

## REFERENCES

1. Myskina, N.A. Process reparacii troficheskikh yazv u bol'nyh saharным diabetom / N.A. Myskina, A.Yu. Tokmanova, M.B. Anciferov // Problemy endokrinologii. — 2004. — № 2. — S.34—38.
2. Pavelkin, A.G. Ocenka effektivnosti tromboliticheskoi terapii pri oslozhnennykh formah diabeticheskoi stopy / A.G. Pavelkin, A.N. Belyaev // Med. al'manah. — N.Novgorod: OOO «YUnion Print». — 2012. — № 4 (23). — S.88—91.
3. Pavlova, M.G. Sindrom diabeticheskoi stopy / M.G. Pavlova, T.V. Gusov, N.V. Lavrisheva // Trudnyi pacient. — 2006. — № 1. — S.25—28.
4. Sergeeva-Kondrachenko, M.Yu. Diabeticheskaya neiro-patiya / M.YU. Sergeeva-Kondrachenko // Remedium. Povolzh'e. — 2012. — S.17—25.
5. Fatyhov, R.I. Osnovnye faktory postroeniya konservativnoi terapii s ocenкой ee effektivnosti metodom elektrotermometrii pri sindrome diabeticheskoi stopy / R.I. Fatyhov, I.V. Klyushkin // Fundamental'nye issledovaniya. — 2012. — № 5 (2). — S.355—358.
6. Fatyhov, R.I. Sovremennyy vzglyad na problemu oslozhnenii saharного diabeta / R.I. Fatyhov, I.V. Klyushkin, Yu.A. Klyushkina // Fundamental'nye issledovaniya. — 2013. — № 3(1). — S.206—210.
7. Altland, O.D. Low-intensity ultrasound increases endothelial cell nitric oxide syntase activity and nitric oxide synthesis / O.D. Altland // J. Thromb. Haemost. — 2004. — Vol. 2. — P.637—643.
8. Bode, B. Ultrasound-Guided Fine Needle Aspirations of PET-CT Findings During Staging of Malignancies / B. Bode // Ultrasound in Medicine and Biology. — 2011. — Vol. 37, № 8S. — SS28.04.
9. Bota, S. The Usefulness of Liver and Spleen Stiffness Evaluated by Means of Acoustic Radiation Force Impulse Elastography for the Prediction of Esophageal Varices in Cirrhotic Patients / S. Bota, I. Sporea, R. Sirlu [et al.] // Ultrasound in Medicine and Biology. — 2011. — Vol. 37. — № 8S. — SS29.04.

© М.К. Ягудин, Р.Ф. Губаев, И.Р. Мухаметов, Р.Ф. Гумаров, В.Г. Давыдов, И.Г. Хисамиев, О.Т. Алишев, Э.Б. Багаутдинов, 2013

УДК 616.33/.34-002.44-089

## ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**МАНСУР КАМИЛЕВИЧ ЯГУДИН**, канд. мед. наук, врач-хирург Альметьевской ЦРБ, г. Альметьевск, Россия, e-mail: mansur.yagudin@mail.ru

