Операции минимального объема в хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки

Д.м.н., проф. Ф.С. КУРБАНОВ, Д.А. БАЛОГЛАНОВ, к.м.н. А.Н. СУШКО, к.м.н. С.А. АСАДОВ

Minimal resections in surgical treatment of perforative duodenal ulcers

F.S. KURBANOV, D.A. BALOGLANOV, A.N. SUSHKO, S.A. ASADOV

Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии (зав. — проф. Ю.В. Таричко) Российского университета Дружбы народов, городская больница №17, Москва

За 10 лет (с 2000 по 2009 г.) оперированы 289 пациентов в возрасте от 15 до 95 лет с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК): тампонада язвы сальником по Оппелю—Поликарпову произведена в 260 (90%) наблюдениях, обычное ушивание с подкреплением сальником — в 13 (4,5%), иссечение язвы — в 4 (1,4%), стволовая ваготомия (СтВ) + пилоропластика (ПП) — в 9 (3,1%), резекция желудка — в 3 (1%) наблюдениях. После резекции желудка и СтВ+ПП тяжелых осложнений и летальных исходов не было. После 277 операций минимального объема у 21 (7,6%) больного развились тяжелые осложнения, умерли 9 (3,1%) больных. Всем пациентам после ушивания, иссечения ПЯ и тампонады по Опелю—Поликарпову, а также после СтВ+ПП сразу начинали проводить современное противоязвенное лечение и рекомендовали его продолжение в амбулаторных условиях. Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 10 лет изучены у 161 пациента. У 133 (86,9%) из 153 обследованных, перенесших операции минимального объема и регулярно принимающих лечение, результат хороший, рецидива язвенной болезни у них не отмечено. Мы считаем методом выбора хирургического лечения ПЯ ДПК тампонаду сальником по Оппелю—Поликарпову. Раннее начало противоязвенной терапии после этой операции, продолжение лечения в амбулаторных условиях и диспансерное наблюдение дают пациентам возможность излечиться от язвенной болезни, сохранив анатомически полноценные желудок и ДПК.

Ключевые слова:

289 patients were operated on the reason of perforative duodenal ulcer. Omental tamponade of the ulcer after Oppel—Policarpov was performed in 260 (90%) cases; traditional ulcer closure with omental support — in 13 (4,5%); excision of the ulcer — in 4 (1,4%); truncal vagotomy and pyloroplasty — in 9 (3,1%) and gastric resection was performed in 3 (1%) patients. After 277 operations «of minimal volume» major complications were registered in 21 (7,6%) patients with lethal outcomes in 9 cases. All patients received adequate antiulcer drug treatment. Follow-up results, obtained in 153 patients, demonstrated good results of the operation and nonrecurrent course in 133 (86,9%) cases. The omental tamponade of the ulcer after Oppel-Policarpov proved to be the method of choice in treatment of the perforative duodenal ulcer. Early beginning of antiulcer conservative treatment after the operation provide excellent results and stable recovery.

Key words: perforative duodenal ulcer, omental tamponade, antiulcer therapy.

Введение

Имеющиеся успехи в консервативном лечении язвенной болезни (ЯБ) практически не отразились на частоте ее осложненных форм, в частности перфоративных язв двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК) [8, 13, 18, 24, 25]. Почти у $^1/_4$ больных отмечается неблагоприятное сочетание ПЯ ДПК с другими тяжелыми осложнениями ЯБ — язвенным гастродуоденальным кровотечением (ГДК), пенетрацией, пилородуоденальным стенозом [3, 6, 16]. Одним из факторов, отрицательно влияющих на уровень послеоперационных осложнений и летальности, является рост за последние 10—15 лет частоты ПЯ ДПК среди больных пожилого и старческого возраста [10, 12, 21]. Единой тактики хирургического лечения пациентов с ПЯ ДПК до настоящего времени не выработано. Наиболее радикальным методом операции считается резекция желудка по обоим способам Бильрота в различных модификациях [3, 15]. Ряд авторов при ПЯ ДПК успешно применяют органосохраняющие операции, в основе которых лежит ваготомия в сочетании с различными локальными вмешательствами в области язвы [5, 9, 11, 22]. В последние годы при ПЯ ДПК получили признание миниинвазивные эндовидеохирургические вмешательства [1, 2, 4, 7, 19]. В то же время наиболее распространенная операция ушивания ПЯ ДПК до сих пор не потеряла значения ввиду сравнительной простоты, малой травматичности и относительной безопасности [12, 17, 20]. Показания к различным операциям при ПЯ ДПК, вопросы выбора методики и техники вмешательств продолжают обсуждаться [3,

