

ХУЛОСА

Г.И. Сарсенбаева, А.И. Ким, А.К. Тулебаева

БЕМОРИҲОИ НОДИРИ МОДАРЗОДӢ ДАР КАРДИОЧАРРОҲИИ КӢДАКОН

Мақсади таҳқиқот: таҳлили худи маводи омӯзиши нозологияи нодир, ки дар кардиология ва чарроҳии дили кӯдакон мушоҳида мешавад

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: навзодону кӯдакон – 18 бемор дар давраи аз соли 2010 то 2019 мавриди таҳқиқ қарор гирифтанд. Ҳамаи кӯдакон аз усулҳои стандартии муоина – таҳқиқоти ултрасадоии дилу рағҳо (ЭХОКГ), ангиокардиография, ЭКГ, ТК аз рӯйи нишондодҳо, муоинаи лабораторӣ ва гистологӣ гузаштанд. Ҳамзамон микропрепаратҳо таҳқиқ ва усули «қатраи хушк» барои ошкор кардани бемориҳои модарзодии мубодилаи моддаҳо низ татбиқ карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо: Дар миёни беморони муоинашуда 5 навзод, 5 бемори то яксола, 8 пациент то 5 сола буданд. Дар беморони тахти муоина бемориҳои нодире ба монанди

рабдомиомаи бешумори дил зимни 6 (33%) нафар, дар як бемор тасаллуби туберозии модарзодӣ (бемории Принг-Бурневилля), кистаи азими изолятсияшудаи пешдиди рост дар мавриди 1 (5,5%) бемор, нуқсонҳои клапани митралӣ ва шохраг бо инкишофи деформатсияи зухурёфтаи микроматозӣ ҳангоми 6 (33,3%) пациент бо мукополисахаридоз, гипоплазияи изолятсияшудаи меъдачаи рост дар 1 (5,5%) ҳодиса, фиброми клапани митралӣ зимни 1 навзод (5,5%) ва 1 (5,5%) ҳодиса бо сегонаи Марфан ташхис гардид

Хулоса. Дар асоси натиҷаҳои таҳлил ба хулосае омадем, ки дар мавриди кӯдакони гирифтори нуқсонҳои мураккаби модарзодии дилу рағҳо, хусусан бо бемориҳои ҳамбаста муносибати мултифаннӣ зарур аст. Ҳангоми интиҳоби тарзу муҳлати амалиёти дилу рағҳо, динамикаи назорату таъйини муолиҷаи дорӯй дар беморон ин усул зарур аст.

Калимаҳои калидӣ: нуқсонҳои модарзодии дил, гипоплазияи меъдачаи рост, кардиочарроҳӣ, кардиология, мукополисахаридоз, навзодон, рабдомиома, тасаллуби туберозӣ.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.342.-089.87/06-084

Д.А. Абдуллозода², Ш.Ш. Сайфудинов¹, С.Х. Абдуллоев¹

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ДУОДЕНАЛЬНОЙ КУЛЬТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ - II

¹ Кафедра общей хирургии №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

² ГУ Комплекса здоровья «Истиклол»

Абдуллозода Джамолиддин Абдуллоевич – директор ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»; д.м.н., профессор

Анализируемый материал включает обзор современной литературы посвященной диагностике, лечению и профилактике несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки. Имеются множество способов укрытия культи двенадцатиперстной кишки, но не одно из них не является надежным методом. Именно поэтому, несостоятельность швов дуоденальной культи не теряет свою актуальность по сей день. По данным литературы, несостоятельность швов дуоденальной культи встречается от 0,9% до 18% и более, что является самым грозным осложнением резекции желудка по Бильрот II. Основная причина смерти больных с несостоятельностью швов дуоденальной культи – свищевое истощение и перитонит. Для диагностики несостоятельности швов дуоденальной культи используют физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение несостоятельности швов дуоденальной культи хирургическое. Для её профилактики необходим комплексный подход: надежноешивание и укрытие культи (перитонизация). Ряд авторов

рекомендуют назначение препаратов на прямую или опосредованно снижающие внутридуоденальное давление.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, резекция желудка, несостоятельность швов.

D.A. Abdullozoda², Sh.Sh. Sayfudinov¹, S.Kh. Abdulloev¹

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE SUTURE INCOMPETENCE OF THE DUODENAL STUMP AFTER STOMACH RESECTION BY BILLROTH - II

¹ Department of General Surgery №2 of the Avicenna Tajik State Medical University

² State Institution «Istiqlol» Health Complex

Abdullozoda Jamoliddin Abdulloevich - Director of the State Institution «Istiqlol» Health Complex; professor

The analyzed material includes a review of the current literature on the diagnostics, treatment and prevention of suture incompetence of the duodenal stump. There are many ways to cover the duodenal stump, but none of them is secure enough. This is the reason that maintains the relevance of the suture incompetence of the duodenal stump. According to the literature, suture incompetence of the duodenal stump occurs in 0.9% - 18% cases and more, which is the most formidable complication of the resection of the stomach by Billroth - II. The main cause of death of patients with incompetence of the duodenal stump is fistulous exhaustion and peritonitis. To make diagnosis of incompetence of the duodenal stump, physical, laboratory and instrumental tests are used. Ther treatment of incompetence of the duodenal stump is surgical. Prevention of the condition requires an integrated approach: reliable stitching of the stump and its peritonization. Some authors recommend prescribing drugs that reduce intraduodenal pressure directly or indirectly.

Keywords: duodenum, gastric resection, suture incompetence.

Известно, что радикальным методом лечения осложненной язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является хирургическое лечение [8, 17, 19, 35]. Резекция желудка по Бильрот II в ее различных модификациях – одна из наиболее часто выполняемых операций во врачебной практике [2, 9, 30]. А несостоятельность швов культи ДПК является частым грозным осложнением раннего послеоперационного периода. Надежное укрытие дуоденальной культи при резекции желудка по методу Бильрот-II при «трудных» язвах ДПК остается одной из актуальных проблем современной желудочной хирургии. Согласно литературным данным, несостоятельность швов дуоденальной культи (НШДК) встречается от 0,9% до 18,8%, а летальность при развившемся перитоните – от 25,1% до 70% и более [3,17,25]. Ушивание культи ДПК при гигантских пенетрирующих дуоденальных язвах является одним из ответственных и сложных этапов при резекции желудка по Бильрот-II. По данным Томнюк Н.Д., и соавт., (2016) в мировой литературе известно около 340 методов и приемов ушивания культи ДПК, но ни один из них не является надежным и универсальным [25].