**РУСЛАН ФИРДУСОВИЧ ГУБАЕВ**, врач-хирург, зав. отделением хирургии № 1 ГКБ № 7 г. Казани

**ИЛЬДУС РИНАТОВИЧ МУХАМЕТОВ**, врач-хирург Альметьевской ЦРБ, г. Альметьевск, Россия

**РАДИЙ ФАРИТОВИЧ ГУМАРОВ**, канд. мед. наук, врач-хирург Альметьевской ЦРБ, г. Альметьевск, Россия

**ВЛАДИСЛАВ ГЕОРГИЕВИЧ ДАВЫДОВ**, канд. мед. наук, врач-хирург, Москва

**ИЛЬДАР ГАМИЛЕВИЧ ХИСАМИЕВ**, врач-хирург отделения хирургии № 1 ГКБ № 7 г. Казани

**ОМАР ТОКТОБАЕВИЧ АЛИШЕВ**, врач-хирург отделения хирургии № 1 ГКБ № 7 г. Казани

**ЭЛЬДАР БУЛАТОВИЧ БАГАУТДИНОВ**, врач-хирург отделения хирургии № 1 ГКБ № 7 г. Казани

**Реферат.** В работе представлен опыт эндоскопического и традиционного лечения 130 пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. В основной группе 63 больным выполнили видеоэндоскопические оперативные вмешательства, в контрольной группе 67 больным — классические методы оперативных вмешательств лапаротомным путем. Малоинвазивные методы лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки являются альтернативой традиционным способам. Лапароскопическую методику ушивания осуществляли при локализации язвы на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и размерах перфоративного отверстия до 10 мм, с использованием мобильной пряжи большого или малого сальника. Перфоративное отверстие ушивали петлевым пломбирующим швом (ППШ) по Малкову—Тагирову (2003) рассасывающейся нитью на атравматичной игле с формированием интракорпорального узла. Используемая нами техника ушивания язв является надежной, малая травматичность операционного доступа дает возможность раньше активизировать пациентов и сократить сроки стационарного лечения. Все это позволяет рекомендовать малоинвазивные методы ушивания перфоративных язв для широкого применения.

**Ключевые слова:** видеоэндоскопия, перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

## VIDEOENDOSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED GASTRIC AND DUODENUM ULCERS

**MANSUR K. YAGUDIN**, PhD, MD, surgeon, CRH of Almetyevsk city, Russia, e-mail: mansur.yagudin@mail.ru

**RUSLAN F. GUBAYEV**, MD, surgeon, head of surgery department № 1 of CH № 7, Kazan city, Russia

**ILDUS R. MUKHAMEDOV**, MD, surgeon, CRH of Almetyevsk city, Russia

**RADIY F. GUMAROV**, PhD, MD, surgeon, CRH of Almetyevsk city, Russia

**VLADISLAV G. DAVYDOV**, PhD, MD, surgeon, Moscow city, Russia

**ILDAR G. HISAMIEV**, MD, surgeon of surgery department № 1 of CH № 7, Kazan city, Russia

**OMAR T. ALISHEV**, MD, surgeon of surgery department № 1 of CH № 7, Kazan city, Russia

**ELDAR B. BAGAUTDINOV**, MD, surgeon of surgery department № 1 of CH № 7, Kazan city, Russia

**Abstract.** Perforated (perforated) ulcer, severe complication of gastric ulcer and duodenal ulcers, which leads, as a rule, to the development of peritonitis. Therefore, improving the results of surgical treatment of perforated ulcers of the stomach and duodenum through the development and implementation of modern videoendoscopic interventions is an important issue. We present the experience of endoscopic and traditional treatment of 130 patients with perforated ulcers of the stomach and duodenum. In the study group, 63 patients underwent videoendoscopic surgical treatment. In the control group, 67 patients had the classic methods of surgery by laparotomy. Minimally invasive treatment of perforated

gastric and duodenal ulcers are an alternative to traditional methods. Laparoscopic suturing technique was carried out in the localization of ulcers on the anterior wall of the stomach or duodenum and perforated hole sizes up to 10 mm using a mobile strands of large or small omentum. Perforated hole sutured by plumbing loop seam (Malkov—Tagirov, 2003) with absorbable atraumatic needle thread on the formation of intracorporeal knot. Our suturing technique of ulcers is reliable, low trauma surgical approach allows patients to intensify before and shorten hospitalization. All of this allows us to recommend minimally invasive methods of repair of perforated ulcers for widespread use.

**Key words:** videoendoscopy, perforated ulcers of the stomach and duodenum.

**Введение.** Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в структуре неотложных заболеваний органов брюшной полости занимают 5-е место и составляют около 5—7%. Оперативное лечение перфоративных язв является методом выбора. В последнее десятилетие для хирургического лечения все чаще начали использовать методы видеоэндоскопических оперативных вмешательств. Разработка и внедрение новых видеоэндоскопических вмешательств является актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии.

*Цель исследования* — улучшение результатов хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки путем разработки и внедрения современных видеоэндоскопических вмешательств.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением с 2007 по 2012 г. в хирургическом отделении Альметьевской ЦРБ и в отделении хирургии № 1 ГКБ № 7 г. Казани находилось 130 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. 63 больным из них (основная группа) выполнили видеоэндоскопические оперативные вмешательства, а 67 (контрольная группа) больным — классические методы оперативных вмешательств лапаротомным путем.

