

И.Г. Мугатасимов, А.И. Баранов, В.И. Халепа, В.Т. Шапран

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗА 5 ЛЕТ

I.G. Mougatasimov, A.I. Baranov, V.I. Khalepa, V.T. Shapran

MINI-INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCERS: THE ANALYSIS OF TREATMENT RESULTS FOR 5 YEARS

ГБОУДО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1», г. Новокузнецк

Представлен анализ результатов хирургического лечения пациентов с прободной язвой за 5 лет. Малоинвазивные операции способствуют ранней активизации больных, уменьшению послеоперационного болевого синдрома, снижают количество послеоперационных осложнений, но не уменьшают послеоперационную летальность.

Ключевые слова: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, минидоступ, единый лапароскопический доступ.

The analysis of results of surgical treatment of patients with perforated ulcers for 5 years is presented. Minimally invasive surgeries promote early activity of patients, reduction of a postoperative pain syndrome and number of postoperative complications, but do not decrease postoperative mortality.

Key words: perforated duodenal ulcer, mini-approach, single incision laparoscopic surgery.

УДК 616.33/.34-002.45-089.819.168:615.07|550|

ВВЕДЕНИЕ

Успехи консервативного лечения больных язвенной болезнью очевидны, что, однако, не решает проблему рецидивирования заболевания [1, 2]. В результате снижается индекс качества жизни этих больных, а у многих больных рецидив сопровождается развитием опасных для жизни осложнений. Общим результатом в настоящее время является, с одной стороны, повсеместное снижение количества плановых хирургических вмешательств, с другой – увеличение количества экстренных операций по поводу осложненных форм язвенной болезни – кровотечений, перфорации, стеноза [4]. Эта ситуация не может не беспокоить хирургов. Количество осложненных форм язвенной болезни, прежде всего перфораций, не имеет тенденции к уменьшению, а, по мнению отдельных авторов, продолжает расти [6]. Это обстоятельство порождает возобнов-

ление дискуссии по вопросу о выборе способа хирургического лечения прободной язвы. У зарубежных исследователей имеется однозначная позиция, которая заключается в том, что при перфоративной язве как желудка, так и двенадцатиперстной кишки выполняется операция простого ушивания перфоративного отверстия с последующим проведением комплексного лечения [9, 13]. В России хирургическая тактика при прободной язве сильно варьирует. Несомненно, наиболее часто применяется операция простого ушивания перфорации как наиболее простая, надежная, позволяющая спасти жизнь пациенту [5]. Но в то же время различные хирургические школы, кафедры, клиники предпочитают какой-либо способ оперативного лечения, и часто в одном крупном мегаполисе или субъекте Российской Федерации есть клиники, которые при перфоративной пилородуоденальной язве выполняют только ваготомию, другие же – только

резекцию желудка. При этом выработанная тактика не распространяется за пределы этих клиник, где по-прежнему основным вмешательством является операция простого ушивания перфоративного отверстия. В настоящее время в России не проведены рандомизированные исследования по выбору способа оперативного лечения при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, в настоящее время проблема хирургического лечения такого осложнения как прободная язва далека от своего разрешения.

Цель исследования: анализ непосредственных результатов хирургического лечения пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, поступивших за последние 5 лет в МБЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы истории болезни пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, поступивших в хирургическое отделение МБЛПУ ГКБ №1 г. Новокузнецка с 2008 по 2012 гг. До операции сравнительному анализу подвергнуты следующие параметры: возраст, пол пациентов, давность заболевания, количество баллов по шкале Боуе, оценка по шкале American Society of Anesthesiologists (ASA). Интраоперационные характеристики: тяжесть перитонита в баллах по мангеймскому перитонеальному индексу (МПИ), морфология зоны и диаметр перфоративного отверстия, вариант операции, продолжительность вмешательства, частота конверсий хирургического доступа, интраоперационные осложнения. После операции проанализированы следующие параметры: частота и структура послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность, выраженность послеоперационного болевого синдрома, продолжительность госпитализации. Использовали стандартные методы описательной статистики с определением средней арифметической величины (M), медианы (Me) и ошибкой среднего арифметического (m). Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число и относительная величина в процентах (%). Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 7.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За 2008–2012 гг. в хирургическое отделение МБЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка госпитализировано 186 пациентов с прободной язвой желудка

