

**Qastroenteroanastomozun peptiki xorasının ağırlaşmalarının cərrahi müalicəsi**

**Qasimov N.A., Kazimov A.K.\*, Əkbərova İ.K., Xudiyeva S.F.**

**\*e-mail:** kazimov322@gmail.com

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, uşaq cərrahiyyəsi və plastik cərrahiyyə kursu ilə ümumi cərrahiyyə kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Təqdim olunan məqalədə müxtəlif klinikalarda onikibarmaq bağırsağ xorasına görə mədənin 2/3 hissəsini Bilrot-2 üsulu ilə rezeksiyası olunmuş 2 xəstədə qastroduodenoanastomozun peptiki xorasının müxtəlif ağırlaşmalarının cərrahi müalicəsi – rekonstruksiyası təsvir edilmişdir. Onlardan 55 yaşında 1 xəstədə qastroduodenoanastomozun peptiki xorası, xarici bağırsağ fistulası ilə və 23 yaşında digər xəstədə qastroduodenoanastomozun peptiki xorasının qarnın ön divarına penetrasiyası qeyd edilmişdir. Məqalədə hər iki ağır xəstədə cərrahi müalicənin – rekonstruktiv əməliyyatların meyarları müzakirə olunur

**Açar sözlər:** onikibarmaq bağırsağ, xora, rezeksiya, rekonstruktiv əməliyyat, fistula, penetrasiya, anastomoz, konservativ və cərrahi müalicə.

Onikibarmaq bağırsağ xorası həzm sistemi xəstəlikləri arasında ən geniş yayılmış xəstəlik olmaqla ikinci yerdə gəlir. Xəstəliyin cərrahi müalicəsi zamanı ən geniş yayılmış və çox istifadə olunan əməliyyatlardan biri mədənin 2/3 hissəsinin Bilrot-2 üsulu ilə rezeksiyasıdır. Lakin bu əməliyyatdan sonra da bir sıra qorxulu ağırlaşmalar meydana çıxır. Bu ağırlaşmalarından ən çox müşahidə olunanı qastroenteroanastomozun peptiki xorası, onun perforasiyası və penetrasiyasıdır ki, bu da mütləq planlı və ya təcili cərrahi əməliyyat tələb edir.

**Mövzunun aktuallığı.** Onikibarmaq bağırsağ xorası, onun konservativ və cərrahi müalicəsi bu günə kimi cərrah və qastroenteroloqların həllində çox böyük çətinliklərlə üzləşdiyi problemlərdən biri olaraq qalmaqdadır [1]. Xəstəliyin fəsadları cərrahların daim diqqət mərkəzində olmuşdur və təsadüfi deyil ki, konservativ müalicə nəticəsində planlı cərrahiyyə əməliyyatlarının ümumi çəkisi azalsa da (1,3%), ağırlaşmaların sayı və bununla bağlı onların cərrahi müalicəsi tələbi əksinə artmaqdadır. Ağırlaşmaların strukturunda birinci yeri xora mənşəli

mədə-bağırsaq qanaxması, sonra isə xoranın perforasiyası tutur. Onikibarmaq bağırsaq xoraları və onun ağırlaşmalarının cərrahi müalicəsində ən geniş istifadə olunan üsul mədənin 2/3 hissəsinin Bilrot-2 üsulu ilə rezeksiyasıdır [2]. Lakin bu əməliyyatdan sonra bir sıra hallarda xəstənin xəstəliyi müalicə olunmaq əvəzinə, başqa qorxulu ağırlaşmalar meydana çıxır [5]. Bunlardan ən çox müşahidə olunanı gastroenteroanastomozun peptiki xorasıdır ki, bunun özü də qanaxma, perforasiya, penetrasiya və anastomozun daralması kimi təhlükəli ağırlaşmalara səbəb olur. Gastroenteroanastomozun peptiki xorası və onun ağırlaşmaları planlı və ya təcili əməliyyata göstəriş olmaqla bir sıra hallarda xəstənin həyatı üçün təhlükə yaradır [4]. Gastroenteroanastomozun peptiki xorasına səbəb isə çox hallarda əməliyyatın texniki cəhətdən düzgün aparılmaması, belə ki, mədənin qənaətcil rezeksiyası və onikibarmaq bağırsaq güdülünün düzgün işlənilməməsi səbəbindən mədə toxumasının güdüldə saxlanması olur [3].