В основной группе мужчин было 55, женщин — 8. Возраст пациентов варьировал от 21 до 84 лет. Сроки от момента перфорации до госпитализации составляли от 40 мин до 16 ч. Оперативное вмешательство проводили под тотальной внутривенной анестезией с миорелаксантами и ИВЛ. Первый троакар для лапароскопа вводили под пупком. После создания карбоксиперитонеума выполняли обзорную лапароскопию, при которой выясняли распространенность и характер выпота, локализацию перфоративного отверстия. После этого вводили троакары для манипуляторов: в эпигастрии и в правой боковой области живота. Эвакуировали выпот, если это мешало ушиванию язвенного дефекта.

Лапароскопическую методику ушивания осуществляли при локализации язвы на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и размерах перфоративного отверстия до 10 мм, с использованием мобильной пряжи большого или малого сальника. Перфоративное отверстие ушивали петлевым пломбирующим швом (ППШ) по Малкову—Тагирову (2003) рассасывающейся нитью на атравматичной игле с формированием интракорпорального узла. Герметичность ушитого отверстия проверяли путем раздувания желудка через назогастральный зонд после введения в подпеченочное пространство антисептического раствора. Если при этом было поступление газа через линию шва, то накладывали дополнительный шов с использованием другой пряжи сальника. Затем выполняли санацию брюшной полости растворами антисептиков до чистых промывных вод. После извлечения троакаров через троакарные раны устанавливали дренажи в малый таз и в подпеченочное пространство.

В случае если размеры перфоративного отверстия превышали 10 мм или не удавалось герметично ушить язву лапароскопически, ушивание производили из минидоступа, который выполняли над местом перфорации. Стенку желудка или двенадцатиперстной кишки выводили в рану и ушивали язву ППШ, который при необходимости укрепляли дополнительными швами. Минилапаротомическую рану послойно ушивали, после чего санировали и дренировали брюшную полость по вышеописанной методике лапароскопическим путем. Такой метод применен у 18 больных.

У 10 больных был применен способ ушивания перфоративных язв желудка и ДПК из 3 проколов с использованием только 5 мм троакаров. Выполняли 5 мм разрез в области пупка, карбоксиперитонеум создавали через иглу Вереша. Далее вводили 5 мм троакар, через него 5 мм видеолапароскоп. Осматривали брюшную полость, верифицировали диагноз. При подтверждении диагноза перфоративной язвы вводили второй 5 мм троакар в правое подреберье. В правой подвздошной области выполняли прокол кожи для 5 мм троакара. Через этот разрез с помощью иглодержателя для традиционной хирургии в брюшную полость вводили атравматическую иглу с нитью «полисорб» или «викрил» № 2/0 длиной 12—15 см. Иглу перехватывали лапароскопическим иглодержателем, введенным через 2-й троакар и располагали над печеню. После этого вводили третий 5 мм троакар через разрез в правой подвздошной области. Лапароскоп перемещали в третий троакар. Лапароскопический иглодержатель вводили через умбиликальный троакар и ассистирующий инструмент через 2-й троакар. Выполняли ушивание перфоративной язвы петлевым пломбирующим швом по Малкову—Тагирову (2003). Иглу с остатками нити удаляли путем захвата кончика иглы иглодержателем, введенным через подреберный троакар и втягиванием иглы в троакар. Брюшную полость санировали растворами антисептиков и 0,9% натрия хлорида. Дренировали полость малого таза и подпеченочное пространство справа. Дренажи вводили в брюшную полость по Сельдингеру. Для этого через 3-й троакар в брюшную полость вводили металлическую струну диаметром 0,5 мм и длиной 80 см с булавовидными утолщениями на обоих концах до 2 мм. Троакар удаляли и по струне в брюшную полость вводили дренаж необходимого диаметра, чаще 6—8 мм. Струну удаляли. В просвет дренажа вводили дугообразно изогнутый металлический стержень с булавовидным утолщением на конце, с помощью которого дренаж направляли точно в полость малого таза. После установки дренажа стержень удаляли. Об адекватности установки дренажа свидетельствовало струйное выделение остатков промывных вод. Дренаж фиксировали к коже. Аналогично устанавливали дренаж в подпеченочное пространство.

Контрольную группу составили 67 больных, оперированных в этот же временной период с помощью широкой лапаротомии. В контрольной группе мужчин

было 60 и 7 женщин. Возраст пациентов варьировал от 17 до 80 лет. Сроки от момента перфорации до госпитализации составляли от 40 мин до 72 ч. Оперативное вмешательство проводили под тотальной внутривенной анестезией с миорелаксантами и ИВЛ. Осуществляли широкую срединную лапаротомию, санировали брюшную полость. В абсолютном большинстве случаев (62 больных) выполняли ушивание перфорации по Оппелю—Поликарпову. В 5 случаях была выполнена клиновидная резекция желудка (3) или резекция 2/3 желудка (2).

