

УДК. 617-089.844

АНАЛИЗ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ТРАДИЦИОННОГО МЕТОДОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ПИЛОРОБУЛЬБАРНОЙ ЗОНЫ

Г.С. РЫБАКОВ, А.И. ИСАЕВ, Г.С. КАРСОТЬЯН, М.М. ЭЛЬДЕРХАНОВ, М.А. КУЗНЕЦОВА

*Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова*

Резюме: Перфоративная гастродуоденальная язва является одним из наиболее опасных и тяжелых осложнений, требующих немедленного оперативного лечения. Правильно и адекватно определенная изначально тактика и метод лечения, является несомненным залогом успешного исхода. Все это зависит от возраста больных, коморбидности заболевания, сроков госпитализации, оперативного доступа и метода ушивания перфорации. В настоящее время существует множество методов хирургической коррекции от строго радикальных до паллиативных, а нужно выбрать тот, который нужен конкретному больному. Широкое внедрение в urgentную хирургию малоинвазивных эндоскопических технологий, позволило использовать лапароскопию при ушивании перфоративных язв пилоробульбарной зоны, улучшить послеоперационную реабилитацию больных и снизить продолжительность лечения. Анализ литературы показывает, что отмечается недостаточное количество публикаций анализирующих способы ушивания перфоративных пилоробульбарных язв. На основании проведенного исследования мы решили определить показания, преимущества и недостатки миниинвазивных и традиционных технологий при лечении больных с перфоративной язвой пилоробульбарной зоны.

Ключевые слова: перфоративная язва, urgentная хирургия, малоинвазивные эндоскопические технологии.

ANALYSIS OF MINIMALLY INVASIVE AND TRADITIONAL METHODS OF SUTURING OF PERFORATED ULCERS PYLOROBULBAR ZONE

RYBAKOV G.S., ISAEV A.I., KARSOTYAN G.S., ELDERKHANOV M.M., KUZNETSOVA M.A.

*Department of surgical diseases and clinical angiology of the faculty of dentistry and clinical angiology
of the dental faculty of the Moscow state medico-stomatological University. A.I. Evdokimov
(rector - corresponding member. Russian Academy of Sciences, Professor O.O. Yanushevich)*

Abstract: Perforated gastroduodenal ulcer is one of the most dangerous and serious complications requiring immediate surgical treatment. Properly and adequately defined initially, tactics and method of treatment, is the absolute key to a successful outcome. It all depends on the age of patients, comorbidity of the disease, duration of hospitalization, surgical access and methods for suturing perforations. Currently, there are many methods of surgical correction strictly from radical to palliative, and need to choose one that is needed a particular patient. The widespread introduction of the urgent surgery minimally invasive endoscopic technology, allowed the use of laparoscopy closure of perforated ulcers pylorobulbar zone to improve postoperative rehabilitation of patients and reduce the duration of treatment. The analysis of literature shows that there is lack of publications analysing the ways pyloroplasty suturing of perforated ulcers. On the basis of issledovani we decided to determine the indications, advantages and disadvantages of minimally invasive and traditional technologies in the treatment of patients with perforated ulcer pylorobulbar zone.

Key words: perforated ulcer, emergency surgery, minimally invasive endoscopic techniques.

Современный уровень знаний этиологии, патогенеза язвенной болезни, значительное количество новых селективных фармакологических средств влияющих на звенья патогенеза, позволяют добиться, со значительной вероятностью, полного излечения [1;6]. Препаратом первого ряда для лечения язвы является омепразол, с помощью которого рубцевание язвы достигается в 95% случаев и быстро устраняются симптомы заболевания [5;7]. Однако несмотря на это, у 10-15% больных выявляются осложнения в виде перфорации, угрожающие жизни [8;9]. По данным литературы