Одной из основных причин эвакуаторных расстройств культи ДПК с развитием в ней гипертензии являются недиагностированные и некорригированные хронические нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП), взаимосвязь которых с ЯБ на сегодняшний день очевидна и в дополнительных

доказательствах не нуждается [2, 3, 6, 7, 12, 13, 17]. Технические погрешности и ошибки при обработке трудной дуоденальной культи обусловлены, прежде всего отсутствием адаптации способа ее закрытия к конкретным местным условиям, т.е. отсутствием индивидуализации способа [8, 9].

К ранним осложнениям после операций на желудке и ДПК относятся:

1. Перитонит – основная причина послеоперационной летальности, развивается на 3–5 сутки после резекции по Бильрот-II (до 5–7%) [9].

2. Несостоятельность швов культи ДПК (до 9–16%) [9, 17].

Причинами, обуславливающими несостоятельность швов культи (НШК) ДПК по мнению большинства авторов, являются:

1. Анатомические особенности ДПК и локализация язвы. Особое значение придают варианту короткой верхней горизонтальной ветви ДПК, который встречается в 13,3% [7, 9, 19, 20, 34].

2. Повышение давления внутри культи, которое может вызвать прорезывание и расхождение замыкающих швов. Патогенез застоя в культе ДПК неясен. Большинство авторов указанное осложнение связывают с пересечением ветвей блуждающего нерва и солнечного сплетения, при этом возникают патологические рефлексы, особенно в местах с большим числом лигатур. Имеют значение также механические причины [2, 5, 7, 9, 12, 17].

3. Нарушение питания кишечной стенки вследствие чрезмерного её скелетирования или поврежде-

дения сосудов [7, 9, 10, 16].

4. Травма поджелудочной железы. Перфорацию швов объясняют переваривающим действием на стенку кишки панкреатического сока, излившегося в брюшную полость при повреждении поджелудочной железы во время операции [2, 7, 9].

5. Проведение швов через патологически измененные ткани [7, 9, 20].

6. Погрешности в технике обработки культи ДПК и неправильный выбор метода её обработки и техники наложения гастроэнтероанастомоза также нередко являются причиной её несостоятельности [9].

7. Прогрессирование внутрибрюшной инфекции в послеоперационном периоде может быть вызвано недостаточной санацией брюшной полости при первой операции, неэффективной антибактериальной терапией, реже – НШК ДПК и анастомоза [2, 7].

8. Прогрессирование инфекционного процесса обусловлено отсутствием адекватного непрерывного оттока микробно-токсического экссудата из брюшной полости [1, 7].

Придают также значение таким факторам, как атония желудка, анастомозиты, парез, раздутие газами кишок, резкое их опущение, забрасывание желудочного содержимого в приводящую петлю, грубые нарушения правил асептики, неправильное наложение гастроэнтероанастомоза [7, 18, 31].

Послеоперационный перитонит обусловленный НШК ДПК до настоящего времени остается одним из наиболее грозных осложнений в абдоминальной хирургии [1] и является основной причиной релапротомии [2, 3]. Летальность при нем составляет 60–90%, особенно при разлитых формах [7, 16]. Она обусловлена прогрессирующей эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью [7]. Лечение перитонита в связи с НШК ДПК является одной из важнейших тем, обсуждаемых в хирургии, принципы местного лечения такого перитонита окончательно не отработаны [17, 18]. По мнению большинства авторов, одной из основных причин таких высоких показателей летальности является поздняя диагностика НШК ДПК и, как следствие этого, запоздалое начало лечения.

Повышение давления в культе ДПК, является основным фактором, который способствует развитию НШК ДПК. В первые 2-3 дня, после резекции желудка выделение желчи и панкреатического сока в ДПК ограничено и не превышает 50-70 мл в сутки. Начиная с 3-4 дня после операции в ДПК изливается 1,5-2 л пищеварительных соков в сутки. Затруднение их оттока в кишечник приводит

к значительному повышению давления в культе ДПК. Поэтому первые 2 - 3 дня после операции оно бывает в пределах нормы или немного повышенным, а к 4-5-му дню повышается, достигая уже в большинстве наблюдений критических величин. Только после восстановления моторно-эвакуаторной функции ДПК, давление постепенно снижается до нормальных величин [12]. Нормальная сократительная функция ДПК и восстановление её моторики наблюдается лишь с 4-5 дня после операции, а иногда и позже. Кроме того, к 4-5 дню вокруг наложенных на культю швов развивается отек, что уменьшает их прочность. Именно на 4-5-ый день после резекции желудка наиболее часто возникает НШК ДПК.

При повышении давления в культе ДПК происходит не только механическое растяжение ее стенок, но и сдавление питающих сосудов подслизистой основы, поэтому даже при невысоких цифрах интрадуденального гидравлического давления может наступить некроз стенки кишки.

Томнюк Н.Д., и соавт. (2016) полагают, что вероятность развития НШК ДПК определяются не только такими факторами, как характер и локализация язвы, но и степень срочности операции, способ ушивания, возраст и сопутствующие заболевания больного (фон на котором производилась резекция желудка), а также время суток и квалификация хирурга [25]. Эти факторы, по мнению авторов, имеют не только прогностическое значение, но и определяют условия заживления швов, выздоровления больного. Анализируя результаты 1022 операций резекции желудка по Бильрот-II в различных ее модификациях Томнюк Н.Д., и соавт. (2016) пришли к выводу, что все причины условно можно разделить на две группы: это местные факторы, как основные, непосредственно влияющие на исход операции, так и общие факторы, которые способствуют развитию осложнений. К местным факторам, как наиболее часто вызывающим осложнения, относятся чрезмерная мобилизация культи ДПК при наличии рубцовой деформации и инфильтраты с нарушением кровообращения в стенке культи, натяжение ткани по линии шва, что является технической ошибкой, а также раздавливание тканей при аппаратном ушивании культи, нарушение эвакуации, аутолиз при повреждении поджелудочной железы и др. К общим причинам, способствующим развитию осложнений, автором отнесли анемию, белковые и водно-электролитные нарушения, а также возраст пациентов (старше 60 лет), наличие тяжелых сопутствующих заболеваний. В остальных случаях – сочетание тех и других

предрасполагающих факторов риска осложнений, также технические ошибки (операции производятся в ночное время дежурными бригадами, которыми не всегда в полной мере учитываются возможности и объем оперативного вмешательства, их корректность) [25].