© Коллектив авторов, 2011

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011

Khirurgiia (Mosk) 2011; 3: 44

119620 Москва, Волынская, д. 7

5, 6, 9, 12, 13, 17, 19, 24, 25]. Во многих лечебных учреждениях при ПЯ ДПК в большинстве наблюдений выполняют ушивание перфорации по общепринятой методике [12, 20]. Эту операцию обычно рекомендуют производить молодым пациентам без язвенного анамнеза [17], а также больным пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями [21]. Кроме того, ушивание ПЯ ДПК применяют и в тех ситуациях, в которых показана радикальная операция, но ее не позволяют выполнить различные неблагоприятные условия [3]. В городской больнице №17 Москвы при ПЯ ДПК наряду с ушиванием и иссечением язвы, резекцией желудка и ваготомией с пилоропластикой (ПП) с 1975 г. широко используют пластическое закрытие перфоративного отверстия сальником на ножке по Оппелю—Поликарпову, позволяющее получать благоприятные результаты. Целью данного исследования явился анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения ПЯ ДПК за последние 10 лет.

Материал и методы

С 2000 по 2009 г. в ГБ №17 Москвы по поводу ПЯ ДПК находилось на лечении 289 пациентов в возрасте от 15 до 95 лет, в том числе 253 (87,5%) мужчины и 36 (12,5%) женщин. Большинство составили лица в возрасте от 21 года до 40 лет — 148 (51,2%) человек. В возрасте старше 60 лет было 11 (3,8%) пациентов и старше 75 лет — 9 (3,1%). В сроки до 6 ч от начала заболевания доставлено в стационар бригадой скорой медицинской помощи 248 (85,8%) больных, от 6 до 12 ч — 27 (9,3%), от 12 до 24 ч — 12 (4,2%), в сроки более 24 ч — 4 (1,4%) пациента. У 3 больных перфорация язвы ДПК возникла во время лечения в других отделениях ГБ №17, в том числе 1 лечился в терапевтическом отделении по поводу заболевания сердца, 1 — в урологическом отделении по поводу заболевания почек, 1 — в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) по поводу тяжелой анемии в результате состоявшегося профузного кровотечения из хронической язвы задней стенки ДПК.

Диагноз перфоративной язвы устанавливали клинически и подтверждали его с помощью дополнительных диагностических методов, в качестве которых использовали обзорное рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости (у всех 289 больных), ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости (33), эзофагогастродуоденоскопию — ЭГДС (24) и в неясных ситуациях — лапароскопию (4).

У 32 (11,1%) больных имелись другие осложнения ЯБ ДПК: рубцово-язвенный пилородуоденальный стеноз (10), пенетрация язвы (18), язвенное ГДК (4). Кроме того, у 6 больных была вторая «зеркальная» язва задней стенки ДПК, у 2 — сочетанная язва желудка (у 1 — язва антрального отдела и у 1 — язва тела желудка).

Большинство операций (278, или 96,2%) выполнено в экстренном порядке в первые 1—2 ч после поступления больных в стационар. В то же время 11 (3,8%) пациентов оперированы в сроки от 4 до 12 ч с момента госпитализации в связи с неясностью клинической картины, необходимостью динамического наблюдения и выполнения дополнительных диагностических манипуляций в виде УЗИ брюшной полости, ЭГДС с повторной обзорной рентгенографией, а также лапароскопии. Кроме того, в 5 из этих 11 наблюдений было необходимо проведение кратковременной интенсивной предоперационной подготовки в условиях ОРИТ из-за наличия клинической картины распространенного перитонита и признаков полиорганной недостаточности (ПОН).

