

тинг ва бенчмаркинг воситаи аслии банақшагирии стратегӣ - матритсаи таъсири бартарии монеаҳои маъмулӣ барои мубориза бо бемориҳои сироятӣ дар воҳидҳои маъмурию ҳудудии Туркменистон таҳия шудааст.

Хулосаҳо. Матритсаи таъсири бартаридоштаи монеаҳои маъмулӣ барои мубориза бо бемориҳои

сироятӣ дар воҳидҳои маъмурӣ-ҳудудии Туркменистон таҳия шудааст, ки барои банақшагирии стратегии маҷмӯи тадбирҳо асос мебошад.

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои музминӣ ғайрисироятӣ, ташкили соҳаи тандурустӣ, пешгириӣ, муқоиса, банақшагирии стратегӣ.

УДК 616.33-007.271-089.844

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-107-113

Д.М. Кадыров, Ф.Д. Кодиров, З.В. Табаров, Ш.Ш. Сайдалиев

ДВУХУРОВНЕВЫЙ НЕПРЕРЫВНЫЙ ПРЕЦИЗИОННЫЙ ШОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОПЕРЕЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

Сайдалиев Ширинджон Шарифович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Республика Таджикистан, г. Душанбе, 1 пр. Айни 46; Тел.: +992918673601; E-mail: Aka.74@mail.ru

В работе рассматриваются вопросы наложения двухуровневого непрерывного прецизионного шва у пациентов с рубцово-язвенным пилорoduodenальным стенозом. В качестве альтернативы традиционным операциям предложены поперечный гастрoduodenальный анастомоз и дуоденопластика. Последние имеют лучшие результаты благодаря сохранению анатомической, функциональной целостности привратника и моделирования привратникового «механизма» при формировании поперечного соустья.

Формирование соустьев с использованием прецизионного двухуровневого непрерывного шва позволяет сократить продолжительность оперативных вмешательств, обеспечить ее высокую надежность и функциональность.

Ключевые слова: пилорoduodenальный стеноз, дуоденопластика, поперечный гастрoduodenоанастомоз, двухуровневый непрерывный прецизионный шов.

D.M. Kadyrov, F.D. Kodirov, Z.V. Tabarov, Sh.

TWO-LEVEL CONTINUOUS PRECISION SUTURE FOR TRANSVERSE GASTRODUODENOANASTOMOSIS IN PATIENTS WITH PYLORODUODENAL STENOSIS

State Institution “Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan”

Sajdaliev Shirinjon Sharifovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Surgical Diseases #1 of SE Avicenna Tajik State Medical University; Republic of Tajikistan, Dushanbe, 1 pr. Aini 46; Tel.: +992918673601; E-mail: Aka.74@mail.ru

The paper considers the issues of two-level continuous precision suturing in patients with pyloroduodenal ulcerative stenosis. Transverse gastroduodenal anastomosis and duodenoplasty are proposed as alternatives to traditional surgeries. The latter have the best results due to preservation of anatomic, functional integrity of the pylorus and modeling of the pylorus “mechanism” during formation of transverse socket.

Formation of the sutures with the use of the precision two-level continuous suture allows reducing the duration of surgical interventions, providing its high reliability and functionality.

Keywords: pyloroduodenal stenosis, duodenoplasty, transverse gastroduodenal anastomosis, two-level continuous precision suture.

Введение. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) считается патогенетически обоснованной и наиболее физиологической операцией при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [3, 10]. В случае пилородуоденального стеноза (ПДС) она дополняется дренирующими желудок операциями (ДО) или дуоденопластикой (ДП) [5, 9, 10]. Известные способы ДО типа Жабуле, Финнея, Гейнеке-Микулича и Джадда применяемые в сочетании с СПВ при рубцово-язвенном дуоденостенозе (РЯД), из-за разрушения или шунтирования привратника, нивелируют положительные стороны СПВ [1, 9]. Этих недостатков лишены различные варианты ДП и поперечный гастродуоденоанастомоз (ПГДА), предполагающие сохранение или воссоздание привратникового «механизма» [9, 10]. Традиционно ГДА и ДП формируют двухрядными узловыми швами [2]. Очевидно, что при восстановлении гастродуоденальной проходимости необходим надежный желудочно-кишечный шов, который обеспечивал бы полное восстановление структуры и функции гастродуоденального перехода, ДПК и одновременно сводил бы к минимуму риск развития анастомозита, несостоятельности кишечного шва и рубцовой стриктуры в отдаленных сроках наблюдения. При выполнении т.н. «радикальной дуоденопластики» применяют узловой однорядный серозно-мышечно-подслизистый шов монолитной нитью в условиях прецизионной техники [7]. В.М. Никитин и соавт. [4,6], В.Л. Полуэктов и соавт. [8] при иссечении прободной язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) производят ДП двухуровневым непрерывным швом вне просвета кишки. В литературе отсутствуют сведения о применении двухуровневого непрерывного прецизионного шва при формировании ПГДА.

