УДК 616.33-002.44-089

С.М. Абуов, Л. Кошербаева, А. Әстай, А. Жомартова, Б. Сыдыкова,
М. Өмірәлі, А. Аманкелдиева, А. Абдрахманова
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
хирургиялық аурулар кафедрасы

АСҚАЗАН МЕН ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕКТІҢ ТЕСІЛГЕН ОЙЫҚ ЖАРАЛАРЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Гастродуоденальды ойық жаралардың хирургиясында осы уақытқа дейін клиницистердің осы патологияға қойылатын барлық талаптарына жауап беретін «идеалды» хирургиялық араласу болмағанын айтқымыз келеді, сондықтан хирургиялық тактика мәселелері мамандардың форумдарында және медициналық баспасөздерде белсенді талқылануда.
Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, радикалды хирургиялық араласулардың әдістемесі мен техникасын жетілдіру мәселелері бойынша, пациенттердің осы тобын хирургиялық емдеудің нәтижелерін жақсарту мақсатында, әсіресе он екі елі ішектің перфорацияланған «құрделі» ойық жаралары әдіснамасын және техникасын жетілдіру бойынша қосымша зерттеулер мен перспективалық әзірлемелерді жедел түрде дайындау қажет.
Түйінді сөздер: хирургиялық емдеу, асқазан жарасы, он екі елі ішек жарасы, хирургиялық емдеудің заманауи әдістері

Перфорацияланған ойық жараны тігудің әлемдегі алғашқы тәжірибесі өндірілгеніне бір ғасырдан астам уақыт өтті. Осы кезеңде көптеген зерттеушілер асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасынан болған өлім-жітімді және операциядан кейінгі асқынуларды азайту жолдарын іздестіруге көп еңбек сіңірді [1].
Асқазан жарасы мен он екі елі ішектің ойық жарасын диагностикалау мен хирургиялық емдеудегі белгілі жетістіктерге қарамастан, бұл мәселе әлі күнге дейін өзектілігін жоғалтпады.
Асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасы кең таралған ауру болып табылады және халықтың 5-15%-ында кездеседі [2,3]. Экономикалық дамыған елдерде перфорацияланған ойық жара жылына 100000 тұрғынның ішінде 7-10 тұрғында кездеседі [4].
Ең белсенді, еңбекке қабілетті жастағы адамдар осы аурумен жиі ауырады, бұл осы мәселенің әлеуметтік маңыздылығын анықтайды.
Асқазан жарасы ауруының күрделі асқынуларының бірі - ойық жараның перфорациясы, оның жиілігі 4%-30% құрайды [5]. Перфорацияланған жаралардан болатын өлім деңгейі жоғары және 5-15%-ға жетеді [6,7,8].
Соңғы жылдары хирургиялық гастроэнтерологияның, реанимациялық, консервативті терапияның жетістіктері мен жараларға қарсы жаңа дәрі-дәрмектерді кеңінен қолдануға қарамастан, асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасына жедел және шұғыл көрсеткіштер бойынша жасалған операциялардың саны 2,5-3 есеге артты және оның негізгі себебі асқазан жарасы мен он екі елі ішектің ойық жарасы бар науқастардың жоспарланған хирургиялық емдеуден негізсіз бас тартуымен байланысты болып отыр [9, 10].
Өрескел морфологиялық өзгерістері бар және үлкен көлемді гастродуоденальды ойық жаралар жиілігінің жас пациенттер арасында айтарлықтай өсуі байқалады.
Перфорацияланған жараны тігу көптеген хирургтарды жарақатының жеңілдігіне, орындалуының қарапайымдылығына және қол жетімділігіне, хирургиялық араласудың қысқа мерзіміне және операциядан кейінгі асқынулардың аз болуына байланысты қызықтырады.
Осы мәселе бойынша хирургиялық араласудың 100 жылдан астам қолданылуы оның артықшылықтары мен кемшіліктерін айқындады. Бұл диффузды іріңді перитонитпен ауыратын науқастарды және ауыр ілеспе аурулары бар егде жастағы және қартайған науқастарды хирургиялық емдеудің негізгі жалғыз әдісі. Бірақ хирургиялық әдіспен емдеу аурудың дамуының этиологиялық және патологиялық механизмдеріне әсер етпейді. Сондықтан операциядан кейінгі жаралардың қайталану пайызы шұғыл хирургиялық араласуды қажет ететін перфорация, қан кету және жаралы-тыртықты стеноз түріндегі қайталанған ауыр асқынулары 40-80% дейін жетеді [11, 60].
Асқазан жарасы ауруының консервативті терапиясының соңғы жетістіктерін ескере отырып, осы мәліметтерді он екі елі ішектің ойық жарасын тігудің пайдасына дәлел ретінде қолдануға бола ма? Зерттеушілер он екі елі ішектің ойық жарасын хирургиялық емдеудің осындай қолайсыз нәтижелерін осы науқастардағы қышқыл-пептикалық фактордың тұрақты жоғары агрессивтілігімен, олардың асқазан жарасының дәстүрлі терапиясына төзімділігімен, асқазан жарасы рецидивтерінің пайда болуында Helicobacter pylori рөлінің төмендеуімен байланыстырады [12,13].
Перфорацияланған гастродуоденальды ойық жаралар хирургия саласындағы шешілмеген және даулы мәселелердің бірі – жастарға жасалатын паллиативті және радикалды операциялардың пайдасы туралы мәселе. Көптеген авторлардың деректері бойынша [14, 15] науқастардың осы санатындағы перфорацияланған ойық жараларын тігуді дұрыс деп санайды, себебі олардың жаралары «жедел» екенін және қарапайым тігуден кейін асқазан жарасы ауруы толық және асқынусыз жазылатынын айтады.
Осыған байланысты кейбір авторлар [16] 5 жылдан астам бақылауда болған науқастардың тесілген ойық жарасын тігу үшін операция жасатқан 198 жас науқастардағы гастродуоденальды ойық жараларды хирургиялық емдеудің ұзақ мерзімді нәтижелерін зерттеді. 39 (19,7%) науқасқа гастродуоденальды перфорацияланған жараларды тігіс жасағаннан кейін ұзақ мерзімді кезеңде қайтадан хирургиялық араласу қажет болды. Олардың көпшілігінде көрсеткіштері (51,9%) ойық жараның әртүрлі асқынулары болды.
Пилородуоденальды аймақтың декомпенсацияланған түрінде тыртықталып тарылған ойық жара стенозына қайталап хирургиялық ота жасатуға мәжбүр болған 20 жасқа дейінгі пациенттердің 16,7% -і қажет болғандығы назар аудартады.
Осылайша, хирургиялық объективтілік бізді ойық жараны емдеу әдісін таңдағанда емдеудің тек бір әдісін ғана догматикалық түрде ұстануға болмайды деп айтуға мәжбүр етеді. Емдеу әдісін таңдау кезінде перфорацияның түріне және мөлшеріне, іш