Г.Н. Писаревский (2018) после рассмотрений обзоров литературы разделил конкретные причины, вызывающие развитие НДК на две большие группы – местные и общие. Местные причины НДК в свою очередь Писаревский разделил на 5 подгрупп [22]:

- нарушение кровообращения в культе ДПК за счет патологических изменений в ее стенке, чрезмерной мобилизации и интраоперационной травмы, повреждения сосудов, снабжающих кровью, излишнего натяжения тканей по линии швов и пр.;

- развитие инфекционно-воспалительного процесса в зоне культи в результате образования замкнутой полости в культе, нарушения асептики, инфицирования со стороны язвы и пересекаемых лимфатических протоков, отсутствия тщательного гемостаза и пр.;

- аутолитическое воздействие на культуру вследствие травмы поджелудочной железы и ее протоков, нарушения оттока панкреатического секрета, нарушения кровоснабжения поджелудочной железы и пр.;

- технические ошибки и погрешности ручного и/или аппаратного ушивания культи;

- нарушения эвакуации из ДПК в послеоперационном периоде [22].

К общим причинам НДК отнесены анемия, гипопротейнемия, нарушение водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, гиповитаминоз, истощение, сахарный диабет, периоперационная системная гипотензия или гипертензия и другие [16, 32].

Своевременная диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений составляет одну из самых сложных проблем абдоминальной хирургии [1, 19]. Диагностика различных форм несостоятельности основывается на ряде клинических, лабораторных и инструментальных показателях. Важным значение имеет подведение дренажа к зоне культи ДПК. Клинически несостоятельность швов проявляется в 2-х вариантах. Первый: сильные боли в верхних отделах живота с нарастанием симптомов раздражения брюшины – развитие перитонита; второй: появление кишечного содержимого на повязке в области дренажа на 3-5 день. Для убедительности через зонд даётся метиленовая синь (в редких слу-

чаях после 7 и более суток), разводится кожный шов и маточным зондом или эндоскопом выполняется ревизия брюшной полости [25].

Значительные трудности для верификации диагноза в раннем послеоперационном периоде связаны с введением анальгетиков, проведением антибактериальной, дезинтоксикационной, инфузионной терапии. Низкая информативность лабораторных данных и недостаточная специфичность рутинных инструментальных методов исследования также усложняют задачу раннего распознавания катастрофы [11].

С целью диагностики несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка применяются физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования. Последние включали: обзорную рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости, рентгеноскопию верхних отделов ЖКТ со взвесью сульфата бария, компьютерную томографию живота, УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, диагностическую лапароскопию [8, 12].

В литературе насчитывается более 300 способов обработки культи ДПК, что свидетельствует о нерешенности проблемы [6]. По данным Катанова У.С. и соавт. [12], при обработке «трудной» дуоденальной культи многие хирурги отдают предпочтение, так называемым, пластическим способам, к которым относятся: 1) способы с использованием тканей самой культи ДПК с отсепаровкой слизистой оболочки или без таковой; 2) способы с использованием тканей других органов; 3) способы с пломбировкой язвы при подпривратниковом варианте резекции желудка на ее выключение. Последняя группа способов условно изолирует язву в просвете кишки за счет использования специальных технических приемов и создает условия для ее заживления, чем способы с простым выключением язвы, когда она остается открытой в просвет кишки [3].

В связи со сложностью анатомо-морфологических изменений, возникающих в зоне пенетрации гигантской дуоденальной язвы, предложено большое количество способов ушивания культи ДПК. Большинство из них (способы Ниссена, Русанова, «улитки», Навроцкого) предусматривает использование стенок ДПК и капсулы поджелудочной железы. Для осуществления этих методов необходимо выполнять мобилизацию стенок ДПК, что не всегда возможно, особенно при каллезных пенетрирующих язвах. Кроме того, при мобилизации стенок ДПК существует опасность травматизации поджелудочной железы и повреждения внепеченочных

желчных ходов с развитием в послеоперационном периоде панкреатита, механической желтухи, желчных свищей или перитонита. Послеоперационный панкреатит в свою очередь приводит к несостоятельности швов культи ДПК. Вместе с тем при этих способах ушивания культи ДПК первый ряд швов располагается в воспалительно-измененном кратере язвы, что создает условия для инфицирования лигатур первого ряда и возможного развития несостоятельности швов культи. Применяемый для герметизации лоскут большого сальника, наложенный на третий ряд швов культи, практически не играет предназначенной роли: инфицированная полость язвы с наложенными на стенки ДПК швами остается в глубине сшиваемых поверхностей [27, 29, 32].

Язвы ДПК с пенетрацией в поджелудочную железу (с локализацией язвы в области заднемедиальной стенки ДПК) всегда сопровождаются выраженным рубцово-язвенным процессом с вовлечением стенок ДПК и головки поджелудочной железы, воспалительной инфильтрацией тканей, недостатком стенки кишки для надежного ушивания культи, что создает реальную угрозу несостоятельности культи ДПК в послеоперационном периоде с последующим развитием перитонита [29, 32].

На сегодняшний день при таких трудных локализациях язвы ДПК применяются в основном два метода: первый: выделение язвы с последующей обработкой культи и экстрадуоденизацией язвы (способ Ниссена и его модификации); второй: надпривратниковая резекция желудка по Финстереру на выключение язвы [8, 29, 33].