**Praktikamızda rast gəldiyimiz 2 klinik hadisəni təqdim edirik.** Bunlardan birinin – gastroenteroanastomozun təkrar perforasiya olunmuş peptiki xorası, xarici bağırsaq fistulası ilə əməliyyat olunmuş xəstənin təhlilini təqdim edirik.

Xəstə B.Z., 55 yaş, x.t.N: C-1240, 31.03.2019-cu il tarixində klinikaya qarının ön divarında, göbəkdən solda, köhnə çapıq toxuması üzərində dəlik əmələ gəlməsindən və oradan sarımtıl, yandırıcı möhtəviyyatın gəlməsindən, ümumi zəiflik və halsızlıqdan şikayət edərək daxil olmuşdur.

**Anamnesis morbi.** Xəstənin deməsinə görə özünü sutka yarımındır xəstə hesab edir. Göbəyinin sol tərəfində iki gündür yandırıcı hissiyatın olduğunu, 36 saat əvvəl isə göbəyinin sol tərəfində dəlik əmələ gələrək, oradan sarımtıl yandırıcı mayenin gəldiyini qeyd edir. Həmin möhtəviyyatın gəlməsindən sonra dəridə dözülməz yandırıcı ağrılar əmələ gəlmiş və dərisi qızarmışdır. Anamnezindən aydın olmuşdur ki, 4 dəfə əməliyyat keçirib. Belə ki, 2003-cü ildə onikibarmaq bağırsağın perforativ xorasına görə perforativ xoranın tikilməsi icra edilmişdir. 2008-ci ildə piloroduodenal kanalın dekompensasiya olunmuş stenoza görə mədənin 2/3 hissəsinin Bilrot-2 üsulu ilə rezeksiyası icra edilmişdir. 2013-cü ildə gastroenteroanastomozun peptiki xorasının perforasiyasına görə perforativ xoranın

tikilməsi icra edilmişdir. 2015-ci ildə kəskin bağırsaq keçməməzliyi, aparıcı ilgəyin gastroenteroanastomozdan mədəyə invaginasiyasına görə (anastomozun eni təqribən 10 sm idi və qənaətcil rezeksiya aparılmışdır) əməliyyat-nazik bağırsağın rezeksiyası, entero-enteroanastomozun qoyulması icra edilmişdir. Axırncı əməliyyat bizim klinikada icra edilmiş və xəstənin vəziyyəti çox ağır olduğu üçün radikal əməliyyat-mədənin təkrar rezeksiyası icra edilməmişdir. Əvvəlki üç əməliyyat isə digər klinikalarda aparılmışdır. Beləliklə xəstə 31.03.2019-cu ildə 3 sayılı şəhər klinik xəstəxanasına müraciət edib və qəbul edilib. İlk diaqnoz “funksiyaedən nazik bağırsaq fistulası “ qoyulmuşdur.

Xəstəyə digər müvafiq müayinələr və müalicə (əməliyyatönü hazırlıq) təyin edilərək planlı əməliyyata hazırlanmışdır.

**Xəstəxanada aparılmış laborator müayinələr.** Qanın ümumi analizi: Hb – 98 q/l, Er –  $2,8 \times 10^{12}$ , L –  $6,5 \times 10^9$ , rəng göst. – 0,86, laxt. müd. – 5 dəq. 40 san., EÇS – 14 mm/saat. Qanın biokimyəvi analizi: Ümumi bilirubin – 15,0 mkmol/l., birləşmiş bilirubin – 5,9 mkmol/l., kreatinin – 93 mmol/l., sidik cövhəri – 7,5 mmol/l., xolesterin – 7,2 mmol/l., ümumi zülal – 61 q/l., Sidiyin ümumi analizi: Zülal – yoxdur, nisbi sıxlıq – 1016, leykosit – 2-3 g/s., eritrosit – 0-1 g/s., duz – oksalat kristalları az miqdarda.

