

# DEKOMPENSASIYA MƏRHƏLƏSİNDƏ OLAN XORALI DUODENAL STENOZUN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

Qasımov N.A., \*Mirzəliyev İ.B., Əliyev T.M., Axundov E.C.

\*e-mail: ibrahim.mirzeliyev@gmail.com

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun  
Ümumi Cərrahiyyə I kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Məqalədə onikibarmaq bağırsağın dekompenasiya olunmuş çapıq xoralı stenozu (DÇXS) olan 106 xəstənin cərrahi müalicəsi nəzərdən keçirilmişdir. 76 xəstədə mədənin sekretor və motor-evakuator funksiyasının bərpasına yönəlmiş radikal duodenoplastika cərrahi müalicənin birinci mərhələsi kimi icra edilmişdir. Bu xəstələrdə əlavə müayinədən sonra cərrahi müalicənin ikinci mərhələsi kimi selektiv proksimal vaqotomiya icra edilmişdir. 30 xəstədə mədənin 2/3 hissəsinin müxtəlif modifikasiyalarda rezeksiyası aparılmışdır. Onikibarmaq bağırsağın DÇXS olan xəstələrin müxtəlif cərrahi müalicə üsullarının müqayisəli qiymətləndirilməsi aparılmış, erkən əməliyyatdansonrakı ağırlaşmalar və uzaq patoloji sindromlar təhlil edilmişdir.

**Açar sözlər:** onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi, onikibarmaq bağırsağın dekompenasiyalı çapıq-xoralı stenozu, duodenoplastika.

Müasir dövrdə xora xəstəliyi daxili orqanların ən çox rast gəlinən xəstəliklərindən biridir. Ədəbiyyat məlumatlarına görə, xəstəliyin yayılması yaşlı əhali arasında 6-10% təşkil edir [1,2,9]. Onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin fəsadlarının ümumi strukturunda stenoz 10-63,5% (orta göstərici 15-30%), dekompenə olunmuş stenoz isə 5-15% arasında dəyişir. Stenozla fəsadlaşmış onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyində 45-84% xəstələrdə cərrahi müalicə göstəriş sayılır və dekompenə olunmuş stenozlarda letallıq fəsadlaşmayan duodanal xoralara nisbətən 1,5-2 dəfə yüksək olur [1,3,5-7].

Hal-hazırda dekompenə olunmuş xora stenozunun cərrahi müalicəsində vahid yanaşma yoxdur. Bütün mövcud olan üsullar 2 qrupa bölünür: rezeksiya və orqansaxlayıcı üsullar. Nisbətən yüksək letallıq (2-5%), əməliyyatdansonrakı fəsadların (12-35%) və müxtəlif postqastrorezeksion sindromların (12-60%), həmçinin mədə güdülünün xərçənginin (4-6%) inkişaf etməsi riskinin olmasına baxmayaraq, onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin cərrahi müalicəsində mədə rezeksiyası əvvəllər də olduğu kimi aparıcı mövqe tutur [2-4,8].

Son 12-20 il müddətində onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin fəsadlaşmış formalarında, xüsusən də dekompanse olunmuş çapıq xoralı stenozlarda (DÇXS) orqan saxlayıcı əməliyyatlar tətbiq edilməyə başlanmışdır. Bu əməliyyatların üstün cəhətləri minimal letallıq, az travmatiklik, erkən əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların və uzaq dövrdə patoloji simptomların az olması ilə xarakterizə olunur.

Hazırkı tətqiqat işinin **məqsədi** onikibarmaq bağırsağın çapıq xoralı stenozlarının cərrahi müalicə üsullarının müqayisəli qiymətləndirilməsi və bu kateqoriyadan olan xəstələrin müalicəsində optimal cərrahi taktikanın seçilməsinin əsaslandırılmasından ibarətdir.

**Material və metodlar.** Onikibarmaq bağırsağın DÇXS olan 106 xəstənin müayinə təcrübəsi ümumiləşdirilib. 76 xəstə Ə.Əliyev adına Az.DHTİ-nin cərrahiyyə klinikasında və 3 saylı ŞKX-nın cərrahiyyə şöbəsində son 10 il ərzində əməliyyat olunmuşlar. Bütün xəstələrə izole olunmuş və ya selektiv proksimal vaqotomiya (SPV) ilə birlikdə duodenoplastika icra olunmuşdur. Bu xəstələr əsas müşahidə qrupunu təşkil edir. Daha 30 xəstə isə nəzarət qrupuna daxil edilmişdir. Xəstələrin çoxunda (95%) uzun müddətli xora anamnezi olmuşdur. 30 xəstə onikibarmaq bağırsağın xorasının ağırlaşmalarına görə cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır. 5 xəstə isə 2 dəfə cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır. Bir dəfə perforativ xoraya görə, 2-ci dəfə isə xoradan qanaxmaya görə.