При установлении показаний к экстренной операции выбор метода вмешательства на первом этапе принятия решения зависел от тяжести состояния больного, его возраста и наличия сопутствующих заболеваний, а также от времени, прошедшего с момента перфорации. После выполнения верхней срединной лапаротомии и ревизии принимали уточненное решение о выборе объема и способа операции в зависимости от локализации и размеров ПЯ ДПК, наличия других ее осложнений в виде пенетрации, рубцово-язвенного пилородуоденального стеноза, язвенного ГДК, выраженности изменений дуоденальной стенки, а также распространенности и стадии перитонита. Важную роль в принятии такого решения играла квалификация операционной бригады и мнение анестезиолога о переносимости больным предполагаемой операции. Мы не ставили перед собой задачу обязательного излечения ЯБ ДПК у всех больных путем выполнения им радикального экстренного вмешательства. Показания к подобным операциям обсуждались во время ревизии органов брюшной полости, и в случае принятия решения эти более сложные вмешательства производились самыми опытными хирургами.

Выполненные первичные операции распределились следующим образом: пластическое закрытие (тампонада) ПЯ ДПК по Оппелю—Поликарпову — 260 (90%), простое ушивание ПЯ с подкреплением линии швов прядью сальника на ножке — 13 (4,5%), иссечение язвы + ПП по типу операции Джадда — 4 (1,4%), стволовая ваготомия (СтВ) + иссечение язвы + ПП — 9 (3,1%), резекция $^{2}/_{3}$ желудка по Бильрот-II — 3 (1%).

Ушивание ПЯ ДПК в поперечном направлении одним-двумя рядами узловых швов с укреплением их прядью сальника на ножке применяли при перфорациях малого размера — диаметром до 2 мм. В остальных случаях предпочитали тампонаду сальником по Оппелю—Поликарпову. Только у 2 больных

при перфорации гигантских язв, занимавших от $^1/_4$ до $^1/_3$ периметра ДПК, мы ушили дефект двумя рядами швов с подкреплением их сальником (оба этих пациента затем были повторно экстренно оперированы из-за развившихся осложнений — им выполнена резекция желудка).

Иссечение ПЯ ДПК (без ваготомии) сделали 4 больным в условиях серозно-фибринозного перитонита при подозрении на наличие второй «зеркальной» язвы задней стенки ДПК, которую осматривали через образовавшийся дефект (вторая «зеркальная» язва выявлена и ушита у 3 больных).

У 9 больных в условиях серозного перитонита была применена СтВ в сочетании с иссечением ПЯ ДПК и ПП, в том числе у 3 больных с «зеркальной» язвой задней стенки ДПК, при этом в 1 наблюдении перфорация язвы ДПК сочеталась с кровотечением из «зеркальной» язвы (во всех наблюдениях «зеркальные» язвы ДПК были ушиты). Еще 1 больному СтВ+иссечение язвы+ПП выполнили в качестве повторной экстренной операции по поводу кровотечения из язвы ДПК на третьи сутки после тампонады по Оппелю-Поликарпову.

Показанием к первичной резекции желудка у 2 больных послужили большие пенетрирующие язвы ДПК, которые невозможно было ушить или тампонировать без значительного сужения и деформации пилоробульбарной зоны, у 1 больного — сочетанная язва желудка. Еще у 2 больных резекция желудка была произведена в качестве повторной операции в ближайшем послеоперационном периоде после ушивания гигантских ПЯ ДПК ввиду несостоятельности швов в одном наблюдении и кровотечения из язвы в другом.

Всем больным после ушивания и иссечения ПЯ ДПК (17) или тампонады по Оппелю—Поликарпову (260), а также органосохраняющих операций (10) сразу начинали проводить противоязвенное лечение и перед выпиской рекомендовали продолжать его в амбулаторных условиях. В качестве антисекреторных препаратов применяли сначала лосек внутривенно с последующим переходом на таблетированные формы (омез, ранитидин или фамотидин).

