

К.М. КУРБОНОВ¹, Ф.И. МАХМАДОВ¹, И.А. САТТОРОВ²,
М.Г. ХОМИДОВ¹, А.Ф. НАЗАРОВ¹, Д.Ш. ШАРИПОВ²

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино¹,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе²,
Республика Таджикистан

Цель. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения пенетрирующих дуоденальных язв (ПДЯ).

Материал и методы. Проведен анализ диагностики и хирургического лечения 74 пациентов с ПДЯ. Мужчин было 42 (56,7%), женщин – 32 (43,3%). Язвенный анамнез у 45 (60,8%) пациентов превышал 10 лет, а у 29 (39,2%) более 15 лет. Большинство пациентов (57/77%) неоднократно неэффективно лечилось у разных специалистов по поводу заболеваний печени и почек, а также хронического панкреатита и холецистита. ПДЯ в 42 наблюдениях сочетались с другими осложнениями язвенной болезни. Так, у 20 (47,6%) отмечали сочетание пенетрации со стенозом, у 16 (38,1%) – сочетание пенетрации с кровотечением и у 6 (14,3%) пациентов пенетрация дуоденальной язвы сочеталась с перфорацией язвы. В 48 (64,8%) наблюдениях у пациентов с ПДЯ имело место различной степени выраженности хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП), требовавшее хирургической коррекции.

Для диагностики ПДЯ проводили рентгенологическое, эндоскопическое и ультразвуковое исследования, КТ и ЭУС, а также исследовали кислотопродуцирующую функцию желудка, демпинг-предрасположенность. По показаниям проводили контрастное исследование двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей, определяли активность панкреатических ферментов и уровень билирубина.

Результаты. Результаты исследования показывают, что ПДЯ, наряду с атипичным клиническим течением и наличием тяжелых осложнений, нередко сопровождаются хроническим нарушением дуоденальной проходимости (64,8%) различного характера, хроническим панкреатитом (32,4%), а также высокой степенью кислотопродукции и демпинг-предрасположенностью.

Заключение. Хирургическая тактика при ПДЯ нестандартная, в связи с чем выполнение первичной резекции желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией и корригирующими вмешательствами на внепеченочных желчных протоках по строгим показаниям значительно улучшают непосредственные результаты лечения этого тяжелого контингента пациентов.

Ключевые слова: пенетрирующие дуоденальные язвы, хроническое нарушение дуоденальной проходимости, демпинг-предрасположенность, резекция желудка по Ру

Objectives. Improvement of the immediate results of surgical treatment of penetrating duodenal ulcers (PDU).

Methods. The analysis of diagnostics and surgical treatment of 74 patients with PDU was carried out. There were 42 (56,7%) males and 32 (43,3%) females. Ulcer history in 45 (60,8%) patients continued more than 10 years, and in 29 (39,2%) it made up over 15 years. Most patients (57/77%) were repeatedly treated ineffectively by different specialists for the liver and kidneys diseases as well as for chronic pancreatitis and cholecystitis. In 42 observations PDU combined with other complications of the ulcerous disease. Thus, in 20 (47,6%) patients the combination of penetration with stenosis was noted; in 16 (38,1%) – the combination of penetration and bleeding; in 6 (14,3%) patients the duodenal ulcer penetration combined with ulcer perforation.

In 48 (64,8%) cases in patients with PDU, the duodenal passability with varying degrees of severity demanding surgical correction took place.

X-ray, endoscopic and ultrasound investigations, CT and endoscopic ultrasound sonography were carried out to diagnose PDU; and the acid-producing function of the stomach and dumping predisposition were studied.

If indicated the contrast study of the duodenum, biliary tracts was performed; pancreatic enzyme activity and the level of bilirubin were determined.

Results. The research results show that PDU together with an atypical clinical course and presence of severe complications is often accompanied by chronic disturbances of duodenal passability (64,8%) of various kinds, by chronic pancreatitis (32,4%), and a high degree of acid production and the dumping predisposition.