Недостатком первого метода, по мнению Федорова Н.Ф., и Прохорова Г.П. (2012) является нарушение питания культи с чрезмерным скелетированием стенки кишки, а оставление язвы в культе ДПК при методике Финстерера чревато перфорацией и кровотечением из язвы [26].

По мнению ряда авторов, наибольшие трудности при обработке культи ДПК встречаются при пенетрирующих язвах заднемедиальной стенки ДПК с выраженным инфильтратом в области язвы [7, 14, 21]. В таких случаях, по мнению Федорова Н.Ф., Прохорова Г.П. (2012) наиболее целесообразно применение разработанный ими методики обработки культи ДПК. Методика направлена на устранение излишней скелетизации и ишемизации культи ДПК, связанной с выделением язвы при методике Ниссена. Выполняется она следующим образом. 1 ряд швов: после отсечения резецируемой части желудка аборальный край стенки ДПК прошивается режущей иглой среднего размера с за-

хватом краев и дна язвы, затем производится выкол на передней стенке ДПК с последующим вколом и выколом стенки кишки на глубину серозно-мышечного слоя. Расстояние между точкой выкола и точкой вкола должно быть в пределах 2–2,5 см. Затем шов затягивается, при этом передняя стенка ДПК инвагинируется на дно язвы. Таких швов накладывается 2–3, в зависимости от размеров язвы. 2 ряд швов: накладываются серозно-мышечные швы на переднюю стенку ДПК с захватом капсулы поджелудочной железы и подведением прядей большого сальника «на ножке». Первый шов накладывается в области рубцово-склерозированной ткани поджелудочной железы в области дна язвы, поэтому кровотечения из железы практически не бывает. Показанием для применения данной методики является пенетрирующая язва ДПК средней величины диаметром около 1,5 см [26].

Основная причина смерти больных с НШДК – свищевое истощение и перитонит. Наиболее надежным методом лечения НШДК является дренирование зоны несостоятельности с формированием дуоденального свища и его закрытием [18].

Лечение НДК должно быть направлено на ее отграничение от свободной брюшной полости, формирование и дальнейшее заживление наружного дуоденального свища [22]. Консервативное лечение НДК должно быть комплексным и включать следующие мероприятия: «постуральное» положение больного, специальную диету, эндоскопическое трансназальное зондирование приводящей петли или ДПК, интенсивную антибактериальную терапию, антиферментную терапию, торможение внешнесекреторной функции поджелудочной железы, интенсивную заместительную, дезинтоксикационную, инфузионно-трансфузионную терапию, энтеральное зондовое питание [25].

Огромное значение имеет местное лечение: постоянное оросительно-аспирационное дренирование, нейтрализация дуоденального отделяемого, сбор и возврат дуоденального отделяемого, защита кожи, стимуляция заживления свища [22].

При оперативном лечении острой, перитонеальной формы осложнения можно выделить следующие этапы: срочная релапаротомия, ревизия брюшной полости и зоны культи, решение вопроса о возможности повторного ушивания культи и выбора методики такого ушивания, санация брюшной полости, устранение этиологического фактора НДК, лечебное трансназальное зондирование приводящей петли или ДПК, лечебная наружная дуоденостомия, отграничение несостоятельной культи от свободной брюшной полости, назоинтестиналь-

ное зондирование, дополнительное дренирование брюшной полости [4, 14].

При абсцедирующей форме НДК вмешательство должно быть минимально травматичным и включать вскрытие полости абсцесса в зоне несостоятельной культи, санацию и дренирование данной полости [4].

Тяжесть течения, прогноз и сроки заживления наружных концевых (постгастрорезекционных) дуоденальных свищей зависят от времени открытия свища, размеров свищевого дефекта, количества отделяемого (потерь пищеварительных соков) и репаративных возможностей организма [8].

Главная роль в профилактике несостоятельности швов трудной дуоденальной культи (НШ ТДК) в ургентных ситуациях принадлежит хирургическим мероприятиям. Традиционные меры, включающие варианты наружного дренирования при высоком риске развития НШ ТДК, не могут удовлетворять хирургов из-за недостаточной эффективности [11, 14].

Необходима разработка комплексного подхода, предусматривающего воздействие на основные причины осложнения, к которым в первую очередь относятся нарушение дренажной функции культи ДПК с повышением в ней давления и ошибки при ее ушивании [8, 19].

Никитин В.Н. и соавт., (2017) рекомендуют комплекс хирургических мер профилактики НШ ТДК в ургентной хирургии язвенной болезни ДПК, включающий диагностику ХНДП, их коррекцию и индивидуализацию способа обработки культи ДПК с отказом от применения атипичных способов в пользу строго послойного или пластического дубликатурного, которые по мнению авторов довольно эффективны [19].

За последние годы для укрытия культи ДПК стали более широко использовать пластические методы. В частности, при значительном дефиците тканей в области ушиваемой культи ДПК и малой мобильности ее стенок, а также при несостоятельности швов ее культи дополнительно применяют ткани круглой связки печени [3].

Томнюк Н.Д. и соавт., (2016) с целью повышения надежности ушивания культи ДПК рекомендуют изоляцию кратера язвы от линии первого ряда швов на культе тканями круглой связки печени [25].

Принято считать, что при ушивании культи ДПК требуется соблюдение механической и биологической герметизации шва. Для этого необходимо сохранять жизнеспособность стенок кишки, четко определять уровень пересечения при ее мобилиза-

ции, предполагаемое количество «этажей» и видов применяемых кисетных швов, дренирование зоны культи, тщательный гемостаз и соблюдение асептики. Иногда следует воздержаться от наложения зажима на культю ДПК, учитывая работу на открытой культе.

Помимо метода собственно ушивания культи ДПК существует множество (больше 40) способов ее укрытия – перитонизации (сальником по Сену, обвивной шов по Мейо, Мельникову, Финстереру и др.), которые широко используются в хирургической практике.

Однако, как отмечает Федоров Н.Ф. и соавт., (2012) перитонизация культи может способствовать не только заживлению и ограничению воспалительного процесса, уменьшению дефекта, но и послужить причиной полного расхождения шва [26].