Цель исследования. Совершенствование техники формирования ДП и ПГДА.

Материал и методы исследования. Представленная работа основывается на результатах хирургического лечения методом ДП и ПГДА в сочетании с СПВ или в изолированном виде (без СПВ) с язвенной болезнью ДПК, осложненной стенозом. В клинике Института гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ, в период с 2000 по 2022 годы СПВ в сочетании с ДП применена у 98 больных, в сочетании с ПГДА – у 51 больного. Изолированная ДП применена у 23 больных, ПГДА – у 17 больных группы риска. В последнее время у 10 больных при формировании ПГДА (6 больных) и ДП (4 больных) применяли двухуровневый прецизионный непрерывный шов. В создании двухрядного

шва использовались монофиламентная нить PDS II (полидиоксанон) диаметра 4/0 и викрил 4/0 с одной атравматичной иглой.

Диагноз РЯД у всех пациентов верифицирован клинически, эндоскопически и рентгенологически. В работе мы использовали общепринятую классификацию с выделением компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной степеней стеноза [5].

Результаты исследования и их обсуждение. Традиционно гастродуоденальные анастомозы формировали с помощью двухрядных узловых швов. В качестве альтернативы традиционным операциям предложены ПГДА и ДП, которые имеют лучшие результаты благодаря сохранению анатомической и функциональной целостности привратника при ДП и моделированию привратникового «механизма» при формировании поперечного соустья. Возможность применения ПГДА или ДП при язвенном ПДС зависит от локализации стеноза. Основные условия для применения ДП: интактность привратника, достаточно широкий престенотический (от привратника до стеноза) участок луковицы (не менее 2 см), отсутствие воспалительной инфильтрации стенок сшиваемых тканей. В зависимости от локализации язвенного процесса различают три типа стеноза [5,7]: стеноз привратника; стеноз луковицы ДПК; залуковичный дуоденальный стеноз. Луковичный дуоденостеноз мы подразделяем на два вида: с вовлечением в рубцово-язвенный процесс привратника и без его вовлечения.

Во время операций мы всегда стремились сохранить привратник путём ДП. Однако выбор метода ДО зависит от конкретной топографо-анатомической ситуации: локализации и протяженности стеноза, наличия и выраженности воспалительной инфильтрации, интактности привратника и ширины престенотического участка луковицы. Полученные данные во время интраоперационной ревизии ПДЗ создают полноценную картину его гистотопографии – основу для выбора вариантов выполнения ДП или ДО.

Локализацию зоны РЯД определяли на основе дуоденокартограммы, предложенной В.И. Оноприевым (рис. 1) и пилородуоденокартограммы по С.Р. Генриху (рис. 2).

Показанием к применению ПГДА является собственно пилоростеноз, луковичный дуоденостеноз с вовлечением привратника в рубцово-язвенный процесс и луковичный дуоденостеноз с дефицитом передней стенки престенотического отдела (менее 10 мм от привратника).

