

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.342-002.45-089

Ф.Н. Нишанов, А.К. Батиров, Б.А. Абдирайимов, Б.Р. Абдуллажанов,
М.Ф. Нишанов

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

Ключевые слова: дуоденальная язва, хирургическое лечение.

Несмотря на известные показания и противопоказания к выбору способа операции при прободных дуоденальных язвах (ПДЯ), основным видом операции остается ушивание перфорационного отверстия, которое выполняется у 70–90% больных [16, 28, 42]. Операция малотравматична и доступна широкому кругу хирургов. Особых подходов и хирургического инструментария для её выполнения не требуется, и, как правило, в подавляющем большинстве она спасает больного от смерти [24, 48].

Изученные и многократно описанные предыдущим поколением хирургов неудовлетворительные результаты после ушивания ПДЯ убедительно показали, что эта операция создает новую проблему — проблему ушитой ПДЯ. Часть из них с успехом лечатся консервативно, у другой части (80–85%) — упорные формы заболевания прогрессируют и требуют повторного оперативного вмешательства [6, 13, 32, 39, 45].

А.Е.Аталиев установил, что чаще всего неудовлетворительные исходы хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), осложненной перфорацией, проявляются уже в первые 2–3 года после её ушивания. При этом, основными осложнениями, приводящими к повторным операциям, являются рецидивные и незажившие язвы, их пенетрация, развитие стеноза, а также повторная перфорация и кровотечение из язв. Поэтому, несмотря на определенные показания, чрезмерное увлечение ушиванием прободного отверстия язвы уходит в прошлое [1, 25].

Достаточно высокая частота неудовлетворительных исходов ушивания побудила хирургов к дальнейшим поискам эффективных методов оперативного вмешательства. Сторонники гастроэнтеростомии при ушивании перфоративного отверстия, опасаясь стеноза и стремясь уменьшить нагрузку на швы, дополняли ушивание гастроэнтероанастомозом (ГЭА). В последующем выяснились отрицательные стороны этой операции. Среди последних — пептическая язва анастомоза, «порочный круг», внутреннее ущемление кишечника, сужение и деформация соустья и др. [17, 36].

С.С.Юдин в своих «Этюдах...» указывал на необходимость дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения пациентов с прободными гастродуоденальными язвами (ПГДЯ). При этом Сергей Сергеевич особенно подчеркивал, что первичные резекции составляют «целых 75% от всех оперированных». Соответственно на

ушивание приходилось только 25% операций при ПГДЯ. Летальность при дистальных резекциях желудка (РЖ), выполнявшихся по поводу ПГДЯ в клинике С.С.Юдина в 1930–1940-е годы, находилась в пределах 2,9–8,7% [34].

Вопрос о хирургической тактике при ПГДЯ в России впервые был поднят в 1909 г. на IX съезде хирургов. Представления о хирургических возможностях того времени в отношении перфоративных язв можно найти и в «Руководстве по частной хирургии» G.Tillmans 1914 г. издания, являвшегося настольной книгой для отечественных хирургов того времени. Примечательно, что к тому времени был сформулирован один из критериев прогноза исходов при ПГДЯ: распространенность и характер перитонита. Данный критерий является актуальным и сегодня.

Надежды, возлагаемые в последние два десятилетия на снижение частоты прободения язв в связи с применением современных терапевтических средств и фармакологических препаратов, пока не оправдались [43, 47].

Обилие сообщений, развернувшихся вокруг тактики лечения прободных язв, показывает, что интерес к этому вопросу не стихает и имеет актуальное значение. Последнее обстоятельство объясняется тем, что, спасая жизнь больных при данном осложнении, хирург одновременно может избавить значительную часть из них от язвенной болезни [11, 20].

В последние годы возрастает число публикаций, указывающих на целесообразность возвращения к методике РЖ (при наличии показаний к радикальной операции) и при перфоративной дуоденальной язве. Радикальность вмешательства подтверждает тот факт, что частота образования пептических язв после РЖ не превышает 3%. Как будто бы компромиссом между РЖ и ваготомией при язве двенадцатиперстной кишки (ДПК) является антрэктомия, дополненная стволовой ваготомией (СтВ), позволяющая действовать на I и II фазы желудочной секреции [19].

