

УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДИКИ И ПРИНЦИПЫ ИССЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Нишанов М.Ф., Изатиллаев И.Р., Алибоев М.Р., Хожиметов Д.Ш.,
Набиев И.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Актуальность. По сводной статистике исследователей, в мире язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) страдает 10-15% жителей земного шара. Прободная дуоденальная язва (ПДЯ) по сей день продолжает занимать ведущее место в структуре частоты (10-20%) и летальности (2,0-20%). При этом, результаты хирургического лечения не до конца удовлетворительны. Несмотря на двухвековой опыт лечения ЯБДПК, в том числе его осложнения перфорацией позволило апробировать и использовать все известные в желудочной хирургии оперативные вмешательства.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки путем совершенствования пилоруссохраняющих методов и техники язвоиссекающих операций с дуоденопластикой.

Материалы. Исследование проводилось в хирургическом отделении Клиника АГМИ, в котором приняли участие 50 пациент с диагнозом ЯБ.

Результаты. После улучшения методик и технических приемов пилоруссохраняющей ДП, а также диагностического и лечебного алгоритмов, позволяют улучшить результаты хирургического лечения ПДЯ.

Заключение. По мнению авторов, использование нового хирургического метода в лечении ПДЯ за счет определения низкой эффективности ПДП типа Джадд-Танаке, Гейнеке-Микулича и Финнея снизить частоту послеоперационных осложнений, и летальность и улучшить отдаленные результаты хирургического лечения.

Ключевые слова: язвенная болезнь, пилоропластика, иссечение.

TESHILGAN DUODENAL YARALARNI KESISH USULI VA TAMOYILLARINI TAKOMILLASHTIRISH

Nishonov M.F., Izatillayev I.R., Aliboyev M.R., Xo'jimetov D.Sh.,
Nabiyev I.M.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya

Dolzarbli. Tadqiqotchilarning umumlashtirilgan statistik ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi (O'BIYK) bilan yer yuzi aholisining 10-15 foizi aziyat chekmoqda. Teshilgan o'n ikki barmoqli ichak yarasi (TO'BIY) bugungi kungacha ham uchrashuv chastotasi (10-20%) va o'lim ko'rsatkichi (2,0-20%) bo'yicha yetakchi o'rinni egallab kelmoqda. Shu bilan birga, jarrohlik davolash natijalari hali to'liq qoniqarli emas. O'BIYKni davolashning ikki asrlik tajribasiga qaramay, shu jumladan uning teshilish asorati ham, oshqozonda ma'lum bo'lgan barcha usullarni sinovdan o'tkazish va qo'llash imkonini bergan.

Vazifa. Pilorusqaqlovchi usullar va duodenoplastikali yarakesuvchi tashrixlar texnikasini takomillashtirish orqali o'nikki barmoqli ichak perforativ yaralarini xirurgik davolash usullarini yaxshilash.

Materiallar. Tadqiqot ADTI klinikasining jarrohlik bo'limida o'tkazildi, unda YK tashxisi qo'yilgan 50 nafar bemor ishtirok etdi.

Natijalar. Pilorusni saqlovchi DP usullari va texnik usullarini, shuningdek, tashxislash va davolash algoritmlarini takomillashtirishdan so'ng, PDAni jarrohlik davolash natijalarini yaxshilash imkonini beradi.

Xulosa. Mualliflarning fikricha, TDYAni davolashda yangi jarrohlik usulidan foydalanish Jadd-Tanaka, Geyneke-Mikulich va Finney turidagi PDAning past samaradorligini aniqlash orqali operatsiyadan keyingi asoratlar chastotasini va o'limni kamaytiradi va jarrohlik davolashning uzoq muddatli natijalarini yaxshilaydi.

Kalit so'zlar: yara kasalligi, piloroplastika, kesish.

IMPROVING THE METHODOLOGY AND PRINCIPLES OF EXCISION OF PERFORATED DUODENAL ULCER

Nishanov M.F., Izatillaev I.R., Aliboev M.R., Khozhimetov D.Sh.,
Nabiyev I.M.