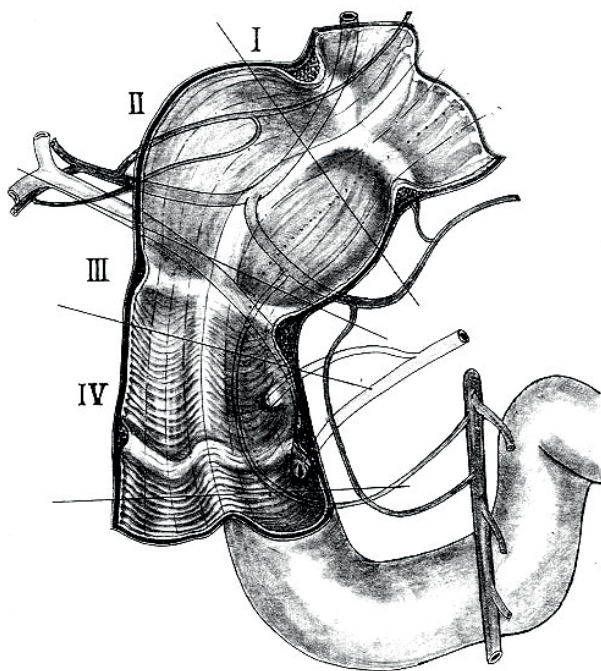


Рисунок 1. Хирургическая дуоденокартограмма по В.И. Оноприеву. Уровни: I - базальный (основание луковицы), II - корпоральный (тело луковицы), III - апикальный (верхушка луковицы), IV - постбульбарный.

Способ заключается в следующем: после верхнесрединной лапаротомии, ревизии брюшной полости, освобождения ПДЗ от рубцово-спаечной «мантии» (рис. 3),

После определения уровня и протяженности стеноза, выделения от сращений пре- и постстенотических отделов, определения локализации привратника, определяли объем оперативного вмешательства, производили мобилизацию ДПК по Кохеру, далее приступали к выполнению ПГДА между препилорическим отделом желудка и постстенотическим отделом ДПК.

Вначале, двумя узловыми серозно-мышечными швами, наложенными на углы будущего анастомоза, сближали стенки сшиваемых органов (рис. 4а). Анастомоз между желудком и ДПК формировали двухуровневым непрерывным швом. Использовали непрерывный обвивной серо-серозный шов (ПДС 4/0) в поперечном направлении к оси ДПК и желудка (рис. 4б): первый стежок непрерывного шва делали на верхнем углу сшиваемых органов, завязывали первый узел - «фиксатор», далее накладывали 10-12 стежков непрерывного обвивного серозно-серозного шва, последний стежок на нижнем углу фиксировали путем «захлестывания» нити и оставляли её для ушивания передней стенки.

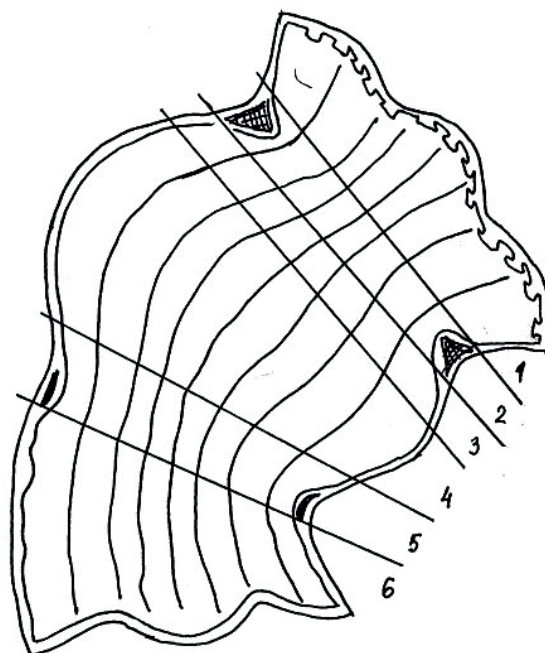


Рисунок 2. Пилорoduоденокартограмма по С.Р. Генриху. 1 - препилорический отдел желудка, 2 - сфинктер привратника, 3 - базальный отдел луковицы ДПК, 4 - тело луковицы ДПК, 5 - выходной отдел луковицы ДПК, 6 - постбульбарный отдел ДПК.