По данным В.С.Савельева [26], РЖ показана больным, у которых наступило прободение старой, особенно каллезной язвы. Однако операция возможна при следующих условиях: 1) отсутствие разлитого фибринозно-гнойного перитонита, который развивается спустя 12 ч после прободения; 2) возраст больного менее 60 лет и отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний; 3) достаточная квалификация хирурга и наличие условий для проведения этой технически сложной операции.

По мнению В.И.Оноприева, а также В.Т.Зайцева и соавт. [10, 22], патологический очаг целесообразно удалять независимо от его локализации. В сложных ситуациях В.И.Оноприев

рекомендует выполнять оперативное лечение в два этапа: на 1-м — сегментарная или мостовидная дуоденопластика, на 2-м (через 1–12 мес) — селективная проксимальная ваготомия (СПВ). По мнению автора, после выполнения дуоденопластики СПВ носит уже не лечебный, а профилактический, противорецидивный характер. Автором также высказывается мнение, что предельно экономная резекция луковицы и её пластика в сочетании с СПВ при осложненных дуоденальных язвах (ДЯ) является радикальной операцией, позволяющей полностью ликвидировать патологический очаг и его осложнения, сохранить интегральную функцию привратника, восстановить форму и функцию ДПК.

В экстренной хирургии ограничение возможностей выполнения селективных вариантов ваготомии и технически трудно осуществимая дуоденопластика, обусловленные объективными факторами неотложной ситуации, делают операций выбора для приверженцев ваготомии ее стволовой вариант с пилоропластикой. Это и определяет крайне негативные функциональные последствия подобных «органосохраняющих» вмешательств [14, 35].

Широко известны так называемые экстрагастральные эффекты ваготомии, проявляющиеся выраженными расстройствами моторики билиарной системы и толстой кишки. Многочисленными экспериментальными работами показано, что СтВ вызывает атонию и дилатацию желчного пузыря, гипокINETическую дискинезию желчных протоков со склонностью к вторичному холелитиазу. Кроме того, известны постваготомические расстройства со стороны других органов и систем, например эректильная дисфункция. Радикальное суждение о ваготомии В.И.Стручкова, высказанное еще в 1974 г.: «...регулирующая функция нервной системы для здорового желудка определяет его работу. Почему же, если он заболел, предлагают лишить его этой регулирующей функции? Ведь больному органу она во сто крат необходимее, а вместо этого предлагают пересечь нервы и живы, как хочешь, без управления» [18]. И совершенно бескомпромиссным было утверждение Я.Д.Витебского, высказанное еще в конце 1970-х годов об антифизиологичном методе ваготомии во всех его клинических вариантах и необратимых изменениях в работе органов пищеварения.

«Переоценка ценностей» ваготомии даже у убежденных приверженцев метода в последние десятилетия ушедшего века была связана с прорывом в фармакотерапии язвенной болезни и появившейся возможностью так называемой медикаментозной ваготомии H_2 -блокаторами. И если в плановой хирургии до сих пор признан возможным выбор того или иного метода селективной ваготомии, то при ПДЯ среди приверженцев ваготомии стало правилом выполнять стволовой вариант вмешательства в сочетании с иссечением язвы. Кроме того, А.Ф.Черноусов [30] подчеркивает, что показания для выполнения СПВ должны ставиться только на основании тщательного изучения, в том числе и интраоперационного, желудочной секреции, что, по понятным причинам, в экстренной хирургии весьма затруднительно.

Над выбором способа дренирующей желудка операции (ДЖО) многие хирурги не задумываются, производя принятые в клинике вмешательства, между тем известно, что одна только пилоропластика снижает желудочную секрецию до 20% [40, 41]. Неадекватная ДЖО является более частой в сравнении с неполной ваготомией причиной рецидива язв [21, 31].

Наилучшие результаты получены после пилоропластики по Финнею, тем не менее при СтВ с пилоропластикой по Финнею рецидив язвы достигает более 8%. При неосложненной пилорoduodenальной язве, прободной и при кровотечении,

когда язва располагается на передней стенке, многие авторы рекомендуют проводить пилоропластику по Гейнеке — Микуличу с иссечением язвы, а пилоропластика по Финнею наиболее целесообразна при пилорoduodenальном стенозе [14, 15].

