

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С.А. АСАДОВ, Н.В. СМИРНОВ.

Кафедра госпитальной хирургии РУДН. Москва 117198 ул. Миклухо -Маклая д.8
медицинский факультет.

Отделение общей хирургии ЦКБ им. Н.А. Семашко МПС России. Москва 107150
ул. Лосиноостровская влад.43 ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко МПС России.

Проблема хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнений не потеряла свою актуальность и в настоящее время. Наибольшие трудности для оперативного лечения представляют большие и гигантские перфоративные язвы. В литературе нет единого мнения о выборе метода хирургического лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Настоящий обзор посвящен описанию различных методик закрытия перфоративного отверстия и сравнительной оценке их эффективности. При лечении «трудных» перфоративных язв авторы отдают предпочтение пластическим способам закрытия перфоративного отверстия.

Несмотря на то, что в настоящее время существует большое число эффективных противоязвенных препаратов, остается высокой частота осложнений язвенной болезни, в т.ч. перфорации. Н.М. Кузин [18;19] отмечает, что в результате успехов консервативной терапии сократилось число операций по поводу неосложненной язвенной болезни, но в то же время возросло количество операций при осложненных язвах. По данным Cuttat J. и соавт. [48], за период с 1976 по 1987г.г. ежегодное число операций по поводу язвенной болезни сократилось на 30%. Напротив, число операций по поводу хронических, рецидивных или резистентных к консервативной терапии дуоденальных язв выросло в 10 раз; то же самое относится к перфоративным язвам. По данным Хасанова А.Г. и соавт. [41], из 1825 оперированных ими больных с язвенной болезнью у 438 (24%) была перфорация язвы. Эти данные подтверждаются сообщениями других авторов [37;43;50;54].

Осложнение язвенной болезни прободением наблюдается ежегодно у 6,2% больных [15]. В настоящее время перфоративная язва встречается в 10% случаев от числа всех госпитализированных с язвенной болезнью [22].

С.С. Юдин [42] считает, что перфорацией осложняются чаще всего язвы двенадцатиперстной кишки, в виду ее анатомических особенностей (малая подвижность и небольшой объем). В.Г. Вальтер и соавт. [11] оперировали больше больных с перфоративными язвами желудка (313 или 56,9%), чем двенадцатиперстной кишки (237 или 43,1%).

Наиболее неблагоприятно протекают гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, чаще всего дающие тяжелые осложнения, в том числе и перфорацию. Е.Ю. Волков [12] оперировал 20 больных с гигантскими перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки (4,9% от всех перфоративных дуоденальных язв). Из них у 18 (90%) отмечена пенетрация язвы, у всех был периульцерозный инфильтрат диаметром 5-8 см.

В литературе нет единого мнения о способах хирургического лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Чаще всего используют простое ушивание перфорации (в том числе и в сочетании с ваготомией при дуоденальной язве), резекцию желудка, а также различные пластические способы укрытия перфоративных отверстий. Наряду с другими факторами на выбор метода операции при таких язвах оказывает большое влияние также и квалификация хирурга [38].

Н.А. Майстренко и К.Н. Мовчан [22] считают, что выбор метода операции при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки является пока нерешенной задачей. И.И. Бачев [3,5] полагает, что операция простого ушивания с перитонизацией прядью большого сальника или с тампонадой сальником по Опелю-Поликарпову отличается малой травматичностью, спасает больного от смерти и обеспечивает благоприятные непосредственные результаты у 95% оперированных, в том числе в критических ситуациях. М.И.

Кузин [18;19], Cuschieri A. [47] также считают методом выбора в группе больных с высоким риском ушивания перфоративной язвы.

Напротив, А.А. Ольшанецкий и соавт. [27] считают при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки простое ушивание вынужденной мерой, а методом выбора, по их мнению, является радикальная операция. А.А. Курыгин и соавт. [26] указывают, что после простого ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки у 292 больных несостоятельность швов отмечена у 11 (3,8%) оперированных. В 15% наблюдений после ушивания развивается пилородуоденальный стеноз, требующий повторной операции. По данным А.Н. Долгушкина [14] после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в сроки до 3-х лет у 83,3% больных возникает рецидив язвы, причем она протекает клинически тяжело с большим числом осложнений.

