

35. Schushan-Eisen I., Cohen M., Leibovitch L., Maayan-Metzger A., Strauss T. Bone density among infants of gestational diabetic mothers and macrosomic neonates. *Maternal and Child Health Journal*, 2015, Vol. 19(3), pp. 578-582.

36. Standards of Medical Care in diabetes 2010. *Diabetes Care*, 2010, Vol. 33, Suppl.1, pp. 511-561.

37. Schneeberger C/ Intervention for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy /C.Schneeberger, S.E. Geerlings, P. Middleton, C.A. Crowter. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, Nov. 14, Issue 11.

38. Towpik I., Wender-Ozegowska E. Is diabetes mellitus worth treating? *Ginekologia Polska*, 2014, Vol. 85 (3), pp. 220-225.

39. The relationship between the timing of gestational diabetes screening and HbA1c level and neonatal outcome / Choi Y.J., Kahng J., Bin J.H., Lee H.S. et al. *Korean Journal of Laboratory Medicine*, 2009, Vol. 29(2).

40. The association between birthweight 4000 g or greater and perinatal outcomes in patients with and without gestational diabetes mellitus./ Esakoff TF, Cheng YW, Sparks TN, Caughy AB. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, Vol. 200 (6), pp. 672.

ХУЛОСА

Т.М. Ахмедова, Р.Я. Алиева, М.Я. Комилова,
З.Г. Менгниязова, И.Ш. Сайфудинова, Р.М. Ятимова

БЕМОРИИ КАНД ВА ХОМИЛАДОРӢ

Таҳлили адабиёт дар хусуси норасогии хамроҳак дар занҳои хомили дорои бемории канд ва нозукиҳои омодагии прегравидари барои гузаронидани тадқиқотҳо дар ин равиш водор месозад.

УДК 616.33-002 44-089

Ш.Ш. Сайдалиев, М.М. Мавджудов, Ш.К. Назаров,
Ф.Н. Наджмудинов, С.Г. Али-Заде, С.У. Рахимова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
ГУ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», Душанбе

Сайдалиев Ш.Ш. - к.м.н., асс. кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибн Сино; e-mail: Aka.74@mail.ru

В работе приведены некоторые исторические аспекты лечения urgentного осложнения язвенной болезни – перфорации и обзор ее литературных сведений. Поэтапно освещаются вопросы актуальности болезни с ее социальной направленностью, существующие традиционные методы операции и использование современных технологий, что, безусловно, сказывается на трудоспособности данного контингента больных.

Ключевые слова: язвенная болезнь, перфоративная язва, лечение.

Sh.Sh. Saydaliev, M.M. Mavdzhudov, Sh.K. Nasarov,
F.N. Nadzhmuddinov, S.G. Ali-Zade, S.U. Rahimova

MODERN APPROACHES IN THE TREATMENT OF PERFORATIVE GASTRODUODENAL ULCERS

Department of surgical diseases №1, Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino,
Dushanbe, Tajikistan
State Institution “Emergency Hospital”, Dushanbe, Tajikistan
Saydaliyev Sh. Sh. - Candidate of the Medical Science; assistant at the Department of Surgery №1 of
Tajik State Medical University named after Abuali Ibn Sino, e-mail: Aka.74@mail.ru

The paper presents some of the historical aspects of the treatment of the urgent complication of peptic ulcer – the perforation and its literature review. It gradually highlights topical issues of disease and its social orientation, existing traditional methods of operation and the use of modern technologies, which certainly affects the efficiency of patients.

Keywords: peptic ulcer, perforated ulcer, treatment.

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), являясь самым распространенным заболеванием органов пи-

щеварения среди взрослого населения планеты, остаётся важной социально-экономической проблемой [12, 14, 24, 31, 36]. ЯБ была призна-

на многими специалистами главной проблемой гастроэнтерологии XX века. На сегодня она входит в первую десятку заболеваний, снижающих качество жизни населения планеты. Это касается и её ургентного осложнения - перфорации [3, 16].

Перфоративная (прободная) гастродуоденальная язва (ПГДЯ) известна клиницистам на протяжении веков. Однако, успех хирургического лечения этого осложнения определился в 50 годах XX столетия. Перфорация является весьма частым осложнением хронических и острых язв желудка и ДПК. По литературным данным, частота осложнений ПГДЯ составляет около 3%, но в различные периоды она была неодинаковой [3, 23]. Начало резкого роста частоты перфоративных язв у жителей регионов бывших Союзных республик, в том числе Таджикистана, совпало с распадом СССР, гражданской войной и было обусловлено негативными социально-экономическими и политическими переменами в обществе [3].