қуысының өзгеруіне, науқастың жағдайы мен хирургтың біліктілігіне байланысты икемді жеке тәсілдің қажеттілігі туындайтынын түсіну керек.

Ваготомия – 20-ғасырдың аяғындағы асқазан жарасының хирургиясының дамуына үлкен ғылыми үлес қосты. Қазіргі кезде көптеген авторлар ваготомияны бұл әдістің көптеген түрлеріне негізделген, он екі елі ішектің ойық жарасы кезіндегі органды сақтайтын хирургиялық таңдау әдісі деп қарастырады [17, 18, 19, 20, 21].

Алайда, клиникалық тәжірибенің жинақталуымен, ваготомия және онымен біріктірілген асқазанды дренаждау операциялары да кемшіліктерсіз болмайтындығы, соның ішінде пациенттердің 10-40% -ында байқалатын поствaготомиялық синдромдар деп аталатын ваготомияның өзі тудыратын ұзақ мерзімді асқынулардың пайда болу қаупі бар екендігі белгілі болды [22]. Мұны операциядан кейін көп ұзамай дамитын және операциядан кейінгі кезеңде азды-көпті ұзақ уақытқа жалғасатын, тек ваготомияға тән әр түрлі ас қорыту органдарының дисфункциялар тобы деп түсіну керек. Бұл науқастар кейіннен асқазанды түзету немесе қалпына келтіру резекциясын талап етеді [23, 24].

Селективті проксимальды ваготомиядан (СПВ) кейін қайталанатын он екі елі ішектің ойық жарасы бар науқастарда реваготомия өңеш пен кардианың айналасындағы тыртықты процеске байланысты болашағы жоқ әдіс деп саналады. Сонымен қатар, реваготомияның техникалық қиындықтары іш қуысының жоғарғы қабатында айқын цикатриалды-адгезиялық процестің болуымен байланыстырылады. Барлық жағдайда, алдыңғы қабырғаның өсуі және бауырдың сол жақ бөлігінің төменгі бетіне асқазанның шамалы қисаюы, пилорус пен он екі елі ішекте тыртықтар мен адгезиялардың болуы байқалды [25].