Резекция желудка – наиболее эффективный и надежный метод лечения перфоративных язв [54]. Но высокая степень риска у ряда больных и превышение показаний к выполнению резекции желудка может вести к тяжелым, даже фатальным осложнениям. Смертность после резекции желудка при перфорации язвы достигает 43% [46]. Поэтому в условиях экстренной хирургической клиники объем операции расширять не следует, если нет подозрения на малигнизацию язвы [2;20].

До конца XIX века лечение прободных язв было только консервативным и представляло собой одну из наиболее драматичных сторон медицины того времени.

Попытка ушивания перфоративной язвы впервые была предпринята Микуличем в 1880 г., но операция закончилась смертью больного. Первая удачная операция такого рода принадлежит Гейсснеру, она была произведена в 1892 г. В России ушивание перфоративной язвы первым выполнил Р. Ванах в 1897 г. [1;49].

Наибольшие трудности для оперативного лечения представляют большие и гигантские перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

По данным Атанасова Э.Г. [1] способ ушивания больших перфоративных язв, предложенный Бруком, заключается в наложении двух полукишетных швов навстречу друг другу на расстоянии 2-3 см. от прободной язвы. Эти швы проводили через все слои передней брюшной стенки на кожу и здесь завязывали. Между париетальной брюшиной и перфоративным отверстием помещали участок большого сальника. Широкого применения эта методика не нашла и применялась только как вынужденная мера.

Методика Neumann, предложенная в 1926 г. [51] заключается в превращении прободной язвы в гастростому при невозможности ее ушить обычным способом. Для этого в перфоративное отверстие вводят катетер Нелатона и окутывают его большим сальником, сшивая его со стенкой желудка, париетальной брюшиной и через отдельное отверстие выводят на кожу.

Разработанная в 1927 г. Методика Starr – Dredd [1] заключается в иссечении передней стенки привратника и двенадцатиперстной кишки вместе с перфоративной язвой. Полученный дефект ушивают по типу пилоропластики.

М.И. Островский в 1938 г. [29] предложил ушивать перфоративную язву несколькими швами, наложенными через все слои стенки органа близко к краю перфорационного отверстия, продольно оси желудка. Затем накладывают второй ряд серозно – мышечных швов с прикреплением сальника на ножке. Отрицательной стороной методики является то, что первый ряд швов накладывается в зоне воспалительной инфильтрации, что, по нашему мнению, может приводить к его несостоятельности.

М.В. Подгробунский в 1941 г. [30] предложил ушивать прободное отверстие в пилородуоденальной зоне одним - двумя кетгутовыми швами, назвав этот шов «экономным». Хотя автор подчеркивает безопасность подобной методики, по нашему мнению такой шов можно наложить лишь при острых перфоративных язвах, но даже и в этом случае велика вероятность его несостоятельности.

Техника операции, предложенная Неймарком И.И. в 1958 г. [25], заключается в наложении швов вне зоны инфильтрации и перпендикулярно к оси желудка, не затрагивая

слизистую оболочку. В результате наложения таких швов происходит инвагинация язвенного дефекта и воспалительного инфильтрата в просвет полого органа. Второй ряд серозно – мышечных швов не накладывается, но к линии швов подшивается либо участок желудочно – ободочной связки, либо фрагмент большого сальника на питающей ножке. В отличие от предыдущего метода сальник подшивается как по периметру, так и в центре, что обеспечивает его равномерное приращение.

По В.С. Чудинову [39] вокруг прободного отверстия накладывается шелковый кисетный шов с последующим его затягиванием до сближения краев язвы. Поверх кисетного шва накладывается второй ряд серозно - мышечных швов. При отсутствии уверенности в надежной герметичности наложенных швов подшивается прядь сальника на сосудистой ножке. Данную методику можно применить по-видимому только в случае прободения острой язвы. При наличии воспалительной инфильтрации и каллезных краев невозможно герметично ушить язвенный дефект с помощью кисетного шва. С другой стороны это может вести к грубой деформации двенадцатиперстной кишки.