По данным статистики, 95% больных с прободной язвой составляют мужчины и лишь 5% приходится на долю слабого пола. Однако, за последние годы отмечена тенденция к увеличению числа прободных язв у женщин. Среди больных с ПГДЯ преобладают лица молодого и среднего возраста. Больные в возрасте до 50 лет составляют около 82% [23, 24]. Встречаются также редкие случаи перфорации ПГДЯ у детей.

По характеру расположения, в условиях периязвенного инфильтрата, который часто сопровождает перфорацию язв, бывает трудно дифференцировать язву начальной части ДПК и пилорического отдела желудка. Учитывая эти трудности, многие авторы [3, 24] объединяют эти две локализации язв одним понятием «пилородуоденальные язвы». На долю пилородуоденальных язв приходится 77,3%, язвы малой кривизны желудка и препилорического отдела составляют 21,4%, а на язвы кардиального отдела приходится лишь 1,5%. В 0,6-5,5% наблюдений имеют место повторные перфорации гастродуоденальных язв. По данным авторов [10, 14], летальность при этом также нередко достигает 17%. Как известно, обострение в клиническом течении язв желудка и ДПК имеет часто сезонный характер, развиваясь при этом преимущественно в весенний и осенний периоды. Именно в это время года, как правило, происходят перфорации язв [1].

Если лечение язвенных кровотечений благодаря применению в 90% случаев миниинвазивных эндоскопических технологий претерпело значительные изменения, то способы закрытия перфоративного отверстия остаются принципиально неизменными [4, 17]. Основной

принцип лечения перфоративных язв, ставший каноническим, сформулировал J. Mikulicz-Radecki: «Каждый врач, столкнувшийся с перфорацией язвы дуоденальной, желудка или кишечника, обязан выполнить лапаротомию, ушить отверстие и предотвратить возможное воспаление тщательным промыванием брюшной полости». Поразительно исчерпывающий и самодостаточный, этот принцип не претерпел существенных изменений более полувека.

Существующий метод консервативной терапии может быть проведен при категорическом отказе больного от оперативного лечения или при невозможности её выполнения из-за отсутствия соответствующих условий [15, 20]. Используется метод Тейлора (1946). Метод выполняется путем активной аспирации содержимого желудка и ДПК дуоденальным зондом. Одновременно проводится противовоспалительная терапия.

Операцией выбора в ургентной хирургии прободной язвы до настоящего времени остается ушивание перфорационного отверстия [7, 12, 35]. Однако, при лапаротомном вмешательстве большая часть времени уходит не на основную этап операции, а на доступ и ушивание раны, а тяжесть течения послеоперационного периода во многом зависит не от объема оперативного вмешательства. При операции по поводу перфоративной язвы должны быть предусмотрены 4 компонента: ликвидация перфорации язвы, санация брюшной полости, комплексное противоязвенное лечение с включением инъекционных форм ингибиторов протонной помпы (ИПП), лечение перитонита [3].

Результатам ушивания перфоративной язвы посвящено множество сообщений [6, 24, 31]. При сужении гастродуоденальной зоны выполняют ушивание перфорации по Оппелю–Поликарпову с наложением гастродуоденостомоза и последующей постоянной аспирацией по назогастральному зонду в течение 2–3 суток после операции. Другие авторы считают ушивание первым этапом радикального лечения перфоративной язвы желудка и предлагают позже выполнять резекцию. В литературе последних лет [6, 7] появились сообщения о новых методах временной и постоянной обтурации перфоративного отверстия. Предлагаются различные пластические методики «пломбировки» перфоративного отверстия, улучшающие непосредственные результаты лечения перфоративной язвы желудка. Многими хирургами [9, 29] приводятся различные варианты закрытия перфорации: катетером с баллоном, эндоскопической оментопластикой, серозно-мышечным лоскутом, наложением поперечных швов, тампонадой сальником на термолабильных металлических кольцах.

Разрабатывался в эксперименте новый открытый способ пластики перфоративного отверстия с тампонадой сальником и закреплении его тремя швами. Однако, попытки найти материал для пластики отверстия ограничивались собственными тканями и не имели достаточного успеха [9]. С целью улучшения кровоснабжения области перфоративного дефекта и ускорения регенерации авторы предлагают ушивать отверстие двумя П-образными швами, а третьим швом фиксировать участок большого сальника с высокой амплитудой пульсовых ассоциаций. При ушивании дефекта стенки желудка предлагается использовать также неволоконистый коллаген с периодом резорбции до 20 суток и антибактериальными свойствами.

Современные малоинвазивные оперативные технологии характеризуются, прежде всего, тем, что при сохраненном объеме хирургического вмешательства имеется целый ряд преимуществ перед традиционной лапаротомией. Диагностический этап видеолапароскопии позволяет избежать выполнения лапаротомии; уменьшаются сроки стационарного лечения; достигается лучший косметический эффект за счет отсутствия послеоперационного рубца; наблюдается скорейшая бытовая и социальная реабилитация больного [18, 19, 21].