Результаты

После 3 первичных и 2 повторных резекций $^2/_3$ желудка по Бильрот-II и 9 первичных и 1 повторной органосохраняющих операций в виде СтВ, иссечения язвы и ПП тяжелых осложнений и летальных исходов не было. После 277 операций минимального объема (в том числе у 4 больных иссечение язвы, у 13 — простое ушивание и у 260 — тампонада по Оппелю—Поликарпову) у 21 (7,6%) больного развились различные осложнения. Среди них самые серьезные следующие: несостоятельность швов ДПК — у 5 больных (у 2 после простого ушивания и у 3 после тампонады по Оппелю—Поликарпову), внутрибрюшное кровотечение — у 1, кровотечение из язвы ДПК — у 6, из язвы желудка — у 1, из эрозий пищевода — у 1, пневмония — у 2, прогрессирование перитонита и ПОН — у 4 больных. В связи с развившимися осложнениями повторно оперировано 10 больных, перенесших простое и пластическое ушивание ПЯ ДПК: у 5 была несостоятельность швов ДПК (в 1 наблюдении сделана резекция желудка, в 4 — повторная тампонада сальником), у 1 — внутрибрюшное кровотечение, у 2 — кровоточащая язва ДПК (1 резекция желудка по Бильрот-II и 1 СтВ с иссечением язвы и ПП), у 2 — прогрессирующий перитонит). Необходимо отметить, что в сравнительно небольшой группе больных пожилого и старческого возраста (20 человек, или 6,9%) отмечена наивысшая летальность, во многом из-за наличия серьезных сопутствующих заболеваний. После операций от осложнений умерли 9 (3,1%) больных, из них 6 были в пожилом и старческом возрасте.

Отдаленные результаты изучены у 161 (55,7%) пациента в сроки от 1 года до 10 лет после операции. Анализ результатов операций минимального объема у 153 пациентов показал, что у 132 (86,3%) человек, соблюдающих данные им при выписке рекомендации по лечению, диете, режиму питания, труда и отдыха, рецидива ЯБ и развития других ее осложнений не отмечено.

В 11 (7,2%) наблюдениях после операций минимального объема получен удовлетворительный результат: возникновение желудочного дискомфорта и диспепсических явлений в периоды наиболее вероятного обострения ЯБ (обычно весной и осенью), но без доказанного рецидива язвы. Эти пациенты регулярно проходят курсы консервативного лечения.

У 10 (6,5%) больных отдаленный результат операций минимального объема оказался неудовлетворительным: у 7 пациентов в сроки от 6 мес до 3 лет развился рецидив язвы ДПК, по поводу чего они лечатся консервативно. Еще 3 больных были повторно оперированы, всем выполнена резекция желудка: 1 — через 3 мес после тампонады по Оппелю—Поликарпову по поводу рецидива перфорации язвы ДПК, 1 — через 2 года по поводу рецидива язвы, 1 — через 6 мес после простого ушивания ПЯ ДПК в связи с язвенным пилородуоденальным стенозом.

Обсуждение

Подходы к хирургическому лечению пациентов с ПЯ ДПК значительно различаются. Некоторые авторы считают оправданным выполнять в экстренных ситуациях радикальные операции, направленные не только на устранение перфорации, но и на излечение ЯБ. Показаниями к резекции желудка считают сочетание ПЯ ДПК с пенетрацией, пилоро-

дуоденальным стенозом или ГДК, а также длительный язвенный анамнез, наличие «целующихся» язв ДПК, техническую невозможность ушивания или иссечения язвы [3, 15].

Мы выполнили первичную резекцию желудка по Бильрот-II 3 (1%) больным: 2 — при сочетании большой ПЯ ДПК с пенетрацией в поджелудочную железу, 1 — с язвой желудка. Наличие распространенного гнойного перитонита и тяжелые сопутствующие заболевания мы считали основными противопоказаниями к резекции желудка.

В хирургическом лечении ПЯ ДПК продолжают широко применяться органосохраняющие операции с ушиванием или иссечением язвы и ПП [5, 9, 11, 16, 22, 23], гемипилорэктомией и радикальной дуоденопластикой. Последняя операция в сущности представляет собой резекцию луковицы ДПК, она технически сложна и опасна развитием послеоперационного панкреатита, что, по нашему мнению, нивелирует все ее преимущества по сравнению с резекцией желудка. Следует отметить, что подобные кислотоподавляющие операции все реже применяются при осложненных язвах ДПК [18, 23—25].

