+ЖКБ и у 7 (4,6%) — ХДН+спаечная болезнь. Из экстрадуоденальных причин механической ХДН была артериомезентериальная компрессия (АМК). К причинам связанным с патологией самой ДПК мы относили врождённые аномалии ДПК, незавершённый поворот ДПК, короткую связку Трейтца, высокое расположение и острый угол дуоденоеюнального перехода, врождённые аномалии развития соседних органов. К интрамуральным патологическим процессам в стенке ДПК, которые вызывали ХДН механического характера, мы относили постбульбарный рубцово-язвенный стеноз ДПК, сдавление ДПК, вызванный спаечным перидуоденитом (дистальный, проксимальный, тотальный) после перенесенного гастрита, дуоденита, холецистита, панкреатита и после перенесенных операций. У больных ЯБ ДПК (Таблица 3) наиболее частым осложнением было язвенное кровотечение в настоящем и перфорация язвы в настоящем.

Таблица 3

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ХДН
 ПО ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ И ХАРАКТЕРУ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯБ ДПК

Особенности течения и характер осложнений ЯБ ДПК	Сочетание с ХДН	
	Абс.	%
Перфорации язвы с ушиванием в прошлом	40	26,3
Перфорации язвы в настоящем	39	25,6
Язвенное кровотечение в анамнезе	31	20,4
Язвенное кровотечение в настоящем	51	33,5
Пенетрация язвы	27	17,8

Особенности течения и характер осложнений ЯБ ДПК	Сочетание с ХДН	
	Абс.	%
Пилорудуоденальный стеноз	35	23,1
Сочетание осложнений	52	34,2

Следующим по частоте осложнением ЯБ ДПК был пилорудуоденальный стеноз у 35 (23,1%) и пенетрация язвы у 27 (17,8%). У 52 (34,2%) больных с ЯБ ДПК выявлялось сочетание осложнений. Как видно из данных Таблицы 4 плановые операции были выполнены у 174 (28,9%) больных ХДН в сочетании с ЯБ ДПК, у 10 (1,7%) ХДН в сочетании с ЯБ ДПК и ЯБЖ, у 60 (9,9%) ХДН в сочетании с рефлюкс-эзофагитом и ЯБ ДПК, у 72 (11,9%) ХДН в сочетании с хроническим запором и ЯБ ДПК, у 54 (8,9%) ХДН в сочетании с ЖКБ и ЯБ ДПК, у 66 (10,9%) ХДН в сочетании со спаечной болезнью и ЯБ ДПК.

Таблица 4

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО ПЛАНОВЫМ И ЭКСТРЕННЫМ ОПЕРАЦИЯМ

Клинические группы	Контрольная группа n=601				Основная группа n=152			
	Плановые операции		Экстренные операции		Плановые операции		Экстренные операции	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ХДН + ЯБ ДПК	174	28,9	426	70,9	77	50,6	74	48,6
ХДН + ЯБ ДПК + ЯБЖ	10	1,7	21	3,5	4	2,6	5	3,3
ХДН + рефлюкс – эзофагит + ЯБ ДПК	60	9,9	48	7,9	22	14,5	6	3,9
ХДН + хронический запор + ЯБ ДПК	72	11,9	42	6,9	16	10,5	8	5,2
ХДН + ЖКБ + ЯБ ДПК	54	8,9	12	1,9	21	13,8	4	2,6
ХДН + спаечная болезнь + ЯБ ДПК	66	10,9	54	8,9	15	9,8	12	7,9