Он екі елі ішектің жарасына ағзаларды сақтау операцияларын кеңінен енгізу операцияланған асқазан ауруларының алдын алуын шеше алмады, керісінше поствaготомиялық синдромдардың әсерінен олардың түрлерін едәуір арттырды.

70-жылдары бұрынғы КСРО-да СПВ-ні әкімшілік жолмен «үстінен» кеңінен енгізуге әрекет жасалды. Бірақ 40 жылдан кейін көптеген медициналық мекемелерде ваготомия кең тарала алмады. Жарияланымдарға сәйкес, мұны «сынап көргеннен» ауыр гастролепегия немесе жараның қайталануы көп болған себепті көптеген хирургтар бұл операциялардан оңай бас тартты [26].

Он екі елі ішектің ойық жарасы хирургиясында хирургиялық араласуды хирургтардың шектеулі саны қолданады. Сонымен қатар, Латаржье жүйкесін анықтауды қиындатқан перитонит, адгезия, семіздік, ісіну және қабыну инфильтрациясы пациенттердің осы тобында СПВ көрсеткіштерін шектейтін себептер болып саналады [27].

Қазіргі уақытта хирургтардың көпшілігінің келісімі бойынша, тіпті ең жетілдірілген, ағзаларды сақтау хирургиясы әдісі - айқын терапиялық әсерімен қатар, операциядан кейінгі рецидивтердің жоғары жиілігі бойынша осал болып табылады. Сондықтан СПВ-мен бірге он екі елі ішектің ойық жарасын үнемдеу хирургиясының барлық тұжырымдамасы клиникалық тәжірибеде өз позициясын жоғалтады. Бұл, әсіресе, перфорациямен асқынған он екі елі ішектің «күрделі» жарасына операция жасауға қатысты [28].

Ену және стенозбен асқынған он екі елі ішектің ойық жарасында СПВ-ге деген «позитивті» көзқарастың жақтаушылары патологиялық синдромдар жиі кездесетіндіктен, олардың емделуі жиі сәтсіз аяқталатындықтан, осы әдістің әрдайым жағымсыз ұзақ мерзімді нәтижелері туралы алаңдаушылық білдіреді. Осы дәлелдермен келісе отырып, біз әлі күнге дейін мұндай жаралар үшін асқазанды резекциялаудан бас тартуға ешқандай негіз жоқ деп санаймыз.

«Күрделі» он екі елі ішектің жарасы деп, әдетте орналасуы төмен, стенозы бар және айқын қабыну инфильтратымен көршілес мүшелерге енетін, ірі және алып жараларды айтады. Міне, осындай жаралармен асқазан резекциясының ауыр асқынулары байқалады: гепатодуоденальды байлам элементтерінің зақымдануы, операциядан кейінгі панкреатит, асқазан-ішек анастомозы, он екі елі ішектің діңгектерінің істен шығуы [29].

Бұл жаралар мөлшері жағынан үлкен, дұрыс пішінді емес, шеттері жұқарған және ойық жараның айналасында айқын перифокальды қабыну үрдісі бар, айқын деформациясы бар үлкен өлшемді цикатриальды-адгезиялық қабыну конгломераты анық байқалатын жаралар болып табылады. Олар пилородуоденальды аймақта интраоперациялық ревизия кезінде анық байқалады. Он екі елі ішектің артқы қабырғасындағы жаралар көбінесе ұйқы безінің басына енеді.

Сонымен қатар, хирургиялық араласудың арнайы техникасы мен әдістерін қажет ететін «күрделі» ұлтабар жараларын жеке топқа бөлу қажеттілігі екі негізгі себепке байланысты болады: біріншіден цикатриальды процесс іргелес түзілістерді ығыстырады, бұрмалайды, жасырады және ұлпаның жетіспеушілігі жағдайында он екі елі ішектің діңін жабуды қиындатады. Екіншіден «он екі елі ішектің ойық жарасы» операциясының техникалық күрделілігі [30].

Он екі елі ішектің ойық жарасына хирургиялық араласу кезінде цикатриальды өзгерістер хирургқа өте қиын міндет қояды: асқазан-ішек жолы ыңғайсыз орналасқан, асқазан немесе он екі елі ішектің шығу қуысының бұзылуын жою, асқазан-ішек жолдарының тұтастығын қалпына келтіру. Оның үстіне цикатриалды стенозымен асқынған он екі елі ішектің ойық жарасы қайтымсыз процесс, жара аймағында терең метаболикалық және морфологиялық өзгерістер де орын алады; сол себепті емдеудің жалғыз әдісі ретінде радикалды хирургия пайдасына деген осындай науқастарды емдеу тактикасына қатысты көзқарастарды қайта қарауға негіз береді [31].