К наиболее частым вариантам малоинвазивного лечения перфораций желудка следует отнести лапароскопическое ушивание [13], которое впервые выполнено в 1990 году Nathanson. В настоящее время широкое распространение получили видеолапароскопические операции, которые позволили не только улучшить диагностику перфоративной язвы, но и внести существенные коррективы в традиционные способы лечения перфораций [27, 37]. Однако, единого мнения в отношении использования лапароскопического ушивания прободной язвы в зависимости от размеров перфорационного отверстия нет [16, 35]. В ходе видеолапароскопии ушивание перфорационных отверстий рекомендуется выполнять рассасывающимся шовным материалом, чаще викрилом. При больших отверстиях с инфильтрацией краев язвы рекомендуют выполнять ушивание отверстия в два ряда. Доказана возможность лапароскопического ушивания перфоративной язвы ДПК без наложения пневмоперитонеума с использованием лифтинга. Расширить показания к эндоскопическому лечению перфоративных язв, имеющих «неудобную» для ушивания локализацию, позволяет способ, предложенный Т. Kaneko, с использованием эндоскопического клипирующего приспособления.

Т. Takahara и W. Siu предложили лапароскопическую технологию лечения перфоратив-

ных язв ДПК с использованием петлевого пломбирующего шва. В основу методики положен принцип аутопластического закрытия дефекта прядью большого сальника, примененный В.А. Оппелем и П.Н. Поликарповым. Ряд хирургов в качестве альтернативного способа лечения перфорации используют комбинированные эндоскопическое и лапароскопическое вмешательства, при этом другие во время лапароскопии выполняли интраоперационную фиброгастроскопию и осуществляли втяжение пряди сальника через перфорационное отверстие просвет луковицы ДПК. G. Costalat предложил тампонировать перфорационное отверстие мобилизованной круглой связкой печени, затягивая ее корзинкой Дормиа в просвет органа, проведенной также через биопсийный канал фиброгастроскопа, другие фиксировали прядь сальника по периметру закрытого отверстия с помощью грыжевого степлера. Имеются сообщения зарубежных авторов о лапароскопической оментопластике при перфоративных препилорических язвах [6,7], причем указывается на целесообразность применения эндоскопических методов коррекции перфорации в комбинации с лапароскопической санацией брюшной полости.

Фундаментальный вклад в эндоскопические способы лечения острой хирургической патологии органов брюшной полости, в том числе и при перфоративных гастродуоденальных язвах, внесли и российские ученые [3, 9, 10, 14, 24, 31]. Большинство авторов предлагало втягивать в перфоративное отверстие прядь сальника, закрепляя её фиксирующими нитями и пружинистой клипсой. В практической работе многие хирурги [10, 14, 31] использовали сочетание двух ранее описанных методик, дополняя лапароскопическое ушивание перфорационного отверстия аутооментоплексией. К началу первого десятилетия XXI столетия хирургами крупных зарубежных и отечественных клиник накоплен достаточно большой опыт лапароскопического ушивания перфоративного отверстия путем наложения серозно-мышечных швов с интракорпоральным завязыванием узлов, а также с помощью скобочного шва. Разрабатываются новые доступы и методики лапароскопических вмешательств, предлагается сочетать лапароскопию с минилапаротомией в проекции перфорации [8, 16, 22]. Проведенный сравнительный экономический анализ лапароскопического способа лечения перфоративных язв и «открытого» показал преимущества первого. В ряде случаев во время диагностического этапа лапароскопии или в процессе операции приходится отказываться от эндоскопического ушивания перфорационного отверстия язвы. При-

чинами этого являются прорезывание тканей при ушивании и перитонит; технические трудности; вздутие петель кишечника после фиброгастродуоденоскопии, неудобная локализация перфорационного отверстия, грубая рубцово-язвенная деформация пилоробульбарной зоны [24, 31].

Для улучшения эпителизации при ушивании прободных язв проводят транссерозное обкалывание язвенного инфильтрата смесью диспергированного биоматериала «Аллоплант» и актовегина [16, 25]. Авторами при ушивании «трудных» перфоративных гастродуоденальных язв предлагается формирование серозно-мышечного лоскута из стенки желчного пузыря на питающей ножке, при этом проводится дренирование пузырного протока и сохраняется целостность пузыря.

Таким образом, из последних публикаций следует, что улучшить результаты лечения путем применения видеолапароскопических вмешательств удалось большому числу хирургов [24, 27, 35]. В решении проблемы эффективного лечения перфорации желудка помогает комбинированный метод, который сочетает лапароскопические технологии, малую травматичность и надежность ушивания перфорационного отверстия через малый разрез [3, 16]. Такие вмешательства называют ассистированными малоинвазивными операциями.