Экстренные операции были выполнены: у 426 (70,9%) ХДН в сочетании с ЯБ ДПК, у 21 (3,5%) ХДН в сочетании с ЯБ ДПК и ЯБЖ, у 48 (7,9%) ХДН в сочетании с рефлюкс-эзофагитом и ЯБ ДПК, у 42 (6,9%) ХДН в сочетании с хроническим запором и ЯБ ДПК, у 12 (1,9%) ХДН в сочетании с ЖКБ и ЯБ ДПК, у 54 (8,9%) ХДН в сочетании со спаечной болезнью и ЯБ ДПК. В основной клинической группе плановые операции были проведены у 77 (50,6%) ХДН в сочетании с ЯБ ДПК, у 4 (2,6%) ХДН в сочетании с ЯБ ДПК и ЯБЖ, у 22 (14,5%) ХДН в сочетании с рефлюкс-эзофагитом и ЯБ ДПК, у 16 (10,5%) ХДН в сочетании с хроническим запором и ЯБ ДПК, у 21 (13,8%) ХДН в сочетании ЖКБ и ЯБ ДПК, у 15 (9,8%) ХДН в сочетании со спаечной болезнью и ЯБ ДПК. Также в этой группе экстренные операции были у 74 (48,6%) ХДН в сочетании ЯБ ДПК, у 5 (3,3%) ХДН в сочетании с ЯБ ДПК и ЯБЖ, у 6 (3,9%) ХДН в сочетании с рефлюкс-эзофагитом и ЯБ ДПК, у 8 (5,2%) ХДН в сочетании с хроническим запором и ЯБ ДПК, у 4 (2,6%) ХДН в сочетании с ЖКБ и ЯБ ДПК и у 12 (7,9%) ХДН в сочетании со спаечной болезнью и ЯБ ДПК. Как видно из данных Таблицы 5 всего было прооперировано 152 больных ХДН в сочетании с ЯБ ДПК.

По данным Таблицы 6 видно, что в контрольной группе из 601 прооперированных больных у 2 (1,3%) было нагноение послеоперационной раны, по 1 (0,6%) пациенту был инфильтрат в брюшной полости, абсцесс брюшной полости, перитонит, расхождение швов анастомоза, у 3 (1,9%) панкреатит, анастомозит и у 5 (3,3%) послеоперационная пневмония.

Таблица 5

ХАРАКТЕР И ОБЪЁМ ВЫПОЛНЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ
 У БОЛЬНЫХ ХДН В СОЧЕТАНИИ С ЯБ ДПК

<i>Характер и объём операции</i>	<i>Абс.</i>	<i>%</i>
ПАДЕА	3	1,9
ПАДЕА + РЖ Бильрот I	14	9,2
ПАДЕА + РЖ Бильрот II	32	21,0
ПАДЕА + фундопликация	8	5,3
ПАДЕА + гемиколэктомия	1	0,6
Иссечение язвы + ПАДЕА	5	3,3
Иссечение язвы + рассечение связки Трейтца	2	1,3
Рассечение связки Трейтца	46	30,3
Рассечение связки Трейтца + Бильрот I	6	3,9
Рассечение связки Трейтца+ Бильрот II	14	9,2
Рассечение связки Трейтца + ХЭ	21	13,8

Таблица 6

ХАРАКТЕР ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
 У БОЛЬНЫХ ХДН В СОЧЕТАНИИ С ЯБ ДПК

<i>Характер осложнений</i>	<i>Контрольная группа n=601</i>		<i>Основная группа n=152</i>	
	<i>Абс.</i>	<i>%</i>	<i>Абс.</i>	<i>%</i>
Нагноение послеоперационной раны	2	1,3	1	0,6
Инфильтрат в брюшной полости	1	0,6	2	1,3
Абсцесс брюшной полости	1	0,6	-	-
Панкреатит	3	1,9	1	0,6
Перитонит	1	0,6	-	-
Послеоперационная пневмония	5	3,3	1	0,6
Анастомозит	6	3,9	4	2,6
Расхождение швов анастомоза	1	0,6	-	-
Анастомозит + гастростаз	3	1,9	1	0,6

В основной клинической группе было выполнено 152 операций. Из всего числа пациентов у 1 (0,6%) было нагноение послеоперационные раны, панкреатит, послеоперационная пневмония, анастомозит+гастростаз, у 2 (1,3%) инфильтрат в брюшной полости, у 4 (2,6%) анастомозит.

Хроническое нарушение дуоденальной проходимости часто является причиной тяжелых страданий больных и представляет трудности для распознавания, что объясняется отсутствием типичных признаков заболевания. Хронический дуоденостаз, представляя собой полиэтиологичное заболевание, характеризуется замедленной эвакуацией из двенадцатиперстной кишки, в основе которой лежат причины как механического, так и функционального характера. Дуоденоюнальный переход как переходная зона и «водитель ритма» влияет на эвакуацию содержимого из двенадцатиперстной кишки, являясь центральным звеном в регуляции двигательной функции всей тонкой кишки.

Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) встречается довольно редко, при диагностике заболевания необходимо уделять внимание клинической картине, которая может быть разнообразной. Стоит отметить важность всестороннего клинико-инструментального обследования больных с явлениями хронического дуоденостаза для выяснения причины ХДН, ее стадии, наличия патогенетически связанных с ХДН заболеваний [13].

Результаты обследования влияют на выбор оптимальной лечебной тактики у данного контингента больных. Стоит отметить, что при ХДН отсутствует патогномоничная симптоматика, поэтому необходимо проявлять особую настороженность в отношении возможного наличия хронического дуоденостаза.

Особенно это касается больных с длительно существующими диспепсическими явлениями, абдоминальными болями, которые имеют наибольшую значимость при наличии ХДН. Основным методом диагностики этого заболевания является рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта в динамике или рентгеноскопия, при которых достоверно определяется маятникообразное движение контрастного вещества при артериомезентериальной непроходимости.

Различные формы синдрома ХДН требуют индивидуального подхода к выбору терапии, так как успех лечения, прежде всего зависит от точной диагностики причины дуоденостаза (функциональная, органическая), установления стадии процесса, вовлечения в патологический процесс смежных с ДПК органов и систем [14].

Выбор характера операции при хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки должен быть индивидуальным и строго обоснованным формой заболевания.

Диапазон хирургических вмешательств колеблется от дуоденоюностомии или адгезиолизиса с низведением и распрямлением дуоденоюнального изгиба до транспозиции ДПК или формирования многочисленных соустьей как традиционным способом, так и с применением малоинвазивных технологий [15].

Применение парциального адгезиолизиса с низведением дуоденоюнального перехода является операцией выбора у пациентов с описанным выше типом хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки, а использование прокинетической терапии и транскutánной электростимуляции перистальтической активности кишечника позволяет достигать не только улучшения состояния, но и выздоровления исходно тяжелобольных [16].

Заключение

Таким образом, для диагностики хронической дуоденальной непроходимости у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки мы рекомендуем использовать ретгеноконтрастное исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, зондовая дуоденография в условиях медикаментозной гипотонии, эзофагогастродуоденоскопия, доплерографическое исследование верхней брыжеечной артерии, гидроультразвуковое исследование двенадцатиперстной кишки в условиях двойного контрастирования и медикаментозной гипотонии, интраоперационная ревизия органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Была разработана новая инструментальная методика гидроультразвукового исследования двенадцатиперстной кишки с двойным контрастированием дуоденального пассажа в условиях медикаментозной гипотонии. Разработан новый метод хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, заключающийся в наложении поперечной антиперистальтической дуоденоюностомии по Я. Д. Витебскому с формированием из пряди большого сальника «заглушки» отводящей петли двенадцатиперстной кишки с целью предупреждения синдрома «слепого мешка».

Список литературы:

1. Графов А. К., Халилов М. А., Швердин Н. Н., Алексеев А. Г. Синдром верхней мезентериальной артерии (синдром Уилки): клиническое наблюдение // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2015. Т. 5. №3. С. 46-50.