Д.П. Чухриенко и соавт. [40] предлагают ушивать прободное отверстие сначала наложением швов по ходу оси желудка кетгуттом. Вкол и выкол располагаются на 0,5 см. от края дефекта. Первый ряд швов укрывается серозно-мышечными нерассасывающимися швами. Поверх серозно-мышечных швов подшивается участок сальника пятью, шестью швами. У основания пряди сальника накладывают П-образный шов в бессосудистой зоне, обеспечивая герметичное прилегание пряди сальника.

Метод ушивания прободных гастро-дуоденальных язв, предложенный Г.Г. Каравановым в 1975 г. [16] применим при воспалительной инфильтрации, отеке, дистрофических изменениях стенки органа вблизи язвы. Он снижает вероятность несостоятельности швов. При прободении в пилоро-дуоденальной зоне по обе стороны прободного отверстия на расстоянии 0,5 см от большой к малой кривизне проводят две шелковые нити без проникновения их в просвет органа. Затем накладывают шелковые швы в поперечном направлении к оси желудка и двенадцатиперстной кишки таким образом, чтобы каждый шов захватывал проведенные ранее в стенке нити. После наложения всех швов их завязывают одновременно хирург и ассистент, начиная с крайних завязанных и не срезанных швов. В случае удачного закрытия перфоративного отверстия линию швов прикрывают сальником на сосудистой ножке по типу заплаты, при этом нити одного из несрезанных швов в центре ушитого отверстия используют для прошивания центральной части сальника, чем он плотно притягивается к линии швов. Края распластанного сальника подшивают к серозно – мышечному слою желудка или кишки по всей окружности язвы.

В этом случае, как и в случае применения двух предыдущих способов, по – видимому может происходить грубая деформация полого органа. К тому же автор не приводит примеров применения методики в клинике и статистической обработки накопленного материала, в связи с чем трудно судить об эффективности описанного метода.

Ушивание перфоративного отверстия и в наше время остается самым распространенным методом хирургического вмешательства при прободных язвах. Необходимо отметить, что летальность после ушивания перфоративной язвы составляет от 10% до 30% [4;33]. Однако по показателям летальности нельзя судить о недостатках данной методики, поскольку результаты оперативного вмешательства зависят от многих привходящих факторов, таких как время, прошедшее с момента перфорации, возраст, общее состояние больных и сопутствующие заболевания.

Стандартные способы ушивания или иссечения язв не всегда применимы при прободении язвы больших размеров, ушивание которой ведет к деформации органа, при выраженной воспалительной инфильтрации, дистрофических изменениях тканей вокруг язвенного дефекта, при залуковичной дуоденальной язве и пр. С целью преодоления подобных ситуаций предложены пластические методы укрытия перфоративных язв.

Первым пластическим способом укрытия прободных дуоденальных язв была операция, разработанная Оппелем в 1896 г., которая заключалась в подшивании к краям язвы

участка большого сальника на сосудистой ножке. Позже П.Н. Поликарпов предложил модификацию операции Оппеля, которая заключалась в тампонировании язвенного дефекта участком большого сальника на сосудистой ножке с последующим подшиванием его по периметру язвенного дефекта. Однако по данным литературы первым, кто предложил подобную операцию, был W.H. Bennet. В 1892 г. он укрыв прободное отверстие сальником на ножке «как бутылку пробкой» [1;15;23;52;53].

Техника операции заключается в том, что часть большого сальника на ножке прошивают шелковой нитью. Концы шелковой нити на игле проводят через прободное отверстие в просвет органа и прошивают желудок или двенадцатиперстную кишку изнутри кнаружи через все слои вблизи перфорации. Путем потягивания за концы нитей сальник подводится к прободному отверстию и внедряется, тампонируя его. Дополнительно сальник фиксируют к стенке кишки или желудка двумя - тремя узловыми швами.