**Status praesens.** Xəstə orta boylu, normal bədən quruluşlu, astenikdir. Daxil olarkən vəziyyəti orta ağır olub, dəri və görünən selikli qişalarının rəngi nisbətən avazıyıb. Dərialtı piy qatı zəifdir. Periferik limfa düyünləri boyun və qasıq nahiyəsində əllənmir. Dediynə görə siqaret çəkir, spirtli içkilər qəbul etmir.

Döş qəfəsi astenik formadadır. Perkussiya zamanı ağciyərlərin sərhədləri dəyişməyib. Auskultasiya zamanı ağ ciyərlər üzərində sərtləşmiş-vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları karlaşmış, nəbzi ritmik, orta dolğunluqda, dəqiqədə 96 vurğudur. A/T – 125/65 mm.c.st.

Dili nəm, ərplidir. Qarın tənəffüsdə iştirak edir. Palasiya zamanı qarını yumşaqdır, epigastral nahiyə-əsasən sağ qabırğaaltı nahiyəyə tərəf az ağırlıdır. Şötkin-Blumberq simptomu qarının hər yerində mənfidir. Perkusiya zamanı qaraciyər kütlüyü saxlanılmışdır.

Sidik ifrazı sərbəsdir. Hər iki böyrək nahiyəsində döyücləmə simptomu mənfidir.

Elektrokardioqramma: Sinus ritmi, miokardın az nəzərə çarpan dəyişikliyi. Ultrason müayinəsi: USM zamanı qarın boşluğu orqanlarında patologiya aşkar edilməmişdir.

Fibroezofaqogastroduodenoskopiya (FEQDS): Təkrar FEQDS zamanı mədənin həcmnin böyük olduğu və qastroenteroanastomozun böyük olduğu aydınlaşmışdır. Həmçinin qastroenteroanastomozun xorası və perforasiyası aşkar edilmişdir. Xəstəyə mədə və bağırsaqların kontrastla rentgen müayinəsi olunmuş bu zaman kontrastın fistula dəliyindən xaricə axdığı aşkar edilmişdir. Xəstəyə metilen abısı per os verilmiş, onun da 1-2 dəqiqə ərzində fistuladan xaricə çıxdığı aşkar edilmişdir.

Rentgen müayinə: Döş qəfəsinin icmal rentgenoskopiyası zamanı ağciyərlərdə patologiya aşkar edilməmişdir.

Beləliklə xəstəyə “Qastroenteroanastomozun peptiki xorasının təkrar perforasiyası, xarici bağırsaq fistulası ilə” diaqnozu qoyularaq əməliyyata hazırlanmışdır.

**Müalicə və cərrahi əməliyyat.** Xəstəyə 1 gün əməliyyat önü hazırlıq aparılmış və 02.04.2019-cu il tarixində əməliyyat – laparotomiya icra edilmişdir (əməliyyat icraçısı prof. N.A.Qasımov). Bu zaman aydın olmuşdur ki, mədənin həcmi böyükdür, əvvəlki əməliyyat zamanı mədə böyük saxlanmış və qənaətcil rezeksiya olunmuşdur. Mədə göbəyə qədər sallanmış, qastroenteroanastomozun xorası əmələ gəlmiş və həmin xora göbəyin sol tərəfində kəhnə çapıq toxumasına – dərialtına penetrasiya etmişdir. Xəstə əvvəllər 3 dəfə əməliyyat olunduğu üçün göbəyin yanında aponevroz aralanaraq kiçik yırtıq əmələ gəlmiş və həmin yırtığa qastroenteroanastomoz daxil olaraq, xora dərialtına penetrasiya etmişdir. Əməliyyat-qastroenteroanastomozun ləğvi-mədənin təkrar rezeksiyası və rekonstruktiv əməliyyat – RU üsulu ilə qastroenteroanastomozun qoyulması icra edilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstəyə müvafiq müalicə (Natrium chlorid – 0,9% – 400,0, Qlükoza 5% – 500,0; İnfuzol – 400,0, Ringer – laktat 500,0, Trisol 400,0, Dondurulmuş plazma 200,0, Eritrosit kütləsi 300,0, Ceftriakson – 1,0x2d, Metronidazol – 100x2 d, Riboxin – 10,0, Essensial – 5,0, Kleksan – 0,6, Vitamin B6 – 5%, 1,0, Vitamin C – 5% 4,0, Albumin 20% – 100,0, analqin – 50%, 2,0, dimedrol – 1%, 1,0, Tramadol – 2,0, və s.) aparılmışdır.

Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçmiş,yarası birincili olaraq sağalmışdır. Qanın ümumi analizi: Hb – 110q/l, Er – 3,7x10<sup>12</sup>, L – 8,0x10<sup>9</sup>, rəng göst. – 0,95, laxt. müd. – 5 dəq. 50 san., EÇS – 16 mm/saat. Xəstə 16.04.2019-ci ildə kafi vəziyyətdə evə ambulator müalicəyə göndərilmişdir.

Praktikamızda rast gəldiyimiz 2-ci xəstənin – gastroenteroanastomozun peptiki kolloz xorası, xoranın qarının ön divarına penetrasiyası ilə əməliyyat olunmuş digər xəstənin də təhlilini təqdim edirik.

Xəstə R.E., 23 yaş, x.t. N: C-159 1,22.04.2019-cu il tarixində klinikaya təcili yardım maşını ilə xroniki kalkulyoz xolesistitin kəskinləşməsi diaqnozu ilə gətirilmiş və qəbul edilmişdir. Daxil olarkən şikayətləri sağ qabırğaaltı nahiyədə ağrıdan,ağrının sağ kürəyə irradiyasiyasından, ürəkbulanma və qusmadan,ümumi zəiflik və halsızlıqdan olmuşdur. Xəstə daxil olduqdan 1 gün əvvəl poliklinikada USM olunmuş və öd kisəsində çoxlu müxtəlif ölçülü daşlar aşkar edilmişdir. Həmin USM-in nəticəsinə əsasən xəstə daxil olarkən klinikada ilkin diaqnoz “xroniki kalkulyoz xolesistitin kəskinləşməsi” qoyulmuşdur.

**Anamnesis morbi.** Xəstənin deməsinə görə özünü 2 gündür xəstə hesab edir. Xəstəliyini bərk qida qəbulu ilə əlaqələndirir. Anamnezindən aydın olmuşdur ki, 3 il əvvəl onikibarmaq bağırsağın perforativ xorasına görə başqa klinikada mədənin 2/3 hissəsinin Bilrot-2 üsulu ilə rezeksiyası aparılmışdır. 1 il özünü yaxşı hiss etmiş, sonra isə epiqastral nahiyədə və sağ qabırğaaltı nahiyədə ağrılar əmələ gəlmişdir. Əməliyyat edən həkimə müraciət etmiş, ambulator şəraitdə bir neçə dəfə müalicə almışdır. Müvəqqəti yaxşılaşsa da, ağrıları periodik müşahidə edilmişdir. Bu gün ağrılarının artdığına və vəziyyətinin pisləşdiyinə görə təcili yardıma müraciət etmiş, xəstəxanaya gətirilərək qəbul edilmişdir.

Xəstəyə digər müvafiq müayinələr və müalicə (əməliyyatönü hazırlıq) təyin edilərək planlı əməliyyata hazırlanmışdır.

**Xəstəxanada aparılmış laborator müayinələr.** Qanın ümumi analizi: Hb – 100 q/l, Er –  $3,2 \times 10^{12}$ , L –  $5,1 \times 10^9$ , rəng göst. – 0,91, laxt. müd. – 4 dəq. 30 san., EÇS – 13 mm/saat. Qanın biokimyəvi analizi: Ümumi bilirubin – 16,5 mkmol/l., birləşmiş bilirubin – 6,4 mkmol/l., kreatinin – 101 mmol/l., sidik cövhəri – 5,0 mmol/l., xolesterin – 5,2 mmol/l., ümumi zülal – 66 q/l., Sidiyin ümumi analizi: Zülal – yoxdur, nisbi sıxlıq – 1015, leykosit – 1-2 g/s., eritrosit – 0 g/s., duz – oksalat kristalları az miqdar.

