

Проф. Никитин Н.А., Бакулин П.С.

## ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*Кировская государственная медицинская академия,  
г. Киров*

Хирургическое лечение осложненных форм пилородуоденальных язв является одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии. В последние годы рост числа ургентных осложнений привел к увеличению числа операций, выполняемых по жизненным и абсолютным показаниям [6, 10, 15, 25]. При этом повысилась техническая сложность оперативных вмешательств, обусловленная ростом частоты встречаемости сочетанных осложнений, которая, по данным литературы, варьирует от 30 до 63% [1, 12, 18]. Одной из наиболее широко применяемых операций в ургентной хирургии язвенной болезни остается резекция желудка, однако результаты ее продолжают оставаться неудовлетворительными: отмечается высокий процент ранних и поздних осложнений, послеоперационная летальность достигает 32%, низкими остаются показатели качества жизни [8, 18, 21, 24]. Одной из причин этого является высокая частота встречаемости трудной дуоденальной язвы – до 72%, которая является фактором риска для таких тяжелых осложнений резекции желудка, как ранение смежных с двенадцатиперстной кишкой (ДПК) органов, острого панкреатита и несостоятельности швов дуоденальной культи [2, 4, 5, 7, 16, 20]. Кроме того, контингент этих больных характеризуется тяжелым общим состоянием, большой долей пациентов преклонного возраста, суб- и декомпенсированной сопутствующей патологией [12, 13, 23].

Ситуация осложняется отсутствием единого мнения относительно частоты встречаемости и роли хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП) в развитии и прогрессировании язвенно-деструктивного процесса, а также подходов к их дифференцированной диагностике и обоснованной хирургической коррекции [3, 11, 12, 17]. В связи с этим многими авторами указывается на необходимость дальнейшого изучения данной проблемы с целью улучшения результатов хирургического лечения сочетанных осложнений пилородуоденальных язв, прежде всего, с позиции индивидуализации интраоперационной хирургической тактики [1, 6, 9, 13, 17, 19].

**Материал и методы.** В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 210 больных, которым в период с 1997 по 2005г.г. в Северной городской клинической больнице г. Кирова по ургентным показаниям были выполнены резекции желудка по поводу сочетанных осложнений пилородуоденальных язв. Мужчин было 180(85,7%), женщин – 30(14,3%). Возраст больных варьировал от 20 до 82 лет.

Основную группу составили 112 пациентов, у которых к выбору резекции желудка применен индивидуализированный подход. Последний включал интраоперационную диагностику и обоснованную коррекцию ХНДП, выбор способа резекции желудка в зависимости от их наличия и выраженности, оценку категории сложности мобилизации начального отдела ДПК и в зависимости от этого выбор типа резекции желудка и оптимального способа обработки дуоденальной культи при ее формировании. Резекция желудка по Бильрот-I с терминотерминальным анастомозом выполнена в 3 случаях, по Бильрот-I с терминолатеральным анастомозом – в 2, по Бильрот-II с поперечным анастомозом – в 104, и по Ру – в 3. Таким образом, в 109(97,3%) случаях способ резекции желудка предусматривал формирование дуоденальной культи.

Группу сравнения составили 98 пациентов, у которых диагностика ХНДП и их коррекция не проводилась, выбор способа резекции желудка определялся техническими возможностями и стереотипными взглядами хирургов, выбор типа резекции желудка и способа ушивания дуоденальной культи не ставился в прямую зависимость от категории сложности мобилизации начального отдела ДПК. Резекция желудка по Бильрот-I с терминотерминальным анастомозом выполнена в 2 случаях, по Бильрот-I с терминолатеральным анастомозом – в 2, по Бильрот-II с поперечным анастомозом – в 92 и по Ру – в 2. Таким образом, в 96(98%) случаях способ резекции желудка предусматривал формирование дуоденальной культи.