Bütün xəstələrə ümumi klinik müayinələr aparılmışdır. Xüsusi diqqət su-elektrolit balansına, turşu-qələvi mübadiləsinə, azot mübadiləsinə yönəlmişdir. DÇXS diaqnozunu təsdiqləmək, dekompensasiyanın ağırlıq dərəcəsini təyin etmək üçün bütün xəstələrə fibroqastroduodenoskopiya (FQDS), mədə sekresiyasının müayinəsi, mədənin kontrast rentgen müayinəsi icra edilmişdir.

Rentgenoqrafiya zamanı ac qarına mədədə böyük miqdarda möhtəviyyət, mədənin böyüməsi və atoniyası (kisə şəkilli), kiçik çanağa sallanması, evakuasiyanın 24 saatdan 72 saata kimi ləngiməsi aşkarlanmışdır (Cə. 1).

Dekompensasiya mərhələsində olan xoralı duodenal stenozun klinik-dinamik təsnifatı

<b>Dekompensasiyanın dərəcələri</b>	<b>Klinik əlamətlər</b>	<b>Biokimyəvi göstəricilər</b>	<b>Qastrogen tetaniya</b>
1	Qusma, evakuasiya-nın ləngiməsi 24-38 saat, boş mədənin həcmi 0,8-1,0 l	Norma	Yoxdur
2	Süni qusma, evakuasiyanın ləngiməsi 36-72 saat, boş mədənin həcmi 1,0-1,4 l	K <sup>+</sup> , Na <sup>+</sup> , Cl <sup>-</sup> göstəricilərinin enməsi, hipoproteinemiya, anemiya	Gizli forma (adinamiya, zəiflik, yuxululuq, paresteziya, ayrı-ayrı əzələlərin hipertonusu)
3	Evakuasiya yoxdur, boş mədənin həcmi 1,4- 2,1 l	Hipoxloremik alkaloz, azotemiya, hipokalsiemiya	Yaddaşın pozulması ilə müşayiət edilən tetanik forma, inkişaf etmiş əzələ hipertonusu

Mədə sekresiyası aspirasion-titrləmə üsulu ilə müayinə olunmuşdur. Stimulyasiya üçün 1 kq çəkiyə görə 0,024 mq dozada histamin istifadə edilmişdir. Alınan nəticələrə ehtiyatla yanaşılıb, çünki dekompensə mərhələsində olan stenoz zamanı mədə şirəsinin həcmi çox olur, hətta 600-800 ml və daha çox olur. Qoruyucu mexanizmlərin tükənməsi, evakuasiyanın olmaması mədənin antral hissəsində dekompensə olunmuş qələviləşməyə gətirib çıxarır. Müayinə olunmuş xəstələrdə turşuluğun bazal produksiyası (BP)  $10,7 \pm 1,35$  mmol/s, maksimal produksiyası isə (TMP)  $42,4 \pm 2,37$  mmol/s olmuşdur.

Xoralı piloroduodenal stenozun müxtəlif dərəcələrini aşkarlamaq üçün klinik anatomik və funksional meyarlar mövcuddur ki, onların da əsasında müxtəlif təsnifatlar təklif olunur. Bizim işdə DÇXS-in klinik-anatomik təsnifatından istifadə olunmuşdur. Bu təsnifat klinik müşahidələr, biokimyəvi və instrumental müayinələr üzərində hazırlanmışdır. Bu əlamətləri nəzərə alaraq və ya qastrogen tetaniyanın olmaması dekompensə olunmuş stenozu 3 dərəcəyə bölməyə imkan verir: 1, 2 və 3-cü dərəcə (Cədv 1). Cədv. 1-də meyarlar əks olunmuşdur və xəstələr onikibarmaq bağırsağın dekompensasiya dərəcəsinə görə qruplaşdırılmışdır. 1-ci dərəcəli dekompensasiya 62 xəstədə (58,5%), 2-ci dərəcəli dekompensasiya 36

(33,9%) xəstədə, 3-cü dərəcəli 8 (7,5%) xəstədə müşahidə edilib. Dekompensasiya dərəcəsinə görə əməliyyatın hazırlıq və əməliyyatdan sonrakı dövrdə konservativ müalicə təyin olunmuşdur.