Andijan state medical institute

Abstract

Relevance. According to the summary statistics of researchers, 10-15% of the world's population suffers from duodenal ulcer (DU). Perforated duodenal ulcer (PDU) continues to

occupy a leading place in the structure of frequency (10-20%) and mortality (2.0-20%). At the same time, the results of surgical treatment are not entirely satisfactory. Despite two centuries of experience in the treatment of DU, including its complication by perforation, it has allowed us to test and use all known surgical interventions in gastric surgery.

Objective. Improving the results of surgical treatment of perforated duodenal ulcers by improving pylorus-preserving methods and techniques of ulcer excision operations with duodenoplasty.

Materials. The study was conducted in the surgical department of the Clinic of the Altai State Medical Institute, in which 50 patients diagnosed with PU took part.

Results After improving the methodology and technical methods of pylorus-preserving DP, as well as diagnostic and treatment algorithms, it is possible to improve the results of surgical treatment of PDU.

Conclusion. According to the authors, the use of a new surgical method in the treatment of PDU due to the determination of the low efficiency of PDP of the Judd-Tanaka, Heineke-Mikulich and Finney type will reduce the incidence of postoperative complications and mortality and improve the long-term results of surgical treatment.

Keywords: peptic ulcer, pyloroplasty, excision.

Введение. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) относится к одной из самых распространенных патологий во всех регионах мира. На этом фоне «сохраняется высокая актуальность проблемы хирургического лечения осложненных форм ЯБ, что связано, с одной стороны, с эффективностью консервативных и эндоскопических мероприятий, когда оперативному лечению подлежит самый тяжелый контингент больных, с другой стороны, с высоким риском развития различных послеоперационных осложнений» [1, 2]. При выборе метода операции мы учитываем многие факторы, наиболее важным из которых является: локализация ПДЯ и его осложнения; срок прошедший от момента перфорации степень риска оперативного вмешательства, которая зависит от возраста, сопутствующих терапевтических и сочетанных хирургических заболеваний, общего состояния больного и вида операции, особенности патологических изменений обнаруженных во время операции [5]. Несмотря на успехи хирургического лечения прободной язвы ДПК, частота послеоперационных осложнений и летальность в ближайшем послеоперационном периоде остаются высокими [3].

Всем больным проводилось иссечение ПДЯ, однако пилоро- и дуоденопластика после иссечения ДЯ выполнено в различных модификациях.

Как известно, дренирующие желудок операции (ДЖО) не только улучшают эвакуаторную функцию желудка (ЭФЖ) [7], но и способствуют уменьшению контакта пищи со слизистой оболочкой антрального отдела, что приводит к снижению гастринового механизма [8].

В начальном периоде нашей работы, при иссечении язв ДПК, мы применяли пилородуоденопластику по Финнею, Гейнеке-Микуличу и Джадду-Танаке [4].

Характер выполненных нами оперативных вмешательств при прободных ДЯ представлен в таблице 1.

Как видно из нижеследующей таблицы, при пилородуоденопластике по Гейнеке-Микуличу - 14 (2,9%) применяли продольный разрез по оси желудка и двенадцатиперстной кишки, т.е. производилась широкая пилородуоденотомия. Рану зашивали двухрядным швом после иссечения прободной язвы [8, 9]. При этом виде дренирующий желудок операции полностью нарушается целостность сфинктера привратника, что часто является причиной возникновения ДГР, демпинг-синдрома и других нарушений МЭФЖ [2].

Таблица 1.

Характер выполненных оперативных вмешательств при прободной ДЯ.

Название операции – иссечение ПДЯ с:	Количество больных	
	абс	%
- ПДП по Джадду-Танаке	64	13,4
- ПДП по Гейнеке-Микуличу	14	2,9
- ПДП по Финнею	20	4,2
- дуоденопластика (ДП)	381	79,5
Всего	479	100

При иссечении прободной ДЯ и диагностировании язвы на задней стенке ДПК производилась ПДП по Финнею – 20 (4,2%). При этом образуется более широкий выход из желудка, обеспечивается адекватное дренирование и ликвидация патологического субстрата, т.е. прободной ДЯ. Но это связано с разрушением целостности сфинктера привратника.