Кровотечение в качестве ургентного осложнения отмечено у 65(58%) больных основной и 45(45,9%) – группы сравнения, перфорация – у 42(37,5%) и 50(51%) больных, сочетание кровотечения и перфорации – у 5(4,5%) и 3(3,1%) больных соответственно. Различия недостоверно ( $p>0,05$ ). Выявление сочетанных осложнений осуществлялось на основании анамнестических данных и интраоперационно. Наиболее частым сочетанным осложнением была пенетрация язвы. В основной группе она отмечена у 79(70,5%), в группе сравнения – у 58(59,1%) больных. У 33(29,5%) больных основной группы и 23(23,5%) больных группы сравнения пенетрация сочеталась со стенозом. Стеноз в качестве сочетанного осложнения, включая случаи комбинаций с пенетрацией, отмечен по 63 наблюдения в каждой группе, что составило 56,3% и 64,3% соответственно. Различия недостоверно ( $p>0,05$ ). Структура комбинаций осложнений представлена в таблице 1.

Локализация язвы в луковице ДПК отмечена у 92(82,1%) больных основной и 79(80,6%) больных группы сравнения, в привратнике – у 13(11,6%) и 9(9,2%), в постбульбарном отделе – у 7(6,3%) и 10(10,2%) больных соответственно. Различия недостоверно ( $p>0,05$ ). Поздняя обращаемость при перфоративных язвах (свыше 12 часов) отмечена у 3(7,1%) пациентов основной и у 5(10%) пациентов группы сравнения, при язвенных кровотечениях (свыше 24 часов) у 35(53,9%) и 20(44,5%) пациентов соответственно. Различия недостоверно ( $p>0,05$ ).

Таким образом, обе группы больных сравнимы по всем основным показателям.

Структура комбинаций сочетанных осложнений пилородуоденальных язв

| Характер сочетания                            | Исследуемая группа |      |                   |      | p      |
|-----------------------------------------------|--------------------|------|-------------------|------|--------|
|                                               | основная<br>n=112  |      | сравнения<br>n=98 |      |        |
|                                               | абс.               | отн. | абс.              | отн. |        |
| Кровотечение+пенетрация                       | 31                 | 27,7 | 24                | 24,5 | 0,712  |
| Перфорация+стеноз                             | 13                 | 11,6 | 31                | 31,6 | <0,001 |
| Перфорация+пенетрация                         | 15                 | 13,4 | 10                | 10,2 | 0,617  |
| Кровотечение+стеноз                           | 16                 | 14,3 | 8                 | 8,2  | 0,243  |
| Кровотечение+перфорация                       | 3                  | 2,6  | —                 | —    | 0,250* |
| Кровотечение+пенетрация+стеноз                | 18                 | 16,1 | 13                | 13,3 | 0,707  |
| Перфорация+пенетрация+стеноз                  | 14                 | 12,5 | 9                 | 9,2  | 0,588  |
| Кровотечение+перфорация+стеноз                | 1                  | 0,9  | 1                 | 1    | 1,000* |
| Кровотечение+перфорация+пенетрация            | —                  | —    | 1                 | 1    | 0,467* |
| Кровотечение+перфорация+<br>пенетрация+стеноз | 1                  | 0,9  | 1                 | 1    | 1,000* |
| ИТОГО                                         | 112                | 100  | 98                | 100  | -      |

Примечание: \* – по точному критерию Фишера

Диагностику ХНДП и их стадии у больных основной группы проводили с использованием разработанных в клинике алгоритма диагностики (табл. 2) и шкалы балльной оценки признаков указанных нарушений (табл. 3) [14].

Оценку категории сложности мобилизации начального отдела ДПК осуществляли с использованием классификации Guarneri et al. (1980) [22]. Согласно этой классификации к 1-й категории относятся передние и задние дуоденальные язвы без пенетрации и воспаления, ко 2-й передние и задние дуоденальные язвы без пенетрации, но с выраженным перидуоденитом, к 3-й – язвы ДПК, пенетрирующие в поджелудочную железу или гепатодуоденальную связку, к 4-й – пенетрирующие постбульбарные язвы и язвы второй части ДПК. Язвы с 3-й и 4-й категориями сложности мобилизации начального отдела кишки составляют группу трудных дуоденальных язв, а формируемые при этом дуоденальные культы характеризуются дефицитом тканей стенок ДПК и относятся к разряду трудных культей.