Одним из методов профилактики несостоятельности швов дуоденальной культи и послеоперационного панкреатита, является назначение в послеоперационном периоде препаратов на прямую или опосредованно снижающие внутридуоденальное давление. Одним из таких препаратов является сандостатин (октреотид). Снижая секреторную функцию ПЖ, он уменьшает объем поступающей в ДПК жидкостей, и, следовательно, он снижает внутридуоденальное давление [19].

Таким образом, несостоятельность швов дуоденальной культи в хирургии трудных дуоденальных язв является самой сложной проблемой в абдоминальной хирургии, и остаются еще очень много нерешенных вопросов касательно его лечения и профилактики.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 31-36 см. в REFERENCES)

1. Абдуллаев Р.Я. Ультрасонография желудка и двенадцатиперстной кишки / Абдуллаев Р.Я. [и др.] // Харьков. - 2009. - 100с.
2. Акрамов Э.Х. Сравнительная оценка способов закрытия культи двенадцатиперстной кишки / Э.Х. Акрамов, Я.Ш. Абдулбакиев // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. - 2009. - Т. 9. - №10. - С. 40-43.
3. Белоконев В.И. Обоснование тактики при лечении швов на желудке, двенадцатиперстной кишке и анастомозе после операций при осложненных гастродуоденальных язвах / В.И. Белоконев, А.В. Вавилов, И.В. Харин // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. - 2018. - №2 (32). - С. 77-81.
4. Белоконев В.И. Этапность при лечении больных с дуоденальными свищами после резекции желудка по поводу язвенной болезни / В.И. Белоконев, И.В. Харин // Вестник Авиценны. - 2015. - №2 (63). - С. 13-18.

5. Белоконев В.И. Эффективность реконструктивных вмешательств при несостоятельности швов желудка и двенадцатиперстной кишки / В.И. Белоконев, И.В. Харин // Вестник Авиценны. - 2016. - №2 (67). - С. 13-17.
6. Волков В.Е. Клиническая оценка некоторых методов герметизации культи двенадцатиперстной кишки при надпривратниковой резекции желудка и гастрэктомии / В.Е. Волков, С.В. Волков // Acta Medica Eurasica. - 2018. - №1. - С. 1-8.
7. Гардашов Н.Т. Хирургическое лечение онкологических больных в послеоперационном периоде при несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки / Н.Т. Гардашов, В.Ф. Зубрицкий, С. Матвеев // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2015. - Т. 10. - №3. - С. 113-117.
8. Горпинич А.Б. Диагностика и хирургическое лечение больших и гигантских язв двенадцатиперстной кишки / А.Б. Горпинич, А.Л. Альянов, А.В. Мамошин // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. - 2011. - №3. - С. 225-233.
9. Гостищев В.К. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / В.К. Гостищев, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян // Хирургия. - 2011. - №5 - С. 56-60.
10. Гулов М.К. Профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка / М.К. Гулов, К.М. Курбонов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2005. - №2. - С. 56-58.
11. Демко А.Е. Хирургическая тактика при несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки и желудка / Демко А.Е. [и др.] // Экстренная медицина. - 2014. - №2 (10). - С. 105-110.
12. Катанов Е.С. Особенности обработки культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка на фоне портальной гипертензии / Е.С. Катанов, Л.В. Цыльков, Г.В. Дмитриев // Вестник Чувашского университета. - 2014. - №2. - С. 258-263.
13. Корочанская Н.В. Кислотообразующая функция культи желудка у пациентов с пептическими язвами, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II / Н.В. Корочанская В.М. Дурлештер, Н.А. Буложенко // Вестник МУЗ ГБ №2. - 2012. - №4 (22). - С. 71-79.
14. Корочанская Н.В. Морфологические особенности культи желудка у пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II / Н.В. Корочанская, В.М. Дурлештер, Н.А. Буложенко // Вестник МУЗ ГБ №2. - 2012. - №5 (23). - С. 61-76.
15. Красильников Д.М. Диагностика и комплексное лечение несостоятельности швов желудочно-кишечного тракта у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Д.М. Красильников, М.М. Миннуллин, Я.Ю. Николаев // Креативная хирургия и онкология. - 2012. - №3. - С. 49-55.
16. Красильников Д.М. Хирургическое лечение больных и пострадавших с несостоятельностью швов при заболеваниях и травмах органов желудочно-кишечного тракта / Д.М. Красильников, М.М. Миннуллин, Я.Ю. Николаев // Практическая медицина. - 2013. - №2 (67). - С. 27-31.
17. Курбонов К.М. Радикальные методы хирургического лечения перфорации гастродуоденальных язв / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, С.К. Ёров // Здравоохранение Таджикистана. - 2017. - №3 (334). - С. 35-39.
18. Ладур А.И. Причины несостоятельности швов анастомозов после гастрэктомии / Ладур А.И. [и др.] // Новообразование. - 2018. - Т. 10. - №1 (20). - С. 4-8.
19. Никитин В.Н. «Трудная» культя при осложненных гигантских пенетрирующих пилородуоденальных язвах / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // Новости хирургии. - 2017. - Т. 25. - №6. - С. 574-582.
20. Никитин В.Н. Лечение перфоративных гигантских пенетрирующих язв луковицы двенадцатиперстной кишки / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // РМЖ. - 2017. - Т. 25. - №8. - С. 539-542.
21. Никитин В.Н. Перфорация гигантских дуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста / Никитин В.Н. [и др.] // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. - 2018. - №2 (2). - С. 52-59.
22. Писаревский Г.Н. Методы ушивания культи двенадцатиперстной кишки / Г.Н. Писаревский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2011. - №3. - С. 67-72.
23. Прохоров Г.П. Послеоперационные наружные свищи двенадцатиперстной кишки / Г.П. Прохоров, Н.Ф. Фёдоров // Вестник Чувашского университета. - 2011. - №3. - С. 392-394.
24. Сайфуддинов А.С. Сравнительная оценка непосредственных результатов лапароскопического, минилапаротомного и традиционного методов лечения при перфоративных гастродуоденальных язвах / А.С. Сайфуддинов // Здравоохранение Таджикистана. - 2011. - №1. - С. 52-58.
25. Сагторов И.А. Патогенетическое лечение Рустаза синдрома / И.А. Сагторов, К.М. Курбонов, А.Ф. Назаров // Вестник Авиценны. - 2012. - №2. - С. 37-40.
26. Томнюк Н.Д. Причины несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот II / Томнюк Н.Д. [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - №6-1. - С. 74-77.
27. Федоров Н.Ф. Способ обработки культи двенадцатиперстной кишки при резекциях язв желудка пенетрирующих в головку поджелудочной железы / Н.Ф. Федоров, Г.П. Прохоров // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. - 2012. - Т. 14. - №7. - С. 108-109.
28. Харин И.В. Причины послеоперационной несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки, анастомозов и ее профилактика / Харин И.В. // Аспирантский вестник Поволжья. - 2013. - №5-6. - С. 132-136.
29. Холоденин К.Г. Новый способ формирования