и двенадцатиперстной кишки, из них четверо поступили по линии санитарной авиации из других городов юга Кузбасса после уже проведенных оперативных вмешательств. Мужчин было 146 (78,5%), женщин 40 (21,5%). Перфорация желудочной язвы диагностирована у 45 (24,2%) больных, из них женщин было 11 (24,4%). Перфорация дуоденальной язвы была у 141 (75,8%) больных, женщины составили 29 (20,6%) человек. Возраст больных варьировал от 18 до 91 года, средний возраст $43,3 \pm 1,9$ лет. Распределение больных по полу и возрасту представлено на рис. 1.

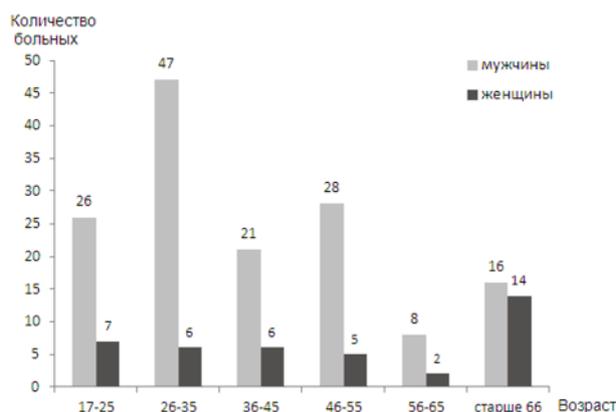


Рис. 1. Распределение поступивших больных по возрасту

Время с момента перфорации до госпитализации варьировало от 30 мин до 3 сут, в среднем $5,8 \pm 1,2$ часа. В течение первого часа после перфорации в стационар поступило 54 (29%) пациента, в сроки от 1 до 6 час – 86 (46,2%) больных. От 7 до 24 час госпитализировано 25 (13,4%) человек, свыше 24 час поступил 21 (11,3%) пациент, причем 11 из них были женщины. Все больные были прооперированы. Лапароскопия была выполнена у 102 (54,8%) пациентов. Паллиативные операции (ушивание перфоративного отверстия) выполнены у 168 (90,3%), радикальные – у 18 (9,7%) больных. Паллиативные операции у 62 человек, в том числе у 11 больных с желудочной локализацией перфорации, выполнены с применением малоинвазивных методик, что составило 40% всех паллиативных операций. Стволовая ваготомия с пилоропластикой выполнена у 7 (4,2%) больных, резекция желудка – у 11 (5,9%) пациентов. Характеристика больных в зависимости от варианта оперативного вмешательства представлена в табл. 1.

Согласно критериям Боуе, с абдоминальным сепсисом госпитализировано 44 (23,7%) пациента, с тяжелым абдоминальным сепсисом – 15 (8,1%), в состоянии септического шока – 14 (7,5%) пациентов. Диаметр перфоративного отверстия варьировал от 2 до 40 (Me 7,4) мм. Наибольший диаметр перфоративного отверстия был у больных с

желудочной локализацией перфорации (*Me* 9,8 мм) в сравнении с дуоденальной локализацией перфоративного отверстия (*Me* 4,2 мм). В группе лапароскопического ушивания конверсия хирургического доступа была необходимой у 3 (8,3%) больных, из них у одного больного с перфорацией желудочной язвы. Причины конверсии: негерметичность ушитой язвы, прорезывание швов, выявление при проведении интраоперационной гастроскопии сочетанных осложнений, потребовавших выполнения радикальной операции. При этом у двух пациентов (в одном случае перфорация язвы желудка, в другом – перфорация язвы двенадцатиперстной кишки) конверсия выполнена на ушивание из минидоступа, в одном случае перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки выполнена конверсия на лапаротомию, резекцию желудка. В группе видеоассистированного ушивания из минидоступа конверсий хирургического доступа не отмечено. Длительность операции лапароскопического ушивания варьировала от 30 до 120 (*Me* 67,9) мин, видео-