Сонымен бірге өзекті проблема он екі елі ішектің жарасында асқазанды резекциялау техникасын одан әрі жетілдіру, яғни тұрақты қалпына келуге мүмкіндік беретін бір сатылы радикалды, патогенетикалық негізделген операцияны жүзеге асыру.

Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, А.А. Ольшанецкий және т.б. [32] асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасын тігуді қажетті шара ретінде қарастырады, таңдау әдісі, олардың пікірінше, асқазанды резекциялау болып табылады.

А.А. Курыгин және басқалар [33] перфорацияланған ойық жараны тігіп болғаннан кейін 15% жағдайда операцияны талап ететін пилородуоденальды стеноз дамиды дейді.

А.Н. Долгушкина [34], 3 жыл ішінде он екі елі ішектің ойық жарасын тігіп алғаннан кейін, науқастардың 83,3% -ында ойық жараның қайталануы байқалады, ол асқынулардың көптігімен клиникалық тұрғыдан ауыр дәрежеде жүреді.

Кейбір зерттеушілер органды сақтайтын операциялар бір уақытта төмен жатқан он екі елі ішектің жарасын «жоймайды», стенозды жояды, қан кетуді тоқтатпайды және сонымен бірге тағамның табиғи өтуін сақтайды деп санайды [35].

Бұл жағдайларда ваготомияны қолдану рецидивтердің жиілеуіне немесе ойық жараның емделуіне байланысты шектеулі [36].

Басқа хирургтар ену және стенозбен біріктірілген он екі елі ішектің ойық жарасы кезінде асқазан резекциясын қолдайды [37,38,39].