Технические предпосылки лечения перфоративных язв с использованием минилапаротомии существуют с 1993 г., когда М.И. Прудковым был предложен набор инструментов для ее выполнения (мини-ассистент). Также разработан новый способ минилапаротомии при лечении перфоративных язв желудка, который предусматривает выполнение трех мини-разрезов и использование ранорасширителя с червячным механизмом и «туннелизация» перфоративной язвы. Авторы выполнили ушивание перфоративной язвы ДПК у 21 пациента из минилапаротомного доступа, без осложнений [16, 24, 31]. Таким образом, главный принцип таких операций заключается в том, что если технически сложно выполнить операцию лапароскопически, целесообразно выполнять ее комбинированно, сочетать открытый способ через минилапаротомный доступ [3, 30, 33, 35]. Вариантом данной методики является лапароскопический лифтинг в сочетании с минилапаротомным доступом. В некоторых работах обосновывается комбинированное применение малоинвазивных операций [18, 34]. Упрощение процесса коррекции перфоративных состояний желудка связывают с разработанным в эксперименте способом эндоскопической оментопластики [16, 35]. Предложенный способ не обеспечивает герметизма «пломбировки» и

надежной фиксации сальника на ножке, что может стать причиной рецидива прободения.

Предложения втягивать биопсийными щипцами гастроскопа в просвет желудка через перфоративное отверстие сальник высказывались рядом авторов [10, 24, 35], однако, сами авторы отмечали недостаточную надежность данного способа и необходимость его доработки. Продолжение данного способа лечения представлено работами многих авторов [3, 7, 10, 17, 31], которыми показаны возможности тампонирования перфоративного отверстия пряжей сальника, при этом фиксация его осуществляется с помощью механического шва эндоскопическим методом.

Новым направлением в хирургической практике с целью бесшовного закрытия перфорационных отверстий язв для уменьшения вероятности развития стеноза в месте перфорации стало применение различных медицинских клеев, фибриновых пленок и фибрин-коллагеновых (ФКС) субстанций [12]. В настоящее время в абдоминальной хирургии успешно применяются несколько видов клея: Tissel, Tissucol, фибриновый клей [2, 32]. Фармацевтическая компания «Nicomed» разработала препарат ТахоКомб, представляющий собой коллагеновую пластину с нанесенными на ее поверхность факторами свертывания крови. В клинико-экспериментальных исследованиях [2] показана альтернативная возможность бесшовного закрытия перфорационного отверстия препаратом ТахоКомб, а также его использование с целью укрепления швов зоны перфорации [2, 28]. Методика бесшовного закрытия перфорационного отверстия предотвращает развитие пилородуоденального стеноза, что особенно важно, так как, по данным А.А. Курыгина [3], каждый 4-й пациент после ушивания перфоративной язвы повторно оперируется в связи с развитием рубцово-язвенного стеноза пилородуоденальной зоны. Наиболее оптимистичные результаты использования бесшовных способов лечения перфорации желудка, апробированные в условиях эксперимента и внедренные в клинику, представлены работами Б. К. Шуркалина [12]. В.Т. Марченко [28], в которых сообщается об использовании медицинского клея «Сульфакрилат» при ушивании перфораций желудка, причем указывается на антибактериальное и противовоспалительное действие данной композиции. В экспериментально-клинических исследованиях рядом хирургов [10, 28] разработан способ ушивания перфорации желудка с использованием полимерной сетки «Prolene» и мембраны «Коллост». Другие ученые [10, 32] из 23 оперированных больных только в одном случае (4,3%) использовали ТахоКомб для закрытия перфорационного отверстия язвы.

Развитие лазерной медицины и накопление знаний и опыта по использованию различных типов лазеров обусловили разработку методов их сочетанного применения для лечения язвенной болезни и её осложнений. Фундаментальными исследованиями ученых установлено, что при лазеротерапии заживление осложненных язв, причем заживление деструктивного дефекта слизистой желудка наступает на две недели быстрее, образуется эластичный рубец без грубой деформации привратника. Установлено также, что при использовании лазерных процедур его применение должно находиться под строгим морфологическим контролем, а наличие метаплазии и, особенно, дисплазии слизистой является противопоказанием для нее. Имеется сообщение о методике химического некролиза, угнетающего кислотно-протеолитическую активность желудка [6]. Для осуществления лазерной фотокоагуляции необходим импульсный хирургический лазер мощностью не менее 2 Вт, доставляемый излучение через эндоскоп. Это возможно благодаря терморегулированию с помощью нанотехнологий, а при сочетании перфорации и кровотечения из язвы комбинированное применение лазерных нанотехнологий обеспечивает надежную коагуляцию и закрытие сосудов без дополнительного наложения лигатур.