ассистированного ушивания из минидоступа – от 35 до 90 (*Me* 64,4) мин. Продолжительность традиционного ушивания варьировало от 20 до 100 (*Me* 51,1) мин. Программированные санационные релапаротомии выполнены у трех пациентов, суммарно выполнено девять санационных лапаротомий (по три релапаротомии у каждого пациента). Ваготомия выполнена у 7 (3,8%) больных, стволовая ваготомия с пилоропластикой – у 6 (3,2%) человек, из них у одного пациента – с привратниковой локализацией перфоративного отверстия. В одном случае при дуоденальной локализации перфоративного отверстия ушивание дополнено селективной проксимальной ваготомией из лапаротомного доступа. Резекция желудка выполнена у 11 (5,9%) больных. Резекция в модификации Бильрот I выполнена у 5 больных с желудочной локализацией, причем в 4 случаях прободной язвы двенадцатиперстной кишки. Резекция в модификации Бильрот II выполнена у двух пациентов (по одному пациенту с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки).

Таблица 1

Характеристика поступивших больных в зависимости от вида оперативного вмешательства

Параметры	Лапароскопическое ушивание (n=36)	Ушивание из минидоступа (n=26)	Традиционное ушивание (n=106)	Ваготомия (n=7)	Резекция желудка (n=11)	Всего (n=186)
Пол (♀/♂)	5 / 31	7 / 19	24 / 82	3 / 4	1 / 10	40 / 146
Возраст, <i>Me</i> , (диапазон), лет	31,5 (18–83)	31 (20–81)	43,5 (18–91)	62 (24–87)	50 (28–76)	38,5 (18–91)
ASA 1/2/3/4, балл	12 / 21 / 3 / 0	12 / 11 / 3	11 / 36 / 46 / 12	0 / 1 / 4 / 2	0 / 8 / 3 / 0	35 / 77 / 59 / 14
Воуе 0/1/2/3, балл	26 / 10 / 0	18 / 6 / 2	15 / 25 / 47 / 18	0 / 0 / 5 / 2	0 / 8 / 3 / 0	59 / 49 / 57 / 20
МПИ, <i>Me</i> (диапазон), балл	11 (5–22)	12 (0–16)	19 (10–28)	17,6 (15–20)	12,4 (0–15)	13,7 (0–28)
Давность заболевания, <i>Me</i> , (диапазон), час	3 (0,5–14)	3,8 (1–15)	12,7 (1–72)	15,3 (2–24)	6,6 (0,5–8)	5,9 (0,5–72)

Примечание: ASA – American Society of Anesthesiologists, ПИ – мангеймский перитонеальный индекс.

Ранние послеоперационные осложнения возникли у 18 (9,7%) больных (табл. 2).

В послеоперационном периоде умерло 27 (14,5%) больных, из них 13 женщин. Структура послеоперационной летальности представлена в табл. 3.

Послеоперационные осложнения и летальные исходы зависели от давности заболевания и возраста пациентов. Из 18 больных с послеоперационными осложнениями 14 поступили в сроки более

12 час от начала заболевания. Количество послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность в зависимости от возраста больных представлено на рис. 2.

Длительность госпитализации в группе малоинвазивных паллиативных операций варьировала от 5 до 12 (*Me* 6,6) дней. Пациенты после традиционного ушивания перфоративного отверстия находились в стационаре от 6 до 28 (*Me* 9,8) дней, радикальных операций – от 8 до 18 (*Me* 10,2) дней.