Мы выполнили первичную СтВ в сочетании с иссечением язвы и ПП по Джадду 9 (3,1%) больным в условиях серозного перитонита. У 2 из них была «зеркальная» язва задней стенки ДПК, которая у 1 больного осложнилась профузным ГДК. Основным противопоказанием к органосохраняющим операциям, так же как и к резекции желудка, мы считали гнойный перитонит и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, делающих вмешательство большого объема непереносимым для больного.

Операцию простого ушивания ПЯ ДПК в настоящее время применяют у абсолютного большинства больных [1, 2, 6, 19, 20]. Эта операция считается особенно оправданной у молодых пациентов без язвенного анамнеза и у больных пожилого и старческого возраста с комплексом тяжелых сопутствующих заболеваний [3, 17, 21]. Некоторые авторы применяют иссечение ПЯ ДПК с ПП для улучшения заживления линии швов и профилактики рецидива язвы [3, 5]. Разработаны и применяются на практике и другие способы пластического укрытия ПЯ ДПК, например за счет расщепленной стенки желудка, что, по мнению авторов, повышает надежность операции [3; 14].

Простому ушиванию ПЯ ДПК мы предпочитаем тампонаду сальником по Оппелю—Поликарпову. Эта операция сделана 260 (90%) больным ввиду того, что данная методика достаточно проста и при правильном ее выполнении обеспечивает надежный герметизм ДПК и профилактику развития пилородуоденального стеноза в отдаленном периоде.

В 13 (4,6%) наблюдениях мы ушили ПЯ ДПК по обычной методике с подкреплением линии швов прядью сальника из-за того, что в 11 из них была перфорация диаметром менее 2 мм, в 2 — гигантские перфоративные язвы ДПК. В 1 из 2 последних наблюдений развилась несостоятельность швов ДПК, в другом — профузное ГДК из язвы, по поводу чего больные были затем повторно экстренно оперированы (в обоих наблюдениях успешно сделана резекция желудка по Бильрот-II). При подозрении на наличие «зеркальной» язвы задней стенки ДПК 4 (1,4%) больным в условиях серозного перитонита произвели ромбовидное иссечение язвы в сочетании с ПП (без ваготомии), у 3 из этих больных «зеркальная» язва ДПК была выявлена и ушита.

Длительность задержки вмешательства, преклонный возраст пациентов и наличие у них серьезных сопутствующих заболеваний, размеры перфоративного отверстия, наличие перитонита, а также сочетание ПЯ ДПК с другими тяжелыми осложнениями отрицательно влияют на исходы операций. При этом главными причинами летальных исходов называют перитонит и осложнения тяжелых сопутствующих заболеваний [6, 12, 13, 21].

Мы не получили тяжелых осложнений после 5 резекций желудка (3 первичных и 2 повторных) и 10 органосохраняющих операций (9 первичных и 1 повторная). Возможно, это было связано с небольшим числом наблюдений и с тем, что мы не делали этих операций самым тяжелым больным. Различные осложнения отмечены у 21 (7,6%) больного на 277 операций минимального объема (в том числе 13 операций ушивания, 4 иссечения и 260 операций тампонады язвы сальником по Оппелю—Поликарпову). Это следует считать закономерным, так как подобные операции выполнялись в том числе и в самых тяжелых ситуациях (распространенный гнойный перитонит и пр.). Развившиеся осложнения у 10 (3,5%) больных послужили причиной повторных экстренных операций. По поводу несостоятельности швов ДПК 1 больному сделана резекция желудка по Бильрот-II и 4 больным — повторная тампонада сальником. Один больной оперирован по поводу внутрибрюшного кровотечения (остановка кровотечения из сосуда передней брюшной стенки), 2 — по поводу кровоточащей язвы ДПК (1 резекция желудка по Бильрот-II и 1 СтВ с иссечением язвы и ПП). Экстренная резекция желудка в качестве повторной операции у обоих больных была применена вынужденно ввиду невозможности сделать какую-либо другую операцию меньшего объема. Экстренная СтВ с иссечением ушитой язвы передней стенки ДПК, ушиванием кровоточащей язвы задней стенки и ПП по Джадду произведена больному, у которого «зеркальная» язва не была диагностирована во время первой операции. Еще 2 больным по поводу прогрессирующего перитонита выполнены релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Необходимо отметить, что в сравнительно небольшой группе 20 (6,9%) больных пожилого и старче-