консервативное лечение перфораций язвы впервые описано, как метод Taylor (1946) [10], в нашей стране среди хирургов широкого понимания не получило [6;11]. Впервые об успешном консервативном лечении перфоративных язв в России, было сообщено А.С. Ермолов и соавт. [4], и В.П. Сажин [5] на съезде эндоскопических хирургов (2015г.). Отмечено значительное увеличение числа больных молодого и старческого возраста, перфораций «зеркальных» и хронических язв с большими размерами и грубыми морфологическими изменениями [13;14;15]. Перфоративная гастродуоденальная язва

является одним из наиболее опасных и тяжелых осложнений, требующих немедленного оперативного лечения [8;9;12]. Правильно и адекватно определенная изначально тактика и метод лечения, является несомненным залогом успешного исхода [9;16]. Наиболее часто (до 75%), язвенная перфорация локализуется на передней поверхности пилоробульбарной зоны. Летальность колеблется от 1,5% до 40% [17;18;19], а если больные госпитализируются после 24 часов с момента перфорации, умирает до 50% пациентов [9;20;21]. Все это зависит от возраста больных, коморбидности заболевания, сроков госпитализации, оперативного доступа и метода ушивания перфорации [22;23;24]. До 75% больных, как правило поступают в вечернее и ночное время, [9;6;25]. После установленного диагноза, перед хирургом возникает ряд вопросов связанных со сроками развития язвы, имеющих осложнения в двенадцатиперстной кишке, брюшной полости, степени выраженности эндотоксикоза и СПОН. Хирург должен четко определиться с объемом оперативного пособия, после которого больной останется жив [4;5;8;9;11;18;19;26]. В настоящее время существует множество методов хирургической коррекции от строго радикальных до паллиативных, а нужно выбрать тот, который нужен конкретному больному [5;9;21;22]. Широкое внедрение в ургентную хирургию малоинвазивных эндоскопических технологий, позволило использовать лапароскопию при ушивании перфоративных язв пилоробульбарной зоны, улучшить послеоперационную реабилитацию больных и снизить продолжительность лечения [9;21;22;24]. Анализ литературы показывает, что отмечается недостаточное количество публикаций анализирующих способы ушивания перфоративных пилоробульбарных язв. На основании проведенного исследования мы решили определить показания, преимущества и недостатки миниинвазивных и традиционных технологий при лечении больных с перфоративной язвой пилоробульбарной зоны.

Материал и методы

Проведен ретроспективный и проспективный анализ лечения 340 больных, находившихся на лечении в нашей клинике с 2012 по 2016 г.г. по поводу перфорации пилоробульбарной зоны. Возраст пациентов колебался от 24 до 90 лет. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Мужчин – 217 (63,8%), преимущественно среднего и пожилого возраста, женщин – 123 (36,2%), в основном среднего и пожилого возраста. При проведении анализа больные разделены на 4 группы (по ВОЗ). Молодого возраста – 56 (16,5%) больных, среднего возраста 109 (32%), пожилого возраста – 126 (37,1%) больных и старческого – 49 (14,4%) больных. По тяжести состояния 37 (10,9%) больных, изначально были госпитализированы в отделение реанимации. Коморбидные изменения были выявлены в основном у больных пожилого и старческого возраста, что представляло большие сложности при выборе тактики лечения и объема оперативного

пособия, представлены в таблице 2. Заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 93,6% больных, органов дыхания у 47,4% пациентов, хроническая венозная недостаточность у 31,4% и сахарный диабет у 23,4%.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол (возраст)	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Молодой (18-44)	39	18	17	13,8	56	16,5
Средний (45-59)	74	34,1	35	28,5	109	32,0
Пожилой (60-74)	88	40,5	38	30,9	126	37,1
Старческий (75-90)	16	7,4	33	26,8	49	14,4
Всего	217	63,8	123	36,2	340	100