Таблица 2

Структура послеоперационных осложнений

Осложнения	Паллиативные (n= 168)				Радикальные (n=18)			Всего (n=186)
	Лапароскопическое (n=36)	Мини-доступ (n=26)	Традиционное (n=106)	Всего (n=168)	Ваготомия (n=7)	Резекция (n=11)	Всего (n=18)	
ИОХВ	–	1(3,8%)	2(1,9%)	3(1,8%)	–	1(9,1%)	1(5,6%)	4(2,2%)
Эвентрация	–	–	1(0,9%)	1(0,6%)	–	–	–	1(0,5%)
Несостоятельность швов	1(2,8%)	–	4(3,8%)	5(3%)	–	–	–	5(2,7%)
Непроходимость	–	–	1(0,9%)	1(0,6%)	–	–	–	1(0,5%)
Кровотечение	–	–	1(0,9%)	1(0,6%)	–	–	–	1(0,5%)
Пневмония	–	–	2(1,9%)	2(1,2%)	–	–	–	2(1,1)
Панкреонекроз	–	–	–	–	–	1(9,1%)	1(5,6%)	1(0,5%)
ТЭЛА	–	–	2(1,9%)	2(1,2%)	1(14,3%)	–	1(5,6%)	3(1,6%)
Всего	1(2,8%)	1(3,8%)	13(12,3%)	15(8,9%)	1(14,3%)	2(18,2%)	3(16,7%)	18(9,7%)

Примечание: ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии, ИОХВ – инфекция области хирургического вмешательства.

Таблица 3

Структура послеоперационной летальности

Этиология	Паллиативные операции (n= 168)		Радикальные операции (n=18)		Всего (n=186)
	Малоинвазивные операции (n=62)	Традиционное ушивание (n=106)	Ваготомия (n=7)	Резекция (n=11)	
Абдоминальный сепсис	–	18(17%)	1(14,3%)	–	19(10,2%)
Несостоятельность швов	–	3(2,8%)	–	–	3(1,6%)
Панкреонекроз	–	–	–	1(9,1%)	1(0,5%)
ТЭЛА	–	2(1,9%)	–	1(9,1%)	3(1,6%)
Кровотечение	–	1(0,9%)	–	–	1(0,5%)
Всего	–	24(22,6%)	1(14,3%)	2(18,2%)	27(14,5%)

ОБСУЖДЕНИЕ

Многие авторы отмечают неуклонный рост количества перфораций язв желудка и двенадцатиперстной кишки [1, 6]. За анализируемые 5 лет мы не получили значимого роста числа случаев прободных язв, количество больных варьировало от 35 до 45 в год. Наибольшее количество больных – лица трудоспособного возраста, но отмечается тенденция к увеличению больных пожилого

и старческого возраста, из них 30% женщин. При поступлении пациенты оценивались по шкале риска ушивания J. Воуе, разработанной в 1987 г. с целью стратификации риска послеоперационной летальности [8].

По мнению F.Y. Lee et al. (2001), у пациентов, не имеющих факторов риска по шкале Воуе, лапароскопическое ушивание перфоративной язвы должно быть операцией выбора [11]. Факторов риска по шкале Воуе не имели 59 пациентов, у 49

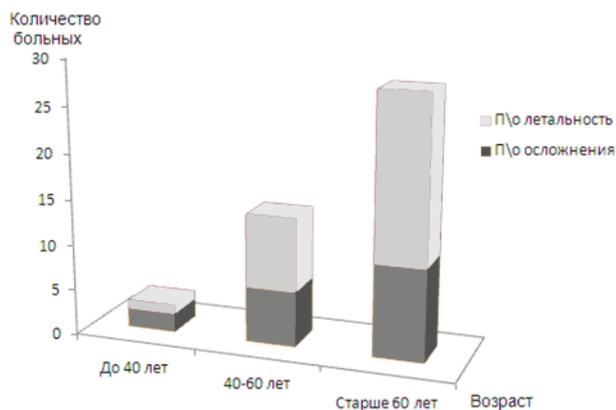


Рис. 2. Послеоперационные осложнения и летальность в зависимости от возраста пациентов

был 1 балл, остальные имели 2 (57 больных) и 3 (20 больных) балла.