Вместе с тем, выраженные рубцовые изменения пилорического канала и наличия большого воспалительного инфильтрата вокруг язвы часто затрудняют выполнение этого вида пластики и возникают условия для возникновения ДГР, демпинг-синдрома и других нарушений МЭФЖ [10]. Выполнение операции непосредственно в зоне рубцово-измененных тканей может, кроме того, привести к вторичному рубцеванию, деформации в области пилороластики и нарушению ЭФЖ, в результате разрушения многогранной функции сфинктера привратника. К тому же этот вид пластики выполним при отсутствии препятствий для свободной мобилизации нисходящего отдела ДПК и сопоставления его с пилорическим жомом [11, 12].

При иссечении прободной ДЯ с ПДП по Джадду-Танаке – 64 (13,4%) производили иссечение язвы передней стенки ДПК ромбовидным разрезом. При этом, наряду с язвой иссекалась передняя полуокружность сфинктера привратника (гемипилорэктомия). Пластика осуществлялась сшиванием стенки желудка и ДПК двухрядными швами.

При данном способе иссечения, наряду с нарушением целостности сфинктера привратника, в большей степени разрушаются циркулярные мышцы ДПК, что также приводит к развитию ДГР, демпинг-синдрома и других нарушений МЭФЖ [5, 6].

Однако в процессе дальнейшей работы и изучения ближайших и отдаленных результатов мы отказались от этих операций.

Целью радикальной операции на желудке при ЯБ является воздействие на 3 фактора:

- снижение желудочной секреции (кислотности и пепсина) на достаточном уровне;
- удаление язвы как источника осложнения и очага возникновения патологических импульсаций, а также патоморфологически измененного участка стенки ДПК;
- нормализация МЭФЖ и ДПК, а также влияние на вторую фазу желудочной секреции (уменьшение контакта пищи со слизистой антрального отдела, удаление последнего отдела приводит к резкому снижению желудочной секреции во II-й фазе). При ваготомии снижается 1-я фаза желудочной секреции.

В своей практической деятельности мы пользовались классификацией В.И. Оноприева (1995), которая хотя и является в какой-то степени условной, тем не менее как рабочая схема она является простой и удобной для пользования практического хирурга [9, 10].

- По анатомо-функциональным особенностям проксимальная часть ДПК, то есть тот ее отдел, который чаще подвергается операциям, делится на 4 уровня: вход (основание) луковицы - базальный отдел; тело (корпус) луковицы; выход (вершина) луковицы - апикальный отдел; постбульбарный отдел.
- По окружности ДПК выделяли четыре стенки: - переднюю; - заднюю; - боковую большей кривизны; - боковую малой кривизны.
- Применительно к нашему материалу и используя эту классификацию по локализации ДЯ, мы различаем язвы, расположенные на передней, задней, боковой малой кривизны, боковой большой кривизны; "зеркальные" или "целующиеся" язвы.

При операции по поводу ПДЯ мы в последние годы широко применяли усовершенствованный способ иссечения ДЯ с ДП (Патент № 2262 ПВ РУз.).

Способ иссечения прободной дуоденальной с дуоденопластикой. После выполнения верхнесрединной лапаротомии проводили интраоперационную диагностику, которая заключалась в последовательном осмотре дуоденоюнального перехода, оценке степени выраженности и распространённости перитонита, визуально и пальпацией определяли состояние пилорoduоденальной зоны (локализация язвы, диаметр прободного отверстия язвы, расстояние ее до пилорического жома) [7, 11]. У всех больных в связи с перитонитом после аспирации, выполнялась тщательная санация брюшной полости не менее чем 5-7 литрами раствора фурациллина

После рассечения рубцово-спаечной мантии, закрывающую контуры гастрoduоденального комплекса, повторно уточняли уровень и величину перфоративной язвы, диаметр прободного отверстия язвы и ее расстояние до пилорического жома. В пределах здоровых тканей края язвенного инфильтрата берутся на держалки с боковых краев [8].