При выборе способа резекции желудка сохранение дуоденального пассажа осуществляли только в случаях отсутствия признаков ХНДП и трудной дуоденальной язвы. Наличие ХНДП во всех случаях считали показанием для выключения ДПК из пищевого пассажа.

Коррекцию ХНДП проводили с учетом их стадии: при ХНДП в стадии IА коррекцию не выполняли, при ХНДП в стадиях IВ и IА выполняли рассечение связки Трейтца, при ХНДП в стадии IIВ выполняли либо рассечение связки Трейтца, либо при трудной дуоденальной культе – выключение ДПК из пассажа по Ру в сочетании с рассечением связки Трей-

тца. При перфоративных язвах рассечение связки Трейтца производили после ушивания перфорации и санации брюшной полости, при язвенных кровотечениях – после мобилизации желудка и ушивания дуоденальной культы.

Категория сложности мобилизации начального отдела ДПК определяла тип резекции желудка. При 1-й и 2-й категориях сложности считали показанной резекцию желудка с полным унесением язвы, т.е. радикальный тип. При 3-й категории тип резекции желудка определялся индивидуально и, в зависимости от местных условий, носил либо радикальный, либо экстерриторирующий характер. При 4-й категории при невозможности выполнения радикального или экстерриторирующего типа резекции желудка вынужденно выполняли подпривратниковый вариант резекции желудка на выключение язвы с аппаратной обработкой дуоденальной культы.

Способ обработки дуоденальной культы также ставили в зависимость от категории сложности мобилизации начального отдела ДПК. При язвах луковицы ДПК 1-й и 2-й категорий сложности мобилизации и при пенетрирующих язвах проксимальной части луковицы с возможностью мобилизации стенки кишки ниже зоны пенетрации без вскрытия язвенной ниши применяли закрытые способы обработки дуоденальной культы, предпочтительно аппаратного характера. При глубоких пенетрирующих язвах проксимальной части луковицы ДПК и в большинстве случаев пенетрирующих язв ее дистальной части выполняли открытую обработку дуоденальной культы. При этом предпочтение отдавалось способам строго послойного ушивания стенок кишки и пластическим.

Таблица 2

## Интраоперационные признаки ХНДП и их балльная оценка

| Признак                                                                        | Балльная оценка признака                                                                  |                                                                                               |                                                                                              |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                                | 0                                                                                         | 1                                                                                             | 2                                                                                            | 3                                                                 |
| Размеры желудка (при отсутствии стеноза)                                       | В пределах нормы                                                                          | Небольшое увеличение                                                                          | Умеренное увеличение                                                                         | Выраженное увеличение                                             |
| Признаки гипертрофии стенки желудка                                            | Отсутствуют                                                                               | Умеренное утолщение стенки                                                                    | Небольшое истончение стенки                                                                  | Умеренное истончение стенки                                       |
| Состояние привратника                                                          | Сомкнут, лег-ко пропускает указательный палец                                             | Сомкнут, указательный палец пропускает с трудом                                               | Свободно пропускает два пальца                                                               | Зияет                                                             |
| Состояние желчного пузыря                                                      | Стенка без особенностей, опорожнение не нарушено, перипроцесс нет                         | Стенка утолщена, опорожнение не нарушено, перипроцесс не выражен                              | Умеренное истончение стенки, опорожнение затруднено, перипроцесс                             | Выраженное истончение стенки, опорожнение затруднено, перипроцесс |
| Ширина ДПК                                                                     | 3,0 – 3,5 см                                                                              | 3,5 – 4,5 см                                                                                  | 4,5 – 6,0 см                                                                                 | > 6,0 см                                                          |
| Различие с диаметром начального отдела тощей кишки                             | < 1 см                                                                                    | 1 – 1,5 см                                                                                    | 1,5 – 2,5 см                                                                                 | > 2,5 см                                                          |
| Характер ответной реакции двенадцатиперстной кишки на механическое раздражение | Уменьшение диаметра на 1/3 – 1/2 первоначальной величины (нормокинетическая форма ответа) | Уменьшение диаметра более чем на 1/2 первоначальной величины (гиперкинетическая форма ответа) | Уменьшение диаметра менее чем на 1/3 первоначальной величины (гипокинетическая форма ответа) | Не реагирует (акинетическая форма ответа)                         |