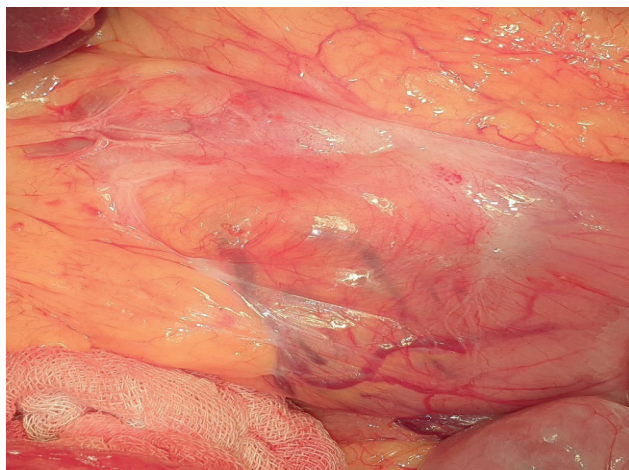
Затем, вскрывали просвет желудка и ДПК двумя симметричными поперечными разрезами длиной 30 мм на расстоянии 0,4-0,5 см от серо-серозного шва (рис. 5а).

Второй уровень непрерывного шва на заднюю «губу» анастомоза (рис. 3) производили викрилом 4/0 начиная с верхнего угла, сперва завязывали второй узел - «фиксатор» и ушивали подслизисто-мышечно-серозными швами без захвата слизистой оболочки, в нижнем углу фиксировали путем «захлестывания» (рис. 5б).

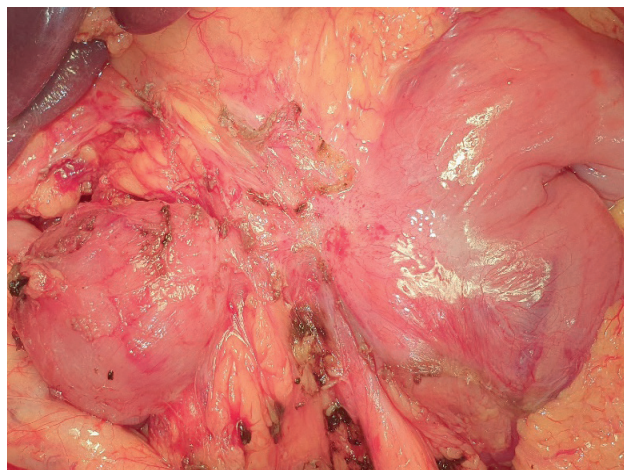
Этой же нитью продолжали зашивание передней стенки анастомоза погружными подслизисто-мышечно-серозными швами типа Шмидена, но без захвата слизистой оболочки, связывая нить с вторым швом-«фиксатором» в верхнем углу анастомоза (рис. 6а).

Формирование передней стенки анастомоза завершали наложением первого уровня непрерывного обвивного серо-серозного шва с помощью первой нитки, оставленной на нижнем углу анастомоза, связывая ей конец с нитью первого узла-фиксатора на верхнем углу анастомоза (рис. 6б).

Благодаря чередованию ниток, первый уровень швов формируется из нерассасывающейся нити (ПДС), а второй (внутрипросветный) – из

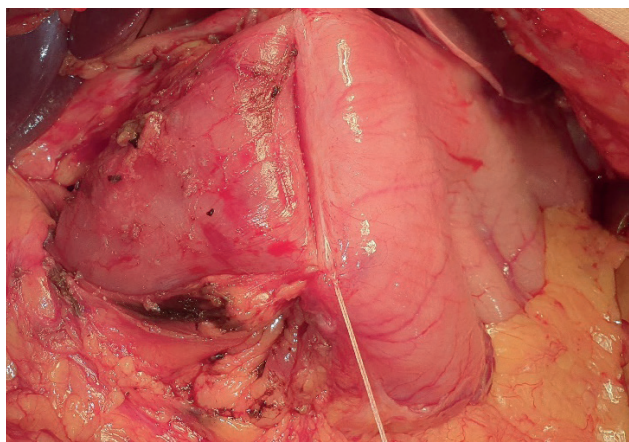


а

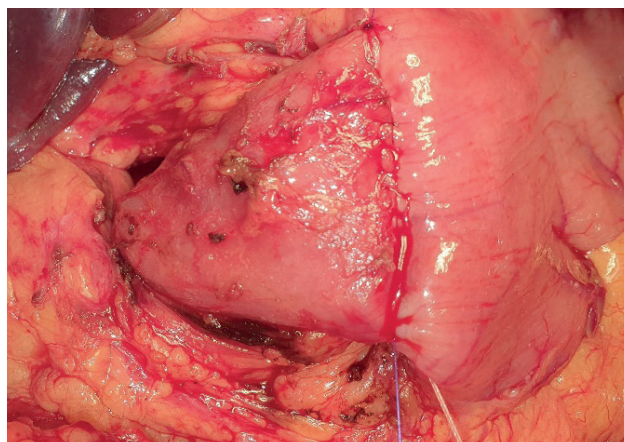


б

Рисунок 3. Интраоперационная ревизия пилородуоденальной зоны: а) рубцово-спаечная «мантия» полностью прикрывает ПДЗ; б) ПДЗ освобождена от рубцово-спаечной «мантии», рубцовый пилородуоденостеноз протяженностью 2 см.