Göründüyü kimi, sayına görə 1-ci dərəcə dekompenasiyalı xəstələr üstünlük təşkil edir. Onlarda ciddi biokimyəvi dəyişikliklər olmur, kafi vəziyyətdə olurlar və uzun müddətli əməliyyatın hazırlıq tələb etmirlər. Onların mədəsi antiseptik və qələvi məhlullarla yuyulur. Bu qrupdan olan xəstələr daxil olduqdan 1-2 gün sonra əməliyyata məruz qalırlar.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrə dekompressiya məqsədilə nazoqastral zond qoyulur. Nazik zond daim passiv dekompressiyaya imkan verir: 1) anastomoz zonasını boşaltmaq; 2) durğunluq hesabına qıçqırma prosesini xaric etmək; 3) mədənin genişlənməsini aradan qaldırmaq və bununla da ağciyərlərin ventilyasiyasını yaxşılaşdırmaq; 4) mədə divarının tonusunun bərpasını tezləşdirmək. 1-ci dərəcəli dekompenasiya olan xəstələrdə zond mədədə 3 gün saxlanılır. Bu müddət ərzində mədədən onikibarmaq bağırsağa qənaətbəxş evakuasiya baş verir. 3-cü günün sonunda boş mədənin həcmi 150-200 ml təşkil edir. Bu müddətdən sonra infuzion terapiya dayandırılır və xəstəyə maye qəbuluna icazə verilir. 6-8-ci sutkadan xəstə duru qidaların qəbuluna başlayır. 10-12-ci sutkadan onlar 5-6 dəfəlik Pevznerin 1№-li stol tipli qidalanmasına keçirilir.

2-ci dərəcə dekompenasiyalı xəstələrdə  $K^+$ ,  $Na^+$ ,  $Cl^-$  göstəricilərinin aşağı düşməsi və hipoproteinemiya xarakterikdir. Bu qrupdan olan xəstələrə mütləq qaydada əməliyyatın hazırlıq məqsədii lə ardıcıl olaraq zülal-elektrolit balansının bərpası istiqamətində infuzion-transfuzion terapiya aparılır (tərkibində 8-10 q  $K^+$  olan qarışıq, albumin, protein, aminturşular və elektrolitlər). Eyni zamanda daim nazoqastral zond saxlanılır və gastrotonik preparatlar təyin olunur (**metoklopramid**). Əməliyyatın hazırlıq orta hesabla  $7 \pm 2$  gün aparılır.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə nazoqastral zond 5 gün müddətində saxlanılır. Əgər 6-cı sutkada ac mədənin həcmi  $200 \pm 50$  ml təşkil edərsə, zond xaric edilir. 6-7-ci sutkada xəstələrdə infuzion terapiya dayandırılır və onlar qidalanma rejiminə

keçirilir. 9-10-cu sutkadan duru qida qəbuluna icazə verilir, 12-14-cü sutkadan isə stol 1-ə keçirilir.

3-cü dərəcə dekompensasiya olan xəstələr klinikaya çox ağır vəziyyətdə müraciət edirlər (huşsuz vəziyyətdə, əzələlərin hipertonusu və s. ilə). Bu qrupdan olan xəstələr birbaşa reanimasiya şöbəsinə yerləşdirilir. Reanimasion tədbirlərlə eyni vaxtda əməliyyatönü hazırlıq aparılır. Orta hesabla əməliyyatönü hazırlıq  $14\pm 3$  gün müddətində aparılır.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə nazoqastral zond  $7\pm 2$  gün saxlanılır. 7-ci sutkanın sonu əgər ac mədənin həcmi  $300\pm 50$ ml təşkil edərsə, zond xaric edilir. Əməliyyatdan 7-9 gün sonra qidalanma rejiminə icazə verilir. 14-cü sutkadan başlayaraq stol 1-ə keçilir (az porsiyalarla gün ərzində 6-8 dəfə).

**Nəticə və yekun.** Əsas qrupun bütün xəstələrinə cərrahi müdaxilənin birinci mərhələsində radikal duodenoplastika (RDP) icra edilmişdir.