**Результаты и их обсуждение.** В основной группе в трех случаях перфоративное отверстие располагалось на задней стенке желудка (что было диагностировано путем раздувания желудка через назогастральный зонд), в связи с чем больным была выполнена лапаротомия. В двух из этих случаев выполнена резекция желудка, в третьем — ушивание перфоративного отверстия с аппликацией прядью большого сальника. Длительность стационарного лечения пациентов после малоинвазивного ушивания перфорации составляла 5 (3—16) дней, активизация пациентов начиналась со вторых суток после операции, назогастральный зонд удаляли на 2-е сут, дренажи из брюшной полости — на 2—3-и сут, со вторых суток разрешали питье, с третьих — прием жидкой пищи с постепенным переходом на щадящую диету. Летальных исходов в группе наблюдаемых больных не было. В трех случаях развилась несостоятельность швов в месте ушивания перфорации, которая была своевременно распознана и ликвидирована лапароскопическим путем (2 больных) и в одном случае лапаротомно. У одного больного на 7-е сут возникло профузное кровотечение из пенетрирующей язвы задней стенки ДПК, по поводу чего была выполнена резекция 3/4 желудка по Ру. Летальных исходов в основной группе не было. Нагноение раны было у трех больных.

В контрольной группе было 5 летальных исходов. Все больные поступили в крайне тяжелом состоянии. Их тяжесть была обусловлена длительностью перитонита, тяжелой сопутствующей патологией. Применить малоинвазивные методы лечения у этих больных было невозможно. У двух больных после клиновидной резекции желудка наблюдали несостоятельность линии швов. В одном случае возник временный трубчатый желудочный свищ, с последующим выздоровлением. Во втором случае по поводу эквентрации и несформированного полного желудочного свища выполнена релапаротомия и резекция желудка по Ру с благоприятным исходом. Нагноения раны были у 10 больных контрольной группы. Длительность нахождения выживших больных в этой группе равнялась 12 (8—32) сут.

**Заключение.** Малоинвазивные методы лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки являются альтернативой традиционным способам. Используемая нами техника ушивания язв является надежной, малая травматичность операционного доступа дает возможность раньше активизировать пациентов и сократить сроки стационарного лечения. Все это позволяет рекомендовать малоинвазивные методы ушивания перфоративных язв для широкого применения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов, А.Е. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв / А.Е. Борисов [и др.] // Эндо-

скопическая хирургия. — 2000. — № 2. — С.12—13.

2. Лобанков, В.М. Перфоративные язвы в постсоветских странах / В.М. Лобанков [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2006. — № 1. — С.75.
3. Паппас, Т.Н. Лапароскопическая хирургия. Атлас / Т.Н. Паппас [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 388 с.
4. Поташев, Л.В. Непосредственные результаты лечения при перфоративных гастродуоденальных язвах / Л.В. Поташев [и др.] // Вестник хирургии. — 1999.
5. Тимербулатов, Ф.Б. Малоинвазивные технологии в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Ф.Б. Тимербулатов [и др.] // Хирургия. — 1999. — № 5. — С.42—43.
6. Утешев, Н.С. Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами / Н.С. Утешев [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 12. — С.48—51.
7. Шиленок, В.Н. [и др.] // Хирургия. — 1999. — № 2. — С.11—13.
8. Шуркалин, Б.К. Лапароскопическая хирургия в лечении перфоративных гастродуоденальных язв / Б.К. Шуркалин [и др.] // Вестник хирургии. — 1999. — Т. 158, № 3. — С.100—101.
9. Druart, M.L. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer: a prospective multicenter clinical trail / M.L. Druart, R. van Hee [et al.] // Surg. Endosc. — 1997. — Vol. 11. — P.1017—1020.
10. Khoursheed, M. Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer / M. Khoursheed, M. Fuad, H. Safar [et al.] // Surg. Endosc. — 2000. — Vol. 14. — P.56—58.
11. Katkhouda, N. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers: outcome and efficacy in 30 consecutive patients / N. Katkhouda, E. Mavor, R.J. Mason [et al.] // Arch. Surg. — 1999. — Vol. 134. — P.845—848. — Discussion 849—850.
12. Lau, W.Y. A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer using suture or sutureless technique / W.Y. Lau, K.L. Leung, K.H. Kwong [et al.] // Ann. Surg. — 1996. — Vol. 224. — P.131—138.
13. Lee, K.H. Endoscope-assisted laparoscopic repair of perforated peptic ulcers / K.H. Lee, H.C. Chang, C.J. Lo // Am. Surg. — 2004. — Vol. 70. — P.352—356.
14. Lee, F.Y. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers / F.Y. Lee, K.L. Leung, B.S. Lai [et al.] // Arch. Surg. — 2001. — Vol. 136. — P.90—94.
15. Mehendale, V.C. Laparoscopic versus open surgical closure of perforated duodenal ulcers: a comparative study / V.C. Mehendale, S.N. Shenoy, A.M. Joshi [et al.] // Indian. J. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 21. — P.222—224.
16. Palanivelu, C. Laparoscopic management of acid peptic disease / C. Palanivelu [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percut. Tech. — 2006. — Vol. 16. — P.312—316.
17. Siu, W.T. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial / W.T. Siu [et al.] // Ann. Surg. — 2002. — Vol. 235. — P.313—319.
18. Siu, W.T. Routine use of laparoscopic repair for perforated peptic ulcer / W.T. Siu, C.H. Chau, B.K. Law [et al.] // Br. J. Surg. — 2004. — Vol. 91. — P.481—484.
19. Siu, W.T. Single stitch laparoscopic omental patch repair of perforated duodenal ulcer / W.T. Siu, H.T. Leong, M.K. Li // Y. R. Coll. Surg. Edinb. — 1997. — Vol. 42. — P.92—94.
20. Svanes, C. Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality / C. Svanes [et al.] // World. J. Surgery. — 2003. — Vol. 34. — P.1666—1671.