В нашей хирургической клинике приоритетным направлением является применение малоинвазивных технологий в неотложной хирургии, поэтому большинству пациентов с установленным диагнозом или подозрением на перфоративную язву выполнена диагностическая лапароскопия (102 пациента). Лапароскопия позволяет уточнить характер морфологических изменений в области перфоративного отверстия, распространенность перитонита, выявить противопоказания к проведению малоинвазивного вмешательства. Основным оперативным вмешательством при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, а также желудка, в нашей клинике является операция простого ушивания перфоративного отверстия. Мы придерживаемся распространенного в России и зарубежных клиниках мнения, согласно которому ушивание перфоративного отверстия с дальнейшим проведением полноценной консервативной терапии ведет к минимальному числу рецидивов заболевания в дальнейшем [1, 5, 8]. По данным С.А. Афендулова, проведение адекватной консервативной терапии после лапароскопического ушивания позволило снизить частоту рецидива язвенной болезни с 53,5% до 6,3% [1]. Несмотря на то что проведенные рандомизированные исследования иностранных авторов [10, 14] не выявили очевидных преимуществ лапароскопического ушивания перед традиционным, мы считаем, как и многие российские авторы [1, 5], что ушивание перфоративного отверстия с использованием малоинвазивных технологий является операцией выбора. Выполнено 60 таких операций, что составило 40% от общего числа паллиативных вмешательств. Ретроспективно оценивая истории болезни, мы пришли к выводу, что у некоторых пациентов возможно было проведение малоинвазивного ушивания, которое не

было выполнено по целому ряду причин. Таким образом, малоинвазивных операций могло быть больше. По результатам наших исследований, малоинвазивные операции способствуют достоверному снижению послеоперационного болевого синдрома, ранней активизации пациентов и улучшению качества жизни. Большинство пациентов после проведенной операции в дальнейшем переводились в гастроэнтерологическое отделение для подбора адекватной противоязвенной терапии. По данным С.А. Афендулова, конверсия операционного доступа при лапароскопическом ушивании необходима в 6%–29% случаев [1]. Наши данные схожи с данными хирургической клиники НИИ СП им Н.В. Склифосовского, где конверсия хирургического доступа была необходимой в 8,1% случаев лапароскопического ушивания [5].

Другим вариантом малоинвазивного ушивания является видеоассистированное ушивание из минидоступа с проведением лапароскопической санации брюшной полости из трех дополнительных троакаргов. По данным М.И. Прудкова, на 248 больных с прободной пилородуоденальной язвой не было ни одного случая конверсии хирургического доступа, что, по мнению автора, являлось следствием точной дооперационной диагностики, а также применения мануальных приемов оперирования [7]. Видеоассистированное ушивание из минидоступа выполнено 26 пациентам, в 6 случаях – при желудочной локализации перфорации. В случае расположения перфоративного отверстия в области пилородуоденальной зоны минидоступ располагался трансректально вертикально справа на расстоянии 4 см от срединной линии. Данное расположение минидоступа определено путем проведенного на кафедре хирургии анатомического эксперимента по оптимальной проекции пилорического жома на переднюю брюшную стенку. В случае желудочной перфорации минидоступ располагался по срединной линии в эпигастрии. В двух случаях минидоступ использован как вариант конверсии с лапароскопического ушивания, что расширяет возможности малоинвазивных операций. В группе малоинвазивных вмешательств обязательно выполнялась дооперационная или интраоперационная гастроскопия с целью уточнения морфологии процесса, исключения сочетанных осложнений язвенной болезни, а также герметичности швов после выполненного ушивания.