С учетом приведенных достижений и индивидуальности подхода к лечению терапия ПГДЯ все же оставляет желать лучшего в плане своевременности распознавания этого острого грозного осложнения язвенной болезни и её адекватной хирургической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 29-37 см. в REFERENCES)

- Алиев С.А., Хыдырова Н.М. Выбор метода рациональной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острым и гастроудоденальным и кровотечениями язвенной этиологии // Хирургия. – 2010. – № 2. – С. 30-37.
- Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Нуржанов Б.А. Роль эндоскопии в хирургическом лечении перфоративных гастроудоденальных язв // 6-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Москва, 2002. – С. 17-19.
- Алипов В.В., Тараскин А.Ф., Лебедев М.С., Цацаев Х.М. Экспериментальное обоснование комбинированной эндоскопической коррекции гастроудоденальных перфораций // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 104-107.
- Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Кадиров К.М. Качество жизни больных с агрессивным течением язвенной болезни // Вестник ТГУ. – 2011. – Т. 16, Вып. 3. – С. 889-892.
- Ахаладзе, Г.Г. Применение препаратов фибринового клея в гепатопанкреатобилиарной хирургии // Consilium Medicum. – 2001. – №6. – С. 320-322.
- Белоногов Н.И., Валька Е.Н., Янголенко В.В. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение. // Медицинский альманах. – 2011. – № 2 (15). – С. 68-71.
- Вавринчук С.А., Косенко П.М., Чернышов Д.С. Современные аспекты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. – Хабаровск: ИПКСЗ, 2013. – 243 с.
- Вачев А.Н., Адыширин-Заде Э.Э., Фролова Е.В., Дергаль С.В., Козлов А.А. Возможно ли расширение показаний к первично-радикальным операциям при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургическая гастроэнтерология. – 2010. – №2. – С. 43-47.
- Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Довнар И.С., Цилиндзь И.Т. Перфоративные гастроудоденальные язвы. Взгляд на проблему выбора метода оперативного лечения. // Новости хирургии. 2014. – Т. 22, № 3. – С. 321-325.
- Головин Р.А., Гостищев В.К., Евсеев М.А. Перфоративные гастроудоденальные язвы: взгляд на проблему. // Российский медицинский журнал. – 2009. – Т. 13, № 25. – С. 11-13.
- Горский В.А. Технические аспекты аппликации биополимера ТахоКомб при операциях на органах брюшной полости // Хирургия. – 2001. – №5. – С. 43-46.
- Давыдов В.Г., Ягудин М.К., Губаев Р.Ф. и др. Опыт лапароскопического лечения перфоративных язв. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 149-150.
- Денисова Е.В., Назаров В.Е. Статистический анализ многолетней заболеваемости как метод оценки эффективности эрадикационной терапии в лечении язвенной болезни и ее осложнений. // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2012. – № 144. – С. 66-75.
- Зайцев О.В., Натальский А.А. Современные тенденции заболеваемости осложненной язвенной болезнью // Фундаментальные исследования. – 2011. – №9. – С. 400-403.
- Избасаров Р.Ж. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастроудоденальных язв. // Эндоскопическая хирургия. – 2013. – № 2. – С. 15-17.
- Кирсанов И.И., Гуляев А.А., Пахомова Г.В., Ярцев П.А., Левитский В.Д., Черныш О.А. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки // Endosk. Hir. – 2010. – №1. – С. 8-12.
- Кривигина Е.В., Жигаев Г.Ф. Консервативное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Клиническая медицина. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 1 (77), Ч. 2. – С. 68-70.
- Крылов Н.Н., Бабкин О.В., Бабкин Д.О. Оценка качества жизни больных после радикальных операций по поводу перфоративных дуоденальных язв. // Сеченовский вестник. – 2016. – № 1(23). – С. 53-58.
- Кудрявцев П.В., Панченков Д.Н., Иванюгин В.А. и др. Лапароскопическое лечение перфоративных гастроудоденальных язв. // Эндоскопическая хирургия. – 2013. – № 1. – С. 311.
- Кульчиев А.А., Елоев В.А. Морозов А.А. Место плановой хирургии в язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение. // Медицинский альманах. – 2011. – № 2 (15). – С. 68-71.

двятиперстной кишки // Хирург. – 2014. – №1. – С. 28–33.

21. Малков И.С., Тагиров М.Р., Коробков В.Н. Видеолaparоскопические технологии в лечении перфоративных дуоденальных язв. // Практическая медицина. – 2010. – №8 (47). – С. 75–78.

22. Оскретков В.И., Прокушева Т.Г., Жежекина Е.В., Климов А.Г., Андреасян А.Р. Этапное медикаментозное лечение больных прободной язвой пилорoduоденальной зоны после ее зашивания. // Хирург. – 2010. – №11. – С. 14–18.