Таблица 2

Сопутствующие заболевания в анализируемой группе больных

Пол (возраст)	Возраст							
	18-44		45-59		60-74		75-90	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сердечно-сосудистая система	0	0	9	8,3	107	84,9	49	100
Дыхательная система	0	0	15	13,7	34	27	49	100
Сахарный диабет	1	1,8	2	1,8	7	5,5	34	69,4
Хронический панкреатит	2	3,6	17	15,6	21	16,6	21	42,9
Хронический пиелонефрит	0	0	5	4,6	7	5,5	18	36,7
Состояние после операции желчных путей.	2	3,6	3	2,8	11	8,7	17	34,7
Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей	0	0	6	5,5	18	14,3	37	75,5
Всего	5		48		205		225	

При лечении больных учитывали диаметр перфорации и величину инфильтративного вала. Предпочтение отдавали миниинвазивным технологиям, наиболее часто видеолапароскопическому лечению. Показанием к лапароскопическому ушиванию перфорации считали: перфорация в диаметре от 0 до 10 мм, инфильтративный вал от 0 до 10 мм, при отсутствии распространенного перитонита, без сопутствующих осложнений (стеноз, кровотечение, пенетрация), при госпитализации больного до 12 час с момента развития осложнения. При всех других состояниях выполняли конвер-

сию. Диагностическая лапароскопия выполнена 301 (88,5%) больному, в 264 (77,6%) переведена в лечебную. Из-за распространенности процесса пришлось перейти на конверсию у 37 (10,9%) больных. ФГДС перед лапароскопическим ушиванием выполнялось во всех случаях. После 24 часов с момента перфорации госпитализировано 76 (22,4%) больных, преимущественно старческого возраста с коморбидным статусом. Для определения тяжести состояния больных использовали международную балльную систему по APACHE-11, результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Шкала тяжести состояния и прогноза летальности по APACHE – II (n=340)

Баллы	Число больных		Возможная летальность,%
	Абс.	%	
5-9	108	31,8	4,0
10-14	97	28,5	6,0
15-19	86	25,3	20
20-24	25	7,4	25
25-29	12	3,5	45
30-34	7	2,1	65
35 и более	5	1,5	85

Из представленных в таблице 3 данных следует, что значительное число больных третьей группы и все больные чет-

вертой, госпитализированные при поступлении в отделение реанимации, имели плохой прогноз выздоровления. Операционно анестезиологический риск определяли по системе ASA. Результаты представлены в таблице 4, из которой следует, что у больных третьей и особенно четвертой групп имелся высокий риск оперативного лечения.

При перфоративной язве пилородуоденальной зоны ушивание выполняли отдельными однорядными и 2-х рядными швами. При конверсии предпочтение отдавали лапаротомии из минидоступа. Операцию по Опелю-Поликарпову использовали после конверсии и в осложненных случаях.

Для сравнительного анализа эффективности ушивания перфоративных язв пилоробульбарной зоны с использованием миниинвазивных и традиционных методов было проведено ретроспективное изучение развившихся осложнений, изменений в зоне ушитой перфорации через 1-5 лет. Ряд больных госпитализировались по их желанию. Часть больных отвечали на вопросы по телефону. Использовали опросник с такими вопросами как:

1. комфортность жизни в послеоперационном периоде
2. болевой синдром,
3. тошнота, изжога, рвота,
4. изменение в весе тела.

Статистический анализ проводили с помощью таблиц, использовали t-критерий Стьюдента.

Таблица 4

Операционно – анестезиологический риск по ASA

Класс	Характеристика больных	Летальность, связанная с анестезией, абс.	%
I	Практически здоровые пациенты	0	0
II	Больные с незначительной системной патологией без нарушения функция	56	16,5
III	Больные с системной патологией и с нарушением функций, которые могут быть компенсированы лечением	109	32,1
IV	Больные с тяжелой патологией, угрожающей жизни и приводящей к несостоятельности функций, требующие постоянного приема лекарственных средств	115	33,8
V	Больные с тяжелыми заболеваниями, приводящими к смертельному исходу в течение 24 ч без оперативного вмешательства	60	17,6
	Всего	340	100

Результаты

Всего видеолaparоскопия была выполнена 301 (88,5%) больному. В первой группе 52 (92,8%) больным, во второй группе 90 (82,6%), в третьей 115 (91,3) больным, в четвертой группе 7 (14,3%). Язвенный дефект располагался на передней стенке пилорического отдела желудка, ближе к малой кривизне у 147 (43,2%) больных, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки у 112 (32,9%) больных, у 5 (1,5%) больных в позадуоденальной области.