В последние годы тенденция минимизации хирургического доступа стала прослеживаться и в малоинвазивной хирургии, результатом которой стала разработка оперативных вмешательств через единый лапароскопический доступ (ЕЛД) [13]. В результате проведенного в 2011 г. исследования (И.Г. Мугатасимов) доказана воз-

возможность проведения адекватной лапароскопической санации из ЕЛД, что отразилось в разработке видеоассистированного ушивания перфоративного отверстия из минидоступа с проведением лапароскопической санации из ЕЛД. По данной методике прооперировано 6 пациентов без каких-либо осложнений. В дальнейшем разработана методика мультипортового ушивания из ЕЛД, а также же ушивания с использованием порта X-Сопе. В 2012 г. выполнены 4 операции по данной технологии, эта методика применяется и в настоящее время. Мы не являемся сторонниками радикальных операций при прободной язве, наши наблюдения немногочисленны (18 больных). Как правило, это пациенты с сочетанными осложнениями в стабильном состоянии при небольшой давности заболевания. Крайне малое количество пациентов, которым выполнена ваготомия (7 пациентов с одним летальным исходом), не дает нам возможности высказаться о преимуществах и недостатках, а также целесообразности выполнения данной операции в неотложной хирургии язвенной болезни. Из 11 пациентов, которым выполнена резекция желудка, у шести была желудочная локализация перфоративного отверстия. Наименьшее число послеоперационных осложнений отмечено в группе малоинвазивных операций. Несостоятельность швов после лапароскопического ушивания, по данным М. Bertleff et al., составляет 2%–16% [8]. В нашей хирургической клинике несостоятельность швов после лапароскопического ушивания была в одном случае (2,8%). Наибольшее количество осложнений получено после

традиционного ушивания, что объясняется тяжестью состояния данной группы пациентов. Несостоятельность швов у 4 пациентов послужила причиной смерти трех из них, при этом двое поступили по линии санитарной авиации из других городов юга Кузбасса, где им было выполнено ушивание перфоративного отверстия. В структуре умерших – 17 (63%) пациентов старше 70 лет с серьезной сопутствующей патологией. По данным И.Г. Дряженкова, послеоперационная летальность больных старше 60 лет с перфоративной гастродуоденальной язвой составляет 34% [3]. В нашей клинике из 35 пациентов старше 60 лет умерло 18 (51%). Основная причина смерти – прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне декомпенсации сопутствующих заболеваний. На наш взгляд, именно за счет этой категории больных послеоперационная летальность будет оставаться высокой.

ВЫВОДЫ

1. Число пациентов с прободной язвой остается стабильным, высок удельный вес пациентов пожилого и старческого возраста.
2. Малоинвазивные операции улучшают качество жизни, способствуют благоприятному послеоперационному периоду, сопровождаются минимальным количеством послеоперационных осложнений, но не уменьшают послеоперационной летальности.
3. Высокая послеоперационная летальность сохраняется за счет лиц пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – 333 с.
2. Гостищев В.К. Евсеев М.А., Головин Р.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 25. – С. 1663–1667.
3. Дряженков И.Г., Аленкин А.Г., Быков А.С. Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с прободными гастродуоденальными язвами // III съезд хирургов юга России: Сб. материалов. Астрахань, 2013. – С. 92–93.
4. Евсеев М.А., Ивахов Г.Б., Головин Р.А. Стратегия антисекреторной терапии у больных с кровотокающими и перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 46–52.
5. Ермолов А.С., Ярцев П.А., Кирсанов И.И. Видеолапароскопия в лечении пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // III съезд хирургов юга России: Сб. материалов. Астрахань, 2013. – С. 31.
6. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже 21 века // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–63.
7. Прудков М.И. Основы минимально-инвазивной хирургии. – 2001. – 64 с.
8. Bertleff M.J. O.E., Lange J.F. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature // Surg. Endosc. – 2010. – Vol. 24. – P. 1231–1239.
9. Bose A.C., Cate V, Ananthakrishnan N. et al. Helicobacter pylori eradication prevents recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – Vol. 22, № 3. – P. 345–348.
10. Kuwabara K., Matsuda S, Fushimi K. et al. Community-based evaluation of laparoscopic versus open simple closure of perforated peptic ulcers // World J. Surg. – 2011. – Vol. 35. – P. 2485–2492.
11. Lee F.Y, Leung K.L., Lai B.S. et al. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers // Arch. Surg. – 2001. – Vol. 136. – P. 90–94.
12. Lee J., Sung K., Lee D. et al. Single-port laparoscopic repair of a perforated duodenal ulcer: intracorporeal “cross and twine” knotting // Surg. Endosc. – 2010. – Vol. 22, № 1. – P. 229–33.