23. Репин В.Н., Костылев Л.М., Поляков С.Н., Матвеева Н.А. Выбор операции при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. // Вестник хирургии. – 2011. – Т. 170, №2. – С. 48–51.

24. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Сим М.И., Шичкин Н.А., Аленкин А.Г. Прободные гастрoduоденальные язвы. // Хирургия. – 2012. – №12. – С. 19–22.

25. Сажин И.В., Сажин В.П. Лапароскопическое лечение перфоративных язв. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2014. – №7. – С. 12–16.

26. Совцов С.А. Выбор способа лечения прободной гастрoduоденальной язвы. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – №11. – С. 41–45.

27. Тимофеев М.Е., Шаповальянц С.Г., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Сочетание эндоскопических методов в диагностике и оперативном лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2016. – №3. – С. 32–39.

28. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Кригер А.Г. Перспективы использования клеевых субстанций в лапароскопической хирургии // Эндос.хир. - 2000. - №6. - С. 4-8.

REFERENCES

1. Aliev S. A., Khydyrova N. M. Vybora metoda ratsionalnoy khirurgicheskoy taktiki pri nestabilnom gemostaze u bolnykh s ostrym i gastroduodenalnymi krvotekheniyami yazvennoy etiologii [The choice of the method of rational surgical tactics for unstable hemostasis in patients with acute and gastroduodenal and bleeding ulcerous etiology]. *Khirurgiya - Surgery*, 2010, No. 2, pp. 30-37.

2. Aliev M. A., Seysembaev M. A., Nurzhanov B. A. [The role of endovideoscopy in the surgical treatment of perforated gastroduodenal ulcers]. *6-y Moskovskyy mezhdunarodnyy kongress po endoskopicheskoy khirurgii* [6th Moscow International Congress on Endoscopic Surgery]. Moscow, 2002, pp. 17-19. (In Russ.)

3. Alipov V. V., Taraskin A. F., Lebedev M. S., Tsatsaev Kh. M. Eksperimentalnoe obosnovanie kombinirovannoy endoskopicheskoy korrektsii gastroduodenalnykh perforatsiy [Experimental substantiation of combined endoscopic correction of gastroduodenal perforations]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal - Saratov journal of medical scientific research*, 2009, No. 1, pp. 104-107.

4. Afendulov S. A., Zhuravlev G. Yu., Kadirov K. M. Kachestvo zhizni bolnykh s agressivnym techeniem yazvennoy bolezni [Quality of life of patients with aggressive course of peptic ulcer]. *Vestnik TGU – Herald of Tomsk state University*, 2011, Vol. 16, Issue 3, pp. 889-892.

5. Akhaladze G. G. Primenenie preparatov fibrinovogo kleya v gepatopankreatobiliarnoy khirurgii [The use of fibrin glue medications in hepatopancreaticobiliary surgery]. *Consilium Medicum*, 2001, No. 6, pp. 320–322.

6. Belonogov N. I., Valyka E. N., Yangolenko V. V. Oslozhneniya yazvennoy bolezni zheludka i dvenadsatiperstnoy kishki i ikh khirurgicheskoe lechenie [Complications of peptic ulcer and duodenal ulcer and their surgical treatment]. *Meditsinskiy almanakh – Medical al*, 2011, No. 2 (15), pp. 68–71.

7. Vavrinchuk S. A., Kosenko P. M., Chernyshov D. S. *Sovremennyye aspekty khirurgicheskogo lecheniya perforativnoy yazvy dvenadsatiperstnoy kishki* [Modern aspects of surgical treatment of perforated duodenal ulcer]. Khabarovsk, IPKSZ Publ., 2013. 243 p.

8. Vachev A. N., Adyshirin-Zade E. E., Frolova E. V., Dergal S. V., Kozlov A. A. Vozmozhno li rasshirenie pokazaniy k pervichno-radikalnym operatsiyam pri perforativnoy yazve zheludka i dvenadsatiperstnoy kishki [Is it possible to expand the indications for primary-radical surgery with a perforated ulcer of the stomach and duodenum]. *Khirurgicheskaya gastroenterologiya – Surgical gastroenterology*, 2010, No. 2, pp. 43–47.

9. Garelik P. V., Dubrovshchik O. I., Dovnar I. S., Cilindz I. T. Perforativnye gastroduodenalnye yazvy. Vzgl'yad na problemu vybora metoda operativnogo lecheniya [Perforated gastroduodenal ulcers. A look at the problem of choosing the method of surgical treatment]. *Novosti khirurgii – News of surgery*, 2014, Vol. 22, No. 3, pp. 321-325.

10. Golovin R. A., Gostishchev V. K., Evseev M. A. Perforativnye gastroduodenalnye yazvy: vzglyad na problem [Perforated gastroduodenal ulcers: a look at the problem]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal – Russian medical journal*, 2009, Vol. 13, No. 25, pp. 11–13.

