

© Коллектив авторов, 2012  
УДК 616.33/.342-002.45-07-089-092

К. М. Курбонов, М. Г. Хамидов, Ф. Ш. Сафаров, Дж. Шарипов

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — академик АМН РТ проф. К. М. Курбонов),  
Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибн Сина

**Ключевые слова:** окислительный стресс, иссечение перфоративных язв, ваготомия, лапароскопия.

**Введение.** Хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки относятся к наиболее частым заболеваниям органов пищеварительно-го тракта и представляют актуальную проблему гастроэнтерологии с позиций терапевтов и хирургов.

Известны традиционные расхождения взглядов терапевтов и хирургов на лечение язвенной болезни, заключающиеся в стремлении одних использовать исключительно консервативные методы, а других — чаще применять хирургический способ лечения. Нечего греха таить, что терапевты нередко переходят грань допустимого, настоятельно и порой безуспешно применяя лекарственные препараты в тех случаях, когда язвенная болезнь приобрела осложненные формы. Однако и хирурги, проявляя необоснованную активность, в ряде случаев оперируют пациентов с неосложненной язвенной болезнью, когда еще не использованы возможности современной консервативной терапии. В ее арсенале имеются достаточно эффективные средства: блокаторы  $H_2$ -рецепторов третьего поколения, ингибиторы протонной помпы, новые препараты репаративного действия и антихеликобактерные средства [1, 2, 9].

Однако, несмотря на высокие возможности современной терапии и профилактики язвенной болезни, частота перфоративных язв не имеет тенденции к снижению [1, 2, 5]. Следует констатировать тот факт, что в силу известных социально-экономических причин более 80% больных с язвенной болезнью не могут позволить себе адекватное медикаментозное, санаторно-курортное лечение и диетотерапию [1, 3, 10, 11]. Именно поэтому в настоящее время большинство таких пациентов оказываются не на амбулатор-

ном приеме у терапевта-гастроэнтеролога, а в отделении неотложной хирургии.

Несмотря на значительный технический прогресс в медицине, диагностика перфораций гастродуоденальных язв (ПГДЯ) требует дальнейшего усовершенствования [3–5]. Примерно в 25–28% случаев при отчетливой клинике перфораций отсутствуют такие объективные данные, как наличие свободного газа и жидкости в брюшной полости при рентгенологическом и ультразвуковом исследованиях [4, 6, 12].

В лечении ПГДЯ до настоящего времени многие хирурги предпочтение отдают простому ушиванию перфоративной язвы с проведением комплексной противоязвенной терапии. Однако непосредственные и тем более отдаленные результаты таких операций оставляют желать лучшего [3, 10, 13]. Так, после ушивания ПГДЯ послеоперационная летальность составляет 5–19%, рецидив язвы отмечается в 70–80% наблюдений, повторные перфорации развиваются в 14–60% случаев и пилородуоденальные стенозы — в 45–57% [1, 3, 8, 10]. Несмотря на огромный опыт применения стволовой ваготомии с пилоропластикой в лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки и доказанную эффективность этой операции у 85% больных [9], сторонники ушивания прободных язв до сих пор считают любой перитонит противопоказанием к выполнению «радикальных» вмешательств.

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения пациентов с перфорацией хронических гастродуоденальных язв.

**Материалы и методы.** В нашей клинике за период 2005–2010 г. оперированы 180 больных с ПГДЯ. Мужчин было 120 (66,7%), женщин — 60 (33,3%). Возраст пациентов составил от 18 до 68 лет. Длительность заболевания до момента перфорации была  $(7,8 \pm 1,2)$  года. У 18% больных прободение язвы явилось первым клиническим проявлением болезни. Из 180 пациентов с ПГДЯ у 77 (42,8%) имела место

перфорация хронической язвы двенадцатиперстной кишки, у 94 (52,2%) — перфорация «немых язв» и у 9 (5,0%) — перфорация острых гастродуоденальных язв.

