

СОЧЕТАННЫЕ ПОСТОЖОГОВЫЕ РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

З.М.НИЗАМХОДЖАЕВ, Р.Е.ЛИГАЙ, Д.Б.ШАГАЗАТОВ,
Ж.А.ХАДЖИБАЕВ, Д.С.АБДУЛЛАЕВ

Combined postburnt esophageal and gastric strictures: diagnostics and treatment

Z.M.Nizamkhodjaev, R.E.Ligay, D.B.Shagazatov, J.A. Khadjibaev, D.S. Abdullaev

Республиканский специализированный центр хирургии имени акад. В.Вахидова

Больные с сочетанным постожоговым рубцовым сужением пищевода и желудка являются одной из самых сложных категорий, т.к. в данной ситуации имеется не один, а два уровня непроходимости верхнего отдела пищеварительного тракта. Описаны современные взгляды на выбор оптимальной тактики хирургического лечения, выявлены нерешенные и дискуссионные вопросы, касающиеся последовательности и объема вмешательств у больных с сочетанными поражениями пищевода и желудка.

Ключевые слова: рубцовые стриктуры, пищевод, желудок, ожог, диагностика, лечение

Patients with the combined postburnt scarry constriction of the gullet and stomach are belong to one of the most complicated type as there are 2 levels of impassability of digestive tract's upper part. The modern views on the selection of the optimal surgical treatment tactics are described. Unsolved and debatable problems concerning the order and the volume of operative interventions in patients with the combined injuries of the gullet and the stomach are revealed.

Key-words: cicatricial strictures, esophagus, stomach, burning, diagnostics, management

По данным токсикологических учреждений, количество отравлений во всех странах мира имеет постоянную тенденцию к росту. Вместе с этим как среди взрослого населения, так и среди детей увеличивается количество отравлений веществами прижигающего действия. Данные об этиологии отравлений прижигающими веществами впервые появились в 60-70-х годах прошлого столетия. В это время первое место занимали отравления такими щелочными препаратами, как порошок и каустическая сода, второе место – отравления уксусной кислотой [7,15,23,25]. Отравления крепкими органическими и неорганическими кислотами, в том числе кристаллами перманганата калия, не превышали 6-10% от общего числа отравлений прижигающими ядами. С 80-х годов XX века на первое место выходят отравления уксусной кислотой, а отравления щелочами уходят на второй план [7,11,14,16,21,22,26-28].

Химические ожоги пищеварительного тракта и их последствия в структуре заболеваний пищевода у взрослых занимают второе место, уступая только раку, и лидируют у детей. Среди пострадавших большинство лица молодого и зрелого трудоспособного возраста, что подчеркивает социальную значимость этой проблемы. Полное выздоровление наступает при адекватном лечении на ранних стадиях развития заболевания, однако у 10-30% пациентов развивается острый язвенно-некротический эзофагит, приводящий в 15-70% случаев к формированию постожогового рубцового сужения пищевода (ПРСП) [7,10,12]. Несмотря на большое количество журнальных статей и монографий, тактика лечения сочетанных поражений пищевода и желудка остаётся одной из наиболее сложных [1,13,16,19].

Этиопатогенез развития постожоговых рубцовых сужений желудка. Восстановление проходимости пищевода и желудка при их сочетанном рубцовом стенозе, возникшем в результате химической травмы, представляет сложный раздел хирургии пищевода. Нарушенная анатомия обожженных органов пищеварения обуславливает стойкую механическую дисфагию, приводящую к выраженному алиментарному истоще-

нию больных. Значительные изменения гомеостаза и разнообразие уровней органических препятствий эзофагогастроуденального отдела затрудняют проведение полноценной диагностики и предоперационной подготовки, а также выбор оптимального метода реконструктивной операции на желудке и пищеводе [6,7,17,20].

Острые повреждения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта химической этиологии сопровождаются повреждением желудка у 32% больных. По данным В.И.Оскреткова (1980), рубцевание отмечается у 18,5-65% пострадавших с химическими ожогами желудка. По сведениям других авторов, частота сочетанных ПРСП и желудка достигает 53% [7,8].