**Status praesens.** Xəstə orta boylu, normal bədən quruluşlu, normastenikdir. Daxil olarkən vəziyyəti orta ağır olub, dəri və görünən selikli qişalarının rəngi nisbətən avazıyib. Dərialtı piy qatı zəifdir. Periferik limfa düyünləri boyun və qasıq nahiyəsində əllənir. Dediynə görə siqaret çəkmir, spirtli içkilər qəbul etmir.

Döş qəfəsi normastenik formadadır. Perkussiya zamanı ağciyərlərin sərhədləri dəyişməyib. Auskultasiya zamanı ağ ciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır, nəbzi ritmik, orta dolğunluqda, dəqiqədə 84 vurgudur. A/T – 125/70 mm.c.st.

Dili nəm, ərplidir. Qarın tənəffüsdə iştirak edir. Palasiya zamanı qarını yumşaqdır, epigastral nahiyə və sağ qabırğaaltı nahiyə ağrılıdır. Şötkin-Blumberq simptomu qarının hər yerində mənfidir. Perkusiya zamanı qaraciyər kütlüyü saxlanılmışdır.

Sidik ifrazı sərbəstdir. Hər iki böyrək nahiyəsində döyücləmə simptomu mənfidir. Elektrokardiogramma: Sinus ritmi, miokarda dəyişiklik qeyd edilmir.

Klinikada təkrar ultrasəs müayinəsi zamanı qarın boşluğu orqanlarında patologiya aşkar edilməmişdir, həmçinin öd kisəsinin mənfəzində də konkretlər aşkar edilməmişdir. Öd kisəsinin divarının bir qədər qalınlaşması qeyd edilmişdir.

Fibroezofaqogastroduodenoskopiya: Qida borusunun keçiriciliyi normaldır. Kəsici dişlərdən kardiya qədər məsafə 39 sm.-dir. Mədənin selikli qişası hiperemiyalıdır və büküşlər kobudlaşmışdır. Qastroenteroanastomozun böyük

ölçülü kalloz xorası aşkar edilmişdir. Endoskop mədədən bağırsağa çətinliklə keçirdi.

Kontrastla R-qrafiya: Xəstəyə mədə və bağırsaqların kontrastla rentgen müayinəsi olunmuş bu zaman gastroenteroanastomozun böyük ölçülü kalloz xorası təsdiq edilmişdir. Döş qəfəsinin icmal rentgenoskopiyası zamanı ağciyərlərdə patologiya aşkar edilməmişdir.

Beləliklə xəstəyə “Gastroenteroanastomozun peptiki kalloz xorası” diaqnozu qoyularaq planlı əməliyyata hazırlanmışdır.

**Müalicə və cərrahi əməliyyat.** Xəstəyə 3 gün əməliyyatönü hazırlıq (mədə-burun zondunun salınması, təmizləyici imalə, Ringer 400,0; NaCl 0,9% – 400,0 Qlükoza 5% – 500,0; İnfuzol 400,0; Albumin 20% – 50,0; Təzə dondurulmuş plazma 400,0; Eritrosit kütləsi 300,0 və s.) aparılmışdır.