11. Gorskiy V. A. Tekhnicheskie aspekty applikatsii biopolimera TakhoKomb pri operatsiyakh na organakh bryushnoy polosti [Technical aspects of TahoeComb biopolymer application in abdominal organs surgery]. *Khirurgiya - Surgery*, 2001, No. 5, pp. 43–46.

12. Davydov V. G., Yagudin M. K., Gubaev R. F. Opyt laparoskopicheskogo lecheniya perforativnykh yazv [Experience of laparoscopic treatment of perforated ulcers]. *Almanakh Instituta khirurgii im. A.V. Vishnevskogo – Almanac of institute of surgery named after A.V. Vishnevskiy*, 2011, Vol. 6, No. 1, pp. 149–150.

13. Denisova E. V., Nazarov V. E. Statisticheskiy analiz mnogoletney zaboлеваemosti kak metod otsenki effektivnosti eradikatsionnoy terapii v lechenii yazvennoy bolezni i eyo oslozhneniy [Statistical analysis of long-term morbidity as a method for assessing the effectiveness of eradication therapy in the treatment of peptic ulcer and its complications]. *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena - News of the Russian state pedagogical University. A. I. Herzen*, 2012, No. 144, pp. 66–75.

14. Zaytsev O.V., Natalskiy A. A. Sovremennyye tendentsii zaboлеваemosti oslozhnennoy yazvennoy boleznyu [Current trends of morbidity with a complicated ulcer disease]. *Fundamentalnye issledovaniya - Fundamental study*, 2011, No. 9, pp. 400–403.

15. Izbasarov R. Zh. Laparoskopicheskoe ushivanie perforativnykh gastroduodenalnykh yazv [Laparoscopic suturing of perforated gastroduodenal ulcers]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2013, No. 2, pp. 15–17.

16. Kirsanov I. I., Gulyaev A. A., Pakhomova G. V., Yartsev P. A., Levitskiy V. D., Chernysh O. A. Videolapa-

roskopiya pri probodnoy yazve zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Video laparoscopy for the perforated ulcer of the stomach and duodenum]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2010, No. 1, pp. 8–12.

17. Krivigina E. V., Zhigaev G. F. Konservativnoe lechenie yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Conservative treatment of peptic ulcer of the stomach and duodenum]. *Klinicheskaya meditsina. Byulleten VSNC SO RAMN - Clinical medicine. Bulletin of East Siberian scientific center SB RAMS*, 2011, No. 1 (77), Issue 2, pp. 68–70.

18. Krylov N. N., Babkin O. V., Babkin D. O. Otsenka kachestva zhizni bolnykh posle radikalnykh operatsiy po povodu perforativnykh duodenalnykh yazv [Conservative treatment of peptic ulcer of the stomach and duodenum]. *Sechenovskiy vestnik* - , 2016, No. 1(23), pp. 53–58.

19. Kudryavtsev P. V., Panchenkov D. N., Ivanyugin V. A. Laparoskopicheskoe lechenie perforativnykh gastroduodenalnykh yazv [Laparoscopic treatment of perforated gastroduodenal ulcers]. *Endoskopicheskaya khirurgiya* - , 2013, No. 1, pp. 311.

20. Kulchiev A. A., Eloev V. A., Morozov A. A. Mesto planovoy khirurgii v yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [The planned surgery in duodenal ulcer]. *Khirurgiya - Surgery*, 2014, No. 1, pp. 28–33.

21. Malkov I. S., Tagirov M. R., Korobkov V. N. Videolaparoskopicheskie tekhnologii v lechenii perforativnykh duodenalnykh yazv [Videolaparoscopic technologies in the treatment of perforated duodenal ulcers]. *Prakticheskaya meditsina* - , 2010, No. 8 (47), pp. 75–78.

22. Oskretkov V. I., Prokusheva T. G., Mozhevikina E. V., Klimov A. G., Andreasyan A. R. Etapnoe medikamentoznoe lechenie bolnykh probodnoy yazvoy piloroduodenalnoy zony posle ee zashivaniya [Stage drug treatment of patients with a perforated ulcer pyloroduodenal zone after its suturing]. *Khirurgiya - Surgery*, 2010, No. 11, pp. 14–18.

23. Repin V. N., Kostylev L. M., Polyakov S. N., Matveeva N. A. Vybor operatsii pri perforativnykh yazvakh zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [The choice of surgery for perforated ulcers of the stomach and duodenum]. *Vestnik khirurgii - Herald of surgery*, 2011, Vol. 170, No. 2, pp. 48–51.