Для характеристики течения воспалительного и репаративного процессов Е.А.Лужников (2002) использовал такие признаки, как сроки полной эпителизации, сроки появления деформации или сужения просвета желудка, исходы химических ожогов желудка – эпителизация или рубцевание, необходимость хирургической коррекции [7]. Для химических ожогов желудка характерно образование в первые сутки на поверхности органа коагуляционных пленок, которые контурируют поверхность, повторяя рельеф складок и не снимаются механическим путем. После отделения коагуляционных пленок (1-3 сут.) обнажается струп, цвет которого варьирует от черного до светло-серого. Рефлюкс желчи в ряде случаев определяет оттенок некротических тканей от желтовато-серого до темно-зеленого. Единственно достоверным признаком химического ожога является наличие деструктивных изменений слизистой оболочки. Течение химического ожога желудка сопровождается формированием стриктур желудка и развитием декомпенсации сужения, кровотечением, перфорацией стенки, флегмоной стенки желудка.

Современные взгляды на выбор тактики хирургического лечения сочетанных рубцовых сужений пищевода и желудка. Наличие двух и более уровней стенозирования верхних отделов пищеварительного канала, особенности развития

патологического процесса в сочетании с нарушением алиментарного статуса требуют индивидуального подхода к выбору и последовательности лечебных мероприятий. При определении рациональной тактики лечения большое значение имеет разделение больных на группы в зависимости от выраженности стриктуры пищевода и желудка и наступивших осложнений. Наиболее удобной для клинической практики является классификация А.Х.Янгиева [26], согласно которой выделяют 5 групп, однако сам автор считает, что такое разделение несколько условное и определяет состояние больного на момент обследования. В процессе динамического наблюдения и последующего течения рубцового процесса больные могут переходить из одной группы в другую: 1-я группа – больные с ожоговыми рубцовыми поражениями пищевода и желудка без клинически значимых стенозов; 2-я группа – больные с рубцовыми поражениями пищевода и желудка с преобладанием стеноза желудка; 3-я группа – больные с рубцовыми поражениями пищевода и желудка с преобладанием стеноза пищевода; 4-я группа – больные с выраженными рубцовыми стенозами пищевода и желудка; 5-я группа – больные с сочетанными рубцовыми сужениями пищевода и желудка, осложненными пищеводными свищами или дивертикулами пищевода.

По мнению некоторых авторов, постожоговые рубцовые изменения в желудке прогрессируют быстрее, чем в пищеводе. Поэтому нередко случаи, когда пациенты подвергаются хирургическому вмешательству на желудке в неспециализированных учреждениях, не занимающихся хирургией пищевода. Это приводит к тактическим ошибкам, связанным с выбором неадекватной хирургической тактики. Ведь проводя хирургические вмешательства на желудке с целью восстановления пассажа, необходимо предполагать дальнейшее течение ожогового процесса и максимально сохранить условия для возможно необходимой пластики пищевода [3,4,9,18,29,30].

Значительное число таких больных диктует необходимость восстановления физиологического пассажа пищи из желудка с одновременным созданием условий для выполнения эзофагопластики на втором этапе лечения [7].

Подходы к хирургическому устранению последствий сочетанного ожога пищевода и желудка имеют существенные различия. Некоторые авторы в течение первых 3-х месяцев после ожога применяют только дренирующие операции (гастроэнтероанастомоз – ГЭА, пилоропластика), дополняя их наложением гастростомы. Другим направлением считается наложение в сроки до 3-х месяцев еюностомы и только спустя 7 месяцев выполнение реконструкции желудка [24]. Однако предпочтение отдается выполнению резекции желудка с одновременным наложением гастростомы для проведения энтерального питания и последующего бужирования «по нити» [3,6,19,20,32].

Заслуживает внимания работа Н.Р.Рахметова, Д.С.Жетимкаринова [19], которые при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и пилороантрального отдела желудка с обширной площадью поражения предложили наложение дистальной концевой гастростомы на переднюю стенку желудка с гастроэнтеростомией по Ру. Преимуществом данной методики авторы считают малую травматичность, простоту исполнения и надежность заживления гастростомы. Наложение концевой гастростомы выполнено у 27 из 42 больных с сочетанным поражением пищевода и желудка. Другими вмешательствами при сочетанных поражениях были пилоропластика, антрумпластика, резекция желудка.