Несомненно, описанный способ имеет преимущества перед методом простого ушивания большой перфоративной язвы. Недостаток его заключается в укрытии дефекта неоднородной по происхождению тканью, подверженной инфицированию, неудовлетворительной эпителизацией фрагмента сальника, находящегося в просвете органа.

Методика укрытия перфорационного отверстия серозно - мышечным лоскутом, выкроенным из стенки желудка, была предложена и выполнена в эксперименте Л.В.Серебрянниковым и В.А.Снежковым в 1940 г. [33]. Основание треугольного лоскута было обращено к язве. Но, как указывают сами авторы, из-за малых размеров лоскута его можно было использовать лишь при небольших перфоративных язвах желудка.

А.И. Стекольников в 1949 г. [34] предложил выкраивать языкообразный серозно-мышечный лоскут длиной 6-8 см, шириной 5-6 см, с основанием также обращенным к перфорационному отверстию. При этом отсепарованный серозно - мышечный лоскут, запрокидывают на перфоративное отверстие и околязвенный инфильтрат. Несколькими узловыми швами лоскут пришивают к стенке желудка в пределах здоровых тканей. После этого рану желудочной стенки, образовавшуюся после отсепарования серозно-мышечного лоскута, ушивают. Окончательным этапом операции является перитонизация лоскута участком большого сальника. По данной методике было оперировано трое больных с удовлетворительным результатом. Положительной стороной операции является надежная герметичность, которая достигается плотным прилеганием лоскута и быстрым прилипанием серозы. Однако, по нашему мнению, сомнительно адекватное кровоснабжение лоскута, т.к. основание его обращено к измененному, каллезному краю язвы, где кровообращение в стенке желудка значительно нарушено.

С целью улучшить кровоснабжение серозно-мышечного лоскута Tobik S. [56] в эксперименте предложил выкраивать его вблизи большой кривизны вместе с участком большого сальника. При этом от желудка лоскут отсекали полностью, а его питание осуществлялось за счет сосудов большого сальника. Увеличивалась мобильность трансплантата, что позволяло укрыть не только язву желудка, но и двенадцатиперстной кишки, но автором не было доказано адекватное кровоснабжение данного лоскута. Также Тобиком в 1974 г. [56] предложена методика пластического укрытия перфоративных язв демукозизированным лоскутом из поперечно - ободочной кишки на сосудистой ножке. Необходимо отметить сравнительную сложность последнего метода.

В.Г. Вальтером в 1974 г. [7-11] была предложена методика пластического укрытия перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки серозно - мышечным лоскутом округлой формы, выкроенным из большой кривизны желудка, питание которого осуществляется за счет правой или левой желудочной - сальниковой артерии в зависимости от того, куда необходимо переместить лоскут. Из 550 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки у 65 сделано пластическое укрытие перфоративного отверстия данным способом. Еще 14 больным такое же пластическое ушивание сделано в сочетании с гастроэнтеростомией из-за имеющегося пилородуоденального стеноза. В 2 случаях после иссечения перфоративной дуоденальной язвы дефект был ушит полнослойным лоскутом желудка также на сосудистой ножке. Авторы отмечают, что в отдаленные сроки при пластическом укрытии по сравнению с простым ушиванием получены в среднем на 20% лучшие результаты [11]. Описанная методика, по нашему мнению, весьма эффективна, но достаточно сложна и под силу лишь опытному хирургу.