Xəstəyə 25.04.2019-cu il tarixində planlı əməliyyat – laparotomiya icra edilmişdir (əməliyyat icraçısı prof. N.A.Qasimov). Qarında çoxlu bitişmələr aşkar edilmiş bu bitişmələr ayrılmışdır. Bu zaman aydın olmuşdur ki, gastroenteroanastomozun kalloz xorası əmələ gəlmiş və həmi xora sağ qabırğaaltı nahiyədə qarnın ön divarına intim bitişərək infiltratlaşmış bir konqlomerat əmələ gətirmişdir. Həmin infiltratlaşmış konqlomerat iti və küt üsulla, texniki çətinliklə ayrılmışdır. Gastroenteroanastomoz ləğv edilmiş, mədənin təkrar rezeksiyası və rekonstruktiv əməliyyat – RU üsulu ilə gastroenteroanastomozun qoyulması icra edilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstəyə müvafiq müalicə (Natrium chlorid – 0,9% – 400,0, Qlükoza 5% – 500,0; İnfuzol – 400,0, Ringer-laktat 500,0, Trisol 400,0, Dondurulmuş plazma 200,0, Eritrosit kütləsi 300,0, Ceftriakson – 1,0x2d, Metronidazol – 100x2d, Riboxin – 10,0, Essensial – 5,0, Vitamin B6 – 5% 1,0, Vitamin C – 5% 4,0, Albumin 20% – 100,0, analqin – 50%, 2,0, dimedrol – 1%, 1,0, Tramadol 2,0,və s.) aparılmışdır.

Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçmiş,yarası birincili olaraq sağalmışdır. Qanın ümumi analizi: Hb – 105 q/l, Er – 3,4x10<sup>12</sup>, L – 7,5x10<sup>9</sup>, rəng

göst. – 0,94, laxt. müd. – 4 dəq. 35 san., EÇS – 16 mm/saat. Xəstə 03.05.2019-cu ildə kafi vəziyyətdə evə ambulator müalicəyə göndərilmişdir.

**Nəticə.** Göründüyü kimi hər iki xəstə əvvəllər onikibarmaq bağırsağ xorasına görə əməliyyat – mədənin 2/3 hissəsinin Bilrot-2 üsulu ilə rezeksiyasına məruz qalmış xəstələr olmuşdur. Onlardan hər ikisində gastroenteroanastomozun peptiki xorası baş vermişdir. Birinci xəstədə hətta gastroenteroanastomozun peptiki xorası 2 dəfə perforasiya olmuşdur. Ədəbiyyat məlumatlarında və öz təcrübəmizə əsasən gastroenteroanastomozun peptiki xorasının əmələ gəlməsi çox hallarda əməliyyatın texniki cəhətdən düzgün icra edilməməsi – mədənin qənaətcil rezeksiyası və ya onikibarmaq bağırsağ güdülünün düzgün işlənməməsi, yəni güdüldə mədənin toxumasının qalması səbəbindən baş verir. Hər iki xəstəlik tarixinin təhlili onu deməyə əsas verir ki, klinikamızda aparılan hər iki rekonstruktiv əməliyyatın həcimini və müddətini məqsədə uyğun saymaq olar. Seçilmiş cərrahi taktika hər iki ağır xəstənin həyatını xilas etməyə imkan vermişdir.

Beləliklə, bu klinik misalların əsas məqamı ondan ibarətdir ki, onikibarmaq bağırsağ xorasına görə aparılan mədə rezeksiyaları zamanı, həmçinin də mədənin 2/3 hissəsinin Bilrot-2 üsulu ilə rezeksiyası zamanı əməliyyatın həcmi düzgün seçilmədikdə daha ağır fəsadlar baş verir və bu xəstələr sonradan mütləq şəkildə təkrar-rekonstruktiv əməliyyat olunmalıdır. Belə xəstələr ixtisaslaşmış klinikalarda və yalnız yüksək ixtisaslı mütəxəsis-cərrah tərəfindən əməliyyat olunmalıdır.

Mədə rezeksiyası aparılmış və sonradan müxtəlif ağırlaşmalar əmələ gəlmiş xəstəni müvafiq müayinələr və tam həcmdə əməliyyatı hazırlıq aparıldıqdan sonra ixtisaslaşmış klinikalarda, yüksək ixtisaslı mütəxəsis-cərrah tərəfindən rekonstruktiv əməliyyat etməklə yaxşı nəticələr almaq və onları normal həyata qaytarmaq mümkündür.

## ƏDƏBİYYAT – ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı. 2007, 823 səh.
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. и др. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни: Пос. для врачей / - М., 2004; 30 с.



3. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т., Богопольский П.М. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. - М.: Практическая медицина, 2016; 352 с.
4. Пиманов С. И. Эзофагит, гастрит, и язвенная болезнь - Н. Новгород, 2000; 376 с.
5. Leontiadis G.I., Molloy Bland M., Moayyedi P., Howden C.W. Effekt of comorbidity on mortality in patients with prptic ulcer bleeding:systematic review and metaanalysis // Am.J.Gastroenterol. 2013;108(3):331-45:quiz 346

## РЕЗЮМЕ

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

Касумов Н.А., Кязимов А.К., Акперова И.К., Худиева С.Ф.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедра общей хирургии с курсами детской хирургии и пластической реконструктивной хирургии, Баку, Азербайджан

Язва двенадцатиперстной кишки является вторым наиболее распространенным заболеванием пищеварительной системы. В представленной статье описано хирургическое лечение - реконструкция различных осложнений язвенной болезни гастродуоденоанастомоза у 2 пациентов, которым была выполнена резекция 2/3 части желудка методом Билрот-2 по поводу язвы двенадцатиперстной кишки в разных клиниках. У 1-го пациента в возрасте 55 лет была отмечена пептическая язва гастродуоденоанастомоза с наружным кишечным свищом, а у 2-го, в возрасте 23 года - пептическая язва гастродуоденоанастомоза, пенетрирующая в переднюю брюшную стенку. В статье рассматриваются критерии хирургических лечений - реконструктивных операций у обоих тяжелых больных. У обоих пациентов была выполнена повторная резекция желудка и реконструктивная операция - наложение гастроэнтероанастомоза методом RU. Таким образом, при резекции желудка по причине язвы двенадцатиперстной кишки, а также при резекции 2/3 части желудка по методу Билрот-2 возникают более серьезные осложнения, если объем операции выбран неправильно, и эти пациенты должны в обязательном порядке быть повторно оперированы. Пациенты, перенесшие резекцию желудка с последующими развивающимися различными осложнениями, могут получить хорошие результаты и вернуться к нормальной жизни, при выполнении реконструктивных операций после соответствующих обследований и полной предоперационной подготовки.

**Ключевые слова:** двенадцатиперстная кишка, язва, реконструктивная операция, фистула, пенетрация, анастомоз, консервативное и хирургическое лечение.

## SUMMARY

### SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS OF PEPTIC ULCER OF GASTROENTEROANANASTOMOSIS

Kasumov N.A., Kazimov A.K., Akberova I.K., Khudiyeva S.F.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev,  
department of General Surgery with courses of pediatric and plastic reconstructive  
surgery, Baku, Azerbaijan

Duodenal ulcer is the second most common digestive disease. The presented article describes surgical treatment – reconstruction of various complications of gastroduodenoanastomosis peptic ulcer in 2 patients who underwent resection of 2/3 of the stomach using the Billroth-2 method for duodenal ulcer in different clinics. Peptic ulcer of gastroduodenoanastomosis with external intestinal fistula was observed in 1 patient at the age of 55 years and peptic ulcer of gastroduodenoanastomosis penetrating into the anterior abdominal wall in another patient at the age of 23 years. The article discusses the criteria for surgical treatment and reconstructive surgery in both severe patients. Both patients underwent repeated resection of the stomach and reconstructive surgery – application of gastroenteroanastomosis using the RU method. Thus, with resection of the stomach due to duodenal ulcers, as well as with resection of 2/3 of the stomach according to the Billroth-2 method, more serious complications arise if the volume of operation is chosen incorrectly, and these patients must be re-operated without fail. Patients who underwent a resection of the stomach with subsequent developing various complications can get good results and return to normal life when performing reconstructive operations after appropriate examinations and complete preoperative preparation.

**Keywords:** duodenum, ulcer, reconstructive surgery, fistula, penetration, anastomosis, conservative and surgical treatment.

*Redaksiyaya daxil olub: 08.05.2020*

*Çapa tövsiyə olunub: 29.05.2020*

*Rəyçi: t.ü.e.d. Ş.H.Əliyev*