Видеолaparоскопическое ушивание перфоративной язвы в пилоробульбарной зоне выполнено 264 (77,6%) пациентам. Всем больным заводился назо-еюнальный зонд, для снижения внутрикишечного давления, раннего лаважа электролитными растворами и при необходимости в последующем кормлении. Размер дефекта колебался от 2 до 7 мм. В 5 (1,9%) случаях, при сомнении в герметичности, повторно выполнено ФГДС с введением до 1,5 л воздуха. Герметичность подтверждена, дополнительного ушивания не потребовалось. В брюшной полости, во всех случаях, имелся серозно-фибринозный ограниченный перитонит, выполнена санация и дренирование. Летальных исходов в этой группе не было. Осложнения отмечены у 2 (0,8%) больных, выявлена несостоятельность в зоне ушитой перфорации. Выполнена лапаротомия, повторное ушивание с назогастральной и интестинальной интубацией. Осложнений не было. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Причиной несостоятельности явились технические погрешности (период освоения данной операции в клинике). При опросе этих больных через пять лет, отмечено удовлетворительное течение послеоперационного периода. При ЭГДС признаков стенозирования в зоне ушитой перфорации нет. Признаков язвообразования нет. Имеется гипертрофированный рубец.

После 24 часов с момента заболевания было госпитализировано 76 (22,4%) пациентов с перитонитом, гиповолемией и полиорганными изменениями обусловленными возрастом, коморбидностью и поздним поступлением. После соответствующей инфузионной подготовки в условиях отделения реанимации, больные оперированы. Лапароскопия выполнена в 37 (48,7%) случаях, но из-за распространенности процесса пришлось перейти на конверсию. Открытые операции выполнены в первой группе 4 (7,1%) больным, во второй группе 19 (17,4%), в третьей 11 (8,7%), в четвертой 42 (85,7%) больным. Всего выполнено 76 (22,4%) открытых операций. При осмотре перфорация локализовалась в пилорическом отделе у 57 (75%) больных, в луковице 12 перстной кишки у 19 (25,0%) больных. Размеры язвы колебались от 5 до 15 мм, с каллезными краями и инфильтративным валом от 5 до 10 мм.

Операция из мини-доступа выполнена после конверсии у 35 (10,3%) больных. В 28 (80,0%) случаях язва локализовалась в пилорическом отделе желудка, что позволило иссечь края язвенного инфильтрата без технических сложностей и выполнить пилоропластику без ваготомии. В 7 (20%) случа-

ях язва локализовалась в луковице 12 перстной кишки, была острой, иссечения краев дефекта не требовалось, перфоративное отверстие более 10 мм, а инфильтративный вал до 5 мм. Ниша ушита 2-х рядным атравматическим швом. Перитонит серозно-фибринозный ограниченный. Выполнена санация и дренирование из мини-доступа. У всех больных после операций из мини-доступа, выполнялось заведение назоэнтерального зонда на 40-60 см в тощую кишку. Летальных исходов в этой подгруппе не было. Осложнения, в виде нагноений в послеоперационной ране, имелись у 3 (8,6%) больных. Причиной нагноений явились инфицирование во время операции и нарушение кровообращения в кожном крае раны за счет перерастяжения.