Таким образом, малая травматичность и быстрота выполнения позволяют применить операцию ушивания прободной язвы у самых тяжелых и ослабленных больных. Простота операции делает ее доступной молодым, не имеющим опыта хирургам, и не требует применения сложного инструментария. Однако, после операции ушивания перфоративной язвы рецидив перфорации возникает с частотой до 15% [22], а в отдаленном периоде до 70% больных продолжают страдать язвенной болезнью [5]. Кроме того, Точилев А.А. и соавт. [35] указывают, что после ушивания перфорации у 30–70% больных развиваются осложнения, требующие повторного хирургического вмешательства. Кроме рецидива язвы, существенным недостатком ушивания перфоративных пилоро-дуоденальных язв является деформация желудка или двенадцатиперстной кишки, что приводит к нарушению пассажа пищи. Сужение на уровне луковицы двенадцатиперстной кишки и нарушение эвакуации связывают также с фиброзом участка сальника, фиксированного к швам [22].

Методом выбора лечения прободных язв двенадцатиперстной кишки в настоящее время признаются органосохраняющие операции, в основе которых лежат различные локальные вмешательства на области язвы в сочетании с ваготомией. Радикально снижая желудочную секрецию, ваготомия создает предпосылки для заживления язвы и резко снижает частоту рецидивов [19;20;24;44;53]. По данным Armbruster С. и соавт. [43], отмечается тенденция к увеличению числа выполнения селективной проксимальной ваготомии (СПВ) при осложненных язвах (в 1981 г. 40%, а в 1988 - 70% операций). Дальнейший рост доли органосохраняющих операций, по их мнению, должен быть связан с расширением показаний к СПВ при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки. Эти данные подтверждаются сообщением Salvini Р. и соавт. [52], которые у 96 больных с дуоденальными язвами выполнили простое ушивание, а у 54 - СПВ (у 42 с пилоропластикой). После СПВ отмечено малое число осложнений и не было смертности. В отдаленном периоде в группе СПВ отличные и хорошие результаты были получены в 90,9% , а после простого ушивания - только в 40% наблюдений.

Хасанов А.Г. и соавт. [41] при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки методом выбора также считают иссечение или ушивание язвы в сочетании с СПВ. Н.И. Тутченко и соавт. [36] при осложненной дуоденальной язве выполняют ваготомию с иссечением язвы в сочетании с пилоросохраняющими или пилорореконструирующими методами дренирующих операций. По данным Помелова В.С. и соавт. [31] при осложненных постбульбарных язвах лучшие результаты наблюдаются также после СПВ в сочетании с дуоденопластикой. В.И. Оноприев [24] при пентрирующих язвах задней стенки двенадцатиперстной кишки успешно выполняет радикальную дуоденопластику (резекцию луковицы двенадцатиперстной кишки) с сохранением привратника в сочетании с СПВ. Необходимо отметить сложность данной операции и ее опасность в отношении развития послеоперационного панкреатита.

Дуоденопластика по мнению В.Н. Клименко и соавт. [17] обеспечивает получение оптимальных результатов в отношении функции привратника и ритмической и своевременной желудочной эвакуации. В.Н. Горбунов и соавт. [13] выполнили гемипилорэктомию с поперечной пилоропластикой и ваготомией у 510 больных с перфоративными пилорoduоденальными язвами. Послеоперационная летальность в их серии составила 4,8%. В сроки 1-10 лет после операции у подавляющего большинства больных получен хороший результат.

Chang T. и соавт. [45], применявшие СПВ в сочетании с частичной или полной резекцией луковицы двенадцатиперстной кишки, в 94% наблюдений получили хороший результат. При перфоративных язвах в их наблюдениях результаты не отличаются от СПВ с ушиванием. При наиболее тяжелом осложнении - сочетании перфорации дуоденальной язвы с кровотечением, составляющим 7,5% от всего числа перфоративных язв, А.А. Курыгин и соавт. [26] получили наилучшие результаты после стволовой ваготомии в сочетании с широким иссечением язвы и пилоропластикой. Резекция желудка в такой

ситуации, по их мнению, является опасной из-за большого числа осложнений, часто ведущих к смертельному исходу. Ю.В. Кучин и соавт. [21] при выполнении пилоропластики используют полнослойный лоскут желудка на сосудистой ножке, которым и закрывают дефект передней стенки пилорoduodenального отдела.

