

О Т З Ы В

научного руководителя на научно-исследовательскую работу соискателя кафедры хирургии ГОУ ИПО в сфере здравоохранения РТ Абдуллоева Сулаймона Халифаевича на тему «Профилактика и лечение несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки в хирургии «трудных» дуоденальных язв», на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Резекция желудка продолжает оставаться распространенным методом лечения опухолей желудка и гастродуоденальных язв. В России и странах СНГ ежегодно по поводу язвенной болезни производится около 50000 таких оперативных вмешательств, не меньшее количество резекций выполняется при новообразованиях желудка (Голдин В. А., 1990; Майстренко Н. А., Мовчан К. Н., 2000; Михайлов А. П., 2000). Послеоперационный период нередко осложняется несостоятельностью швов дуоденальной культи. По данным разных авторов, частота этого осложнения колеблется от 0,9% до 20,8%, а летальность при развитии перитонита вследствие несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки составляет 50-80% (Карданов О. Г., и соавт., 1992; Борисов А. Е., и соавт., 2002; Синенченко Г. И., и соавт., 2005; Сычиков Н. В., 2005; Тарасенко С. В., и соавт., 2005; Kyzer S., et al, 1997; Budisin N., et al, 2001; Truong S., et al, 2004).

В настоящее время существует несколько методов хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Одним из таких методов является резекция желудка по Бильрот II в различных модификациях. Обработка культи двенадцатиперстной кишки является наиболее ответственным этапом, особенно при «трудных» дуоденальных язвах, которые нередко сопровождаются тяжелыми осложнениями при резекции желудка несостоятельностью швов дуоденальной культи (НШДК).

Несмотря на совершенствование хирургической техники, применение профилактических мер, современных средств и методов консервативной терапии, результаты лечения больных с несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка остаются неудовлетворительными (Долгоруков М. И., и соавт., 2002; Григорян Р. А., 2005; Филимонов М. И. и соавт., 2006; Gomez N. A., et al, 2003).

Если частота НШДК после всех резекций желудка по способу Бильрот II составляет от 0,3 до 1,5%, то после резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв по некоторым данным достигает 18-19% с летальностью

50-70% и выше (Брюсов П.П., Лысенко М.В., 1995; Алиев Э.А., 2003; Андреев Ю.Г., 2010).

Среди причин, приводящих к развитию НШДК при резекции желудка по Бильрот II в различных модификациях, особое место отводится дефектам в технике наложения анастомоза, нарушение кровоснабжения тканей в зоне анастомоза при излишней их мобилизацией, повышение внутридуоденального и внутрибрюшного давления, которые в ближайшем послеоперационном периоде осложняется НШДК.

В связи с этим, на материале исследования соискателем Абдуллоевым С. Х. будут проведены анализ причин и профилактика НШДК с применением современных технологий, при резекции желудка по Бильрот II, а также будут разработаны методы профилактики и обработки культи двенадцатиперстной кишки направленные на улучшение результатов хирургического лечения «трудных» дуоденальных язв, способствующие снижению частоты НШДК.

**Научный руководитель,
доктор медицинских наук,
профессор**



Абдуллоев Д. А.