Р.И.Верещако [6] является противником выполнения при рубцовом стенозе антрального отдела и привратника желу-

дка операций типа резекции желудка по Бильрот II, гастроэнтеростомии, пилоропластики. По мнению автора при выполнении резекции по Бильрот II и ГЭА нарушается естественный пассаж пищи. Кроме того, проведение позади мезоколон петли тощей кишки вызывает значительный рубцовый процесс в зоне дуги Риолана и основных сосудов толстой кишки, что усложняет выполнение последующей колоэзофагопластики. Различные варианты пилоропластики порочны тем, что выполняются на пораженном сегменте желудка (восстанавливая выход из желудка, но сохраняя рубцово-измененный сегмент), что не гарантирует в последующем от рецидива стеноза, поскольку сроки постожогового рубцевания заканчиваются после развития декомпенсации проходимости суженного сегмента желудка.

Анализ собственного опыта лечения 64 больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка позволяет А.А.Бакирову [4,5] говорить о важности адекватной предоперационной подготовки. Мнение автора полностью совпадает с данными отечественной и зарубежной литературы, т.к. тотальное парентеральное питание приводит к атрофии слизистой тонкой кишки, что способствует микробной транслокации и связано с риском инфекционных осложнений [7,10,26,29-31].

При определении объема восстановительных операций на желудке и пищеводе и способа их исполнения А.А.Бакиров [4,5] учитывал алиментарный статус, как правило, изменяющийся при значительных анатомических нарушениях в эзофагогастродуоденальном отделе пищеварительного тракта; сопутствующие заболевания, обострение которых может возникнуть при нарушениях метаболизма и привести к их декомпенсации в послеоперационном периоде; состояние желудка, характеризующееся диффузной инфильтрацией его стенок, которая продолжается и после наступившего сужения просвета органа; состояние пищевода над уровнем стриктуры, что особенно важно при одновременной эзофагопластике. Риск несостоятельности швов пищеводного анастомоза значительно возрастает при наличии на момент формирования соустья супрастенотического эзофагита.

Следующим дискуссионным вопросом в лечении сочетанных поражений пищевода и желудка является возможность, целесообразность и эффективность одномоментных вмешательств на пищеводе и желудке. Подавляющее большинство авторов едины во мнении, что этот вопрос необходимо решать строго индивидуально, при этом одномоментная эзофагопластика с восстановлением проходимости желудка выполняется в исключительных случаях, что продиктовано наличием серьезных нарушений алиментарного статуса и технической сложностью пластики пищевода. В связи с этим необходимо обеспечение адекватного энтерального питания путем выполнения реконструктивно-восстановительной операции на желудке [2,4,5,10,12,21-23,26,30,31].

На основании опыта лечения 74 больных с сочетанными сужениями пищевода и желудка Р.И.Верещако [6] предлагает ряд комбинированных подходов, призванных восстановить удовлетворительный пассаж пищи естественным путем: 1) если пациент поступает с дефицитом массы тела и дисфагией III-IV степени, то после короткой предоперационной подготовки ему показана лапаротомия, ревизия желудка, наложение гастростомы по Кадеру, подготовка сегмента толстой кишки для трансплантации (перевязка сосудов); 2) если при ревизии желудка имеется деформация стенки без сужения просвета, то хирургическая коррекция не требуется. При декомпенсированном стенозе антрального и пилорического отдела желудка показана парциальная резекция

желудка по Бильрот I. При интактном привратнике возможна сегментарная резекция с гастро-гастроанастомозом. В случае субтотального поражения необходима резекция желудка в пределах здоровых тканей, если мобилизация двенадцатиперстной кишки и желудка не позволяют выполнить вариант соустья по Бильрот I, то выполняется соустье с тощей кишкой по Бильрот II. При тотальном поражении желудка и удовлетворительном состоянии больного возможно выполнение гастрэктомии; 3) при субтотальном и тотальном поражении желудка у ослабленных пациентов следует ограничиться еюностомией и подготовкой толстокишечного трансплантата; 4) реконструкция желудка в сочетании с гастростомией позволяет в короткий срок восстановить алиментарный статус пациента, в динамике оценить состояние пищевода и возможность восстановления его просвета консервативными методами; 5) при невозможности или наличии противопоказаний к дилатации рубцово-измененного пищевода показан один из вариантов толстокишечной эзофагопластики.