Таким образом, предложено большое количество различных способов оперативного лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, многие из которых отличаются значительной сложностью. Поэтому оправдана разработка более простых, но не менее эффективных способов операций в самых неблагоприятных клинических и анатомических ситуациях (перитонит, большие и гигантские перфоративные язвы и пр.). По нашему мнению, заслуживает внимания разработка пластических способов закрытия перфоративных язв, которые могут быть без особого труда использованы и начинающими хирургами.

Литература.

1. Атанасов Э.Г. Пластическое закрытие перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Астрахань, 1974. - 25 С. 2. Бачев И.И. Хирургическая тактика при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 1984. - №3. - С. 137-139. 3. Бачев И.И. Опыт лечения больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. // Вестн. хирургии. - 1988. - Т.141. - №11. - С.106-108. 4. Бачев И.И. Повторные операции по поводу рецидивных язв после хирургических вмешательств при язвенной болезни. // Хирургия. - 1990. - №2. - С.66-69. 5. Бачев И.И. Хирургическое лечение острых осложненных гастродуоденальных язв. // Хирургия. - 1991. - №9. - С.134-137. 6. Белоусов Б.И. Случай прободной язвы желудка. // Хирургия. - 1957. - №12. - С.30. 7. Вальтер В.Г., Чичков Ю.Ф., Атанасов Э.Г., Большаков А.Е. - Наш опыт лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста. // Материалы первой научной конференции проблемной комиссии «Особенности хирургии и патологии опорно-двигательного аппарата в гериатрии» научного совета по геронтологии и гериатрии при президиуме АМН СССР, Тбилиси: 1977. - С. 13-14. 8. Вальтер В.Г., Сучков В.Б., Сердюков И.Ф. и др. Материалы по использованию большой кривизны желудка в пластических целях и для реваскуляризации органов. // Вопросы клинической и экспериментальной хирургии желудка. Научно-тематический сборник. Часть II. Издательство Саратовского университета. - Саратов, 1977. - С. 35-39. 9. Вальтер В.Г., Кутуков В.Е., Атанасов Э.Г., Баранович С.Ю. Метод хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Сборник тезисов докладов 60-ой юбилейной научной сессии Астраханского мединститута. - Астрахань, 1978. - С. 61. 10. Вальтер В.Г., Чичков Ю.Ф., Атанасов Э.Г., Кутуков В.Е. О пластическом закрытии перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Вестн. хирургии. - 1978. - Т.139. - №6. - С.21-24. 11. Вальтер В.Г., Кутуков В.Е., Журнаджянц В.А. и др. Методы хирургического лечения прободных язв. Ближайшие и отдаленные результаты. // Труды Астраханской государственной Медицинской академии. Том XII. Актуальные вопросы хирургии. - Астрахань, 1998. - С.52-54. 12. Волков Е.Ю. Перфорация гигантской язвы двенадцатиперстной кишки. // Клинич. хирургия. - 1992. - №8. - С.42-44. 13. Горбунов В.Н., Баркалин В.В., Столярчук Е.В., Фукс В.Ю. Гемипилорэктомия с поперечной пилоропластикой и ваготомией при прободных и кровоточащих язвах пилорического канала. // Хирургия. - 2001. - №6. - С. 18-21. 14. Горбунов В.Н., Наумов Б.А., Гордеев С.А. Показания к операции и выбор ее метода при кровоточащих гастродуоденальных язвах. // Хирургия. - 1991. - №6. - С.164-169. 15. Долгушкин А.Н. Особенности течения и оперативного лечения больных после зашивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. // Клинич. хирургия. - 1993. - №9-10. - С.20-21. 16. Епифанов Н.С. Течение язвенной болезни после органосохраняющих операций при прободении. // Вопросы абдоминальной и грудной хирургии. - Горький, 1959. - С.42-65. 17. Караванов Г.Г. Методика усовершенствования ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия органов пищеварения. - 1975. - №4. - С.73-75. 18. Кузин М.И. и др. Диагностика и лечение язв пилорического отдела желудка. // Хирургия. - 1983. - №2. - С. 3-7. 19. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 2001. - №1. - С. 27-32. 20. Кульчиев А.А., Дзасохов С.В. Современные способы хирургического лечения перфоративной пилорoduodenальной язвы. // Клинич. хирургия. - 1992. - №1. - С. 43. 21. Кучин Ю.В., Журнаджянц В.А., Хайрулин Ю.Х. Иммуногистохимическая характеристика слизистой полнослойного лоскута желудка после пилоропластики. // Труды Астраханской государственной медицинской академии, Т.ХII. Актуальные вопросы хирургии. - Астрахань, 1998. - С. 61-64. 22. Майстренко Н.А. Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. // Спб.: «Гиппократ», 2000. - 360 С. 23. Матяшин А.А. Операции при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки методом тампонады сальником. // Вопросы абдоминальной и грудной хирургии, Горький: 1959. - С.145-149. 24. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Результаты применения ваготомии при гастродуоденальных язвах. // Хирургия. - 1983. - №2. - С. 11-14. 25. Неймарк И.И. Непосредственные и поздние осложнения после зашивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Л., 1955. - 26 С. 26. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. /Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.В. (Ред.)// Спб.: «Питер», 2001. - 483 С. 27. Ольшевский А.А. Кириченко Б.Б. Капустин А.Г. Чайка О.О. Радиальная операция - метод выбора при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. // Клинич. хирургия. - 1991. - №4. - С.12-15. 28. Оноприев В.И. Этоды функциональной хирургии язвенной болезни. // Крас-