Таблица 3

## Шкала балльной оценки стадии ХНДП

| Стадия ХНДП | Суммарная балльная оценка признаков ХНДП |                     |
|-------------|------------------------------------------|---------------------|
|             | Без стеноза желудка                      | Со стенозом желудка |
| Отсутствуют | 0 – 3                                    | 0 – 2               |
| Стадия IA   | 4 – 7                                    | 3 – 4               |
| Стадия IB   | 8 – 10                                   | 5 – 6               |
| Стадия IIA  | 11 – 14                                  | 7 – 8               |
| Стадия IIB  | 15 – 17                                  | 9 – 10              |
| Стадия III  | 18 – 21                                  | 11 – 12             |

**Результаты.** Частота встречаемости ХНДП среди 112 больных основной группы составила 79,5% (89 случаев). Преобладали ХНДП в стадиях компенсации – 61(68,5%) наблюдение. При этом ХНДП в стадии компенсации IA отмечены у 14(15,7%), в стадии IB – 47(52,8%) больных. У 28(31,5%) больных выявлены ХНДП в стадиях субкомпенсации. ХНДП в стадии декомпенсации выявлено не было.

При сочетании двух язвенных осложнений ХНДП не было у 15(19,2%) из 78 пациентов, ХНДП в

стадиях компенсации были выявлены в 55(70,5%) случаях, в стадиях субкомпенсации – в 8(10,3%). При сочетании 3 и 4 осложнений ХНДП не было у 8(23,5%) из 34 пациентов, ХНДП в стадиях компенсации были выявлены в 6(17,7%) случаях, в стадиях субкомпенсации – в 20(58,8%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют не только о высокой частоте встречаемости ХНДП у больных с сочетанными осложнениями пилородуоденальных язв, но и указывают на прямую

зависимость между стадией ХНДП и количеством сочетанных осложнений, подтверждая тем самым роль ХНДП в развитии и прогрессировании этой тяжелой патологии.

Среди причин ХНДП, которые во всех случаях носили органический характер, отмечены: дистальный перидуоденит – у 41(46,1%), проксимальный периеюнит – у 8(9%), их сочетание – у 36(40,4%) больных. У 3(3,4%) больных причиной ХНДП явилась артериомезентериальная компрессия ДПК и у 1(1,1%) она же в сочетании с дистальным перидуоденитом.

Хирургическая коррекция ХНДП проведена 75 пациентам. В 72 случаях с этой целью применялось РСТ, выполненное в 47(62,7%) случаях при ХНДП в стадии компенсации ИВ и в 28(37,3%) случаях при ХНДП в стадиях субкомпенсации. У 3 больных с ХНДП в стадии субкомпенсации ИВ и постбульбарной язвой для коррекции ХНДП выполнялось выключение ДПК из пассажа по Ру в сочетании с РСТ.

Оценка частоты встречаемости трудной дуоденальной язвы проводилась у больных основной группы интраоперационно и ретроспективно у больных группы сравнения. Первой категории сложности мобилизации ДПК среди наших пациентов не встретилось. Вторая категория отмечена у 62(30,2%) больных: 30(27,5%) случаев в основной и 32(33,3%) случая в группе сравнения. Третья и четвертая категории, позволяющие трактовать дуоденальную язву как трудную, отмечены у 143(69,8%) больных: 79(72,5%) случаев в основной и 64(66,7%) случая в группе сравнения. Различия незначимы ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, трудная дуоденальная культя у больных с сочетанными осложнениями пилородуо-

денальных язв в urgentной хирургии встретила нас более, чем в 2/3 наблюдений.