## REFERENCES

1. Borisov, A.E. Laparoskopicheskoe ushivanie perforativnyh gastroduodenal'nyh yazv / A.E. Borisov [i dr.] // Endoskopicheskaya hirurgiya. — 2000. — № 2. — S.12—13.
2. Lobankov, V.M. Perforativnye yazvy v postsovetiskih stranah / V.M. Lobankov [i dr.] // Vestnik hirurgicheskoi gastroenterologii. — 2006. — № 1. — S.75.
3. Pappas, T.N. Laparoskopicheskaya hirurgiya. Atlas / T.N. Pappas [i dr.]. — M.: GEOTAR—Media, 2012. — 388 s.

4. Potashev, L.V. Neposredstvennye rezultaty lecheniya pri perforativnyh gastroduodenal'nyh yazvah / L.V. Potashev [i dr.] // Vestnik hirurgii. — 1999.
5. Timerbulatov, F.B. Maloinvazivnye tehnologii v hirurgii yazvennoi bolezni dvenadcatiperstnoi kishki / F.B. Timerbulatov [i dr.] // Hirurgiya. — 1999. — № 5. — S.42—43.
6. Uteshev, N.S. Lechenie bol'nyh s perforativnymi piloroduodenal'nymi yazvami / N.S. Uteshev [i dr.] // Hirurgiya. — 2003. — № 12. — S.48—51.
7. Shilenok, V.N. [i dr.] // Hirurgiya. — 1999. — № 2. — S.11—13.
8. Shurkalin, B.K. Laparoskopicheskaya hirurgiya v lechenii perforativnyh gastroduodenal'nyh yazv / B.K. Shurkalin [i dr.] // Vestnik hirurgii. — 1999. — T. 158, № 3. — S.100—101.
9. Druart, M.L. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer: a prospective multicenter clinical trail / M.L. Druart, R. van Hee [et al.] // Surg. Endosc. — 1997. — Vol. 11. — P.1017—1020.
10. Khoursheed, M. Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer / M. Khoursheed, M. Fuad, H. Safar [et al.] // Surg. Endosc. — 2000. — Vol. 14. — P.56—58.
11. Kathouda, N. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers: outcome and efficacy in 30 consecutive patients / N. Kathouda, E. Mavor, R.J. Mason [et al.] // Arch. Surg. — 1999. — Vol. 134. — P.845—848. — Discussion 849—850.
12. Lau, W.Y. A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer using suture or sutureless technique / W.Y. Lau, K.L. Leung, K.H. Kwong [et al.] // Ann. Surg. — 1996. — Vol. 224. — P.131—138.
13. Lee, K.H. Endoscope-assisted laparoscopic repair of perforated peptic ulcers / K.H. Lee, H.C. Chang, C.J. Lo // Am. Surg. — 2004. — Vol. 70. — P.352—356.
14. Lee, F.Y. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers / F.Y. Lee, K.L. Leung, B.S. Lai [et al.] // Arch. Surg. — 2001. — Vol. 136. — P.90—94.
15. Mehendale, V.C. Laparoscopic versus open surgical closure of perforated duodenal ulcers: a comparative study / V.C. Mehendale, S.N. Shenoy, A.M. Joshi [et al.] // Indian. I. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 21. — P.222—224.
16. Palanivelu, C. Laparoscopic management of acid peptic disease / C. Palanivelu [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percut. Tech. — 2006. — Vol. 16. — P.312—316.
17. Siu, W.T. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial / W.T. Siu [et al.] // Ann. Surg. — 2002. — Vol. 235. — P.313—319.
18. Siu, W.T. Routine use of laparoscopic repair for perforated peptic ulcer / W.T. Siu, C.H. Chau, B.K. Law [et al.] // Br. I. Surg. — 2004. — Vol. 91. — P.481—484.
19. Siu, W.T. Single stitch laparoscopic omental patch repair of perforated duodenal ulcer / W.T. Siu, H.T. Leong, M.K. Li // Y. R. Coll. Surg. Edinb. — 1997. — Vol. 42. — P.92—94.
20. Svanes, C. Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality / C. Svanes [et al.] // World. J. Surgery. — 2003. — Vol. 34. — P.1666—1671.