Dekompensasiyalı duodenal stenozu olan xəstələrdə endoskopik və rentgenoloji tədqiqatlar piloroduodenal zonada patomorfoloji dəyişikliklər barədə dolğun məlumat vermir. Onikibarmaq bağırsağın soğanağının kobud deformasiyası, pilorik sfinkterin dilatasiyası və onikibarmaq bağırsağın prestenotik hissəsinin antralizasiyası, selikli qişanın büküslərinin kobud konvergensiyası oriyentasiyanı çətinləşdirərək və bir çox hallarda stenozun səviyyəsinin, xoranın mövcud olması və lokalizasiyasını, onun pilorik sfinkter və böyük bağırsağın məməciyi ilə münasibətinin müəyyən edilməsində səhvlərə yol verilməsinə səbəb olur.

Yalnız mərhələli (ardıcıl) intraoperasion tədqiqatlar, onikibarmaq bağırsağın soğanağının çapıq-xoralı proseslə zədələnməsinin xarakteri haqqında, eyni zamanda kəskin genişlənmiş mədə çıxacağı, böyük duodenal məməciyini təyin etməyə imkan verə bilər.

İntraoperasion diaqnostikanın növbəti mərhələsi mədə çıxacağıın müəyyən edilməsidir ki, bunu da piloroduodenal zonanın palpasiyası ilə müəyyən etmək mümkün olmur.

Pilorus kəskin şəkildə nazikləşib, dilatasiyaya uğrayıb və peristaltika qeyd edilmir, diametri mədənin genişlənmiş antral hissəsinin diametrinə uyğundur.

Genişlənmiş mədə çıxacağı və antral hissə onikibarmaq bağırsağın soğanağının genişlənmiş prestenotik hissəsi ilə birləşərək ümumi “kisəşəkilli” forma əmələ gətirir. Onikibarmaq bağırsağın prestenotik hissəsinin selikli qişasının restruktizasiyası onun mədənin çıxacağı və antral şöbəsinin birləşməsi ilə əlaqədardır və bu “onikibarmaq bağırsağın soğanağının antralizasiyası” adlandırılmışdır. Bu yalnız dekompensasiyalı stenozu olan xəstələrə aiddir.

Onikibarmaq bağırsağın soğanağını mədədən ayırmadan (mobilizasiyası icra edilmədən) köndələn duodenotomiya icra etmək olmaz. Ona görə ki, mədə çıxacağına nazıqləşmiş divarı onikibarmaq bağırsağın soğanağının divarı kimi qəbul edilə bilər və mədənin antral şöbəsinin zədələnməsi baş verər. Belə ki, onikibarmaq bağırsağın soğanağını çapıq toxumalarından azad etdikdən sonra köndələn duodenotomiya icra edilir. Qeyd etmək lazımdır ki, dekompensator stenozlu xəstələrin mədə çıxacağına palpator diaqnostikası böyük səriştə və təcrübə tələb edir. Mədə çıxacağı o dərəcədə nazıqləşib dilatasiyaya uğrayıb və mədənin genişlənmiş antral şöbəsi ilə birləşir ki, bunu müəyyən etmək üçün cərrah bu qrup xəstələrdə çoxsaylı əməliyyat təcrübəsinə malik olmalıdır. Mədə çıxacağı aşkar edildikdən sonra onikibarmaq bağırsağın soğanağının xora və çapıq toxumaların kəsilib xaric edilməsilə başlanılır. Bu mümkün qədər ekonomik edilir ki, bağırsağın zədələnməmiş toxumaları maksimal dərəcədə toxunulmamış qalsın.

RDP drenəedici əməliyyat sayılır, hansı ki, mədə möhtəviyyatının mədə çıxacağına məhv etmədən onikibarmaq bağırsağa fizioloji evakusiyasını təmin edir. Bununla belə xora xəstəliyinin residivini inkar etmir, ona görə ki, aqressiv turşu amilini aradan götürmür. Əsas qrupda olan xəstələrə antiasid əməliyyatı kimi SPV icra edilmişdir. Xəstələrə aparılmış daha ətraflı əlavə müayinələrdən sonra, birinci iki ay ərzində RDP-dan sonra, ikinci mərhələdə SPV icra edilir. 12 xəstədə aparılmış bir illik müşahidə zamanı mədə sekresiyası norma daxilində olduğu üçün SPV əməliyyatı icra edilmədi. Son illərdə müasir yüksək effektivli yeni antiasid preparatlarının kəşfindən sonra SPV əməliyyatına xəstənin sosial statusundan asılı olaraq individual yanaşılmalıdır.