Резекцию желудка с полным удалением язвы удалось выполнить у 89(79,5%) больных основной и 67(68,4%) больных группы сравнения, с экстерриторизацией язвы – у 22(19,6%) и 29(29,6%) больных соответственно. Резекция желудка на выключение в подпривратниковом варианте вынужденно выполнена 1(0,9%) больному основной и 2(2%) больным группы сравнения. Во всех случаях необходимость резекции желудка на выключение была обусловлена тяжестью общего состояния и техническими причинами: наличием 3-х сочетанных осложнений и постбульбарной язвы. Для достижения гемостаза при язвенном кровотечении у 2-х из этих больных применялось прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы, в послеоперационном периоде они получали гемостатическую и противоязвенную терапию.

При выборе способа обработки дуоденальной культы использовали разработанную в клинике классификацию способов ушивания дуоденальной культы [13]. Зависимость способа обработки дуоденальной культы от категории сложности мобилизации начального отдела ДПК представлена в таблице 4.

Закрытые способы в основной группе применены у 27(24,8%) больных: аппаратный – у 22(20,2%), ручной – у 5(4,6%). В группе сравнения закрытая обработка культы выполнена у 46(47,9%) больных: аппаратная – у 42(43,8%), ручная – у 4(4,1%). При использовании закрытых способов у большинства больных в обеих группах отмечалась 2-я категория сложности мобилизации начального отдела ДПК. Третья категория сложности мобилизации была в основной

Таблица 4

**Зависимость способа обработки дуоденальной культы  
от категории сложности мобилизации начального отдела ДПК**

| Способ закрытия культы                        | Категория сложности мобилизации ДПК |             |           |             |                 |             |             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------------|-------------|-------------|
|                                               | 1-я группа n=109                    |             |           |             | 2-я группа n=96 |             |             |
|                                               | 2-я                                 | 3-я         | 4-я       | Всего       | 2-я             | 3-я         | 4-я         |
| Закрытый аппаратный                           | 15<br>13,8%                         | 7<br>6,4%   | –         | 22<br>20,2% | 30<br>31,3%     | 12<br>12,5% | –           |
| Закрытый ручной                               | 5<br>4,6%                           | –           | –         | 5<br>4,6%   | 0               | 4<br>4,2%   | –           |
| Открытый со строго послойным ушиванием культы | 5<br>4,6%                           | 41<br>37,6% | 2<br>1,8% | 48<br>44%   | 2<br>2,1%       | 12<br>12,5% | 2<br>2,1%   |
| Открытый с ушиванием культы через все слои    | 1<br>0,9%                           | 14<br>12,8% | –         | 15<br>13,7% | –               | 24<br>25%   | 3<br>3,1%   |
| Открытый пластический                         | 4<br>3,7%                           | 9<br>8,3%   | 4<br>3,7% | 17<br>15,7% | –               | 1<br>1%     | 1<br>1%     |
| Открытый атипичный                            | –                                   | 1<br>0,9%   | 1<br>0,9% | 2<br>1,8%   | –               | 1<br>1%     | 4<br>4,2%   |
| ИТОГО                                         | 30<br>27,6%                         | 72<br>66%   | 7<br>6,4% | 109<br>100% | 32<br>33,4%     | 54<br>56,2% | 10<br>10,4% |

Примечание: \* –  $p < 0,05$

группе у 7(25,9%) больных, в группе сравнения – у 16(34,8%). Четвертой категории в обеих группах при закрытой обработке дуоденальной культи не было. Открытые способы обработки дуоденальной культи выполнены в основной группе у 82(75,2%) больных, в группе сравнения – у 50(52,1%). Из 82 пациентов основной группы простые способы ушивания культи применены у 63(57,8%), пластические – у 17(15,6%), атипичные – у 2(1,8%). Из 50 пациентов группы сравнения простые способы обработки дуоденальной культи применены у 43(44,8%), пластические – у 2(2,1%), атипичные – у 5(5,2%). При применении простых способов открытой обработки дуоденальной культи предпочтение отдавалось способам со строго послойным ушиванием ее стенок.