ского возраста отмечена наивысшая летальность, которую мы связываем с осложнениями тяжелых сопутствующих заболеваний. Всего умерли 9 (3,1%) больных, из них 6 в пожилом и старческом возрасте. Для операций минимального объема показатель летальности составил 3,2%. Основной причиной летального исхода были прогрессирующий перитонит и ПОН.

Многие авторы полагают, что значительно улучшить отдаленные результаты операций минимального объема при ПЯ ДПК можно путем назначения больным новых антисекреторных препаратов и других эффективных противоязвенных средств [1, 2, 4, 7, 19, 20, 25]. Проведение курса медикаментозного лечения считается необходимым также у всех больных с ПЯ ДПК после выполнения им органосохраняющих операций [9, 16, 23].

Мы назначали противоязвенное лечение всем больным после иссечения, обычного или пластического ушивания ПЯ ДПК, а также после ваготомии с ПП. Основным компонентом такой терапии было сначала внутривенное введение блокаторов желудочной секреции (лосек) с последующим переходом на их пероральный прием (омез, ранитидин или фамотидин). Каких-либо побочных явлений при этом не наблюдали. При выписке больных рекомендовали им продолжать прием этих препаратов в амбулаторных условиях под наблюдением врача и явиться на контрольное обследование через 6 мес.

Анализ отдаленных результатов операций, проведенный у 161 (55,7%) из 289 больных в сроки от 1 года до 10 лет, показал, что тактика применения операций минимального объема в сочетании с современной противоязвенной терапией себя вполне оправдывает. После операций минимального объема было обследовано 153 пациента, при этом у 132 (86,3%) из них, соблюдающих данные при выписке рекомендации, результат расценен как хороший, рецидива ЯБ и развития других ее осложнений у них не отмечено. У 11 (7,2%) обследованных получен удовлетворительный результат. Рецидива язвы у них не выявлено, но в периоды наиболее вероятного обострения ЯБ они вынуждены принимать курсы лекарственной терапии. Неудовлетворительный результат у 10 (6,5%) обследованных, перенесших операции минимального объема, был обусловлен рецидивом язвы ДПК. У 7 пациентов «светлый промежуток» после ушивания язвы ДПК составил от 6 мес до 3 лет. Эти больные воздерживаются от предложенной им реконструктивной операции и продолжают лечиться консервативно. Еще 3 больных были повторно оперированы: 1 больному была экстренно сделана резекция желудка по поводу рецидива перфорации язвы ДПК, 2 — такая же операция в плановом порядке по поводу рецидива язвы и язвенного пилородуоденального стеноза. По-видимому, плохой результат у этих 10 больных был обусловлен несоблюдением данных им рекомендаций, отсутствием диспансерного врачебного наблюдения и амбулаторного обследования со своевременным назначением повторных курсов противоязвенной терапии.