Nəzarət qrupunun xəstələrinə mədənin 2/3 hissəsinin rezeksiyası icra edilmişdir. Bunlardan 9 xəstədə Bilrot-1, 19 xəstədə Bilrot-2 üsulunun Hofmeister-Finsterer modifikasiyası ilə, 2 xəstədə isə Ru üsulu ilə rezeksiya icra edilmişdir. Bunlardan 5 xəstə təcili olaraq əməliyyata alınmış, 25 xəstədə isə planlı əməliyyat icra edilmişdir. Hər iki qrupda müşahidə edilən erkən əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların mahiyyəti və tezliyi Cədv. 2-də göstərilir.

## Cədvəl 2.

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların xarakteri və rastgəlmə tezliyi

Ağırlaşmalar	Əməliyyatın növü			
	SPV+DP	RDP (1-ci mərhələ)	SPV (2-ci mərhələ)	Mədənin 2/3 hissəsinin rezeksiyası
Pankreatit	5 (6,6%)	1 (1,3%)	1 (1,6%)	3 (10%)
Qastrostaz	6 (7,9%)	–	–	2 (6,7%)
Pnevmaniya	2 (2,6%)	2 (2,6%)	3 (4,7%)	2 (6,7%)
Körpücükaltı venanın flebiti	–	1 (1,3%)	–	1 (3,3%)
Tikişlərin yarıtmazlığı	–			–
Daxili qanaxma	–			1 (3,3%)
<b>Cəmi</b>	13 (17,1%)	4 (5,3%)	4 (6,3%)	9 (30%)

Cədv. 2-dən görüldüyü kimi əsas qrupda ən çox ağırlaşmalar radikal duodenoplastika ilə yanaşı, eyni zamanda SPV əməliyyatı da icra edilmiş xəstələrdə baş verib.

Dekompensasiya mərhələsində olan çapıqlı xoralı stenozu olan xəstələrdə müalicə taktikasının dəyişdirilməsi, yəni yuxarıda göstəriləni kimi iki etaplı metodun seçilməsi zamanı ağırlaşmalar demək olar ki, qeyd edilməmişdir. Əsas qrupda letal nəticələr qeyd edilməmişdir. Nəzarət qrupunda bir letal nəticə qeyd edilmişdir.

Dekompensasiya mərhələsində olan çapıqlı xoralı stenozun müalicəsinin uzaq nəticələri əsas qrupun bütün xəstələrində, nəzarət qrupun isə 17 xəstəsində tədqiq edilmişdir. Bu məlumatlar Cədv. 3-də əks olunmuşdur.

### Cədvəl 3.

#### Dekompensasiya mərhələsində olan çapıq-xoralı duodenal stenozun uzaq nəticələri

	<b>Əsas qrup</b>	<b>Nəzarət qrupu</b>
Xoranın residivi	1 (1,3%)	2 (6,7%)
Dempinq sindromu	3 (3,9%)	4 (13,3%)
Disfagiya	2 (2,6%)	2 (6,7%)
Astenovegetativ sindrom	4 (5,2%)	1 (3,3%)
Mədədə diskomfort	15 (19%)	6 (20%)
Gətirici ilgək sindromu	-	2 (6,7%)
Dəmir defisitli anemiya	-	4 (13,3%)

Cədv. 3-dən göründüyü kimi cərrahi müdaxilədən sonrakı uzaq dövrdə demək olar ki, bütün patoloji vəziyyətlər mədə rezeksiyası əməliyyatına məruz qalmış xəstələrdə müəyyən edilir.

Beləliklə, aparılmış tədqiqatlar zamanı əldə edilmiş məlumatlar əsasında aşağıdakı nəticələrə gəlmək olar: onikibarmaq bağırsağın DÇXS-lu xəstələrdə orqansaxlayıcı müdaxilənin icra edilməsi mümkündür. Bunu onikibarmaq bağırsağ stenozunu aradan qaldırırdıqdan sonra, “dekompensator” mədədə motor-evakuator və sekretor funksiyaların bərpası sübut edir. Məhz radikal duodenoplastika bu patologiyada seçim əməliyyatıdır.