Наиболее тяжелой была группа больных старческого возраста, которым выполнена традиционная лапаротомия в 41 (12,1%) случае. В этой группе больных кроме коморбидных осложнений имелся распространенный перитонит, с выраженной инфильтрацией в пилорoduodenальной зоне и пенетрацией в печеночно-дуоденальную связку и/или в поджелудочную железу. Ушивание перфорации с оментопластикой по Оппелю-Поликарпову выполнено 34 (82,9%) больным. В 7 (17,1%) случаях по жизненным показаниям, в связи с отрывом двенадцати перстной кишки в зоне язвы, выполнена резекция желудка. В этой подгруппе также выполнена назогастральная и интестинальная интубация, санация и дренирование брюшной полости, по поводу распространенного фибринозного перитонита.

Таблица 5

Оперативные вмешательства выполненные в группах

Вид операции	Лапароскопическое ушивание		Мини-доступ		Традиционная лапаротомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Группа	0	0	9	8,3	107	84,9	49	100
I группа	0	0	15	13,7	34	27	49	100
II группа	1	1,8	2	1,8	7	5,5	34	69,4
III группа	2	3,6	17	15,6	21	16,6	21	42,9
IV группа	0	0	5	4,6	7	5,5	18	36,7
Всего	2	3,6	3	2,8	11	8,7	17	34,7

В послеоперационном периоде, лечение проводилось в отделении реанимации согласно принятому в клинике алгоритму. Несостоятельность в зоне ушитой культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) отмечена у 2 (4,9%) больных, в зоне ушитой перфорации у 1 (2,4%) пациента. Всем больным выполнялись программные санации, поскольку учитывая тяжесть исходной операционной ситуации, несостоятельность прогнозировалась. Острая дыхательная недостаточность на фоне ХНЗЛ и сердечная недостаточность, в виде мерцательной аритмии и экстрасистолии имелась у 4 (9,8%)

больных. Тромбоз ветвей легочной артерии отмечена у 2 (4,9%) пациентов. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 3 (7,3%) больных, у 1 (2,4%) имелось расхождение швов апоневроза (эвентрация). Умерло в этой подгруппе после открытых операций 4 (9,8%) больных. Виды выполненных миниинвазивных и традиционных оперативных вмешательств представлены в таблице 5.

Таким образом, в анализируемой группе больных (340 пациентов) после использования миниинвазивных и традиционных способов лечения получены следующие результаты, которые представлены в таблице 6.

Таблица 6

Виды операций и осложнения

Осложнения	Вид операции					
	Лапароскопическое ушивание		Мини-доступ лапаротомия		Традиционная лапаротомия	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Несостоятельность швов ушитой перфорации	2	0,7	0	0	1	2,4
Несостоятельность швов культи ДПК	0	0	0	0	2	4,9
Сердечно – сосудистые	0	0	0	0	4	9,8
Бронхо – легочные (ТЭЛА)	0	0	0	0	2	4,9
Инфицирование раны	0	0	3	8,6	3	7,3
Расхождение швов апоневроза (эвентрация)	0	0	0	0	1	2,4
Умерло всего	0	0	0	0	4	9,8

При анализе осложнений отмечено, что несостоятельность швов ушитой перфорации имела место после видеолaparоскопического пособия - у 2 (0,7%) больных в период освоения лапароскопической методики ушивания перфораций. Летальных исходов не было. Больные после лапаротомии выписаны в удовлетворительном состоянии. На основании полученных результатов, необходимо отметить, что видеолaparоскопическое вмешательство только кажется несложным пособием. Во время лапароскопии выполняется диагностический поиск, который может быть переведен в лечебное пособие. В этой связи, особенно на дежурстве в ночное время, эту операцию должен выполнять опытный хирург, владеющий лапароскопическим швом, умеющий за короткий период времени адекватно оценить имеющуюся ситуацию и быть способным отказаться от лапароскопического пособия если имеется высокий риск осложнений и перейти на конверсию.

На первом съезде хирургов ЦАО в Рязани, (2017), многие докладчики предлагали во время лапароскопического ушивания перфораций язв, с целью укорочения времени операции, отказаться от санации и дренирования брюшной полости, ссылаясь на бактерицидный характер желудочного содержимого. Мы, имея многолетний опыт лапароскопических вмешательств на органах брюшной полости, не поддерживаем этого мнения.