Различия в использовании способов обработки дуоденальной культи в группах свидетельствуют о более дифференцированном подходе к выбору способа в основной группе.

Ранние послеоперационные осложнения наблюдались нами у 61(29%) пациента. В 1-й группе они составили 22(19,6%) случая, во 2-й – 39(39,8%). Различие достоверно ( $p < 0,05$ ). Нарушения эвакуации из культи желудка различной этиологии в основной группе составили 7(6,3%) против 11(11,2%) случаев в группе сравнения. Осложнения со стороны органов дыхания в основной группе выявлены у 5(4,5%), в группе сравнения – у 9(9,2%) больных. Местные и распространенные формы перитонита отмечены у 3(2,7%) пациентов основной и 7(7,1%) пациентов группы сравнения. При этом у 5 из 7 пациентов группы сравнения причиной перитонита была недостаточность швов дуоденальной культи. Острый панкреатит в послеоперационном периоде наблюдался у 1(0,9%) пациента основной и у 2(2%) пациентов группы сравнения. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 2(1,8%) больных основной и 4(4,1%) больных группы сравнения, сердечно-сосудистые осложнения – у 2(1,8%) и 4(4,1%) больных соответственно. Прочие осложнения наблюдались по 2 случая в каждой группе, т.е. 1,8% и 2% соответственно. Общая летальность составила 8,1% (17 летальных исходов). Летальность в основной группе была достоверно ниже и составила 3,6% (4 случая из 112). В группе сравнения летальность составила 13,3% (13 случаев из 98).

Отдаленные результаты изучены у 68(60,7%) больных основной группы и 61(62,2%) больного группы сравнения в сроки от 1 года до 8 лет. Оценка отдаленных результатов проводилась с позиции изучения качества жизни пациентов на основании анкетирования с помощью опросника оценки гастроинтестинального индекса качества жизни – GIQLI, русифицированного и адаптированного МЦИКЖ, являющегося специфичным для гастроинтестинальной хирургии [7, 8]. Средний индекс уровня гастроинтестинального качества жизни в 1-й группе составил 121,5 балла, во 2-й – 112,5. Различие достоверно ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, индивидуализация интраоперационной тактики при резекции желудка у urgentных больных с сочетанными осложнениями пилородуоденальных язв, включающая диагностику и обоснованную коррекцию ХНДП, выбор способа резекции желудка в зависимости от их наличия и выраженности, оценку категории сложности мобили-

зации начального отдела ДПК и в зависимости от этого выбор типа резекции желудка и оптимального способа обработки дуоденальной культи при ее формировании, дает достоверно лучшие непосредственные и отдаленные результаты, что позволяет рекомендовать ее для применения в широкую хирургическую практику.

#### Список литературы:

1. Асадов С. А., Салехов Я. С., Алиев Э. Э. Формирование дуоденальной культи при резекции желудка по поводу трудных язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 78–81.
2. Асадов С. А., Ширинов З. Т., Алиев Э. А., Титаров Д. Л., Курбанов Ф. С. Пластическое укрытие «трудной» дуоденальной культи с тампонадой язвенного кратера // Хирургия. – 2004. – № 6. – С. 17–23.
3. Витебский Я. Д. Хронические нарушения дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. – Челябинск: Южно-Уральское кн. изд-во, 1976. – 189 с.
4. Даминова Н. М., Курбанов К. М. Билиарные осложнения язвенной болезни // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164. – № 4. – С. 68–70.
5. Жанталинова Н. А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2005. – № 12. – С. 30–32.
6. Жерлов Г. К., Кошель А. П., Рудая Н. С., Аксененко А. В., Ермолаев Ю. Д., Соколов С. А., Лобачев Р. С., Медведев А. С. Выбор радикальной операции у больных с ушитыми перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 18–22.
7. Жерлов Г. К., Фурсова О. Н., Гибадулина И. О., Кейян С. В., Гибадулин Н. В. Постбульбарная язва как причина хронических нарушений дуоденальной проходимости // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160. – № 1. – С. 21–24.
8. Крылов Н. Н. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М. – 1997. – 265 с.
9. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–31.
10. Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.
11. Мартынов В. Л., Измайлов С. Г., Ильченко В. П., Колчин Д. Г., Семенов А. Г., Рулев А. Н., Харламов М. К., Бодров А. А. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 20–23.
12. Михайлов А. П., Данилов А. М., Напалков А. Н., Губков И. И., Смирнов В. Ю. Особенности хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных старческого и пожилого возраста // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164. – № 6. – С. 74–77.
13. Муравьева Л. А., Волков Е. Ю. Сочетание перфорации с другими осложнениями язвенной болезни // Вестник хирургии. – 1986. – № 7-9. – С. 58–59.
14. Никитин Н. А. Недостаточность швов дуоденальной культи в urgentной хирургии язвенной болезни. – Киров, 2002. – 216 с.