Conclusions. Surgical tactics in case of PDU is not standard; that is why the primary gastric resection after Roux in the combination with the stem vagotomy and corrective interventions on the extrahepatic bile ducts under strict indications significantly improve the treatment immediate results of these severe patients.

Keywords: penetrating duodenal ulcers, chronic disturbance of duodenal passability, dumping predisposition, gastric resection after Roux

Введение

Дуоденальные язвы — одно из самых распространенных заболеваний органов пищеварительного тракта, продолжающее оставаться в числе ведущих проблем гастроэнтерологии с позиций и терапевта, и хирурга. Известны традиционные расхождения взглядов на лечение язвенной болезни терапевтов и хирургов, заключающиеся в стремлении одних использовать исключительно консервативные методы, других — чаще применять хирургический метод лечения. Следует отметить, что в первом случае многие терапевты переходят грань допустимого, настоятельно, а порой безрезультативно применяя лекарственную терапию, особенно там, где язвенная болезнь приобрела осложненные формы. Однако и хирурги, увлекаясь оперативными методами, в ряде случаев оперируют неосложненную язвенную болезнь, когда еще не были использованы все возможности консервативного лечения.

В настоящее время эти позиции несколько сблизились, так как в арсенале терапевтов появилось достаточное количество эффективных средств (блокаторы H_2 -рецепторов второго и третьего поколения, ингибиторы протонного насоса соляной кислоты, новые препараты репаративного действия и антихеликобактерные средства) и выработаны эффективные схемы комплексного лечения [1, 2, 3].

Однако, как не парадоксально, частота такого тяжелого осложнения язвенной болезни, как пенетрация не имеет тенденции к снижению [1, 4, 5]. Следует констатировать тот факт, что в силу известных социально-экономических причин, более 80% пациентов с язвенной болезнью не могут позволить себе адекватное медикаментозное, санаторно-курортное лечение и диетотерапию [6, 7]. Именно поэтому в настоящее время большинство таких пациентов оказываются не на амбулаторном приеме у терапевта гастроэнтеролога, а в хирургических отделениях.

Необходимо отметить, что пенетрирующие дуоденальные язвы (ПДЯ) в большинстве случаев протекают атипично под маской других заболеваний, что затрудняет ее диагностику и лечение. Так, в 28-32% наблюдений при пенетрации дуоденальных язв в головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку в клинической картине заболевания

доминирует симптомокомплекс хронического панкреатита и хронического холецистита [1, 2, 6].

Среди хирургических методов лечения широкое распространение получили органосохраняющие оперативные вмешательства в сочетании с различными вариантами ваготомии [1, 2, 3]. Однако ряд негативных последствий этих операций, высокая частота рецидивов язвенной болезни, постваготомные синдромы заставляют многих хирургов сдержанно относиться к органосохраняющим оперативным вмешательствам. Многие авторы среди различных резекционных методик предпочтение отдают классической резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру [2, 3, 4, 6]. Однако, как справедливо отмечают некоторые авторы, классическая резекция желудка при ПДЯ в раннем послеоперационном периоде сопровождается высокой частотой развития послеоперационного панкреатита, несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки, достигающих до 67,3% с летальностью составляющее 25-43% [2, 6]. Кроме этого, следует еще отметить, что при пенетрирующих дуоденальных язвах, осложненных холедоходуоденальным свищом, возникает необходимость в выполнении корригирующих и реконструктивных операций на внепеченочных желчных протоках, которые в значительной степени технически и методически затрудняют выполнения классической резекции желудка.

Таким образом, вопросы оперативного лечения ПДЯ нельзя считать окончательно решенным. До настоящего времени не разработана хирургическая технология коррекции язвенной пенетрации в головку поджелудочной железы и в общий желчный проток, а также методы хирургической профилактики послеоперационных осложнений. В этом отношении весьма перспективным и обнадеживающим методом лечения ПДЯ является резекция желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией.

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов хирургического лечения пенетрирующих дуоденальных язв.