После открытой операции из мини-доступа отмечено нагноение послеоперационной раны, в 3 (8,6%) случаях, летальных исходов не было. Основная причина нагноений – нарушение антисептики и микроциркуляции кровообращения в кожном крае раны за счет перерастяжения-период освоения методики операций из мини-доступа. Операция из мини-доступа может быть альтернативой лапароскопическому способу ушивания перфораций. Если больному по анестезиологическим показаниям можно выполнить лапароскопию, а размер перфорации превышает 10 мм, локализация ниши неудобна для лапароскопического пособия, имеется распространенный перитонит, можно выполнить санацию и дренирование брюшной полости. Произвести лапаротомию из мини-доступа и ушить перфорацию.

После традиционной лапаротомии имелись осложнения в виде несостоятельности швов ушитой перфорации у 1 (2,4%) больного, швов культи ДПК у 2 (4,9%) больных, а также сердечно-сосудистые у 4 (9,8%), бронхо-легочные у 2 (4,9%), инфицирование послеоперационной раны у 3 (7,3%) с эвентрацией в 1 (2,4%) случае. Умерло после традиционной лапаротомии 4 (9,8%) больных.

Считаем необходимым напомнить, что лечение язвенной болезни не заканчивается оперативным пособием. Не зависимо от способа операции как в предоперационном периоде, так и после, больной должен получать лечение по противоязвенному алгоритму с включением хирургических особенностей, только тогда можно добиться адекватной ремиссии болезни.

Анализ полученных результатов представлен в таблице 7, из которой следует, что преимущества видеолaparоскопического метода несомненны по всем параметрам: Комфортность жизни отмечена у всех больных. Ранний послеоперационный период независимо от объема выполненного пособия протекает легче. Осложнения отмечены у 2 (0,7%) пациентов, имела место несостоятельность в зоне ушитой перфорации, повторно оперированы, выписаны без осложнений. Реабилитация протекала легче и по срокам короче. Работа ЖКТ восстанавливалась на 3-5 суток раньше, чем после открытых операций. Диспепсических и моторно-эвакуаторных нарушений не было. Недостатки: У больных пожилого и старческого возраста с коморбидностью, не всегда можно выполнить лапароскопию из-за высокого риска анестезиологического пособия.

Операция из мини-доступа выполнена в 1-й 2-й группах больным неотягощенным коморбидностью. Осложнения

имелись у 3 (8,6%), умерших не было. Болевой синдром в послеоперационном периоде беспокоил в течение 3-5 суток. Нетрудоспособность была снижена в течение 2-х месяцев и более. При контрольной ФГДС признаки стеноза и деформации в зоне операции выявлены у 2 (5,7%). Увеличение массы тела отмечено у 30% через 5-6 месяцев после операции.

Традиционная лапаротомия выполнена по жизненным показаниям наиболее тяжелой группе больных, у которой коморбидность отмечена в 100%, случаев. При поступлении 10,9% больных были госпитализированы в отделение реанимации по тяжести состояния. По всем параметрам (APACHE-II, ASA) в дооперационном периоде прогнозировался высокий риск осложнений и летальности. Осложнения отмечены у 31,7% больных. Умерло 4(9,8%) больных.

Таблица 7

Анализ полученных результатов

Вид операции	Видеолапароскопия	Открытые операции	
		Мини-доступ	Традиционная лапаротомия
Параметры (через 1-5 лет)			
Осложнения	2(0,7%)	3(8,6%)	13(31,7%)
Стеноз в зоне ушивания	(-)	(-)-(+)	(-) – (+)
Деформация в зоне ушивания	(-)	(-)-(+)	(+) –(-)
Боль	(-)	(-)-(+)	(+)-(-)
Тошнота	(-)	(-) –(+)	(+) –(-)
Рвота	(-)	(-)	(+) –(-)
Увеличение массы тела	(+)	(+) –(-)	(-) –(+)
Снижение массы тела	(-)	(-)	(-) –(+)
Комфортность жизни	(+)	(+)	(+) –(-)

(+) - было; (-) - не было, впереди стоящий знак, указывает на превалирование симптома (+) или (-).