Диагностика ПГДЯ не представляла каких-либо затруднений при наличии трех известных составляющих: язвенного анамнеза, симптомокомплекса, рентгенологических и ультразвуковых данных. Из 180 пациентов у 131 (72,8%) больного диагноз перфорации полого органа не вызывал сомнений и был поставлен в дооперационном периоде на основании клинико-рентгенологических и ультразвуковых данных. В целях дифференциальной диагностики при неясной картине заболевания и атипичной форме перфорации выполнялись фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и лапароскопия (n=26), во всех случаях (n=49) диагноз был подтвержден.

В сроки до 6 ч от начала заболевания поступили 140 (77,8%) пациентов, от 6 до 24 ч — 19 (10,5%), свыше 24 ч — 21 (11,7%). Причиной поздней госпитализации (более 6 ч) явилось наличие атипичных форм ПГДЯ: прикрытая перфорация (n=24), перфорация язвы в клетчатку забрюшинного пространства (n=5) и прободение язвы малой кривизны желудка (n=9) в сальниковую сумку, а также перфорация пептической язвы в зоне рубцово-спаечного процесса (n=1). Во всех (n=40) перечисленных случаях атипичное течение заболевания привело к диагностическим и тактическим ошибкам на догоспитальном этапе, а также к запоздалому обращению больных за медицинской помощью.

Для изучения роли процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в патогенезе ПГДЯ были изучены показатели диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА) и супероксидсмуазы (СОД) в плазме крови и в биоптатах, взятых из слизистой оболочки в зоне перфорации. Мониторинг оксигенации слизистой оболочки желудка — показателя состояния регионарного кровообращения — осуществляли методом тонометрии с помощью монитора «TONOCAP TC» («Darex-Engstrom», Финляндия), снабженного назогастральным желудочным зондом («TRIP»). При этом оценивали концентрацию ионов водорода в слизистой оболочке желудка (pHi), разницу между регионарной и артериальной концентрацией углекислого газа [Pga CO<sub>2</sub> (CO<sub>2</sub>-gap)] и регионарную концентрацию углекислого газа (Pg CO<sub>2</sub>).

**Результаты и обсуждение.** При анализе клинического материала установлено, что из 180 наблюдений при обзорной рентгенографии живота свободный газ под правым куполом диафрагмы определялся в 131 случае. В 23 наблюдениях при отсутствии пневмоперитонеума выполняли ФГДС, что позволило обнаружить язвенный дефект у 14 пациентов, признаки перфорации — у 5 и выявить сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз пилоробульбарной зоны) — у 4 больных. Кроме того, ФГДС позволила определить локализацию язвы, ее характер, а также исключить наличие второй язвы двенадцатиперстной кишки или желудка.

При выполнении ФГДС у больных создается повышенное давление в желудке и «луковице» двенадцатиперстной кишки (за счет инсuffляции воздуха), что приводит к появлению свободного газа в брюшной полости даже при наличии при-

крытой перфорации. Для выявления свободного газа в брюшной полости после ФГДС обязательно выполняли рентгенологическое исследование. Появление свободного газа в брюшной полости после ФГДС являлось объективным подтверждением диагноза перфоративной язвы. Свободный газ при повторном рентгенологическом исследовании был обнаружен у 14 из 23 больных.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнено 58 больным, при этом в 30 наблюдениях определили свободный газ в брюшной полости, а в 10 — свободную жидкость. В 18 случаях, несмотря на наличие типичной клинической картины ПГДЯ, не удалось обнаружить достоверных рентгенологических и ультразвуковых признаков перфорации.

В сомнительных ситуациях, когда диагноз перфоративной язвы не был верифицирован традиционными методами исследования, больным выполнялась диагностическая лапароскопия, которой подверглись 92 пациента, в том числе 26 больных с атипичной формой перфорации. В 9 наблюдениях лапароскопию выполняли одновременно с ФГДС. Диагноз подтвержден в 100% случаев.