© М.П. Тагиров, Х.М. Халилов, А.М. Закиров, М.И. Шакиров, 2013  
УДК 616.33/.34-002.44-089

## ВАРИАНТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

**МАРАТ РАВИЛЕВИЧ ТАГИРОВ**, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, врач-хирург ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, e-mail: tagirov72@yandex.ru

**ХАЛИЛ МАГОМЕДГАДЖИЕВИЧ ХАЛИЛОВ**, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 2 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, e-mail: halilov.7@yandex.ru

**АЗАТ МИДХАТОВИЧ ЗАКИРОВ**, врач-хирург ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, тел. 8-905-020-00-46, e-mail: zakirov19771@mail.ru

**МАНСУР ИСХАКОВИЧ ШАКИРОВ**, канд. мед. наук, врач-хирург ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, e-mail: mansur35bk@mail.ru

**Реферат.** Статья посвящена анализу особенности диагностики и хирургического лечения перфоративных дуоденальных язв у 510 больных. Предлагаются новые способы ушивания перфоративного отверстия с использованием лапароскопических технологий, которые были успешно применены у 83 пациентов — ушивание перфоративной язвы петлевым пломбирующим швом, оментопластика со съемной лигатурой. Определены точки введения троакаров, техника проведения оперативных вмешательств. Определены показания к различным видам лапароскопических методов ушивания перфоративных дуоденальных язв в зависимости от их размеров, расположения, сроков заболевания. Определены противопоказания к лапароскопическим вмешательствам при перфоративных дуоденальных язвах. Описано послеоперационное ведение больных, проанализированы послеоперационные результаты. Предложенные варианты лечения позволили значительно уменьшить болевую реакцию в раннем послеоперационном периоде, сократить сроки лечения в хирургическом стационаре в два раза и ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов.

**Ключевые слова:** перфоративная язва, методы ушивания, лапароскопия.

## OPTIONS LAPAROSCOPIC TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCERS

**MARAT R. TAGIROV**, kandidat of medical sciences, assistant to chair of surgery of GBOU DPO «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of the Russian Federation, doctor-surgeon of GAUZ «City Clinical Hospital No. 7» of Kazan, tagirov72@yandex.ru

**KHALIL M. KHALILOV**, the candidate of medical sciences, the manager of surgical office № 2 GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, halilov.7@yandex.ru

**AZAT M. ZAKIROV**, doctor-surgeon of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, 8-905-020-00-46, zakirov19771@mail.ru

**MANSUR I. SHAKIROV**, the candidate of medical sciences, doctor-surgeon of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan

**Abstract.** Article is devoted to the analysis of feature of diagnostics and surgical treatment of perforative duodenal ulcers at 510 patients. New ways of an ushivaniye of a perforative opening with use of laparoscopic technologies which were successfully applied at 83 patients — an ushivaniye of a perforative ulcer by a loopback sealing-up seam, оментопластика