Материал и методы

Проанализирован опыт диагностики и хирургического лечения 74 пациентов с ПДЯ. Мужчин было 42 (56,7%), женщин — 32

(43,3%). Язвенный анамнез у 45 (60,8%) пациентов превышал 10 лет, а у 29 (39,2%) более 15 лет. Следует при этом отметить, что большинство наблюдаемых — 57 (77%) неоднократно неэффективно лечились у разных специалистов по поводу заболеваний печени и почек, а также хронического панкреатита и холецистита.

ПДЯ в 42 наблюдениях сочетались с другими осложнениями язвенной болезни. Так, у 20 (47,6%) выявлено сочетание пенетрации со стенозом, у 16 (38,1%) — пенетрации с кровотечением и у 6 (14,3%) пациентов пенетрация дуоденальной язвы сочеталась с перфорацией язвы. В 48 наблюдениях имело место различной степени выраженности хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП), требовавшее хирургической коррекции.

Для диагностики ПДЯ проводили рентгенологическое, эндоскопическое и ультразвуковое исследование, КТ и эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), а также исследовали кислотопродуцирующую функцию желудка, демпинг-предрасположенность по способу Фишера-Стаффорда. По показаниям проводили контрастное исследование двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей, определяли активность панкреатических ферментов и уровень билирубина.

Результаты и обсуждение

Клинические проявления ПДЯ практически во всех случаях оказались атипичными. Так, у 24 (32,4%) пациентов с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы в клинической картине заболевания доминировали симптомы хронического индуративного панкреатита с высокими показателями активности панкреатических ферментов в крови и моче. У 28 (37,8%) пациентов наблюдалась пенетрация язвы в общий желчный проток, у них в клинической картине заболевания преобладали симптомы поражения желчных путей и стойкий болевой синдром с рецидивирующей желтухой. В 7 (9,4%) наблюдениях в клинической картине заболевания доминировали явления холангита, обусловленного образованием холедоходуоденального свища.

В 9 (12,2%) случаях имело место околососочковая локализация язв и вследствие перехода периульцерозной инфильтрации на большой дуоденальный сосочек у них отмечали иктеричность склер, желтушность кожных покровов и повышение уровня билирубина. Клиническая картина пенетрации язвы в желчный пузырь также была атипичной, у этих пациен-

тов (n=6) болевой синдром был стойким, постоянным и боли иррадиировали в спину.

Результаты исследования желудочной секреции показали, что гиперреактивный тип секреции обнаружен у 65 (87,8%) пациентов, нормальный у 6 (8,1%) и гипореактивный тип у 3 (4,1%). Средние показатели базальной секреции (ВАО) составили 8,9 ммоль/л (при норме 2,5-3,5 ммоль/л), максимальный (МАО) — 22,4 ммоль/л (при норме 18-20 ммоль/л) и при этом у 68 (91,8%) пациентов имело место повышение желудочной секреции во II-фазе. Чем ниже локализовались язвы в двенадцатиперстной кишке, тем выше была кислотоагрессия.

Дооперационная диагностика ПДЯ оказалась сложной и непростой задачей. Так, из 74 пациентов только у 39 (52,7%) поставлен диагноз, — наличие постбульбарной язвы. Лишь у 3 установлен точный диагноз холедоходуоденального свища, при котором у 2 выявлен рефлюкс контрастной бариевой взвеси в общий желчный проток с типичным рисунком желчных ходов и у одного наличие газа. Примерно такие же данные получены при фиброгастроэнтероскопии. Из 74 обследованных таким способом пациентов диагноз ПДЯ поставлен лишь у 40 (54,1%), еще у 34 (45,9%) обследованных таким способом пациентов язва обнаружена, но не распознана ее низкая локализация с вовлечением в патологический процесс внепеченочных желчных протоков. Наряду с язвой у 48 (64,8%) пациентов был диагностирован дуоденогастральный рефлюкс II-III степени с выраженным антральным гастритом. Результаты исследования пробы Страффорда (интраюнального введения 50% р-ра глюкозы), показали, что у 49 (66,2%) пациентов она была положительной.

На ультрасонограммах у 24 (32,4%) пациентов наряду с низкой локализацией дуоденальной язвы диагностировали хронический индуративный панкреатит, у 7 деформацию и утолщение стенок желчного пузыря, общего желчного и печеночного протоков.