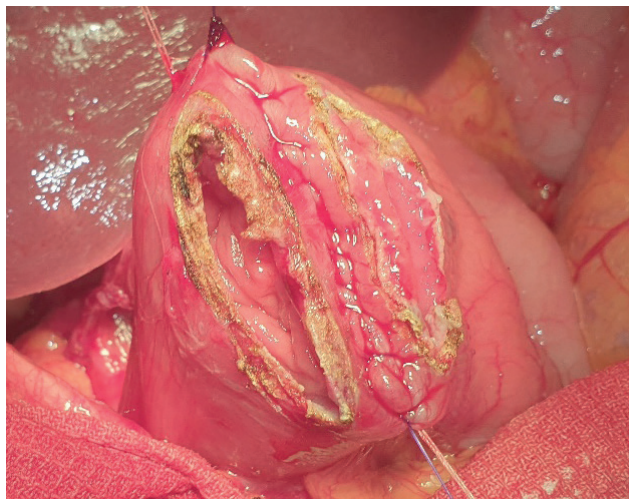


а



б

Рисунок 4. Этап формирования ПГДА: а) сближение стенок сшиваемых органов двумя провизорными швами; б) наложение первого ряда серозно-мышечных швов.

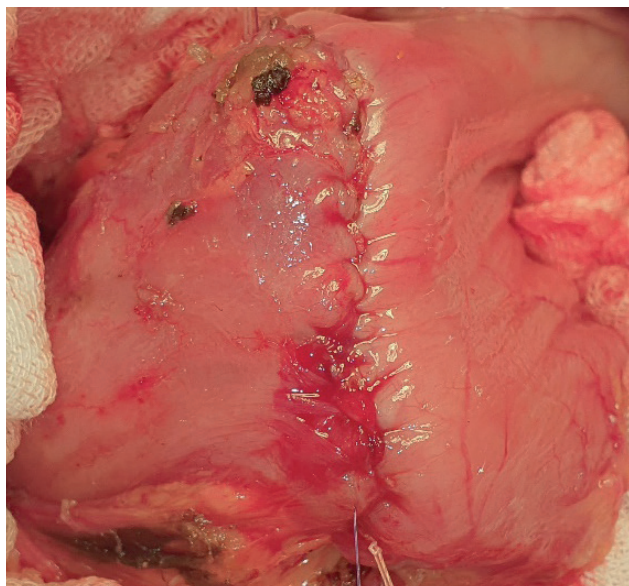


а

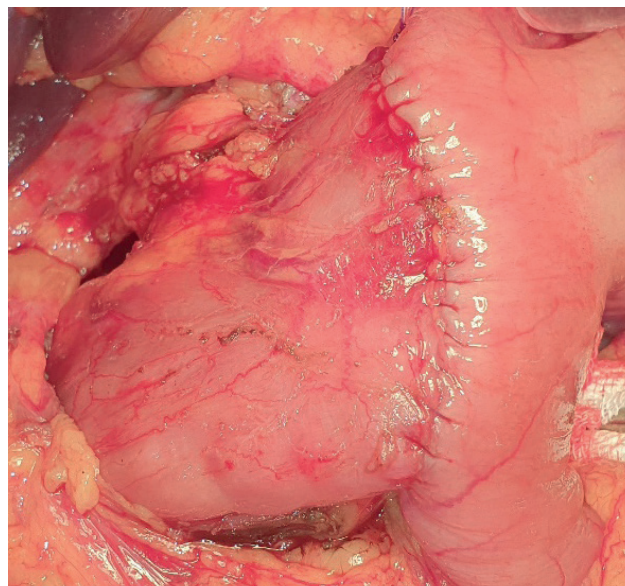


б

Рисунок 5. Этапы формирования ПГДА: а) Поперечная гастро- и дуоденотомия; б) Ушивание задней губы анастомоза непрерывным швом.