Не лишена недостатков ваготомии и в ближайшем послеоперационном периоде. Такие осложнения, как дисфагия, моторно-эвакуаторные нарушения желудка и кишечника, механическая непроходимость гастрoduodenального канала в зоне пилоропластики, кровотечения и ряд других, не связанных с особенностями хирургического вмешательства, встречаются в 1–10% наблюдений [2, 14].

Поздние осложнения ваготомии, по данным литературы, встречаются в 9–15% наблюдений [13, 50].

При расположении перфоративной язвы на передней стенке луковицы ДПК и угрозе развития стеноза после простого ушивания с успехом можно использовать также иссечение язвы овальным разрезом с последующей пилоропластикой по Джадду. Подобным же образом выполняют пилоропластику по Хорсли также с иссечением язвы передней стенки ДПК.

При тяжелом состоянии больного, наличии гнойного перитонита, отсутствии подготовленной операционной бригады ряд хирургов ограничиваются простым ушиванием. Пилорoduodenотомическую рану ушивают в поперечном направлении двумя рядами узловых швов, тем самым формируется пилоропластика по Гейнеке — Микуличу. Следует иметь в виду, что при инфильтрированной воспаленной стенке дуоденальной луковицы такой разрез иногда трудно ушить без натяжения. При необходимости следует мобилизовать ДПК по Кохеру.

Иногда при внелуковичных язвах с большим инфильтратом такая пилоромиотомия оказывается недостаточной для того, чтобы через нее выполнить ушивание. В этих случаях разрез следует продлить на ДПК. После ушивания язвы большой разрез следует закрыть по типу пилоропластики по Финнею. При двенадцатиперстных язвах (ДЯ) в отличие от язв желудка ушивание их и в случае перфорации желательнее сочетать с ваготомией, создающей оптимальные условия для их эффективного заживления.

Конец XX в. ознаменовался появлением видеолапароскопических технологий в хирургической гастроэнтерологии. С начала 90-х годов в литературе стали появляться сообщения о лапароскопических операциях при язвенной болезни [27, 50]. Так, в 1990 г. Ph.Mouret впервые сообщил об операциях лапароскопического ушивания перфоративной язвы пилорoduodenальной зоны. По образному выражению автора, лапароскопическое ушивание «заполнило необитаемое пространство между методом Тейлора и традиционным хирургическим лечением перфоративной язвы». О возможностях лапароскопического ушивания язвенного дефекта и эффективной санации брюшной полости сообщается во многих отечественных и зарубежных работах [2, 8, 27, 49].

Первую лапароскопическую стволовую ваготомию (заднюю стволовую, переднюю СПВ) выполнили Mouret и Katkhouda в ноябре 1990 г. Первую успешную, полностью лапароскопическую резекцию желудка выполнили 10.02.1992 г. Goh и соавт. К настоящему времени в мире выполнены более 600 лапароскопических РЖ. Возможность лапароскопической РЖ сообщается многими авторами, но подчеркивается её высокая стоимость и в связи с этим экономическая нецелесообразность выполнения [2, 7, 46].

Внедрение в хирургическую практику радикальной дуоденопластики (ДП) В.И.Оноприевым и соавт. [4, 5] позволило не только снизить летальность и число послеоперационных

осложнений, но и улучшить отдаленные результаты хирургического лечения. Несмотря на преимущества метода, использование радикальной ДП ограничивается специализированным хирургическим центром.

В большинстве случаев окончательно вопрос о выборе вида пилоропластики решается во время операции, при этом важное значение имеют локализация язвы и характер анатомо-морфологических изменений в этой зоне. Если имеются выраженные рубцовые и воспалительные изменения, в качестве ДЖО применяют гастродуоденоанастомоз (ГДА) по Джабулею. Однако данная операция имеет ряд недостатков: невозможность удаления патологического очага и рубцовых тканей, нередко возникновение демпинг-синдрома, высокий процент рецидива язвы [32, 33].