13. Lui F. Y., Davis K. A. Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention // Scan. J. Surg. – 2010. – Vol. 99. – P. 73–77.
14. Sanabria A. E., Morales C. H., Villega M. I. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease // Cochrane Database Syst Rev. – 2005. – Issue 4. Art. No. – CD004778.

REFERENCES

1. Afendoulov S.A., Zhuravlev G.Yu. Surgical treatment of patients with ulcerous disease. Moscow, GEOTAR-MEDIA Publ., 2008. 33 p. (in Russian).
2. Gostishchev V.K., Yevseyev M.A., Golovin R.A. Russian medical Journal, 2005, Vol. 13, № 25. P. 1663–1667 (in Russian).
3. Dryazhenkov I.G., Alenkin A.G., Bykov A.S. Treatment results of elder and senile patients with perforating gastroduodenal ulcers. The III congress of the surgeons of Russian south: Collected materials. Astrakhan, 2013, p. 92–93 (in Russian)..
4. Yevseyev M.A., Ivakhov G.B., Golovin R.A. surgery, 2009, № 3, p. 46–52 (in Russian).
5. Yermolov A.S., Yartsev P.A., Kirsanov I.I. Videolaparoscopy in the treatment wth perforating ulcers of the stomach and of the duodenum. The III congress of Russian south surgeons. Collected materials. Astrakhan, 2013. P. 31 (in Russian).
6. Lobanov V.M. Surgery, 2005, № 1, p. 58–63 (in Russian).
7. Proudkov M.I. Bases of minimally invasive surgery. 2001, 64 p. (in Russian).
8. Bertleff M. J. O. E., Lange J. F. Surg. Endosc., 2010, Vol. 24, P. 1231–1239.
9. Bose A. C., Cate V, Ananthakrishnan N. et al. J. Gastroenterol. Hepatol. , 2007, Vol. 22, № 3, P. 345–348.
10. Kuwabara K., Matsuda S, Fushimi K. et al. World J. Surg., 2011, Vol. 35, P. 2485–2492.
11. Lee F. Y, Leung K. L., Lai B. S. et al. Arch. Surg., 2001, Vol. 136, P. 90–94.
12. Lee J., Sung K., Lee D. et al. Surg. Endosc., 2010, Vol. 22, № 1, P. 229–33.
13. Lui F. Y., Davis K. A. Scan. J. Surg., 2010, Vol. 99, P. 73–77.
14. Sanabria A. E., Morales C. H., Villega M. I. Cochrane Database Syst Rev., 2005, Issue 4. Art. No. CD004778.

*Поступила в редакцию 20.12.2013
Утверждена к печати 10.02.2014*

Авторы:

Мугатасимов Ильдар Габдулхайевич – врач-хирург, МБЛПУ «Городская клиническая больница №1», г. Новокузнецк.

Баранов Андрей Игоревич – д-р мед. наук, заведующий кафедрой хирургии, урологии и эндоскопии ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, г. Новокузнецк.

Халепа Владимир Иванович – врач-хирург, МБЛПУ «Городская клиническая больница №1», г. Новокузнецк.

Шапран Владимир Тимофеевич – врач-хирург, хирургическое отделение № 1 МБЛПУ «Городская клиническая больница №1», г. Новокузнецк.

Контакты:

Мугатасимов Ильдар Габдулхайевич
тел. 8-3843-69-73-81, 8-903-909-56-23
e-mail: mugatasimov.ildar@yandex.ru