Для правильного выбора вида оперативного вмешательства при ПГДЯ важное значение имеет оценка патогенетических механизмов развития этого осложнения [4–6]. В этой связи для выяснения роли процессов ПОЛ в патогенезе ПГДЯ было изучено содержание ДК, МДА и СОД в плазме и в слизистой оболочке околоживной зоны (табл. 1).

Таблица 1

Показатели продуктов ПОЛ в слизистой оболочке околоживной зоны (M±m)

| Исследуемый материал                                                   | ДК (мкмоль/мл) | МДА (мкмоль/мл) |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| Здоровые (n=15)                                                        | 1,2±0,03       | 2,21±0,05       |
| Больные с хронической язвенной болезнью без перфорации (n=25)          | 1,9±0,08*      | 3,9±0,06*       |
| Больные с перфорацией хронической язвы двенадцатиперстной кишки (n=42) | 2,3±1,1        | 4,43±0,07*      |

\* p&lt;0,01 (значимость различия показателей между больными и здоровыми).

Результаты исследований показали, что у пациентов с ПГДЯ (n=42) в ткани слизистой оболочки околоживного дефекта отмечается критическое повышение содержания продуктов ПОЛ [ДК — (2,3±1,1) мкмоль/мл, МДА — (4,43±0,07) мкмоль/мл] по сравнению с пациентами с неосложненной язвенной

болезнью [ДК —  $(1,9 \pm 0,08)$  мкмоль/мл, МДА —  $(3,9 \pm 0,06)$  мкмоль/мл]. По мере повышения уровня продуктов ПОЛ наблюдалось значительное снижение содержания СОД в крови. Так, содержание СОД при ПГДЯ составляло  $(6,3 \pm 0,24)$  усл. ед., тогда как при хронической неосложненной язве двенадцатиперстной кишки оно было равным  $(7,3 \pm 0,13)$  усл. ед. Локальная активация процессов ПОЛ в зоне язвы вызывает нарушение микроциркуляции в периаульцерозной зоне с развитием ишемии. Далее происходят активация ПОЛ в тромбоцитах на фоне локального дефицита компонентов антиоксидантной защиты и повышенный синтез индукторов агрегации тромбоцитов с ингибированием образования природного антиагреганта простагландина. Снижение синтеза простагландинов, в свою очередь, приводит к снижению продукции слизи и бикарбонатов, являющихся основным защитным барьером слизистой оболочки желудка, и нарушению кровообращения в слизистом и подслизистом слоях стенки желудочно-кишечного тракта (табл. 2).

У пациентов с перфорацией хронических язв при желудочной тонометрии наблюдалось снижение концентрации ионов водорода в слизистой оболочке желудка. Так, показатель рН составил  $7,16 \pm 0,03$  с одновременным повышением  $P_{ga} CO_2$  ( $CO_2$ -gar) —  $17,2 \pm 2,4$  по сравнению с донорами и пациентами с неосложненной хронической язвой (ХЯ) [рН —  $(7,21 \pm 0,02)$   $P_{ga} CO_2$  ( $CO_2$ -gar) —  $(16,6 \pm 2,2)$ ], что свидетельствует о наличии интрамурального ацидоза и гипоксии слизистой оболочки желудка, и, в конечном итоге, отражает состояние тканевой ишемии, обусловленной нарушением кровообращения в спланхническом бассейне ( $P_g CO_2$  —  $56,2 \pm 2,1$ ).

Морфологические исследования у 24 пациентов показали, что прободение ХЯ возникает в период обострения язвенной болезни с прогрессирующим развитием фибриноидного некроза в области ХЯ, где определяется обширная зона рубцовой ткани, захватывающая всю толщину стенки и значительно превосходящая размеры первичного изъязвления. В зоне ХЯ происходит приспособительная перестройка сосудов с пере-

калибровкой их просвета, свидетельствующая о редукции кровотока с развитием vasa vasorum, прямых синусоидальных анастомозов между артериями и венами. Ультраструктура капиллярной системы, по данным электронной микроскопии, претерпевает также большие изменения — от функционального напряжения до некроза ультраструктур. Полученные данные свидетельствуют о выраженной ишемии тканей в зоне ХЯ, усугубляющейся при прободении и кровотечениях.