- нодар, 1995.- 293 С. 29. *Островский М.И.* Оперативные методы лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки и отдаленные результаты.// Сборник диссертационных работ 1935 – 1937.- Днепропетровск, 1938.- С.81. 30. *Подгорбунский М.А.* К методике закрытия прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.// Вестн. хир.- 1941.-Т.62.- №1-2.-С.81-83. 31. *Помелов В.С., Кубышкин В.А., Козлов И.А.* Хирургическое лечение постбульбарных дуоденальных язв.// Хирургия.- 1997.- №5.- С. 4-9. 32. *Серебряков Л.В., Снежков В.А.* Экспериментальные материалы к вопросу с палиативных операциях при перфорации круглой язвы.// Нов. хирург. архив.- 1940.- Т. 47.- №1-2.- С. 39-43. 33. *Семенов В.В. Сипратов В.И. Зиновьев С.В.* Результаты хирургического лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.// Хирургия.- 1989.- №10.- С.94-98. 34. *Стекольников Б.А.* Пластическое закрытие перфорационного отверстия язвы желудка.// Хирургия.- 1949.- №11.- С.79-80. 35. *Тоцлов А.А. Луценко Г.И.* Резекция желудка после ушивания прободных гастродуоденальных язв.// Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.- Иваново, 1984.- С.33-35. 36. *Тутченко Н.И., Гоер Я.В., Соломко А.В. и др.* Пилоровосстанавливающие операции при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.// Клинич. хирургия.- 1991.- №8.- С. 19-21. 37. *Черноусов А.Ф., Богопольский П.М.* Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.// Клинич. медицина.-Т 78.- №8.- С. 88-91. 38. *Чернышев В.Н. Александров И.К.* Хирургическое лечение трудноудаляемых желудочных язв.// Хирургия.- 1992.- №2.- С.4-9. 39. *Чудинов В.С.* О хирургическом лечении прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях крайнего севера.// Вестн. хир.- 1964.-Т.92.-№ 4.- С.48-51. 40. *Чухриенко Д.П. и др.* Хирургия прободных гастродуоденальных язв.// Материалы 12-го съезда хирургов Украинской ССР.- Киев, 1970.- С.37-38. 41. *Хасанов А.Г. Разбаев А.Н. Сендерович Е.И.* Диагностика и результаты хирургического лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.// Клинич. хирургия.-1991.- №4.- С.15-18. 42. *Юдин С.С.* Этюды желудочной хирургии.// Москва: «Медицина», 1955.- 264 С. 43. *Armbruster C., Dittrich K., Krivanek S.* The place of selective proximal vagotomy in complicated duodenal ulcer.// Wien. Klin. Wochenschr.- 1989.- Bd. 101.- № 18.- S. 615-617. 44. *Belchev B., Donev S., Zheliazkov V., Ganchev D.* Our experience with surgical treatment of complicated duodenal ulcer using truncular vagotomy.// Khirurgia (Sophia).- 1995.- Vol. 48.- №4.- P. 32-33. 45. *Chang T.M., Chan D.S., Liu Y.C. et. al., Long* – term results of duodenectomy with highly selective vagotomy in the treatment of complicated duodenal ulcer.