15. Оноприев В. И., Коротько Г. Ф., Корочанская Н. В. Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. – Краснодар: Изд-во Кубанской медицинской академии, 2004. – С. 389–391.

16. Плешков В. Г., Афанасьев В. Н., Москалев А. П. Резекция желудка по Бильрот-I при гигантских пенетрирующих дуоденальных язвах. В кн.: Хирургия желудка и кишечника. Под ред. проф. И.Н. Ломаченко. – Смоленск: СГМА, 1995. – С. 25–29.

17. Репин В. Н., Репин М. В. Хирургическое лечение язвенной болезни при артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 33–37.

18. Тарасенко С. В., Зайцев О. В., Песков О. Д., Копейкин А. А. Хирургическое лечение «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 29–32.

19. Хаджибаев А. М., Мехманов А. М., Бакиров Д. Б., Турсунов Б. К., Кутликов С. И. Резекция желудка с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией в первичной и реконструктивной хирургии гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 25–28.

20. Chung R., Denbesten L. Duodenojejunostomy in gastric operations for postbulbar duodenal ulcer // Arch. Surg. – 1976. – Vol. 111. – P. 955–957.

21. Doberneck R. C. Limited operation for bleeding or perforated gastric ulcer in high risk patients // Am. Surg. – 1993. – Vol. 59. – P. 472–474.

22. Guarneri A., Markolli G., Confalonieri F., Santamaria A., Caccia F. Gastroduodenal resection in penetrating duodenal ulcer // Surg.Ital. – 1980. – Vol.10. – №2. – P. 92–97.

23. McGuire H. H., Horsley J. 3d. Emergency operations for gastric and duodenal ulcers in high risk patients // Ann. Surg. – 1986. – № 5. – P. 551–557.

24. Mulholland M. W. Peptic ulcer disease. In “Digestive Tract Surgery”. Ed. R.H. Bell et al. – Lippincott-Raven. – 1996. – P. 183–185.

25. Ondrejka P., Rath Z., Sugar I. Surgical treatment of gastrointestinal bleeding // Orv. Hetil. – 2005. – Vol. 146. – P. 1807–1812.

of the above approach decreases frequency of early post-operative complications and mortality and results in higher life quality index of patients.

#### Summary

Nikitin N. A., Bakulin P. S.

### **INDIVIDUAL APPROACH TO STOMACH RESECTIONS IN URGENT SURGERY FOR COMBINED COMPLICATIONS OF PYLODUODENAL ULCERS**

*Kirov State Medical Academy*

210 urgent patients with combined complications of pyloroduodenal ulcers were studied. All the patients underwent stomach resections. Of them, 112 patients underwent individual approaches that included intra-operative diagnosis and correction of chronic duodenal obstruction, selection of the stomach resection techniques depending on stages of the chronic duodenal obstruction, assessment of mobilization difficulty of the initial part of the duodenum. Assessment of the above difficulty of the mobilization category resulted in selection of the resection type and appropriate suturing of the duodenal stump. Use