Таким образом, данные о динамике показателей ПОЛ и регионарного кровообращения в слизистой оболочке желудка с морфологическими изменениями позволяют сделать заключение об исключительной значимости ишемии и окислительного стресса в патогенезе ПГДЯ. Непосредственной основой ишемического некроза, некроза и развития перфораций язв является окислительный стресс с активацией процессов ПОЛ и недостаточностью системы тканевых антиоксидантов.

Операцией выбора при ПГДЯ в большинстве случаев является ушивание прободного отверстия. Это хирургическое вмешательство, целью которого является спасение жизни больного, в техническом отношении легко выполнимо и обеспечивает благоприятные ближайшие результаты. Отрицательной стороной данной методики считается высокая частота рецидивов язвенной болезни.

Главным аргументом, склоняющим хирургов к простому ушиванию язвы, выдвигается перитонит. Исследования последних лет [3, 4, 6, 10, 11] показывают, что выполнение радикальных оперативных вмешательств в сочетании с ваготомией при ПГДЯ в реактивной и токсической фазах перитонита осуществимо и существенно влияния на исход операции не оказывает. Неудаленная хроническая перфоративная язва (рубцово-язвенная зона) является участком со сниженными защитными свойствами, стойкими патоморфологическими изменениями, зоной с высокой степенью обратной диффузии ионов водорода, что может способствовать рецидивированию язвенной болезни [8].

Таблица 2

Показатели желудочной тонометрии слизистой оболочки желудка ( $M \pm m$ )

| Показатели                   | Здоровые (n=15) | Неосложненная хроническая язва (n=16) | Перфоративная хроническая язва (n=18) |
|------------------------------|-----------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| рН                           | $7,41 \pm 0,02$ | $7,21 \pm 0,02^*$                     | $7,16 \pm 0,03^*$                     |
| $P_{ga} CO_2$ ( $CO_2$ -gar) | $5,3 \pm 1,3$   | $16,6 \pm 2,2^*$                      | $17,2 \pm 2,4^*$                      |
| $P_g CO_2$                   | $38,2 \pm 1,2$  | $52,2 \pm 2,2^*$                      | $56,2 \pm 2,1^*$                      |

\*  $p < 0,01$  (значимость различий между показателями больных с перфорацией и без перфорации).

Прошивание патоморфологически измененных краев перфоративной ХЯ увеличивает ишемию и ведет к расширению зоны некроза и реперфорации. Кроме того, прошивание и затягивание нитей в рубцово-некротических тканях часто сопровождается прорезыванием лигатур или неполным затягиванием их, что приводит к несостоятельности зоны ушитой перфорации. Исходя из сказанного, ушивание ПГДЯ не является оптимальным методом хирургического лечения. Аргументом в пользу необходимости иссечения хронической осложненной язвы является тот факт, что швы накладываются на здоровые ткани и снижается риск развития несостоятельности. Необходимо также отметить, что фактор «аутоиммунной агрессии» имеет существенное значение в патогенезе ХЯ и ее осложнений [4, 7, 8, 14]. Источником антигенного раздражения является сама язва с окружающими ее рубцовыми тканями. Иссечение язвы в пределах здоровых тканей приводит к исчезновению аутоенсибилизации и значительному снижению титра аутоиммунных антител.

Таким образом, на основании приведенных выше аргументов, можно сделать окончательный вывод о необходимости иссечения язвенного субстрата с окружающей зоной ишемизированных рубцовых тканей при ПГДЯ.

В этой связи для лечения пациентов с ПГДЯ эффективно применялись радикальные оперативные вмешательства с иссечением ХЯ в сочетании с ваготомией, а также использованием современных технологий (табл. 3).