Onikibarmaq bağırsağın dekompsasiya mərhələsində olan çapıqlı xoralı stenozlu xəstələrdə iki mərhələli müalicə üsulu (birinci mərhələ - RDP, ikinci mərhələ – SPV) patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış və sübut edilmişdir.

Onikibarmaq bağırsağın DÇXS-lu xəstələrin bəzilərində icra edilmiş RDP müdaxiləsindən sonra əməliyyatın ikinci mərhələsinə (SPV) ehtiyac qalmır. Bu daha çox müasir antiasid preparatların kəşf edilməsi ilə bağlıdır.



## Ədəbiyyat – Литература- References

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Клин. мед., 2000; Т. 78, № 8: с. 88–90.
2. Черноусов А.Ф., Шестаков А. Л. Селективная проксимальная ваготомиа. – М.: ИздАТ, 2001: 160 с.
3. Агаев И.Н., Велиев Н.А., Малков И.С. Рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки в хирургии язвенной болезни // Казанский медицинский журнал, 2003; Т. 84, № 6: С. 421–423.
4. Баглаенко М.В. Моторно-эвакуаторные нарушения желудка после оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: дис. ... канд. мед. наук – М., 2005. – 130 с.
5. Вавринчук С.А. Сравнительная характеристика и оптимизация методов хирургического лечения больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки: дис. ...д-ра. мед. наук, Хабаровск, 2006: 403с.
6. Кузин Н.М., Окоемов М.Н., Майорова Ю.Б. Хирургическое лечение больных с язвенными пилородуоденальными стенозами. – М.: Медицина, – 2007. – 160 с.
7. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза // Хирургия. – 2003. – № 2. – С. 34–37.
8. Оноприев В.И., Генрих С.Р., Воеводин А.Л., Попандопуло К.И. Технология радикального органосохраняющего лечения язвенной болезни ДПК, осложненной стенозом // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006. – № 7–8. – С. 54–57.
9. Fasting and postprandial small intestinal slow waves non-invasively measured in subjects with total gastrectomy /Chang Full-Young; Lu Ching-Liang; Chen Chih-Yen; Luo Jiing-Chyuan; Lee Shou-Dong Wu, Han-Chang; Chen Jiande Z // Journal of Gastroenterology & Hepatology. - 2007. - Vol. 22. - № 2. -P. 247-252.

## Резюме

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА НА СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

Касумов Н.А., Мирзалиев И.Б., Алиев Т.М., Ахундов Е.Дж.

Кафедра общей хирургии I Азербайджанский Государственный Институт  
Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, Азербайджан, Баку

Обобщен опыт хирургического лечения 106 больных с рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки на стадии декомпенсации. 76 пациентам как первый этап хирургического лечения, выполнена радикальная дуоденопластика, направленная на восстановление моторно-эвакуаторной и секреторной функции желудка. После дополнительного обследования больным провели второй этап лечения - СПВ, как антацидную операцию. 30 больным выполнена резекция 2/3 желудка в различных модификациях. Проведена сравнительная оценка способов хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза. Проанализированы ранние послеоперационные осложнения и патологические синдромы, возникающие в отдаленные сроки после хирургического вмешательства.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз ДПК, хирургическое лечение.

## Summary

### **SURGICAL TREATMENT OF DECOMPENSATED CICATRICIAL – ULCERATIVE STENOSIS OF DUODENAL ULCER**

Gasimov N.A., Mirzaliyev I.B., Aliyev T.M., Akhundov E.C.

Department of General Surgery I, Azerbaijan State Advanced Training Institute for  
Doctors named after A. Aliyev, Baku, Azerbaijan

The experience of surgical treatment of 106 patients with decompensated cicatricial-ulcerative stenosis of duodenal ulcer. 76 patients completed radical duodenoplastics as the first stage of surgical treatment aimed at restoring motor-evacuation and secretory functions of the stomach. The second stage, after an additional survey was carried out selective proximal vagotomy, as antacid operation. 30 patients underwent resection of 2/3 of the stomach in versions. A comparative evaluation of methods of surgical treatment of decompensated cicatricial-ulcerative stenosis, analyzed early postoperative complications and long-term pathological syndromes.

**Keywords:** duodenal ulcer, decompensated cicatricial-ulcerative stenosis of duodenal ulcer, surgical treatment.

*Redaksiyaya daxil olub: 29.12.2017*

*Çapa tövsiyə olunub: 26.01.2018*

*Rəyçi: t.ü.e.d. Əliyev Ş.H.*