Дистальнее и проксимальнее язвенного инфильтрата производили два полуокруглых окаймляющих разреза в поперечном направлении острым скальпелем надсекая лишь серозную оболочку. При этом нашей целью являлось не только радикальное иссечение прободной язвы, но и максимальное сохранение тканей [3, 4]. В дальнейшем используя электронож, сначала пересекали дистальный край язвы. Через дефект язва дополнительно приподнимали проведенным диссектором и после пальцевой проверки интактности сфинктера привратника, проксимальным разрезом электроножом иссекали прободную язву в пределах здоровых тканей [5]. Этим самым в меньшей мере травмировались циркулярные мышцы ДПК, сохранялась целостность сфинктера привратника и боковых стенок луковицы ДПК. Проводилась дополнительная ревизия задней стенки, проксимальной и дистальной части ДПК [7, 11].

При диагностировании язвы задней стенки ДПК, через дуоденальный дефект электроножом иссекали края язвы задней стенки до дна его кратера (часто пенетрирующую в головку поджелудочной железы), отступив 5 мм. Такой прием позволяет избежать травмы поджелудочной железы. Дефект на задней стенке луковицы ушивали слизисто-подслизисто-мышечными узловыми швами, используя шелковые нити, сопоставляли и адаптировали края задней стенки кишки. При этом, швы завязывали после их полного наложения, предварительно затянув и сблизив края кишки. Тем самым дно кратера язвы остается за пределами кишечной трубки, т.е. производится экстрaduоденизация без использования пряди сальника.

В.И.Оноприев (1995) рекомендует применять метод "тунелизации", при котором имеется высокая вероятность повреждения гастрoduоденальной

артерии, терминальных отделов холедоха и панкреатодуоденальных артерий. Дефект задней стенки кишки ушивают однорядными узловыми швами [4]. По аналогичной методике иссекаются пенетрирующие и кровоточащие "зеркальные" язвы [12]. При ушивании дефекта задней стенки кишки по методике В.И. Оноприева (1995) в линию швов вовлекается край пряди сальника на сосудистой ножке. Область дуоденопластики имеет вид ломанной кривой [7, 8].

В случаях выявления функционального стеноза до операции, выражающегося во время операции в виде спазма пилорического жома, за счет перифокального воспаления, производили пилородилятацию, при этом доводили диаметр пилорического жома до 22-24 мм. После пилородилятации пилорический жом оставался в расширенном состоянии, что связано с атонией его мышц [8, 11, 12].

Во всех случаях оставляли назоэзофагогастроуденальный зонд от системы одноразового использования для внутривенных капельных переливаний крови и других жидкостей. До операции в желудок вводили толстый желудочный зонд [5]. Перед пластикой передней стенки дистальный конец стерильного зонда с боковыми отверстиями длиной до 20 см проводили в направлении связки Трейтца, а проксимальный конец привязывали к желудочному зонду заранее выведенного в желудок [8]. Желудочный зонд извлекали вместе с проксимальным концом декомпрессионного зонда на нужном для нас расстоянии и фиксировали к носу пациента на 2-3 дня с расчетом, чтобы микроперфоративные отверстия располагались одновременно в просвете желудка и ДПК [7].

Дуоденопластика. Дефект на передней стенке ДПК в начальном периоде нашей работы ушивали внутриузловыми отдельными кетгутовыми швами в поперечном направлении, поверх которого накладывали "П"-образные капроновые швы [3].

Контроль герметичности и проходимости дуоденопластики проводится путем введения и последующей аспирации 375 мл раствора фурациллина через назогастроуденальный зонд.

Приводим наблюдение.

Больной Кодиров З. , 1967 года рождения (И/Б №392/65), поступил в третьем хирургическое отделение клиники АГМИ 05.02.2019 года в 10 часов 40 минут через 1,5 часа от момента перфорации. Из анамнеза- страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки 7 лет. В течение последнего месяца нарушение режима питания и эмоциональное переживание привели к осложнению болезни. При обзорной рентгенографии выявлен пневмоперитонеум.