Традиционное ушивание перфоративной язвы выполнено 33 больным с перфорацией острых и немых язв, разлитым перитонитом и абдоминальным сепсисом.

Больным, поступившим в клинику в первые часы от момента перфорации, у которых анамнез не был отягощен тяжелыми сопутствующими заболеваниями, предоперационная подготовка не проводилась.

Больные с перфоративными язвами, поступившие в поздние сроки от момента перфорации с выраженными водно-электролитными нарушениями или другими расстройствами жизненно важных функций, получали необходимую предоперационную подготовку в течение 2–4 ч.

Органосохраняющие оперативные вмешательства в сочетании с различными вариантами ваготомии были выполнены 54 пациентам с ПГДЯ, осложненной перитонитом без признаков абдоминального сепсиса. Предпочтение отдавали разработанной в клинике (Автор. свид. 0285 ТЛ от 14.09.2010) методике иссечения перфоративной язвы с формированием антирефлюксной поперечной пилорoduоденопластики в сочетании со стволовой ваготомией (СтВ). В послеоперационном периоде летальный исход имел место в 2 случаях.

В случаях (n=81), когда было принято решение о выполнении лапароскопического пособия (перфорация «немых» язв, отсутствие абдоминального сепсиса и тяжелых сопутствующих заболеваний), операцию начинали с обзорной лапароскопии с целью уточнения распространенности перитонита, его фазы, локализации и характера язвы, величины перфорационного отверстия. Далее эвакуировали инфицированный выпот, брали экссудат для бактериологического исследования и определения чувствительности к антибиотикам. Ушивание перфорационного отверстия при диаметре инфильтрата менее 1 см проводилось путем наложения интракорпорального и Z-образного

Таблица 3

### Характер оперативных вмешательств при перфорации гастродуоденальных язв

| Характер оперативных вмешательств                                                                                                 | Абс. число | %    | Осложнения | Летальность |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|------------|-------------|
| Иссечение язвы с антирефлюксной поперечной пилорoduоденопластикой и СтВ                                                           | 54         | 30,0 | 8          | 2           |
| Традиционное ушивание перфоративных язв                                                                                           | 33         | 18,3 | 12         | 4           |
| Лапароскопическое ушивание «немой» перфоративной язвы с селективной ваготомией                                                    | 28         | 15,6 | 3          | 1           |
| Лапароскопическое ушивание «немой» перфоративной язвы с эндоскопической трансгастральной химической ваготомией                    | 21         | 11,7 | 2          | –           |
| Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы с отсроченной эндоскопической трансгастральной химической ваготомией                | 17         | 9,4  | 1          | –           |
| Лапароскопически ассистированное ушивание перфоративной язвы с отсроченной эндоскопической трансгастральной химической ваготомией | 15         | 8,3  | 3          | –           |
| Субтотальная резекция желудка                                                                                                     | 12         | 6,7  | 4          | 2           |

**Показатели ПОЛ и желудочной тонометрии через 3–4 года после различных вариантов лечения ПГДЯ (n=52) (M±m)**

| Показатели                                 | Здоровые (n=15) | Традиционное ушивание ПГДЯ (n=20) | Иссечение ПГДЯ с СтВ (n=32) |
|--------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| ДК, мкмоль/мл                              | 1,2±0,03        | 1,9±0,03**                        | 1,3±0,01*                   |
| МДА, мкмоль/мл                             | 2,21±0,03       | 4,2±0,04**                        | 2,3±0,01*                   |
| pHi                                        | 7,41±0,2        | 7,24±0,4                          | 7,40±0,5                    |
| Pga CO <sub>2</sub> (CO <sub>2</sub> -gar) | 5,2±1,3         | 8,4±1,4                           | 6,1±1,2                     |
| Pg CO <sub>2</sub>                         | 38,2±1,2        | 43,3±1,6*                         | 39,1±1,7                    |

\* p<0,01 — значение различий между различными вариантами лечения.