На сегодняшний день ведущим методом диагностики хронического индуративного панкреатита при ПДЯ является эндоскопическая ультрасонография [8, 9] (рис. 1, см. цв. вкладыш). ЭУС проведены 8 пациентам с ПДЯ.

Хирургическое лечение низких ПДЯ чрезвычайно сложно и трудно. Так, Mazingarbe и Tronc (1957) [10] при низких пенетрирующих околососочковых язвах рекомендуют пересадку большого дуоденального сосочка в приводящую петлю при выполнении резекции же-

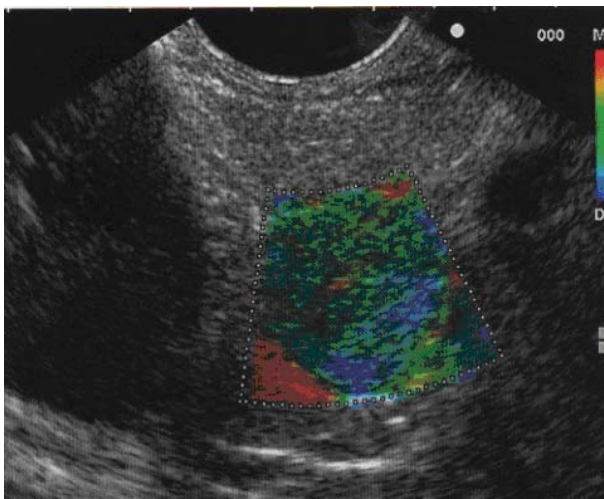


Рис. 1. (к статье К.М. Курбонова с соавт.)
Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС).
ПДЯ осложненный хроническим индуративным
панкреатитом

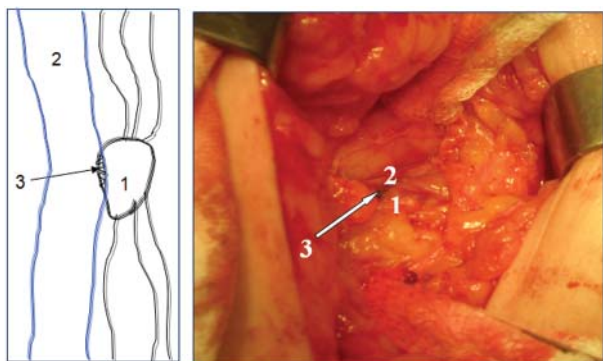


Рис. 2. (к статье Г.В. Яровенко с соавт.)
Фрагмент оперативного наложения лимфоадено-
венозного анастомоза по типу «бок в бок».
1 – лимфатический узел; 2 – большая подкожная
вена; 3 – место анастомоза.



Рис. 2. (к статье Б.Н. Котива с соавт.)
Совмещенная позитронно-эмиссионная и компью-
терная томограмма пациента через 3 года после
одномоментной билатеральной резекции легких и
спустя 1 год после цистпростатэктомии, уретероку-
танеостомии. Признаков прогрессирования злокаче-
ственных опухолей не выявлено

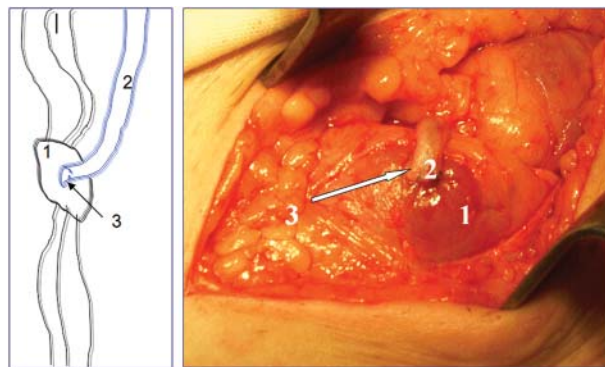


Рис. 1. (к статье Г.В. Яровенко с соавт.)
Фрагмент оперативного наложения лимфоадено-
венозного анастомоза по типу «конец в бок».
1 – лимфатический узел; 2 – добавочная латеральная
вена; 3 – анастомоз.