а



б

Рисунок 6. Этапы формирования ПГДА: а) ушивание передней губы анастомоза непрерывным вворачивающим швом Шмидена; б) серо-серозный непрерывный шов передней стенки анастомоза.

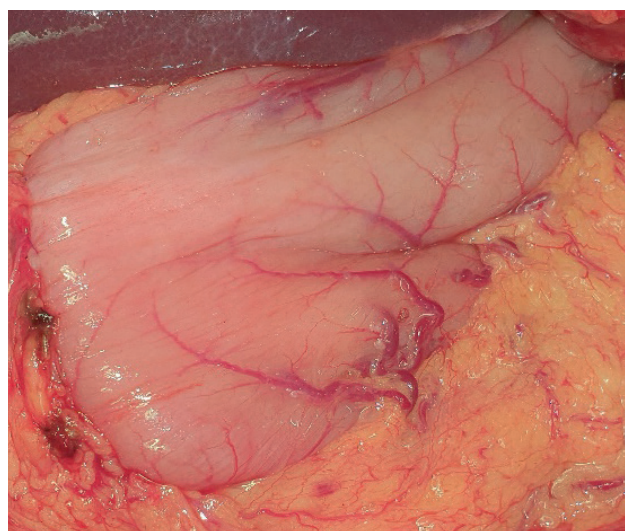
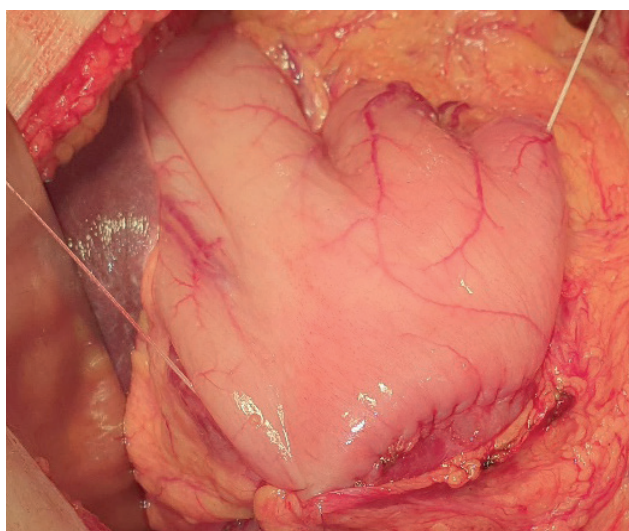


Рисунок 7. Этапы мезоперитонезации гастродуоденоанастомоза «мантией» ДПК.

рассасывающейся нити (викрил). Анастомоз мезоперитонизировали с помощью заранее выделенной «мантии» мобилизованной ДПК, путем подшивания её к передней стенке желудка узловыми швами (рис. 7).

В раннем послеоперационном периоде мы не наблюдали осложнений, связанных с техникой формирования анастомоза. Эвакуаторная функция желудка восстанавливалась на 8-10 день. При эндоскопии, выполненной на 12-14 день, наблюдались умеренные воспалительные изменения слизистой анастомоза, диаметр которого составлял 2,5-3 см, тубус эндоскопа свободно проходил в тракт ДПК. Рентгенологическое исследование проведено

через месяц после операции. При этом эвакуация из желудка была порционно-ритмической, что обусловлено пилорусмодулирующей функцией ПГДА.

Заключение. Формирование соустьев с использованием прецизионного двухуровневого непрерывного шва позволяет сократить продолжительность операции, обеспечить ее высокую надежность и функциональность. Длительность регенерации таких анастомозов ускоряется за счет уменьшения объема перифокального воспаления и преобладания заживления сшиваемых органов по линейному типу, в отдаленном периоде также уменьшается риск рубцовой деформации. Результаты наших исследований подтверждают выводы