Пилоропластика по Гейнеке—Микуличу чаще применяется как завершающий этап иссечения. Однако в большинстве случаев она не позволяет достичь необходимого увеличения диаметра зоны стеноза, вызывает значительную деформацию гастродуоденального перехода за счет сшивания ригидной продольной мускулатуры стенки желудка в поперечном направлении, что служит причиной развития гастростаза и дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) [9, 32, 44].

Пилоропластика по Джадду широко используется при локализации язвенного процесса на передней полуокружности ДПК и в зоне привратника и заключается в ромбовидном иссечении измененного участка. Но и эта операция имеет существенные недостатки. После иссечения патологического очага разрушается целостность сфинктера привратника, что увеличивает риск недостаточности швов пилоропластики и рубцового сужения просвета сформированного соустья в последующем. Неадекватность дренирования, в свою очередь, обуславливает возможность развития гастростаза, ДГР и рецидива язвы [29, 37].

Ряд авторов отдают предпочтение подковообразной пилоропластике по Финнею. Однако и этот вид пилоропластики имеет недостатки: создается широкое гастродуоденальное соустье, а формирующаяся при этом шпора не только не препятствует рефлюксу желчи, но вследствие травматизации пищевыми массами сама является местом формирования язв [14, 29, 33].

Некоторые хирурги с целью сохранения замыкательной функции привратника и предупреждения демпинг-синдрома и ДГР стали прибегать к ДП. По технике дуоденопластические операции тождественны различным вариантам пилоропластики. Непременным условием для ДП является локализация язвенного процесса вне зоны привратника [23, 29, 38].

Широко применяемые органосохраняющие операции (ОСО) предполагают сохранение пассажа по ДПК, но при этом они нарушают целостность привратника. Причиной демпинг-синдрома и ДГР с развитием антрального гастрита является порочная пилоропластика, когда гастродуоденальный канал сформирован грубо или из неполноценных тканей. Такой канал ригиден и постоянно зияет, продолжительный ДГР приводит к возникновению клиники рефлюкс-гастрита [3, 12, 38].

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует, что методы ушивания прободного отверстия язвы и резекции желудка по сей день занимают определенное место. Они выполняются по известным показаниям. Также известны определенные преимущества и недостатки ДЖО с различными вариантами ваготомий, сопровождающиеся иссечением прободных ДЯ. Однако на сегодняшний день нет сравнительной оценки результатов иссечения прободной дуоденальной

язвы с ДП и сохранением целостности сфинктера привратника с дренирующими желудок операциями, разрушающими его целостность. Это обстоятельство диктует настоятельную необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аталиев А.Е. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв.—М., Ташкент, 1972.—114 с.
2. Афендулов С.А., Краснолуцкий Н.А., Назола В.А. Эндоскопическое лечение и санация брюшной полости при перфоративных гастродуоденальных язвах // Эндоскоп. хир.—1999.—№ 2.—С. 6.
3. Гоер В., Тутченко Н.И., Селемке А.В., Рошин Г.Г. Дуоденогастральный рефлюкс после органосохраняющих операций по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клини. мед.—1990.—№ 8.—С. 34–36.
4. Генрих С.Р. Возможности сохранения и хирургической коррекции привратника при язвенном повреждении гастродуоденального перехода: Дис. ... канд. мед. наук.—Краснодар, 1995.—123 с.
5. Гучетль А.Я. Эндоскопические критерии рубцово-язвенных деформаций ДПК в определении показаний к радикальной дуоденопластике // Труды Республ.центра функциональной хирургической гастроэнтерологии (Краснодар).—1995.—Т. 1.—С. 23–29.
6. Евсеев М.А., Головин Р.А., Ивахов Г.Б. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв.—М., 2008.—С. 73–74.
7. Егиев В.Н. Резекция желудка через минилапаротомию с применением endo GIA // Эндоскоп. хир.—1995.—№ 2/3.—С. 18–20.
8. Ефименко Н.А., Перегудов С.И., Сухоруков А.Л. Современные подходы к эндоскопической видеооперационной хирургии перфоративной гастродуоденальной язвы // Хирургия.—2000.—№ 10.—С. 60–62.
9. Ефимов Н.П., Баттингер В.Ф., Аксеев А.В. Ширина пилорического канала в зависимости от пилоропластики // Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии: Тез. докл.—Иркутск, 1986.—45 с.
10. Зайцев В.Т. Неотложная хирургия брюшной полости.—Киев: Здоровье, 1989.
11. Кокуева О.В. Отдаленные результаты изолированной радикальной дуоденопластики у больных с осложненными формами язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Труды Республиканского центра функциональной хирургической гастроэнтерологии (Краснодар).—1995.—Т. 1.—С. 55–57.
12. Кузнецов В.А., Федоров И.В. Демпинг-синдром как терапевтическая и хирургическая проблема // Хирургия.—1993.—№ 3.—С. 79–82.
13. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв // Хирургия.—1999.—№ 6.—С. 15–19.
14. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Перегудов С.И. и др. Перфоративные гастродуоденальные язвы.—М., СПб., 2001.—202 с.
15. Лебедев Л.В., Курыгин А.Н., Тарбаев С.Д. Влияние дренирующей операции на желудочную секрецию больных язвой двенадцатиперстной кишки после ваготомии // Вестн. хир.—1987.—№ 11.—С. 31–35.
16. Лобанков В.М., Скуратов А.Г. Социальный статус больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: материалы Всерос. конф.—Саратов, 2003.—С. 61.
17. Лохвицкий С.В., Прошин А.В., Тургунов Е.М. и др. Резекция желудка с терминолатеральным гастродуоденоанастомо-