Тактика хирургического лечения при тотальном рубцовом сужении желудка. Особую сложность представляют сочетанные ожоги пищевода с тотальным поражением желудка, которое встречается в 0,5-1,1% наблюдений. В остром периоде химического ожога поражение желудка обусловлено некрозом тканей под действием агрессивных веществ и иногда осложняется перфорацией стенки органа с развитием перитонита. Тотальное поражение желудка наступает в результате его рубцового перерождения на фоне прогрессирующего коррозивного гастрита. Необходимость оперативного лечения для обеспечения полноценного энтерального питания возникает через 1-2 месяца с момента ожога. Затягивание сроков оперативного вмешательства грозит несостоятельностью эзофагоэнтероанастомоза вследствие грубых дистрофических изменений в организме на фоне длительного голодания. Восстановление энтерального питания при тотальных рубцовых поражениях желудка возможно двумя способами: наложением обходного пищеводнокишечного анастомоза без удаления желудка, либо путем выполнения гастрэктомии. Исторически первым было применено наложение обходного пищеводнотонкокишечного анастомоза. Гастрэктомию как метод выбора оперативного вмешательства при тотальном рубцовом поражении желудка стали пропагандировать в 50-е годы XX столетия [23]. При обширном поражении желудка хирург вынужден прибегать к гастрэктомии. После удаления желудка эзофагоэнтероанастомоз накладывается одномоментно, или операция выполняется в два этапа. Вначале формируются эзофаго- и энтеростомы для питания, в дальнейшем восстанавливается непрерывность желудочно-кишечного тракта.

Выбор типа оперативного вмешательства при тотальном рубцовом поражении желудка зависит от ряда факторов, основным из которых является переносимость больным такой тяжелой травматичной операции, как гастрэктомия. Как правило, больные поступают в состоянии резкого истощения, со сниженной резистентностью организма, поэтому от выполнения гастрэктомии приходится отказываться [23]. Противопоказаниями к наложению обходного эзофагоэнтероанастомоза являются образование замкнутых полостей в желудке в результате рубцовых процессов и прикрытые перфорации стенки органа (угроза прободения). Относительным противопоказанием следует также считать наложение данного анастомоза при сохранении в желудке «статочной полости», которая будет причинять больному немало страданий в позднем послеоперационном периоде (чувство распирания в эпигастриальной области после еды, срыгивание, рвота пищей). Важ-

ное значение имеет состояние абдоминального отрезка пищевода. Небольшая его длина не является препятствием для выполнения обоих типов операций [3,6,17]. Мобилизация пищевода путем диафрагмокуротомии и ваготомии дает возможность выделить достаточно длинный его отрезок. Наложение еюностомы для энтерального питания как первый этап операции при тотальном поражении желудка вряд ли целесообразно вследствие высокой летальности. Этот способ следует применять тогда, когда другие типы операций невозможны. Как казуистика описаны случаи применения дуоденостомии для энтерального питания.

Гастрэктомии после химического ожога присущи ряд особенностей вследствие того, что желудок рубцово изменен и имеет обширные сращения с окружающими тканями. Это обстоятельство требует повышенного внимания при мобилизации желудка, чтобы случайно не повредить прилегающие к нему органы и крупные сосуды.

Таким образом, проанализировав данные современной литературы, мы пришли к выводу о том, что до сих пор нет единой общепринятой тактики лечения данной категории больных. У больных с сочетанными поражениями желудка и пищевода часто возникают различные неординарные клинические ситуации. Именно этим объясняется широкий подход и порой диаметрально противоположные точки зрения на выбор метода хирургического лечения таких больных.

Положительный результат лечения может быть достигнут только в случае правильного выбора тактики лечения на каждом этапе, что позволит сократить сроки лечения и в большинстве случаев достичь восстановления функции верхних отделов пищеварительного тракта.