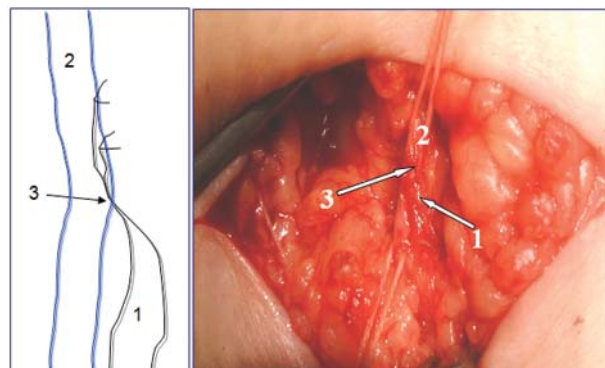


Рис. 3. (к статье Г.В. Яровенко с соавт.)
Фрагмент оперативного наложения лимфоангио-
венозного анастомоза.
1 – лимфатические сосуды; 2 – добавочная лате-
ральная вена; 3 – место анастомоза.



Рис. 1. (к статье И.В. Мишина с соавт.)
Интраоперационное фото: мукоцеле червеобразного
отростка

лудка. Развитие интра- и послеоперационных осложнений (повреждение желчных протоков, поджелудочной железы) при хирургических вмешательствах по поводу ПДЯ, часто связаны с избыточным радикализмом операции, стремлением хирурга во чтобы то ни стало удалить либо вывести за пределы двенадцатиперстной кишки дно пенетрирующей язвы, невзирая на реальную опасность повреждения общего желчного протока, большого дуоденального сосочка и поджелудочной железы. Hutching (1956) [10] сформулировал основные задачи хирурга при лечении пациента с ПДЯ, осложненной холедоходуоденальными свищами: а) излечить язву; б) предотвратить регургитацию желудочно-кишечного содержимого в билиарное дерево; в) если необходимо, восстановить нормальную проходимость билиарного тракта.

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных, расположения язвы и ее отношения к большому дуоденальному сосочку, а также в зависимости от характера осложнений язвенной болезни и выраженности ХНДП больным выполняли различные типы оперативных вмешательств (таблица).

Мы согласны с мнением М. Siedek et al. [10], что наиболее оптимальным методом лечения ПДЯ является первичная резекция желудка по Ру. Данную операцию мы выполняли в большинстве случаев согласно рекомендациям В.П. Петрова с соавт. [10] в сочетании со стволовой ваготомией у 49 (66,2%) пациентов с ПДЯ. Указанная операция значительно уменьшает риск развития несостоятельности швов дуоденальной культи и послеоперационного панкреатита за счет снижения интрадуоденального давления. Данная операция также нивелирует рефлюкс желудочно-кишечного содержимого в билиарное дерево и дуодено- и еюногастрального рефлюкса, тем самым уменьшает риск развития демпинг-синдрома и рака культи желудка в отдаленном периоде.

В послеоперационном периоде осложнение в виде несостоятельности швов дуоденальной культи наблюдалось в одном случае с летальным исходом. Еще у 1 пациента развился послеоперационный панкреатит, купированный консервативными мероприятиями.

Особые трудности возникали при лечении пациентов с холедоходуоденальными свищами, наблюдавшимися у 7 человек. При выполнении оперативных вмешательств лишь у 2 пациентов с холедоходуоденальными свищами в стадии префистулы нарушения проходимости билиарного тракта отсутствовали, у остальных 5 наблюдавшихся, при интраоперационной ревизии и рентгеноконтрастном исследовании желчных путей выявлены формирующаяся (n=2) и сформированная (n=3) стриктуры дистального отдела общего желчного протока и папиллы с расширением проксимальных отделов холедоха. В этих ситуациях возникли показания к формированию билиодигестивных анастомозов. В связи, с чем 5 пациентов с холедоходуоденальными свищами резекцию желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией дополняли формированием супрадуоденального поперечного анастомоза общего желчного протока с дуоденальной культей (рис. 2).