05.02.2019 года в 7 часов 30 минут после кратковременной предоперационной подготовки под эндотрахеальным наркозом произведена верхнее-срединная лапаротомия. При ревизии - в брюшной полости определяется желудочное содержимое, на петлях кишечника - нити фибрина, зона гастродуоденального перехода укрыта прядью большого сальника. Произведена тщательная санация брюшной полости антисептиками. Мобилизация петли ДПК по Кохеру. Острым путем снята спаечная "мантия", закрывающую контуры гастродуоденального перехода. На передней стенке луковицы ДПК имеется язвенный инфильтрат диаметром 1.5 см с наличием перфоративного отверстия 5-6 мм. В пределах здоровых тканей края язвенного инфильтрата взяты на держалки с боковых краев. Дистальное и проксимальное язвенного инфильтрата произведены два полуокруглых окаймляющих разреза острым скальпелем надсекая лишь серозную оболочку. В дальнейшем используя электронож, сначала рассекли дистальный край язвы. Через дефект язва дополнительно приподнята проведенным диссектором и после пальцевой проверки интактности сфинктера привратника, проксимальным разрезом электроножом иссечена прободная язва в пределах здоровых тканей. Проведено дополнительная ревизия задней стенки, проксимальной и дистальной части ДПК. При этом обнаружена язва задней стенки диаметром 8-10 мм, пенетрирующая в головку поджелудочной железы. Через дуоденальный дефект электроножом иссечены края язвы задней стенки до дна его кратера, отступя 5 мм от края язвы. Дефект на задней стенке ушит слизисто-подслизисто-мышечными узловыми швами, используя шелковые нити, сопоставлены и адаптированы края задней стенки кишки, тем самым дно кратера язвы осталось за пределами кишечной трубки. В связи со спазмом пилорического жома, за счет перифокального воспаления, произведено пилородилатация, при этом диаметр пилорического жома составил 22-24 мм. После этого пилорический жом остался в расширенном состоянии, что связано с атонией его мышц. В просвете желудка и ДПК оставлен назоэзофагогастроуденальный зонд от системы одноразового использования.

Дуоденопластика произведена отдельными серозно - мышечно - подслизистыми шелковыми швами в поперечном направлении, узелками кнаружи. При этом, вкол иглы проводился отступя 5 мм от края разреза кишки, а выкол - отступя 2 мм. Расстояние между узлами составили 6-7 мм. Повторная санация брюшной полости антисептиками. Дренирование брюшной полости. Послойные швы на рану. Асептическая повязка. Выздоровление.

В последние годы при локализации ПДЯ на переднее-боковых стенках луковицы ДПК, мы начали применять методики иссечения ДЯ с ДП с сохранением целостности пилорического жома (патент №0128. ПВ РУз.).

Способ пилоруссохраняющей дуоденопластики при прободной дуоденальной язве. Использование: медицина, а именно хирургическая гастроэнтерология, и может быть использовано в urgentной хирургии ЯБДПК [11].

Задача: снижение травматичности и повышение эффективности операции путем сохранения целостности «многогранной» функции пилорического сфинктера желудка, а также максимальное сбережение циркулярных мышц и крипт слизистой оболочки ДПК.

Сущность изобретения: при способе пилоруссохраняющей дуоденопластики нет необходимости в мобилизации ДПК по Кохеру, а лишь острым путем производили ограниченную тщательную диссекцию периульцерозной спаечной «мантии», что открывает контуры стенок, сегмент сужения и зону язвенного рубца. При этом часто после иссечения отёчной, рыхло связанной со стенкой ДПК рубцовой мантии патологические изменения оказываются менее выраженными и хирургу открывается неизменённая стенка ДПК вокруг перфорационного отверстия. К тому же исключали повреждение правой желудочно-сальниковой и панкреатодуоденальной артерий в зависимости от локализации язвы. Сохраняли целостность и интактность сфинктера привратника с ее «многогранными» функциями и максимально сохраняли циркулярные дуоденальные мышцы и крипты слизистой. Это достигалось прецизионным иссечением ПДЯ окаймляющими разрезами в поперечном направлении к оси ДПК, что параллельными оси желудка окаймляющими разрезами вокруг прободной язвы [5, 6, 11].

После, язву переднебоковой стенки ДПК иссекали элетроножом в пределах здоровых тканей, далее через дуоденальный дефект выводили желудочный зонд, к которому фиксируется назогастроудуоденальный зонд для декомпрессии; проксимальный конец ее выводили через нос пациента. Целостность кишечной стенки восстанавливали дуоденопластикой однорядными прецензионными, адаптирующими серозо-мышечно-подслизистыми узловыми швами узелками кнаружи [13]. При этом расстояние между стежками должно быть 0,5 см, а отступ от края разреза - 0,5 см с проксимального стороны раны без захвата тканей пилорического жома и до 0,8-1,0 см с дистального края раны, что обеспечивает плотность соприкосновения тканей. При затягивании узлов однорядных серозно мышечно подслизистых швов над декомпрессионным зондом обеспечивается физиологическая герметичность и механическая прочность дуоденопластики [7, 9].