других авторов, доказавших преимущества методики двухуровневого непрерывного шва при формировании желудочно-кишечных соустьев [4, 6, 8]. Предлагаемый нами вариант ПГДА применяется в сочетании с СПВ или в изолированном виде у больных с РЯД [10]. Формирование поперечного ГДА модулирует функцию привратника за счет сохранения циркулярных мышц антрума и ДПК [10]. В ситуациях, когда радикальная операция связана с высоким риском у больных старческого возраста или тяжелой степенью алиментарной недостаточности с глубокими нарушениями гомеостаза, в качестве альтернативы различным гастроэнтероанастомозам, мы предлагаем использовать ПГДА в изолированном виде. Полученные результаты исследований позволяют нам рекомендовать предложенную методику двухуровневого непрерывного кишечного шва при формировании анастомозов в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глушков Н.И. Опыт хирургического лечения пилородуоденального стеноза у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском / Н.И. Глушков, Т.Л. Горшеннин, С.К. Дулаева // Профилактическая и клиническая медицина. - 2018. №2 (67). - С. 62-68.
2. Итала Э. Атлас абдоминальной хирургии: Т. 2. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки: пер с англ. - М.: Мед. Лит., - 2009. - 472 с.
3. Крылов Н.Н. Вклад клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова в разработку органосохраняющих операций с ваготомией для лечения язвенной болезни / Н.Н. Крылов, Е.А. Пятенко // История медицины. - 2016. - Т.3, №4. - С. 412-425
4. Никитин В.Н. Дуоденопластика при гигантской перфоративной язве, пенетрирующей в гепатодуоденальную связку / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач, В.М. Ситникова // Новости хирургии. - 2019. - Т.27, №5. - С. 522-529
5. Никитин В.Н. Двухуровневый непрерывный шов в лечении больных прободной пилородуоденальной язвой / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // РМЖ. - 2016. - №23 - С. 1566-1569.
6. Нишанов М.Ф. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная пилородуоденальным стенозом, как проблема хирургической гастроэнтерологии (обзор литературы) / М.Ф. Нишанов и [др.] // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2018. - №2. - С. 87-91
7. Оноприев В.И. Органосохраняющие технологии в лечении декомпенсированного рубцово-яз-

венного стеноза двенадцатиперстной кишки / В.И. Оноприев, В.М. Дурлештер, М.Т. Дидигов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2008. - №1. - С. 32-38.

8. Полуэктов В.Л. Ушивание или иссечение прободной дуоденальной язвы? / В.Л. Полуэктов и [др.] // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. -2020. - №23(1). - С. 48-57.

9. Чернов В.Н. Результаты лечения язвенной болезни методом радикальной дуоденопластики / В.Н. Чернов, С.О. Долгарев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2013. - №4. - С. 48-54.

10. Черноусов А.Ф. Результаты повторной резекции желудка по Бильрот-1 и органосохраняющих операций при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов и [др.] // Новости хирургии. - 2020. - Т.28, №1. - С. 112-119.

REFERENCES

1. Glushkov N.I. Opyt khirurgicheskogo lecheniya piloroduodenalnogo stenoza u bolnykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta s vysokim operatsionno-anesteziologicheskim riskom [Experience of surgical treatment of pyloroduodenal stenosis in elderly and senile patients with high operational and anesthetic risks]. *Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina - Prophylactic and clinical medicine*, 2018, No. 2 (67), pp. 62-68.
2. Itala E. *Atlas abdominalnoy khirurgii: T. 2. Khirurgiya zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki: per s angl* [Atlas of Abdominal Surgery: Volume 2 Gastric and Duodenal Surgery: Translated from English]. Moscow, Medical Literature Publ., 2009. 472 p.
3. Krylov N.N. Vklad kliniki fakultetskoy khirurgii im. N.N. Burdenko 1-go Moskovskogo meditsinskogo instituta im. I.M. Sechenova v razrabotku organosoberegayushchikh operatsiy s vagotomiyey dlya lecheniya yazvennoy bolezni [Contribution of the Clinic of Faculty Surgery named after N.N. Burdenko, I.M. Sechenov First Moscow Medical Institute, in the development of organ preserving operations with vagotomy for peptic ulcer treatment]. *Istoriya meditsiny - History of medicine*, 2016, Vol. 3, No. 4, pp. 412-425.
4. Nikitin V.N. Duodenoplastika pri gigantsoy perforativnoy yazve, penetriuyushchey v gepatoduodenalnuyu svyazku [Duodenoplasty for giant perforative ulcer penetrating into hepatoduodenal ligament]. *Novosti khirurgii - News of surgery*, 2019, Vol. 27, No. 5, pp. 522-529.
5. Nikitin V.N. Dvukhurovnevyy nepreryvnyy shov v lechenii bolnykh probodnoy piloroduodenalnoy yazvoy [Two-level continuous suture in the treatment of patients with pyloroduodenal ulcer]. *Rossiyskiy Metsinskiy Zhurnal - Russian Medical Journal*, 2016, No. 23, pp. 1566-1569.