- зом как способ профилактики пострезекционного рефлюкс-гастрита // Актуальные вопросы реконструктивной хирургии пищевода и желудка: Материалы Респ. науч.-практ. конф. хирургов «Вахидовские чтения-98». — Ташкент, 1998. — С. 152–153.
18. Лубенский Ю.М., Нихинсен Р. А., Грушкин В. А. и др. Вопросы тактики и выбора операции при гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. — 1989. — № 10. — С. 44–47.
 19. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. — СПб.: Гиппократ, 2000. — С. 25–36.
 20. Маневич В.Л., Харитонов Л.Г., Зейналов С.Г. Выбор метода повторной операции после ушивания перфоративного отверстия дуоденальной язвы // Хирургия. — 1990. — № 3. — С. 31–35.
 21. Нечай А.И., Ситенко В.М., Курыгин А.А. и др. Результаты стволовой ваготомии при язве двенадцатиперстной кишки через 10 лет и более после операции // Вестн. хир. — 1985. — № 3. — С. 17–24.
 22. Оноприев В.И. Этюды функциональной желудочной хирургии. — Краснодар, 1995. — 215 с.
 23. Панцырев Ю.М., Сидиренко В.И. Методические подходы к оценке отдаленных результатов оперативных вмешательств с ваготомией при дуоденальной язве // Диагностика и лечение постваготомических осложнений. — М., 1987. — С. 5–16.
 24. Постолов П.М., Гук Е.В. Дуоденогастральный рефлюкс до и после хирургического лечения язвенной болезни // Вестн. хир. — 1988. — Т. 147, № 1. — С. 37–41.
 25. Пучков К.В., Сергеев И.В., Полит Г.Г. и др. Сравнительная оценка результатов различных видов резекций желудка по Бильрот-II // Материалы науч.-практ. конф. «Хирургия-2000». — М., 2000. — С. 286–287.
 26. Савельев В.С., Буянов В.М. Балалыкин А.С. Эндоскопия органов брюшной полости. — М.: Медицина, 1977. — 288 с.
 27. Сажин В.П., Жаболенко В.П., Карлов Д.И. Лапароскопические операции в лечении прободных язв двенадцатиперстной кишки // Эндоскоп. хир. — 2001. — № 2. — С. 54–55.
 28. Сидоренко В.И., Тегердиев Ю.Б., Столярова Л.Ф. Стволовая ваготомия с пилоропластикой при прободных язвах // Клин. хир. — 1984. — № 8. — С. 18–20.
 29. Телешов Б.В. Выбор вида пилоро- и дуоденопластики при селективной проксимальной ваготомии у больных с язвенным пилорoduоденальным стенозом: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1989. — 220 с.
 30. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л. Селективная проксимальная ваготомия. — М.: ИздАТ, 2001. — 158 с.
 31. Чернякевич С.А., Доронская С.Д., Саврасов В.М. Моторная и эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки при рецидива язвы после ваготомии с дренирующими операциями // Клин. хир. — 1980. — № 8. — С. 11–14.
 32. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. — Киев: Медицина, 1997. — 486 с.
 33. Шапошников А.В., Неделько А.И., Пантеева Л.А. Ваготомия в лечении пилорoduоденальных язв. — Ростов н/Д, 1989. — 189 с.
 34. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. — М.: Медицина, 1955. — С. 189–190.