Выводы

1. Видеолапароскопическое ушивание неосложненных перфоративных пилоробульбарных язв размерами ниши до 10 мм и инфильтративного вала до 10 мм, без перитонита является приоритетным.

2. Открытая лапаротомия с использованием мини-доступа, является операцией выбора у больных с перфорацией язвы пилоробульбарной зоны, не требующей резекции желудка и отсутствии распространенного перитонита.

3. Открытая лапаротомия из традиционного доступа может быть выполнена во всех случаях, когда невозможно использовать миниинвазивные вмешательства.

Список литературы

1. Алекберзаде А.В., Крылов Н.Н., Рустамов Э.А., Бадалов Д.А., Поповцев М.А. «Ушивание перфоративной пептической язвы: лапароскопическое или открытое?» // Хирургия, 2017.-№2.-С.45-50.
2. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Михайлов Д.В., Постолюк М.П. Возможности консервативного лечения прободной язвы. Хирургия. 2016. 5:69-73.
3. Винников Ю.С., Аксютенко А.Н., Теплякова О.В., Колесниченко О.А., Попов Д.В. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста. МХЖ. С.31-36.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. «Радикальные перитонитные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами» // Хирургия, 2009. - №3. - С.10-16.
5. Ермолов С.А., Кирсанов И.И., Ярцев П.А., Гуляев А.А., Радыгина М.В., Тарасов С.А., Левитский В.Д. Совершенствование методов видеолaparоскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Альманах Института хирургии имени В.А. Вишневского. 2015;1: 55 - 56.
6. Избасаров Р.Ж. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв. Эндоскопическая хирургия. 2013;19(2):15-17.
7. Каттабеков О. А., Ризаев К.С., Атаджанов Ш.К. Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного лапароскопического ушивания перфоративных язв дуоденальных язв.Аналы хирургии. 2009. 3:32-36.
8. Крылов Н., Винничук Д. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды. Врач 2012;1:15-20.
9. Сажин В.П. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Национальные клинические рекомендации. Программный доклад XVIII съезда РОЭХ. М. 2015.
10. Сажин И.В., Сажин В.П., Бронштейн П.Г. и др. Лапароскопическое лечение перфоративных язв. Хирургия. 2014; 7:12-16.
11. Совцов С.А., Подшивалов В.Ю., Потемкин А.В. Лапароскопически-ассистированный способ хирургического лечения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия, 2007. - №3. - С.7-9.
12. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated Peptic Ulcer Disease:A Review of History and Treatment. DigSurg.2010;27(3):161-169.
13. Brinkman J.M., Oddens J.R., Van Royen B J., et al. Non-operative treatment for perforated gastro-duodenal peptic ulcer in Duchenne Muscular Dystrophy: A case report. BMC Surg. 2004;8:4:1
14. Goldacre M.J. Inflammatory bowel disease, peptic ulcer and diverticular disease as certified causes of death in an English population 1979-2003 // European journal Gastroenterology and Hepatology. 2008. Vol.20. № 2. P.96-103.
15. Kang J.Y., Elders A., Majeed A. Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982-2002// Alimentary Pharmacological Therapy. 2006. Vol.24. №1.P.65-79.
16. Kohler L. Endoscopic surgery: what has passed the test? Word J Surg.1999;23:816-824.] .
17. Lau H. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer:ameta-analysis. Surg Endosc.2004;18:1013-1021.
18. Lunevicius R, Morkevicius M. Management strategies,earlyresult s,benefits and risk factors of laparoscopicrehair of perforated peptic ulcer. World J Surg. 2005;29:1299-1310.
19. Malfertheiner P, Chan F.K, McColl K.E. Peptic ulcer disease. Lancet. 2009; 374(9699):1449-1446.