панкреатоеюнального анастомоза после панкреатодуоденальной резекции / К.Г. Холоденин [и др.] // Медицинский альманах. - 2011. - №2 (15). - С. 99-102.

30. Юсупов И.А. Сравнительная оценка эффективности различных вариантов резекции желудка и ваготомии, произведенных на фоне портальной гипертензии в эксперименте / И.А. Юсупов, В.И. Плеханов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2011. - Т. IV, - №3. - С. 23–25.

REFERENCES

1. Abdullaev R. Ya. Ultrasonografiya zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Ultrasonography of the stomach and duodenum]. R. Ya. Abdullaev Kharkov, 2009, 100 p.

2. Akramov E. Kh. Cravnitel'naya otsenka sposobov zakrytiya kulti dvenadtsatiperstnoy kishki [Comparative evaluation of methods of closing the duodenal stump]. E. Kh. Akramov, Ya. Sh. Abdulkakiev Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo slavyanskogo universiteta – Herald of Kyrgyz-Russian Slavic University, 2009, Vol. 9, No. 10, pp. 40-43.

3. Belokonev V. I. Obosnovanie taktiki pri lechenii shvov na zheludke, dvenadtsatiperstnoy kishke i anastomoze posle operatsiy pri oslozhnennykh gastroduodenalnykh yazvakh [Substantiation of tactics in the treatment of sutures on the stomach, duodenum and anastomosis after operations for complicated gastroduodenal ulcers]. V. I. Belokonev, A. V. Vavilov, I. V. Kharin Vestnik meditsinskogo instituta "REAVIZ": reabilitatsiya, vrach i zdorove - Herald of the medical Institute "REAVIZ": rehabilitation, doctor and health, 2018, No. 2 (32), pp. 77-81.

4. Belokonev V. I. Etapnost pri lechenii bolnykh s duodenalnymi svishchami posle rezeksii zheludka po povodu yazvennoy bolezni [Staging in the treatment of patients with duodenal fistulas after gastrectomy for peptic ulcer]. V. I. Belokonev, I. V. Kharin Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna, 2015, No. 2 (63), pp. 13-18.

5. Belokonev V. I. Effektivnost rekonstruktivnykh vmeshatelstv pri nesostoyatel'nosti shvov zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [The effectiveness of reconstructive interventions in case of failure of the seams of the stomach and duodenum]. V. I. Belokonev, I. V. Kharin Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna, 2016, No. 2 (67), pp. 13-17.

6. Volkov V. E. Klinicheskaya otsenka nekotorykh metodov germetizatsii kulti dvenadtsatiperstnoy kishki pri nadprivratnikovoy rezeksii zheludka i gastrektomii [Clinical evaluation of some methods for sealing duodenal stump during suprapertitoneal gastrectomy and gastrectomy]. V. E. Volkov, S. V. Volkov Acta Medica Eurasica, 2018, No. 1, pp. 1-8.

7. Gardashov N. T. Khirurgicheskoe lechenie onkologicheskikh bolnykh v posleoperatsionnom periode pri nesostoyatel'nosti kulti dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical treatment of cancer of patients in the postoperative period with the failure of the duodenal stump]. N. T. Gardashov, V. F. Zubritskiy, S. Matveev Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N. I. Pirogova - Herald of the National medical and surgical center named afret N.I.

Pirogov, 2015, Vol. 10, No. 3, pp. 113-117.

8. Gorpnich A. B. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie bolshikh i gigantskikh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Diagnosis and surgical treatment of large and giant duodenal ulcers]. A. B. Gorpnich, A. L. Alyanov, A. V. Mamoshin Uchenye zapiski Orlovskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Estestvennye, tekhnicheskie i meditsinskie nauki - Scientific notes of Orel state University. Series: Natural, technical and medical Sciences, 2011, No. 3, pp. 225-233.

9. Gostishchev V. K. Novye vozmozhnosti profilaktiki posleoperatsionnykh oslozhneniy v abdominalnoy khirurgii [New opportunities for the prevention of postoperative complications in abdominal surgery]. V. K. Gostishchev, M. D. Dibirov, Kh. Kh. Khachatryan Khirurgiya - Surgery, 2011, No. 5, pp. 56-60.

10. Gulov M. K. Profilaktika nesostoyatel'nosti shvov kulti dvenadtsatiperstnoy kishki posle rezeksii zheludka [Prevention of suture incompetence of duodenal stump after gastrectomy]. M. K. Gulov, K. M. Kurbonov Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya - Experimental and clinical gastroenterology, 2005, No. 2, pp. 56-58.

11. Demko A. E. Khirurgicheskaya taktika pri nesostoyatel'nosti shvov dvenadtsatiperstnoy kishki i zheludka [Surgical tactics in the incompetence of sutures of duodenum and stomach]. A. E. Demko, Ekstrennaya meditsina – Experimental medicine, 2014, No. 2 (10), pp. 105-110.

12. Katanov E. S. Osobennosti obrabotki kulti dvenadtsatiperstnoy kishki pri rezeksii zheludka na fone portalnoy gipertenzii [Features of the treatment of duodenal stump during gastrectomy against the background of portal hypertension]. E. S. Katanov, L. V. Tsytkov, G. V. Dmitriev Vestnik Chuvashskogo universiteta - Herald of Chuvash University, 2014, No. 2, pp. 258-263.