Сочетанные ожоги пищевода и желудка, по данным различных авторов, встречаются в 15-50% случаев. Однако остается не выясненной зависимость частоты развития сочетанных рубцовых сужений пищевода от характера, количества химического реагента, времени с момента ожога пищеварительного тракта.

Повреждающее воздействие агрессивных жидкостей на слизистую пищевода и желудка заключается в образовании рубцовой ткани в месте ожога, однако характер функциональных нарушений желудка, а именно степень изменения секреторной деятельности в зависимости от глубины нарушения его эвакуации из желудка, до конца не изучен.

Остается открытым вопрос о последовательности оказания медицинской помощи в зависимости от времени химического ожога, локализации, протяженности стриктуры и степени нарушения эвакуации из пищевода и желудка. Необходимо изучить возможности современных гидробаллонных дилаторов для временного восстановления эвакуации из желудка на этапах оказания медицинской помощи пациентам с сочетанными поражениями. Следует также четко сформулировать показания к хирургическому лечению, объем и последовательность операции у больных с сочетанными ожогами пищевода и желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Исаков В.А. Лечение сочетанных рубцовых стриктур грудного отдела пищевода и желудка. Грудная и сердечно-сосуд хир 2003; 3: 61-67.
2. Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г. Эзофагопластика антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и антрального отдела желудка. Грудная и сердечно-сосуд хир 2006; 2: 66-70.

3. Алиев М.А., Жураев Ш.Ш., Кашкин К.А., Сальменбаева Г.К. Лечение сочетанных рубцовых поражений пищевода и желудка. Хирургия 2004; 4: 13-15.
4. Бакиров А.А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка. Хирургия 2001; 5: 19-23.
5. Бакиров А.А., Каменев К.В. Экстирпация обожженного пищевода с одномоментной заднемедиастинальной пластикой оперированным и рубцово-деформированным желудком. Анналы хир 2003; 4: 63-64.
6. Верещако Р.И. Лечение последствий сочетанных ожогов пищевода и желудка. Киев 2007; 105-109.
7. Волков С.В., Лужников Е.А., Сордия Д.Г. Химические ожоги пищевода и желудка (течение патологического процесса, эндоскопическая диагностика, методы лечения). Современная медицина: теория и практика 2002; 3: 2-5.
8. Джафаров Ч.М., Джафаров Э.Ч. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога. Вестн хир 2007; 5: 36-38.
9. Джафаров Ч.М., Джафаров Э.Ч. Хирургическое лечение рубцовой стриктуры пищевода и желудка после химического ожога. Хирургия 2007; 1: 25-28.
10. Жерлов Г.К., Зыков Д.В., Плотников Е.В., Чирков Д.Н. Многоэтапное лечение тотального ожога пищевода и желудка тяжелой степени. Хирургия 2006; 12: 41-42.
11. Корлев М.П., Федотов Л.Е., Макарова О.Л. Лечение больных с сочетанными ожоговыми стриктурами пищевода и желудка. Вестн хир 2005; 2: 70-72.
12. Лишов Е.В. Хирургическое лечение сочетанных химических ожогов верхних отделов пищеварительного тракта. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск 2001; 48.
13. Макарова О.Л. Тактика лечения больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка после химических ожогов. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб 2004; 23.
14. Максименко И.В. Особенности хирургической тактики у больных с химическими ожогами пищевода и желудка в остром и раннем послеожоговом периоде. Дис. ... канд. мед. наук. Омск 1984; 199.
15. Песня-Праслова Е.А. Комплексная оценка повреждений пищевода и желудка при острых отравлениях прижигающими жидкостями. Клиническая гастроэнтерология и гепатология 2006; 5: 32-35.
16. Проказа М.Ю. Лечение протяженных и сочетанных послеожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2008; 40.
17. Павлюк А.Д., Бабляк Д.Е., Дубчук В.М. Сочетанные ожоговые поражения пищевода и желудка. Грудная и сердечно-сосуд хир 2001; 2: 50-54.
18. Рудой М.В. Дренирующие желудок операции при лечении сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка. Дис. ... канд. мед. наук. М 2008; 102.
19. Рахметов Н.Р., Жетимкаринов Д.С., Хребтов В.А. Хирургическое лечение сочетанных ожоговых стриктур пищевода и желудка. Хирургия 2005; 4: 4-8.
20. Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е. и др. Эндоскопическая диагностика и лечение химических ожогов пищевода. Хирургия Узбекистана 2007; 3: 46.
21. Черноусов А.Ф., Чернооков А.И., Черноусов Ф.А. Эзофагопластика у больных с ожоговыми стриктурами пищевода. Анналы хир М 2001; 5: 35-39.
22. Черноусов А.Ф., Янгиев А.Х., Домрачев С.А. Восстановительные операции на пищеводе у больных с сочетанными химическими ожогами пищевода и желудка. Грудная и сердечно-сосуд хир 1990; 3: 48-51.
23. Чернявский А.А., Лепорский А.В. Сочетание ожоговой стриктуры абдоминального отдела пищевода и тотального рубцового поражения желудка. Грудная хир 1988; 6: 91-93.
24. Шпраер Т.И., Лишов Е.В. Результаты хирургического лечения сочетанных химических ожогов верхних отделов пищеварительного тракта. Анналы хир 2003; 4: 37-40.
25. Шагазатов Д.Б. Гидробаллонная дилатация в лечении постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка. Хирургия Узбекистана 2006; 3: 111.
26. Янгиев А.Х. Восстановительные операции при ожоговых поражениях пищевода и желудка и пути улучшения результатов лечения. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1989; 40.
27. Agarwal S., Sikora S.S., Kumar A., Saxena R., Karoor V.K. Surgical management of corrosive strictures of stomach. Indian J Gastroenterol 2004; 23 (5): 178-180.
28. Chaudhary A., Puri A.S., Dhar P. et al. Elective surgery for corrosive-induced gastric injury. W J Surg 1996; 20 (6): 703-706.
29. Ciftci A.O., Senocak M.E., Buyukpamukcu N., Hicsonmez A. Gastric outlet obstruction due to corrosive ingestion: incidence and outcome. Pediatr Surg Int 1999; 15 (2): 88-91.
30. Hsu C.P., Chen C.Y., Hsu J.Y. Surgical treatment and its long-term result for caustic-induced prepyloric obstruction. Eur J Surg 1997; 163 (4): 275-279.
31. Latteri S., Consoli A., Mosca F., Stracqualursi A. Current trends in the surgical treatment of lesions caused by caustic ingestion. Chir Ital 1999; 51 (2): 99-108.
32. Ozcan C., Ergun O., Sen T., Mutaf O. Gastric outlet obstruction secondary to acid ingestion in children. J. Pediatr Surg 2004; 39 (11): 1651-1653.

**ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА ОШҚОЗОННИНГ ҚУЙИШДАН КЕЙ-
ИНГИ ҚЎШМА ЧАНДИҚЛИ ТОРАЙИШЛАРИ:
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ**

*Низамхўжаев З.М., Лигаи Р.Е., Шагазатов Д.Б.,
Хожибоев Ж.А., Абдуллаев Д.С.*

Акад. В.Вахидов номли

Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази

Мақолада қизилўнғач ва ошқозоннинг қуйишдан кейинги қўшма чандикли торайишлари муаммосига янгича замонавий ёндашувлар батафсил ёритилган. Аникландики, энг оғир беморлар сирасига қизилўнғачи ва ошқозони қўшма қуйган ва унинг натижасида чандикли торайиш юзага келган кишилар киради. Бундай ҳолатларда ошқозон-ичак трактининг юқори қисмларида бир эмас, балким иккита чандикли торайма бўлади. Энг оптимал хирургик давони танлашга янгича замонавий қарашлар келтирилган. Бунда қизилўнғач ва ошқозоннинг қўшма қуйишдан сўнги чандикли торайишларини даволашда оператив давонинг босқичма-босқичлиги, ҳажми ҳақида хали шу пайтгача ечилмаган, кўпгина бахсларга сабаб бўлган саволлар кўриб чиқилган.

Контакт: Низамходжаев Зайниддин Махаматович
РСЦХ им.акад. В.Вахидова
100115, Ташкент, ул. Фархадская, 10
Тел: 267-26-22