6. Nishanov M.F. YAzvennaya bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnennaya piloroduodenalnym stenozom, kak problema khirurgicheskoy gastroenterologii (obzor literatury) [Duodenal ulcer complicated by pyloroduodenal stenosis as a problem of surgical gastroenterology (literature review)]. *Zhurnal teoreticheskoy i klinicheskoy meditsiny - Journal of theoretical and clinical medicine*, 2018, No. 2, pp. 87-91.

7. Onopriev V.I. Organosokhranyayushchie tekhnologii v lechenii dekompensirovannogo rubtsovo-yazvennogo stenoza dvenadtsatiperstnoy kishki [Organ-preserving techniques in the treatment of decompensated ulcerative scar stenosis of the duodenum]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii - Bulletin of Surgical Gastroenterology*, 2008, No. 1, pp. 32-38.

8. Poluektov V.L. Ushivanie ili issechenie probodnoy duodenalnoy yazvy? [Suturing or excision of a perforated duodenal ulcer?]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy khirurgii - Issues of reconstructive and Plastic Surgery*, 2020, No. 23 (1), pp. 48-57.

9. Chernov V.N. Rezultaty lecheniya yazvennoy bolezni metodom radikalnoy duodenoplastiki [Results of peptic ulcer treatment by radical duodenoplasty]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after Pirogov N.I.*, 2013, No. 4, pp. 48-54.

10. Chernousov A.F. Rezultaty povtornoy rezektsii zheludka po Bilrot-1 i organosokhranyayushchikh operatsiy pri lechenii yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Results of repeated Bilroth-1 gastric resection and organ-preserving operations in the treatment of duodenal ulcer]. *Novosti khirurgii - News of Surgery*, 2020, Vol. 28, No. 1, pp. 112-119.

ХУЛОСА

Д.М. Қодиров, Ф.Д. Қодиров, З.В. Табаров, Ш.Ш. Сайдалиев

ДАРЗИ ДУСАТҲИИ МУТТАСИЛИ ПРЕТСИЗИОНӢ ҲАНГОМИ ТАШАККУЛ ДОДАНИ ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗИ АРӢӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА ТАНГШАВИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛИ

Зимни таҳқиқот масоили дарзгузори дусатҳии муттасили претсизсионӣ дар амалияи ҷарроҳӣ ҳангоми беморони гирифтор ба тангшавии пилородуоденалии ҳадшай-захмӣ баррасӣ мешавад. Ба сифати алтернативаи амалиётҳои анъанавӣ анастомози арӣ ва дуоденопластика пешниҳод гардидааст. Охири ҳангоми ташаккули резишгоҳи арӣ ба туфайли ҳифзи намудани бутунияти анатомӣ ва функционалии баввоб ва амсиласозии “механизм”-и баввобӣ натиҷаҳои беҳтаринро нишон дод.

Бо истифода аз дарзи дусатҳии муттасили претсизсионӣ ташаккул додани резишгоҳи қошӣ додани давомнокии амалиёти ҷарроҳӣ, таъмин намудани эътимодноӣ ва функционалнокиро имконпазир мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: тангшавии пилородуоденали, дуоденопластика, гастродуоденоанастомози арӣ, дарзи дусатҳии муттасили претсизсионӣ.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616-06

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-113-119

С.Р. Расулов^{1,2}, Дж.А. Обидов^{1,2}

ДИФФУЗНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА)

^{1,2}ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

^{1,2}ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони 59. E-mail: same_rasulov@mail.ru (+992) 918 68 21 86

В статье представлены результаты анализа данных современной мировой литературы об этиологии и клинических проявлений диффузных форм рака молочной железы. Доказано, что диффузный рак молочной