13. Korochanskaya N. V. Kislotobrazuyushchaya funktsiya kulti zheludka u patsientov s pepticheskimi yazvami, perenessikh rezeksiiyu zheludka po Bilrot-II [Acid-forming function of the stomach stump in patients with peptic ulcers who underwent Billroth II gastric resection]. N. V. Korochanskaya V. M. Durlshter, N. A. Bulozhenko Vestnik MUZ GB №2 - Herald of Municipal health care institution City hospital №2, 2012, No. 4 (22), pp. 71-79.

14. Korochanskaya N. V. Morfologicheskie osobennosti kulti zheludka u patsientov, perenessikh rezeksiiyu zheludka po Bilrot-II [Morphological features of the stomach stump in patients undergoing Billroth II gastric resection]. N. V. Korochanskaya V. M. Durlshter, N. A. Bulozhenko Vestnik MUZ GB №2 - Herald of Municipal health care institution City hospital №2, 2012, No. 5 (23), pp. 61-76.

15. Krasilnikov D. M. Diagnostika i kompleksnoe lechenie nesostoyatel'nosti shvov zheludochno-kishechnogo trakta u bolnykh yazvennoy boleznyu zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Diagnosis and complex treatment of the suture incompetence of the gastrointestinal tract in patients with gastric ulcer and duodenal ulcer]. D. M. Krasilnikov, M. M. Minnullin, Ya. Yu. Nikolaev Kreativnaya khirurgiya i onkologiya - Creative surgery and oncology, 2012, No. 3, pp. 49-55.

16. Krasilnikov D. M. Khirurgicheskoe lechenie

bolnykh i postradavshikh s nesostoyatel'nostyu shvov pri zabolevaniyakh i travmakh organov zheludochno-kishechnogo trakta [Surgical treatment of patients with suture incompetence in diseases and injuries of the gastrointestinal tract]. D. M. Krasilnikov, Ya. Yu. Nikolaev, M. M. Minnullin *Prakticheskaya meditsina – Practical medicine*, 2013, No. 2 (67), pp. 27-31.

17. Kurbonov K. M. Radikalnye metody khirurgicheskogo lecheniya perforatsii gastroduodenal'nykh yazv [Radical methods of surgical treatment of perforation of gastroduodenal ulcers]. K. M. Kurbonov, K. R. Nazirboev, S. K. Yorov *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 3 (334), pp. 35-39.

18. Ladur A. I. Prichiny nesostoyatel'nosti shvov anastomozov posle gastrektomii [Causes of suture incompetence of anastomoses after gastrectomy]. A. I. Ladur, *Novoobrazovanie - Neoplasms*, 2018, Vol. 10, Vol. 1 (20), pp. 4-8.

19. Nikitin V. N. «Trudnaya» kulya pri oslozhneniyakh gigantskikh penetriruyushchikh piloroduodenal'nykh yazvakh [“Difficult “stump” in case of complicated giant penetrating pyloroduodenal ulcers]. V. N. Nikitin, S. G. Klipach *Novosti khirurgii – News of surgery*, 2017, Vol. 25, No. 6, pp. 574-582.

20. Nikitin V. N. Lechenie perforativnykh gigantskikh penetriruyushchikh yazv lukovitsy dvenadsatiperstnoy kishki [Treatment of perforated giant penetrating ulcers of the duodenal bulb]. V. N. Nikitin, S. G. Klipach *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal – Russian medical journal*, 2017, Vol. 25, No. 8, pp. 539-542.

21. Nikitin V. N. Perforatsiya gigantskikh duodenal'nykh yazv u bolnykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Perforation of giant duodenal ulcers in elderly and senile patients]. V. N. Nikitin. *Russkiy meditsinskiy zhurnal. Meditsinskoe obozrenie - Russian medical journal. Medical review*, 2018, No. 2 (2), pp. 52-59.

22. Pisarevskiy G.N. Metody ushivaniya kulti dvenadsatiperstnoy kishki [Methods for suturing the duodenal stump]. G.N. Pisarevskiy *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2011, No. 3, pp. 67-72.

23. Prokhorov G. P. Posleoperatsionnye naruzhnye svishchi dvenadsatiperstnoy kishki [Postoperative external fistula of the duodenum]. G. P. Prokhorov, N. F. Fyodorov *Vestnik Chuvashskogo universiteta - Herald of Chuvash University*, 2011, No. 3, pp. 392-394.

24. Sajfuddinov A.S. Sravnitel'naya ocenka neposredstvennykh rezul'tatov laparoskopicheskogo, minilaparotomnogo i traditsionnogo metodov lecheniya pri perforativnykh gastroduodenal'nykh yazvax [Comparative evaluation of the immediate results of the laparoscopic, minilaparotomic and traditional methods of treatment for perforated gastroduodenal ulcers]. A.S. Sajfuddinov. *Zdravookhranenie Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*. 2011. No. 1. pp. 52-58

25. Sattorov I. A. Patogeneticheskoe lechenie Ru-staz sindroma [Pathogenetic treatment of Ru-staz syndrome].

I. A. Sattorov, K. M. Kurbonov, A. F. Nazarov *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2012, No. 2, pp. 37-40.

26. Tomnyuk N. D. Prichiny nesostoyatel'nosti shvov kulti dvenadsatiperstnoy kishki posle rezektsii zheludka po Bilrot II [Causes of suture failure of the duodenal stump after stomach resection according to Billroth II]. Tomnyuk N. D. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy - International journal of applied and fundamental research*, 2016, No. 6-1, pp. 74-77.

27. Fedorov N. F. Sposob obrabotki kulti dvenadsatiperstnoy kishki pri rezektsiyakh yazv zheludka penetriruyushchikh v golovku podzheludchnoy zhelezy [The method of processing duodenal stump with resection of gastric ulcers penetrating into the pancreatic head]. N. F. Fedorov, G. P. Prokhorov *Elektronnyy nauchno-obrazovatel'nyy vestnik Zdorove i obrazovanie v XXI veke - Electronic scientific and educational Bulletin Health and education in the XXI century*, 2012, Vol. 14, No. 7, pp. 108-109.