20. **Moller M.H., Adamsen S, Wojdemann M, Moller AM.** Perforated peptic ulcer: how to improve outcome? *Scand J Gastroenterol.* 2009;11(1):15-22.

21. **Sanabria AE, Moralis CH, Villegas MI.** Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 (4): CD 004778.

22. **Seelig MH, Seelig SK, Behr C et al.** Comparison between open and laparoscopic technique in the management of perforated gastroduodenal ulcers. *J ClinGastroenterol.* 2003;3:226-229.

23. **Svanes C.** Trends in perforated peptic ulcer incidence, etiology, treatment, and prognosis. *World J Surg.* 2000; 24:277-283.

24. **Taylor H.** Perforated peptic ulcer treated without operation. *Lancet.* 1946;2:441-444.

25. **Quenot JP, Thiery N, Barbar S.** When should stress ulcer prophylaxis be used in the ICU? *Curr Open Crit Care.* 2009;15(2): 139-143.

26. **Yeomans ND.** Overview of 50 years progress in upper gastrointestinal diseases. *GastroenterolHepatol/2009;24(3):2-4.*

Сведения об авторах

Рыбаков Граф Сергеевич – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии стоматологического факультета ФГБОУ ВО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21, корпус 5. Тел.: 8(916)658-15-72, E-mail: Grafrybakov@yandex.ru.

Исаев Али Исаевич – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии стоматологического факультета ФГБОУ ВО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21, корпус 5, Тел.: 8(926)264-27-64, E-mail: Aliisaev79@mail.ru.

Карсотьян Григорий Сергеевич – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии стоматологического факультета ФГБОУ ВО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21, корпус 5, Тел.: 8(903)969 -18-59 E-mail: Regrigkars@yandex.ru.

Эльдерханов Магомедсалам Магомедзапирович – к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии стоматологического факультета ФГБОУ ВО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, 27206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21, корпус 5, Тел.: 8(985)145-59-19, E-mail: Dr.Elderkhanov@mail.ru.

Кузнецова Мария Алексеевна – старший лаборант кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии стоматологического факультета ФГБОУ ВО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, 27206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21, корпус 5, Тел.: 8(903)575-99-34 E-mail: Infanta23@yandex.ru.

Information about the authors

Rybakov Graf Sergeevich – MD, Professor, Department of surgical diseases and clinical angiology of the dental faculty of the Moscow state medico-stomatological University. A. I. Evdokimov, 127206, Moscow, street Vucheticha, d. 21, case 5, Tel: 8(916)658-15-72, E-mail: Grafrybakov@yandex.ru

Isayev Ali Isaevich – MD, PhD, associate Professor in the Department of surgical diseases and clinical angiology of the dental faculty of the Moscow state medico-stomatological University. A. I. Evdokimov, 127206, Moscow, street Vucheticha, d. 21, case 5, Tel: 8(926)264-27-64, E-mail: Aliisaev79@mail.ru

Karsotyan Grigory Sergeevich – PhD, associate Professor in the Department of surgical diseases and clinical angiology of the dental faculty of the Moscow state medico-stomatological University. A. I. Evdokimov, 127206, Moscow, street Vucheticha, d. 21, case 5, Tel: 8(903)969 -18-59, E-mail: Regrigkars@yandex.ru

Elderkhanov Magomedsalam Magomedzapirovich – MD, PhD, assistant Professor of surgical diseases and clinical angiology of the dental faculty of the Moscow state medico-stomatological University. A. I. Evdokimov, 127206, Moscow, street Vucheticha, d. 21, case 5, Tel: 8(985)145-59-19, E-mail: Dr.Elderkhanov@mail.ru

Kuznetsova Maria Alexeevna – senior laboratory assistant of Department of surgical diseases and clinical angiology of the dental faculty of the Moscow state medico-stomatological University. A. I. Evdokimov, 127206, Moscow, street Vucheticha, d. 21, case 5, Tel: 8(903)575-99-34, E-mail: Infanta23@yandex.ru