\*\* p<0,001 — различие показателей по сравнению с таковыми у здоровых.

швов (n=58) с применением рассасывающегося материала викрил № 2/0–3/0. При диаметре язвенного инфильтрата более 1 см (n=23) перфорационное отверстие ушивалось синтетическим нерассасывающимся монофиламентным материалом с экстракорпоральным формированием узлов по Roeger. Для повышения физической и биологической герметичности в 18 наблюдениях линию швов дополнительно герметизировали пластинами «Тахокомб» или прядью сальника. После ушивания перфорационного отверстия и санации брюшной полости в 28 наблюдениях выполнена лапароскопическая селективная ваготомия, в 21 случае лапароскопическое ушивание перфоративных язв сочетали с эндоскопической трансгастральной химической ваготомией (патент РТ № TJ 116). При этом в 2 наблюдениях имело место сочетание перфорации с кровотечением. Для выполнения эндоскопической трансгастральной химической ваготомии использовали 33% этиловый спирт. Следует подчеркнуть, что в 22 наблюдениях эндоскопическую химическую ваготомию выполняли в отсроченном порядке (на 3–4-е сутки) после лапароскопического ушивания перфоративной язвы (n=17) и лапароскопически ассистированного ушивания ПГДЯ (n=5).

В 15 наблюдениях был использован лапароскопически ассистированный (конверсионный) способ лечения перфорации «немых» язв с отсроченной эндоскопической трансгастральной химической ваготомией, т. е. сочетание лапароскопии с целью диагностики и санации брюшной полости и минилапаротомного доступа для ушивания перфорационного отверстия. Отказ от лапароскопического ушивания ПГДЯ в 34 наблюдениях был обусловлен большим размером перфорационного отверстия (n=8), выраженным перифокальным инфильтратом (n=10), локализацией перфоративной язвы на малой кривизне желудка (n=10), сочетанием перфорации с другими осложнениями язвенной болезни (n=2), а также

при перфорации ХЯ (n=4). После лапароскопических вмешательств осложнения имели место у 9 больных с одним летальным исходом, причиной которого явился острый инфаркт миокарда.

В послеоперационном периоде после выполнения традиционного ушивания перфоративных язв гнойно-септические осложнения наблюдались у 12 пациентов. Летальный исход имел место в 4 случаях. После субтотальной резекции желудка, выполненной по поводу перфорации язв малой кривизны желудка (n=12), осложнения наблюдались в 4 случаях с одним летальным исходом.

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения перфораций ХЯ органосохраняющими (n=32) и традиционными (n=20) методами лечения у 52 больных показало существенное превосходство органосохраняющих оперативных вмешательств (табл. 4).

Так, в сроки от 3 до 4 лет показатели ПОЛ [ДК — (1,3±0,01) мкмоль/л; МДА — (2,3±0,01) мкмоль/л] и регионарного кровообращения [pHi — (7,40±0,5), Pga CO<sub>2</sub> (CO<sub>2</sub>-gar) — (6,1±1,2), Pg CO<sub>2</sub> — (39,1±1,7)] в желудке достигали нормальных значений, тогда как у пациентов контрольной группы эти показатели находились на критическом уровне. Согласно классификации Visik, отличные отдаленные результаты были получены у 27 пациентов, хорошие — у 3 и неудовлетворительные — у 2 больных.

Отдаленные результаты лапароскопического и лапароскопически ассистированного ушивания перфорации «немых» язв в сочетании с эндоскопической ваготомией за эти же сроки (от 1 до 4 лет) были изучены у 59 пациентов из 81. Отличные отдаленные результаты отмечены у 47 пациентов (79,7%), хорошие — у 7 (11,8%), удовлетворительные — у 3 (5,1%) и неудовлетворительные — у 2 (3,4%) больных. Причиной неудовлетворительных результатов явилось развитие стеноза «луковицы» двенадцатиперстной кишки.