2. Wilkie D. P. D. Chronic duodenal ileus // *Am. J. Med. Sci.* 1927. V. 173. №5. P. 643-648. <https://doi.org/10.1097/00000441-192705000-00006>
3. Сопуев А. А., Маматов Н. Н., Ормонов М. К., Эрнисова М. Э., Кудаяров Э. Э., Бауров А. Б. Этиология и патогенез спаечного процесса брюшной полости // *Евразийский журнал здравоохранения.* 2021. Т. 3. №3. С. 37-45. <https://doi.org/10.54890/.v3i3.39>
4. Дибиров М. Д., Халидов О. Х., Гаджимурадов Р. У., Гудков А. Н., Фомин В. С., Джаджиев А. Б. Хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки как следствие высокой фиксации дуоденоюнального перехода и спаечной болезни брюшины // *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова.* 2017. №9. С. 95-98.
5. Реут А. А., Маркелов О. А., Щербатых А. В., Маркелов А. А. Артерио-мезентериальная компрессия (сообщение 1) // *Байкальский медицинский журнал.* 1998. Т. 12. №1. С. 4-10.
6. Bardhan K. D., Williamson M., Royston C., Lyon C. Admission rates for peptic ulcer in the trend region, UK, 1972-2000, changing pattern, a changing disease? // *Dig. Liver Dis.* 2004. V. 36. №9. P. 577-588. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2017995-98>
7. Камышникова Л. А., Власюк А. Ю., Власюк В. Ю. Особенности диагностики и эпидемиологии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у стационарных больных // *Научный результат. Серия Медицина и фармация.* 2014. Т. 1. №1. С. 31-36.
8. Wu H. C., Tuo B. G., Wu W. M. Prevalence of peptic ulcer in dyspeptic patients and the influence of age, sex, and *Helicobacter pylori* infection // *Dig. Dis. Sci.* 2008. V. 53. №10. P. 2650-2656.
9. Лазебник Л. Б., Ткаченко Е. И., Абдулхаков Р. А. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2013. Т. 3. №5. С. 3-11.
10. Тихон Н. М., Волкова М. П., Хмеленко А. В. Хроническая дуоденальная непроходимость: клинический случай в педиатрической практике // *Гепатология и гастроэнтерология.* 2017. Т. 1. №2. С. 203-204.
11. Осипова А. С., Сайтова Ю. К., Стяжкина С. Н. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и её осложнения // *Вопросы науки и образования.* 2017. Т. 9. №10. С. 66-69.
12. Разумовский А. Ю., Дронов А. Ф., Смирнов А. Н. Лапароскопические операции при лечении хронической дуоденальной непроходимости у детей // *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова.* 2015. №5. С. 35-39. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2015535-39>
13. Звягинцева Т. Д., Шаргород И. И. Хроническая дуоденальная непроходимость // *Восточноевропейский журнал внутренней и семейной медицины.* 2016. №2. С. 13-19.
14. Курыгин А. А., Серова Л. С., Курыгин А. А. Хроническая дуоденальная непроходимость в результате механического препятствия в области связки Трейтца // *Вестник хирургии.* 1998. №5. С. 29-32.
15. Пономарев А. А., Карпов О. Э. Редкие причины непроходимости желудочнокишечного тракта. Рязань: Гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова; 2002.
16. Singal R., Sahu P. K., Goel M., Gupta S., Gupta R., Gupta F., Sekhon M. S., Goyal S. L. Superior mesenteric artery syndrome: a case report // *N. Am. J. Med. Sci.* 2010. V. 12. №8. P. 392-394. <https://doi.org/10.4297/najms.2010.2392>

References:

1. Grafov, A. K., Khalilov, M. A., Sheverdin, N. N., & Alekseev, A. G. (2015). Sindrom verkhnei mezenterial'noi arterii (sindrom Uilki): klinicheskoe nablyudenie. *Rossiiskii vestnik detskoj khirurgii, anesteziologii i reanimatologii*, 5(3), 46-50. (in Russian).
2. Wilkie, D. P. D. (1927). Chronic duodenal ileus. *Am. J. Med. Sci.*, 173(5), 643-648. <https://doi.org/10.1097/00000441-192705000-00006>
3. Sopuev, A. A., Mamatov, N. N., Ormonov, M. K., Ernisova, M. E., Kudayarov, E. E., & Baurov, A. B. (2021). Etiologiya i patogenez spaechnogo protsessa bryushnoi polosti. *Evraziiskii zhurnal zdravookhraneniya*, 3(3), 37-45. <https://doi.org/10.54890/v3i3.39>
4. Dibirov, M. D., Khalidov, O. Kh., Gadzhimuradov, R. U., Gudkov, A. N., Fomin, V. S., & Dzhadzhiev, A. B. (2017). Khronicheskaya neprokhodimost' dvenadtsatiperstnoi kishki kak sledstvie vysokoi fiksatsii duodenoeyunal'nogo perekhoda i spaechnoi bolezni bryushiny. *Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova*, (9), 95-98. (in Russian).
5. Reut, A. A., Markelov, O. A., Shcherbatykh, A. V., & Markelov, A. A. (1998). Arterio-mezenterial'naya kompressiya (soobshchenie 1). *Baikal'skii meditsinskii zhurnal*, 12(1), 4-10. (in Russian).
6. Bardhan, K. D., Williamson, M., Royston, C., & Lyon, C. (2004). Admission rates for peptic ulcer in the trend region, UK, 1972-2000, changing pattern, a changing disease? *Dig. Liver Dis.*, 36(9), 577-588. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2017995-98>
7. Kamyshnikova, L. A., Vlasyuk, A. Yu., & Vlasyuk, V. Yu. (2014). Osobennosti diagnostiki i epidemiologii yazvennoi bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoi kishki u statsionarnykh bol'nykh. *Nauchnyi rezul'tat. Seriya Meditsina i farmatsiya*, 1(1), 31-36. (in Russian).
8. Wu H. C., Tuo B. G., & Wu W. M., (2008). Prevalence of peptic ulcer in dyspeptic patients and the influence of age, sex, and Helicobacter pylori infection. *Digestive Diseases and Sciences*, 53(10), 2650-2656.
9. Lazebnik, L. B., Tkachenko, E. I., & Abdulkhakov, R. A. (2013). Standarty diagnostiki i lecheniya kislotozavisimykh i assotsiirovannykh s Helicobacter pylori zabolevanii. *Ekspertimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*, 3(5), 3-11. (in Russian).
10. Tikhon, N. M., Volkova, M. P., & Khmelenko, A. V. (2017). Khronicheskaya duodenal'naya neprokhodimost': klinicheskii sluchai v pediatricheskoj praktike. *Gepatologiya i gastroenterologiya*, 1(2), 203-204. (in Russian).
11. Osipova, A. S., Saitova, Yu. K., & Styazhkina, S. N. (2017). Yazvennaya bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoi kishki i ee oslozhneniya. *Voprosy nauki i obrazovaniya*, 9(10), 66-69. (in Russian).
12. Razumovskii, A. Yu., Dronov, A. F., & Smirnov, A. N. (2015). Laparoskopicheskie operatsii pri lechenii khronicheskoi duodenal'noi neprokhodimosti u detei. *Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova*, (5), 35-39. (in Russian). <https://doi.org/10.17116/hirurgia2015535-39>
13. Zvyagintseva, T. D., & Shargorod, I. I. (2016). Khronicheskaya duodenal'naya neprokhodimost'. *Vostochnoevropeskii zhurnal vnutrennei i semeinoi meditsiny*, (2), 13-19. (in Russian).
14. Kurygin, A. A., Serova, L. S., & Kurygin, A. A. (1998). Khronicheskaya duodenal'naya neprokhodimost' v rezul'tate mekhanicheskogo prep'yatstviya v oblasti svyazki Treitssa. *Vestnik khirurgii*, (5), 29-32. (in Russian).
15. Ponomarev, A. A., & Karpov, O. E. (2002). Redkie prichiny neprokhodimosti zheludochnokishechnogo trakta. Ryazan'. (in Russian).

16. Singal, R., Sahu, P. K., Goel, M., Gupta, S., Gupta, R., Gupta, F., Sekhon, M. S., & Goyal, S. L. (2010). Superior mesenteric artery syndrome: a case report. *North American Journal of Medical Sciences*, 12(8), 392-394. <https://doi.org/10.4297/najms.2010.2392>

Поступила в редакцию
10.10.2025 г.

Принята к публикации
20.10.2025 г.

Ссылка для цитирования:

Абдуллаев Д. С., Сопуев А. А., Маматов Н. Н., Эрнисова М. Э., Кудаяров Э. Э., Атакозиев А. Т., Белеков Т. Ж., Шамил у. Э. Клинико-диагностические особенности и хирургическое лечение больных с хронической дуоденальной непроходимостью в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №11. С. 142-152. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/120/17>

Cite as (APA):

Abdullaev, J., Sopuev, A., Mamatov, N., Ernisova, M., Kudayarov, E., Atakoziev, A., Belevkov, T., & Shamil u., E. (2025). Clinical and Diagnostic Features and Surgical Treatment of Patients with Chronic Duodenal ileus Combined with Duodenal Ulcer. *Bulletin of Science and Practice*, 11(11), 142-152. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/120/17>