 35. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Мед-прессинформ, 2002. — 376 с.
 36. Alizadeh N. et al. Conservative treatment of gastroduodenal peptic ulcer perforations: indications and results // Schweiz. Med. Wochenschr. Suppl. — 1997. — Vol. 89. — P. 17–19.
 37. Baxter J.H., Grime J.S., Critchley M. et al. Relationship between gastric emptying of a solid meal and emptying of the gall bladder before and after vagotomy // Gut. [FVT]. — 1987. — Vol. 28, № 7. — P. 855–863.
 38. Burden W.R., Hodges R.P., O'Leary J. P. Alkaline reflux gastritis // Surg., clin. North, Am. — 1991. — Vol. 71, № 1. — P. 33–44.
 39. Deslandres C. et al. Perforated duodenal ulcer in a pediatric patient with eosinophilic gastroenteritis // Can. J. Gastroenterol. — 1997. — Vol. 11 (3). — P. 208–212.
 40. Henrion C., Laemont P. Duodenal ulcers. Vagotomy-antrectomy or vagotomy-pyloroplasty. Comparison after ten years (author's transl) // J. Chir. (Paris). — 1981. — Vol. 118 (3). — P. 155–60.
 41. Kondo T., Oka S., Wada M. et al. Gastric ulceration after selective proximal vagotomy with or without pyloroplasty // Arch. J. PN. Chir. — 1980. — Vol. 49, № 3. — P. 353–358.
 42. Kurygin A.A. et al. The late results of the surgical treatment of perforated gastroduodenal ulcers in young people // Vestn Khir Im II Grek. — 1996. — Vol. 155 (6). — P. 32–33.
 43. Kurygin A.A. et al. The surgical treatment of gastroduodenal ulcers complicated by perforation and hemorrhage // Vestn. Khir Im II Grek. — 1997. — Vol. 156 (1). — P. 20–23.
 44. Lukasiewicz S., Jonderko K. A comparative study on gastric emptying secretory status in the early postoperative period after truncal vagotomy with two pyloroplasty variants performed for peptic ulcer disease, Heineke-Mikulicz pyloroplasty and comparison with the classical routine // Tokay. J. Surg. Clin-Med. — 1990. — Vol. 15, № 6. — P. 467–475.
 45. Moon D. et al. Perforated duodenal ulcer presenting with shock in a child // Am. J. Emerg. Med. — 1997. — Vol. 15 (2). — P. 167–169.
 46. Mouret P., Meinero M. et al. Laparoscopic emergencies // Laparoscopic surgery. — Milano, 1994. — P. 373–397.
 47. Potashov L.V. et al. The pathophysiological basis of vagotomy in perforated duodenal ulcers // Vestn Khir Im II Grek. — 1997. — Vol. 156 (1). — P. 17–19.
 48. Satsukevich V.N. et al. The choice of the surgical assistance in perforated duodenal ulcers in servicemen on active duty // Voen Med Zh. — 1995. — № 10. — P. 22–23.
 49. Siu W.T., Leong H.T., Li M.K. W. Single stitch laparoscopic omental patch repair of perforated peptic ulcer // Coll. Surg. Edinb. — 1997. — Vol. 42. — P. 92–94.
 50. Taylor T.V., Bhandarkar D.S. Laparoscopic vagotomy // Ann. Royal. Surg. — 1993. — Vol. 75. — P. 385–386.

Поступила в редакцию 02.02.2011 г.