У 2 пациентов ввиду того, что язвенный инфильтрат располагался на уровне слияния общего печеночного и пузырного протоков и привел к выраженным рубцово-воспалительным изменениям желчного пузыря и дистального отдела общего желчного протока с ее рубцовой стриктурой после резекции желудка и холецистэктомии, для анастомоза был использован общий печеночный проток. Применение холедоходуоденоанастомоза в этой ситуации — малом диаметре и истончении стенок общего желчного протока недопустимо из-за повышенной опасности несостоятельности швов и рецидива билиарной гипертензии. Поэтому,

Таблица

Вид оперативных вмешательств при пенетрирующих дуоденальных язвах			
Характер операции	Количество	Осложнение	Летальность
Резекция 2/3 желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией (СтВ)	42	3	1
Резекция 2/3 желудка на «выключение» язвы с гастроеюноанастомозом по Бильрот II	19	5	3
Резекция 2/3 желудка по Ру в сочетании со СтВ. Супродуоденальная поперечная холедоходуоденостомия	5	2	—
Резекция 2/3 желудка по Гофмейстру-Финстреру. Холецистэктомия	6	2	1
Резекция 2/3 желудка по Ру со СтВ. Холецистэктомия. Гепатикоюноанастомоз с межкишечным анастомозом	2	2	—
Всего	74	14	5

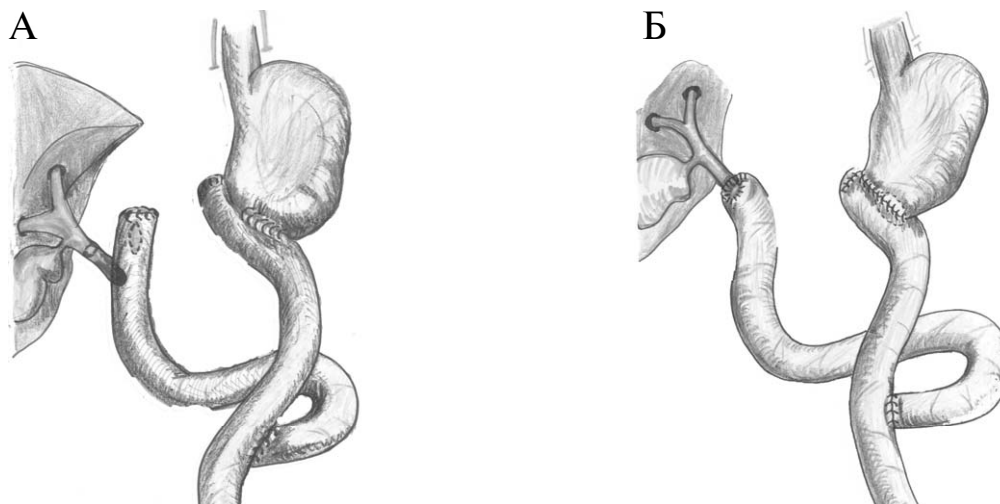


Рис.2. Формирование супродуоденального поперечного анастомоза общего желчного протока с дуоденальной культей

эффективным оказалось использование для этой цели изолированной петли тощей кишки с гастроэюноанастомозом (рис. 3). В послеоперационном периоде после выполнения нестандартных оперативных вмешательств (n=7) у 2 оперированных развился послеоперационный панкреатит, купированный с помощью консервативных методов. Еще у 2 пациентов наблюдалось подпеченочные абсцессы, которые были вскрыты по Клермону, согласно рекомендациям профессора Я.С. Березницкого. Летальных исходов не было.

У 6 (8,1%) пациентов с пенетрацией язвы в желчный пузырь выполняли резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру и во всех случаях ее дополняли холецистэктомией. В послеоперационном периоде у 2 оперированных наблюдалось осложнение в виде несостоятельности швов дуоденальной культы (n=1) с неблагоприятным исходом и послеоперационного анастомозита (n=1).