28. Kharin I. V. Prichiny posleoperatsionnoy nesostoyatel'nosti shvov zheludka, dvenadsatiperstnoy kishki, anastomozov i ee profilaktika [Causes of postoperative failure of the sutures of the stomach, duodenum, anastomoses, and its prevention]. I. V. Kharin *Aspirantskiy vestnik Povolzhya - Post-graduate Herald of the Volga region*, 2013, No. 5-6, pp. 132-136.

29. Kholodenin K. G. Novyy sposob formirovaniya pankreatoeyunalnogo anastomoza posle pankreatoduodenal'noy rezektsii [New method of forming pancreatojejunal anastomosis after pancreatoduodenal resection]. K. G. Kholodenin *Meditsinskiy almanakh - Medical almanac*, 2011, No. 2 (15), pp. 99-102.

30. Yusupov I. A. Sravnitel'naya otsenka effektivnosti razlichnykh variantov rezektsii zheludka i vagotomii, proizvedennykh na fone portal'noy gipertenzii v eksperimente [Comparative evaluation of the effectiveness of various options for gastrectomy and vagotomy, performed on the background of portal hypertension in the experiment]. I. A. Yusupov, V. I. Plekhanov *Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii – Herald of experimental and clinical surgery*, 2011, Vol. 4, No. 3, pp. 23-25.

31. Alves J. B. Treatment of the postgastrectomy external duodenal fistula. *International surgery*, 2008, Vol. 49, pp. 248-251.

32. Dovyak P. Duodenal ulcers, gastric ulcers and helicobacter pylori. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2017, Vol. 50, No. 2, pp. 159-169.

33. Ijarotimi O., Soyoye D.O., Adekanle O., Ndububa D.A., Umoru B.I., Alatise O.I. Declining prevalence of duodenal ulcer at endoscopy in ile-ife, nigeria. *South African Medical Journal*, 2017, Vol. 107, No. 9, pp. 750-753.

34. Komar O. M., Kizlova N. M., Trylevych O. D., Kravchenko V.V. Risk factors for adverse course of gastric and duodenal peptic ulcer. *Journal Wiadomosci Lekarskie*, 2018, Vol. 71, No. 1, pp. 160-164.

35. Sinning C., Schaefer N., Standop J., Hirner A., Wolff M. Gastric stump carcinoma - epidemiology and current concepts in pathogenesis and treatment. *European jour-*

nal of surgical oncology, 2007, Vol. 33, No 2, pp. 133-139.

36. Teryokhina A., Sergeeva Y., Demchenko D. Subjective assessment of the quality of life of patients after various types of operations for perforated gastroduodenal ulcer. Journal Alleya Nauki, 2017, Vol. 16, pp. 8.

ХУЛОСА

**Ҷ.А. Абдуллозода, Ш.Ш. Сайфудинов,
С.Х. Абдуллоев**

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ НОРАСОГИИ ДАРЗИ БУНЧИ ДУОДЕНАЛӢ ҲАНГОМИ БУРИШИ МЕЪДА БО УСУЛИ БИЛРОТ - II

¹ Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 ДДТТ
ба номи Абӯалӣ ибни Сино

² МД «МТ ИСТИҚЛОЛ»

Дар кори илмӣ адабиётҳои муосир оид ба ташхис, табобат ва пешгирии норасогии дарзи бунчи

дуоденалӣ (НДБД) оварда шудааст. Роҳҳои зиёди пушонидани бунчи рудаи дувоздаҳангушта (РДА) вучуд дорад, аммо ягонтаи онҳо усули боэътимод нест. Барои ҳамин, норасогии бунчи дуоденалӣ (НБД) то имруз байни олимони аҳамияти худро гум накардааст. Бо маълумоти адабиётҳои НБД аз 0,9% то 18% ва аз ин ҳам зиёд во меҳурад, ки аз ҳама оризаи хавфноктарин баъди буриши меъда бо усули Билрот - II ба ҳисоб меравад. Сабаби асосии фавти беморон бо НДБД РДА ин лоғаршавӣ аз ҳисби носур ва перитонит мебошад. Барои ташхиси НДБД усулҳои физикалӣ, лабораторӣ ва инструменталиро истифода мебаранд. Табобати НДБД РДА ҷарроҳӣ мебошад. Барои пешгирии он бояд муносибати ҳамаҷониба кард: дарзгӯзори боэътимоди бунча, паноҳгӯзори бунча (перитонизатсия) ва як қатор муаллифон тавсия медиҳанд, ки таъинкунии доруворӣ барои мустақиман ё ғайримустақим паст кардани фишори дуоденалӣ.

Калимаҳои калидӣ: рудаи дувоздаҳангушта, буриши меъда, норасогии дарзҳо

УДК 614.2-372

А.Б. Мирзоева², А. Аҳмедов¹, Ҳ.К. Боева²

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ И ПУТИ ЕЁ ВНЕДРЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹ ГУ «Академия медицинских наук» МЗ и СЗНРТ

² ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан»

Аҳмедов Аламхон – д.м.н., профессор, иностранный член РАМН РФ, член корр. АМН МЗиСЗН Республики Таджикистан, Душанбе, ул. Шевченко 39; тел: 2275551

В статье представлена информация о состоянии и использование современных методах ранней диагностики заболеваний молочных желез в том числе рака молочной железы в лечебно-профилактических учреждений республики. Представлены данные литературы об использовании современных методах ранней диагностики рака молочной железы и в других странах мира. Указанные данные и отсутствие комплексного изучения проблем использования современных методах ранней диагностики заболеваний молочных желез в республике свидетельствуют об актуальности настоящего исследования и требуют изыскания новых исследований в данном направлении и их внедрения в практической деятельности медицинских учреждений республики.

Ключевые слова: заболевания молочных желез, диагностические методы, маммография, ультразвуковая диагностика, рак молочных желез.

А.Б. Mirzoyeva², А. Akhmedov¹, Ҳ.К. Boyev²

MODERN WAYS OF EARLY DIAGNOSIS OF MAMMARY GLANDS DISEASES AND THEIR IMPLEMENTATION IN THE HEALTHCARE SYSTEM OF TAJIKISTAN

¹ State Institution Academy of Medical Sciences, Ministry of Healthcare and Social Protection of the population