24. Rybachkov V. V., Dryazhenkov I. G., Sim M. I., Shichkin N. A., Alenkin A. G. Probodnye gastroduodenalnye yazvy [The choice of surgery for perforated ulcers of the stomach and duodenum]. *Khirurgiya - Surgery*, 2012, No. 12, pp. 19–22.

25. Sazhin I. V., Sazhin V. P. Laparoskopicheskoe lechenie perforativnykh yazv [Laparoscopic treatment of perforated ulcers]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N. A. Pirogov*, 2014, No. 7, pp. 12–16.

26. Sovtsov S. A. Vybor sposoba lecheniya probodnoy gastroduodenalnoy yazvy [The choice of a method for treatment of a perforated gastroduodenal ulcer]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N. A. Pirogov*, 2015, No. 11, pp. 41–45.

27. Timofeev M. E., Shapovalyants S. G., Mikhalev A. I., Fedorov E. D. Sochetanie endoskopicheskikh metodov v diagnostike i operativnom lechenii perforativnoy yazvy dvenadtsatiperstnoy kishki [The combination of endoscopic methods in the diagnosis and operative treatment of perfo-

rated duodenal ulcers]. *Khirurgiya - Surgery*, 2016, No. 3, pp. 32–39.

28. Shurkalin B.K., Gorskiy V. A., Kriger A. G. Perspektivy ispolzovaniya kleevykh substantsiy v laparoskopicheskoy khirurgii [Perspektivy ispolzovaniya kleevykh substantsiy v laparoskopicheskoy khirurgii]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - endoscopic surgery*, 2000, No. 6, pp. 4–8.

29. Alvarado - Aparicio H.A., Moreno - Portilo M. Management of duodenal ulcer perforation with combined laparoscopic and endoscopic methods Surgical. *Endoscopy*, 2004, pp. 1432–2218.

30. Bertleff M.J., Lange J.F. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. *Surgical Endoscopy*, 2010, Vol. 24, No. 6, pp. 1231–1239.

31. Critchley A.C., Phillips A.W., Bawa S.M., Gallagher P.V. Management of perforated peptic ulcer in a district general hospital. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 2011, Vol. 93, pp. 615–619.

32. Elio A., Veronese E., Dosso I., Orcalli F. Laparoscopic approach in the treatment of perforated gastroduodenal ulcer. *Chirurgia Italiana*, 2002, Vol. 1, No. 54, pp. 51–53.

33. Hemmer P.H.J., deSchipper J.S., vanEtten B., Pierie J.P.E.N., Bonenkamp J.J., de Graaf P.W., Karsten T.M. Results of Surgery for Perforated Gastroduodenal Ulcers in a Dutch Population. *Digestive Surgery*, 2011, Vol. 28, pp. 360–366.

34. Kazuaki K., Shinya M., Kiyohide F., Koichi B.I., Hiromasa H., Kenji F. Community-based Evaluation of Laparoscopic versus Open Simple Closure of Perforated Peptic Ulcers. *World Journal of Surgery*, 2011, Vol. 35, pp. 2485–2492.

35. Michal Zacek, Juraj Vana, Boris Babis Laparoscopic closure of perforated gastro-duodenal ulcer: 15 years' experience in our centre. *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques*, 2014, Vol. 9 (4), pp. 578–585.

36. Phillipo L Chalya, Joseph B Mabula, Mheta Koy, Mabula D Mchembe, Hyasinta M Jaka, Rodrick Kabangila, Alphonse B Chandika, Japhet M Gilyoma Clinical profile and outcome of surgical treatment of perforated peptic ulcers in Northwestern Tanzania: A tertiary hospital experience. *World Journal of Surgery*, 2011, Vol. 6, pp. 31.

37. Thorsen K., Soreide J.A., Kvaloy J.T. et al. Epidemiology of perforated peptic ulcer: age- and gender-adjusted analysis of incidence and mortality. *World Journal of Gastroenterology*, 2013, Vol. 19, pp. 347–354.

Ш.Ш.Сайдалиев, М.М.Мавчудов, Ш.К.Назаров, Ф.Н.Начмудинов, С.Г.Ализода, С.У.Рахимова

ЧАРРОҲИҲОИ ҲОЗИРАЗАМОН ДАР ТАБОБАТИ РЕШҲОИ РАХНАШУДАИ МЕЪДА ВА РУДАИ 12 АНГУШТА

Хулоса

Дар мақола нигоҳе ба таърихи решҳои рахнашудаи меъдаю рудаи 12 ангушта назар карда шуда, ҳамчунон усулҳои табобати чарроҳии он оварда мешаванд. Бо афзудани раванди тараккиёти дастгоҳҳои муосир, усулҳои табобати миниинвазивии лапароскопӣ пешниҳод мешаванд. Дар натиҷа фисади оризанокии чарроҳӣ кам шуда қобилияти коршоямии беморон меафзоянд.