Следует отметить, что 19 (25,6%) пациен-

там с пенетрирующими низкими язвами выполняли резекцию желудка на «выключение» язвы. В раннем послеоперационном периоде у 5 из них развились осложнения в виде несостоятельности швов дуоденальной культы (n=2), рецидива кровотечения из прошитой и выключенной дуоденальной язвы (n=1), послеоперационная пневмония (n=1). Умерло 3 пациента.

Заключение

Результаты анализа показывают, что ПДЯ, наряду с атипичным клиническим течением и наличием тяжелых осложнений, нередко сопровождаются хроническим нарушением дуоденальной проходимости (64,8%) различного характера, хроническим панкреатитом (32,4%), а также высокой степенью кислотопродукции и демпинг-предрасположенности. Хирургическая тактика при ПДЯ нестандартная, в связи с чем выполнение первичной резекции желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией и корригирующими вмешательствами на внепеченочных желчных протоках по строгим показаниям значительно улучшают непосредственные результаты лечения этого тяжелого контингента пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Панцырев Ю. М. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни / Ю. М. Панцырев, А. И. Михалев, Е. Д. Федоров // 50 лекций по хирургии ; под ред. В. С. Савельева. – М., 2003. – С. 250–260.
2. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М. И. Кузин // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.
3. Зайцев О. В. Хирургическая тактика при юкста-

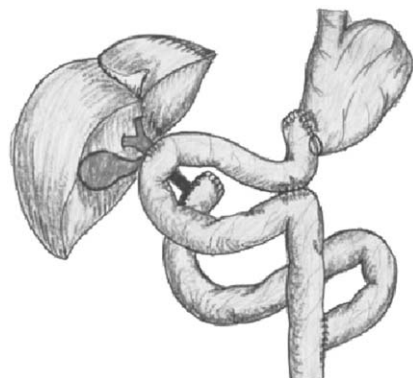


Рис. 3. Резекция желудка по Ру с холедохоеюноанастомозом с приводящей петлей и межкишечным анастомозом

папиллярных язвах двенадцатиперстной кишки / О. В. Зайцев, С. В. Тарасенко, О. Д. Песков // Вестн. хирургии. – 2011. – № 1. – С. 30–35.

4. Ибадов И. Ю. О профилактике рефлюкса дуоденального содержимого и демпинг-синдрома после резекции желудка / И. Ю. Ибадов, А. Ю. Ибадов // Мед. журн. Узбекистана. – 1973. – № 3. – С. 20–22.

5. Петров В. П. Резекция желудка по Ру / В. П. Петров, Б. Ш. Бодуров, А. К. Хабурзания. – М., 1998. – 211 с.

6. Кузнецов В. А. Резекция по способу Ру в реконструктивной хирургии желудка / В. А. Кузнецов, И. В. Федоров // Вестн. хирургии. – 1992. – Т. 148. – С. 72–76.

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

8. Ультрасонография желудка и 12-перстной кишки / Р. Я. Абдуллаев [и др.]. – Харьков, 2009. – 100 с.

9. Леменко З. А. Ультразвуковая диагностика заболеланий желудка / З. А. Леменко, З. М. Осмонова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 80 с.

10. Шалимов А. А. Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Д. Саенко. – Киев : Здоров'я, 1987. – 563 с.

Адрес для корреспонденции

734003, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, пр. Рудаки, д. 139,
Таджикский государственный
медицинский университет,
кафедра хирургических болезней №1,
тел. раб.: +992 (37) 226-48-81,
тел. моб.: +992 (918) 75-44-90,
e-mail: fmahmadov@mail.ru,
Махмадов Фаррух Исроилович

Сведения об авторах

Курбонов К.М., академик АМН Республики Таджикистан, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино.

Махмадов Ф.И., д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино.

Сатторов И.А., врач-хирург Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе, соискатель кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино.

Хомидов М.Г., к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино.

Назаров А.Ф., к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино.

Шарипов Д.Ш., врач-хирург городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе, соискатель кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино.

Поступила 22.02.2012 г.

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ

С.Н. ВОРОНОВ, Д.А. МИЛЛЕР, А.А. ГОЛУБЕВ

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