Таким образом, методом выбора хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК) мы считаем ее пластическое закрытие (тампонаду) по Оппелю—Поликарпову. Подобные операции минимального объема показаны и в тех ситуациях, в которых из-за наличия перитонита или других неблагоприятных условий нельзя выполнить более радикальное вмешательство. Главными недостатками операций как простого, так и пластического ушивания ПЯ ДПК является возможность кровотечения из «зеркальной» язвы ДПК или сочетанной язвы желудка. После операции минимального объем, необходимо сразу начинать современную противоязвенную терапию и рекомендовать ее продолжение в амбулаторных условиях с целью профилактики рецидива язвы и развития других ее осложнений. Такой подход позволяет свести к минимуму частоту неблагоприятных результатов и дает пациентам возможность в дальнейшем излечиться от язвенной болезни, сохранив анатомически и функционально полноценные желудок и ДПК.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдуллаев Э.Г. и др.* Использование эндовидеохирургии и малоинвазивных методов в лечении перфоративных гастродуоденальных язв. Эндоскоп хир 2001; 3: 8—10.
2. *Бебуришвили А.Г. и др.* Лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с применением малоинвазивных технологий. III конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь», 14—15 мая 2009 г. Тезисы докладов. М 2009; 49—50.
3. *Вальтер В.Г. и др.* Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв. Астрахань 2000; 136.
4. *Винокуров И.С.* Малоинвазивные операции с лапароскопической ваготомией при ургентных осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2004; 30.
5. *Горбунов В.Н. и др.* Гемипилорэктомия с поперечной пилоропластикой и ваготомией при прободных и кровоточащих язвах пилорического канала. Хирургия 2001; 6: 18—21.
6. *Есютин И.Н.* Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с желудочно-кишечным кровотечением: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ст-Петербург 1997; 22.
7. *Кирсанов И.И. и др.* Лапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. III конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь», 14—15 мая 2009 г. Тезисы докладов. М 2009; 47—48.
8. *Крылов Н.Н.* Мифы и реалии современного учения о язвенной болезни. Сб. тез. Всерос. научно-практич. конференции с международным участием «Язвенная болезнь желудка и двенадцати-

перстной кишки» (Сочи, 7—10 ноября 2006 г.): Вестн хир гастроэнтерол 2006; 1: 40.

9. *Курыгин А.А.* Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии: легенды и действительность. Вестн хир 2006; 165: 4: 83—86.
10. *Лобанков В.М.* Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. Хирургия 2005; 1: 58—64.
11. *Оноприев В.И. и др.* Отдаленные результаты лечения осложненных дуоденальных язв методом радикальной дуоденопластики в сочетании с расширенной селективной проксимальной ваготомией. Журн эксперим клинич гастроэнтерол 2002; 3: 75—80.
12. *Сацукевич В.Н.* Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв. Хирургия 2001; 5: 24—27.
13. *Синенченко Г.И. и др.* Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки. Ст-Петербург: Фолиант 2007; 198.
14. *Смирнов Н.В.* Пластическое ушивание дефектов передней стенки двенадцатиперстной кишки (экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2004; 22.
15. *Хаджибаев А.М. и др.* Резекция желудка с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией в первичной и реконструктивной хирургии гастродуоденальных язв. Хирургия 2005; 1: 25—28.
16. *Черноусов А.Ф. и др.* Язвенная болезнь и рак (мифы и реальность). Вестн хир гастроэнтерол 2006; 1: 4—10.
17. *Шафалинов В.А.* Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв у лиц молодого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2000; 24.
18. *Aoki T.* Current status of and problems in the treatment of gastric and duodenal ulcer disease: introduction. World J Surg 2000; 24: 1: 249—252.
19. *Bertleff M.J. et al.* Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial. World J Surg 2009; 33: 7: 1368—1373.
20. *Bose A.C. et al.* Helicobacter pylori eradication prevents recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer. J Gastroenterol Hepatol 2007; 22: 3: 345—348.
21. *Di Carlo I. et al.* Emergency gastric ulcer complications in elderly. Factors affecting the morbidity and mortality in relation to therapeutic approaches. Min Chir 2006; 61: 4: 325—332.
22. *Donahue P.* Parietal cell vagotomy versus vagotomy—antrectomy: ulcer surgery in the modern era. World J Surg 2000; 24: 3: 264—249.
23. *Gilliam A.D. et al.* Current practice of emergency vagotomy and Helicobacter pylori eradication for complicated peptic ulcer in the United Kingdom. Br J Surg 2003; 90: 1: 88—90.
24. *Schwesinger W.H. et. al.* Operations for peptic ulcer disease: paradigm lost. J Gastrointest Surg 2001; 5: 4: 438—443.
25. *Svanes C.* Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment and prognosis. World J Surg 2000; 24: 3: 277—283.

Поступила 20.10.10