**Выводы.** 1. В патогенезе перфорации хронических гастродуоденальных язв ведущая роль отводится «окислительному стрессу». Критическое повышение уровня продуктов ПОЛ в периульцерозной зоне сопровождается нарушением регионарного кровообращения с развитием ишемического некробиоза и некроза.

2. Ультразвуковое исследование является информативным методом диагностики типичных перфораций гастродуоденальных язв. Лапароскопия позволяет своевременно и эффективно диагностировать прикрытые и атипичные формы перфораций.

3. При перфорации хронических язв передней стенки двенадцатиперстной кишки целесообразно выполнение иссечения перфоративной язвы с антирефлюксной поперечной пилородуоденопластикой и стволовой ваготомией.

4. Лапароскопическое ушивание перфоративных язв в сочетании с эндоскопической трансгастральной химической ваготомией является патогенетически обоснованным методом лечения прободных «немых» язв двенадцатиперстной кишки.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Артмеладзе М. С. Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Пермь, 2007.—21 с.
- Багненко С. Ф., Курыгин А. А., Синенченко Г. И. и др. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение // Вестн. хир.—2009.—№ 6.—С. 12–15.
- Борисов А. Е., Веселов Ю. Е., Руруа К. Д. Постульцерорафический синдром, причины развития и патогенетические формы // Вестн. хир.—2010.—№ 3.—С. 25–28.
- Велигоцкий Н. Н. Удаление осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика.—Харьков: Прапор, 2005.—81 с.
- Гостищев В. К., Евсеев М. А., Головин Р. А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия.—2004.—№ 3.—С. 10–16.
- Гринберг А. А., Гришко С. Г., Стоярова Д. Х., Канарейцева Т. Д. Регионарный кровоток и секреторная функция желудка у больных с дуоденальной язвой // Клини. мед.—1987.—№ 4.—С. 72–74.
- Здрольский П. Ф. Проблема инфекции, иммунитета и аллергии.—М.: Медицина, 1969.—210 с.
- Комарчук В. В. Изменение защитного слизистого барьера гастродуоденальной зоны после органосохраняющих операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Харьков, 1993.—24 с.
- Курыгин А. А., Румянцев В. В. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии.—СПб.: Гиппократ, 1992.—362 с.
- Поташов Л. В., Морозов В. П., Дид-Зурабова Е. С. Патологические особенности ваготомии при перфоративных дуоденальных язвах // Вестн. хир.—1997.—№ 3.—С. 17–19.
- Ратнер Г. Л., Корымазов Е. А., Смирницкий В. В. и др. Нужна ли ваготомия при прободных язвах? // Вестн. хир.—1995.—№ 4–6.—С. 118–123.
- Стрижелецкий В. В., Избасаров Р. Ш. Эндовидеохирургическая технология в диагностике и лечении перфоративных гастродуоденальных язв // Вестн. хир.—2009.—№ 3.—С. 79–82.
- Утешев Н. С., Гуляев А. А., Ярцев П. А. Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами // Хирургия.—2005.—№ 12.—С. 14–51.
- Франкфурт Л. А., Бальзина А. А., Сырников Н. Г. Аутоиммунные процессы в клинической хирургии.—Саратов, 1974.—С. 6–21.

Поступила в редакцию 26.10.2011 г.

K. M. Kurbonov, M. G. Khamidov, F. Sh. Safarov,  
Dzh. Sharipov

#### MODERN ASPECTS OF THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PERFORATIONS OF CHRONIC GASTRODUODENAL ULCERS

Results of the complex diagnosis and surgical treatment of 180 patients with perforation of gastroduodenal ulcers were analyzed. It was shown that in pathogenesis of perforations of chronic gastroduodenal ulcers the leading place belonged to oxidizing stress. A pathogenetically grounded method of treatment of perforations of chronic gastroduodenal ulcers is an excision of the perforated ulcers in combination with vagotomy, but the method of treatment of perforations of «silent» ulcers is videolaparoscopic suture with endoscopic transgastrectic chemical vagotomy.