Пример 1.

Больной Хакимов М., 1998 года рождения (И/Б №824/123), поступил в третье хирургическое отделение клиники АГМИ 30.01.2021 года в 6 часов утра

через 5 часов от момента перфорации. Из анамнеза - страдает ЯБ 4 лет. При обзорной рентгеноскопии под правым куполом диафрагмы выявлен пневмоперитонеум.

30.01.2021 года в 9 часов 15 минут после кратковременной предоперационной подготовки под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. При интраоперационном исследовании в брюшной полости установлено наличие серозно-фибринозного перитонита.

Произведено тщательная санация брюшной полости антисептиками. При интраоперационном исследовании в брюшной полости определяется желудочное содержимое. На петлях кишечника - нити фибрина, к области гастродуоденального перехода прилежит большой сальник. Произведено аспирация и тщательная санация брюшной полости антисептиками. Острым путём лишь вокруг перфоративной язвы снята спаечная "мантия", закрывающую контуры гастродуоденального перехода. На передне боковой стенке луковицы ДПК по ее наружному контуру (большой кривизне) установлено наличие язвенного инфильтрата диаметром 1,25*1,6 см с диаметром прободного отверстия 5*5 мм. В пределах здоровых тканей края язвенного инфильтрата взяты на держалки с боковых краёв. Дистальное и проксимальное язвенного инфильтрата произведены два полукруглых окаймляющих разреза острым скальпелем надсекая лишь серозную оболочку. В дальнейшем используя электронож, сначала рассекли дистальный край язвы.

Через дефект перфоративная язва дополнительно приподнята проведенным диссектором и после пальцевой проверки интактности сфинктера привратника, проксимальным разрезом электроножом иссечена прободная язва в пределах здоровых тканей с сохранением целостности правой желудочно сальниковой артерии и сфинктера привратника. Проведено дополнительная ревизия задней стенки, проксимальной и дистальной части ДПК. В просвете желудка и ДПК оставлен декомпрессионный назоэзофагогастроуденальный зонд от системы одноразового использования.

Дуоденопластика произведена отдельными серозно - мышечно - подслизистыми прецензионными адаптирующими шёлковыми швами в поперечном направлении, узелками кнаружи. Расстояние между стежками составило 0,5 см, а отступ от края разреза - 0,5 см с проксимального края без захвата тканей пилорического жома и до 0,9 см с дистального края, что обеспечило необходимую плотность соприкосновения тканей.

Повторная санация брюшной полости антисептиками. Дренирование подпеченочного пространства и области малого таза. Послойные швы на рану. Асептическая повязка. Выздоровление.

Вывод. Итак, способ позволяет радикально иссечь ПДЯ язву передней и переднее-боковых стенок и иссечь края язвы задней стенки (т.е. удаляется патологический очаг) с последующей экстрадуденизацией (дно язвенного кратера выводится за пределы кишечной трубки) с сохранением непрерывности боковых стенок и целостности сфинктера привратника. Операция малотравматична, сохраняются нейрососудистые связи, обеспечивающие жизнедеятельность сохраненных частей желудка с его многогранными взаимосвязями с другими органами пищеварительной системы. Сохранение целостности сфинктера привратника обеспечивает порционную эвакуацию желудочного содержимого и предотвращает увеличение числа ДГР, а также является профилактикой демпинг-синдрома. Оставление полихлорвинильного зонда обеспечивает декомпрессию, тем самым является мерой профилактики несостоятельности швов, а техника наложения кишечного шва позволяет восстановить просвет ДПК, тем самым не нарушая её дренажную функцию.

В целом, разработанные технические приемы обеспечивали безопасность оперативного вмешательства. Ни в одном случае, после операции не наблюдали таких осложнений, как несостоятельность швов анастомоза, перитонит, травматический панкреатит, повреждение смежных органов (печени, желчных ходов, поджелудочной железы).