// Am. J. Surg. 2001.- Vol. 181.- № 4.-P. 372-376. 46. *Coller D., Pain J.A.* Perforated gastric ulcer. A reappraisal of the role of biopsy and oversewing.// J.R. Coll. Surg. Edinburgh.- 1985.- Vol.30.- №1.- P.26-29. 47. *Cuschieri A.* Laparoscopic Management of Complicated Ulcer Disease.// Semin. Laparosc. Surg.//1994.- Vol. 1.- №3.- P.190-196. 48. *Cuttan J., Ruchad P., Chapius G.* Gastroduodenal ulcer disease: what surgical indications are left?// Schweiz. Med. Vochenschr.- 1998.- Vol. 119.- № 21.- P. 729-730. 49. *Heusner L., 1892.* Цит. Herrington J.L., Sawyers J.L. Gastric ulcer.// Curr. Probl. Surg. 1987.-Vol. 24.- №12.- P.769. 50. *Millat B., Fingerhut A., Borie F.* Surgical treatment of complicated duodenal ulcer: controlled trials.// World. J. Surg. –2000.- Vol. 24.- №3.- P.- 229-306. 51. *Neumann H.* Zur Verwertung der Netzplastik bei der Behandlung des perforierten pilorusgeschwures.// Zbl. Chir.- 1990.- №33.- Bd. 110.- P.1154. 52. *Salvini P, Sallusti M, Papotti R., et al.* Surgical therapy of perforated duodenal ulcer: suture versus highly selective vagotomy. Immediate and remote results (case series from 1978 to 1990).// Ann. Ital. Chir.-1994.- Vol.65.- №2.- P. 217-222. 53. *Sawyers J.L.* Acute perforated duodenal ulcer.// Arch. Surg.- 1975.- Vol. 110.- №5.- P. 527-530. 54. *Siedek M., Lindecken K., Birtel F., Rubinger M.* Bilroth-II-Roux anastomosis resection – procedure of choice in complicated ulcer.// Langenbecks Arch. Chir.- 1984.- Bd. 362.- №1.- S. 61-68. 55. *Suter M., Herrmann M., Alaili., Merlini M.* Definitive surgery in complicated gastroduodenal ulcer.// Helv. Chir. Acta 1992 Aug; 59 (2): 356-359. 56. *Tobik S.* Experimental closure of large duodenal defects.// Int. Surg.- 1974.- Vol.59.-№ 5.- P.274-278.

SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED GASTRIC AND DUODENAL ULCER.

S.A. ASADOV, N.V. SMIRNOV

Hospital surgery department RPFU. Moscow 117198 Miklucho-Maclay st., 8, Medical faculty.
Surgical department of Central Clinic Hospital N.A. Semashko of Railway Transport Ministry of Russia. Moscow 107150, Losinoostrovskaya st., 43, Central Clinic Hospital N.A. Semashko of Railway Transport Ministry of Russia.

The problem of surgical treatment of gastroduodenal ulcers and their complications has not lost its actuality so far. Big and gigantic perforated ulcers are most difficult for surgery. There is no consolidated opinion about choice of method of surgical treatment of perforated ulcer. The literature review is dedicated to description of different methods of closure of perforation and to comparative estimation of their efficacy. Authors prefer plastic methods of closure of big and gigantic perforated ulcers.