Использованная литература:

1. Изатиллаев И.Р. Роль и место пилоросохраняющей дуоденопластики в хирургии прободной дуоденальной язвы (результаты 20-летнего наблюдения): Диссертация. канд. мед. наук. -М., 2021.
2. Телешов Б.В. Выбор вида пилоро- и дуоденопластики при селективной проксимальной ваготомии у больных с язвенным пилородуоденальным стенозом: Дис. ... канд. мед. наук. -М., 1989. -220 с.
3. Туголуков В.Н. // В кн.: Современные методы функциональной диагностики состояния слизистой оболочки желудка и клиническое значение. Издательство «Медицина». -Ленинград, -1965.
4. Тутченко Н.И., Гоер Я.В., Соломко А.В. Сфинктер привратника и его роль в регуляции процессов пищеварения //Клин. хир. 1990. № 8. С. 47-50.
5. Тимербулатов В.М. Традиционное и малоинвазивные методы ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, Р.Р. Фаязов и др. // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. – С. 31 – 32.

6. Тимербулатов, Ш.В. Миниинвазивные вмешательства при прободной гастродуоденальной язве // Ш.В. Тимербулатов и др. / Эндоскопическая хирургия. – 2017. – Т. 23. – №. 2. – С. 8-11.
7. Хачиев Л.Г., Калиш Ю.И., Ризаев М.Н. и др. Методы непрерывной электрогастрографии и радиогastroграфии в изучении моторно-эвакуаторной деятельности желудка и его культи// Метод. рекомендации. -Ташкент, 1979. –25 с.
8. Хаджибаев А.М. Новый способ резекции желудка с моделированием функции пилорического жома // Вестник экстренной медицины. 2020. №1-2. – С. 101-106.
9. Хисамутдинова, Р.И. Видеолапароскопические операции при прободных гастродуоденальных язвах / Р.И. Хисамутдинова, Ш.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов и др. //Практическая медицина. – 2017. – №. 6 (107). – С. 127-130.
10. Хубутя, М.Ш. Методы лечения неотложных заболеваний и повреждений органов брюшной полости в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского / М.Ш. Хубутя, П.А. Ярцев, А.А. Гуляев и др.// Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. - 2015. - № 3. - С. 44-48
11. Циммерман, Я.С. Язвенная болезнь: критический анализ современного состояния проблемы / Я.С. Циммерман // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2018. – Т. 149(1). – С. 80–89.
12. Чернов, В. Н. Результаты лечения язвенной болезни методом радикальной дуоденопластики / В.Н. Чернов, С.О. Долгарев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013. - № 4. – С. 48-54.
13. Черноусов, А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: рук. для врачей / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. – М.: Медицина, 1996. – 256 с.
14. Черноусов, А.Ф. Селективная проксимальная ваготомия / А.Ф. Черноусов, А.Л. Шестаков. —М.: ИздАТ, 2001. — 158 с.
15. Черноусов, А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, П.М. Богопольский. – М.: Практическая медицина, 2016. 352 с.
16. Чернякевич, С.А. Моторная и эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки при рецидиве язвы после ваготомии с дренирующей операцией / С.А. Чернякевич, С.Д. Даренская // Клин. хирургия. – 1980. – № 8. – С. 11-14.

17. Шалимов, А.А. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. – Киев: Здоровье, 1997. – С. 139–147.
18. Шапошников, А.В. Ваготомия в лечении пилорoduоденальных язв / А.В. Шапошников, А.И. Неделько, Л.А. Пантелеева. – Ростов-на-Дону: Изд-во Ростов. ун-та, 1989. – 192 с.
19. Шептулин, А.А. Идиопатические гастродуоденальные язвы / А.А. Шептулин, С.С. Кардашева, А. Беер //Клиническая медицина. – 2018. – Т. 96. – №. 8. – С. 702-706.
20. Юдин, С.С. Этюды желудочной хирургии / С. С. Юдин // М.: Медицина, 1965. – 296 с.
21. Яицкий, Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, В.П. Морозов // М.: Мед-прессинформ, 2002. -376 с.