Олар декомпенсацияланған ойық жаралы-цикатриалды стенозы мен гиперсекрециясы бар үлкен біртіндеп енетін жараның болуы асқазанды резекциялауды тіпті жас пациенттерге де көрсеткіш деп санайды.
Бірқатар авторлар «күрделі» деп аталатын он екі елі ішектің жарасы жағдайында ең радикалды операция - бұл техникалық қиындықтарға байланысты Бильрот I операциясын тікелей гастродуоденальды анастомоздың пайда болуымен жасау мүмкін болмаған кезде, он екі елі ішектің діңгегін тігу арқылы Бильрот II бойынша асқазанды резекциялау деп санайды [40.].
Бірақ ондай жаралармен өте ауыр асқыну байқалады, ұлтабар діңінің тігістерінің істен шығуы. Бұл асқыну кезіндегі өлім 50-70% аралығында болады [41, 42].
Хирургиялық тәжірибеде он екі елі ішектің діңін тігудің 200-ден астам әдісі бар [43], бірақ олардың ешқайсысы «күрделі» жаралар кезінде тігістердің бұзылмауына кепілдік бермейді, ал әзірленген әдістерді негізінен олардың авторлары қолданады. Мұндай жағдайда асқазанды резекциялаудың басты қиындығы он екі елі ішектің діңін сол немесе басқа модификацияда тігуімен байланысты, өйткені ішектің артқы немесе бүйір қабырғаларының бос бөлігі жоқ. Мұндай жараларды хирургиялық емдеу өте күрделі мәселе, әсіресе шұғыл хирургия кезінде перфорацияланған жағдайда.
Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, бірқатар авторлар гастродуоденальды анастомозды он екі елі ішектің ойық жарасын емдеудің «ауыр» таңдау әдісі деп санайды, бұл авторларға өлім-жітімнің айтарлықтай төмендеуіне мүмкіндік береді. Мұндай есептердің саны аз, сондықтан «он екі елі ішектің ойық жарасы» жағдайында операция әдісін таңдау мәселесін шешу осы бағыттағы әрі қарайғы дамуды қажет етеді. [44, 45].
Е.Ю.Волков [46] сонымен қатар асқазан резекциясын он екі елі ішектің алып перфорацияланған жарасында да тиімді таңдау әдісі деп қарастырады.
В.Н. Чернышева және басқа да авторлардың пікірі бойынша он екі елі ішектің перфорацияланған жарасы кезінде, артқы бүйірлік гастродуоденальды анастомозды енгізе отырып, Бильрот-I бойынша асқазанды ең негізделген және радикалды резекциялау деп санайды.
Г.К. Жерлов [47] ұйқы безінің басында ойық жаралы кратер қалдырып, асқазан діңінің есебінен жасанды пилориялық сфинктер түзе отырып, асқазанның резисторлық модификацияланған «Бильрот-I» резекциясын ұсынды.
Кейбір авторлардың пікірі бойынша [48] он екі елі ішектің «күрделі» жарасына арналған пилоропластикамен ваготомия мәселені шешпейді. Олар тікелей гастродуоденоанастомозды түзе отырып, Бильрот-I бойынша асқазанды резекциялау операциясын қарастырады. «Ауыр» он екі елі ішектің жарасы кезінде Бильрот-I бойынша асқазан резекциясы он екі елі ішек арқылы тамақ массаларының физиологиялық өтуін жасауға ұмтылудан емес, ұзақ мерзімді кезеңде гастро-резекциядан кейінгі синдромдардың төменгі жиілігін қамтамасыз етеді [49].
Осылайша, қазір лапароскопиялық әдіспен гастродуоденальды перфорацияланған ойық жараға паллиативті және радикалды хирургиялық араласулар жасауға болатындығы белгілі болды. Оны қолданудың орындылығы туралы мәселе талқылануда. Біздің елімізде осы әдісті қолдану тәжірибесінің салыстырмалы түрде аздығына байланысты гастродуоденальды перфорацияланған жарасы бар науқастарда лапароскопиялық операциялардың ұзақ мерзімді нәтижелері іс жүзінде зерттелмеген.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Ботабаев С.И., Кудербаев М.Т., Ботабаев Е.С. Резекция желудка при перфоративных «трудных» язвах двенадцати- перстной кишки // Наука и здравоохранение. – 2007. - No 4. – С. 82-84.
2. Утешев Н.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А. Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами // Хирургия. - 2003. - No 12. - С. 48-51.
3. Чернооков А.И., Наумов Б.А., Котаев А.Ю. и др. Хирургиче- ское лечение больных с перфоративными пептическими яз- вами // Хирургия. – 2005. - No 6. – С. 34-39.
4. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2003. - No 3. – С. 43-49.
5. Хаджиев О.Ш., Лупальцев В.И. Лечение прободных гастродуо- денальных язв // Хирургия. – 2001. - No 5. - С. 28-30.
6. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хи- рургическая гастроэнтерология. - С-Петербург.: Питер, 2001. – 483 с.
7. Борисов А.Е., Митин С.Е., Пешехонов С.И. и др. Лапароскопи- ческое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв // Эндоскопическая хирургия. – 2000. - No 2. – С. 12-13.
8. Чувилин О.А. Сравнительные результаты и качество жизни больных с перфоративными пептическими язвами после хи- рургических вмешательств и эрадикации Helicobacter pylori: Дис. ... канд. мед. наук. - 2003.- 18 с.
9. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Бабышин В.В. и др. Способ комби- нированного ушивания перфоративных язв двенадцатиперст- ной кишки // Эндоскопическая хирургия. – 2000. - No 6. - С. 53.
10. Совцов С.А., Подшивалов В.Ю., Киселев А.Г. и др. Перспекти- вы использования комбинированной эндохирургии прободных язв. // Эндоскопическая хирургия. – 2001. - No 5. - С. 32-33.
11. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Перфоративные гастро-дуоденальные язвы: взгляд на проблему // Русский ме- дицинский журнал. - 2005. - No 11. - С. - 3-7.
12. Жаболенко В.П., Сажин А.В., Наумов И.А. и др. Профилактика рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки по- сле открытых операций // Всероссийский съезд эндоскопи- ческой хирургии. - 4. – Тезисы докладов. – Эндоскопическая хирургия. – 2001. - No 7. – С. 2-24;
13. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C et. al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht 2-2000 Consensus Report Aliment Pharmacol Ther. 2002. Vol. 16: 2. P. 167—180.
14. Синенченко Г.И., Долгоруков М.И., Михайлов А.П. и др. Способ укрытия «трудной» культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка // Хирургия. – 2005. - No 11. – С. 37-41.

15. Ивашкин В.Т. Helicobacter pylori, биологические характери- стики, патогенез, перспективы эррадикации // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол колонопроктол. – 1997. – No 7. – С. 21-23.
16. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Спорные вопросы хирургическо- го лечения перфоративных гастродуоденальных язв // Хирур- гия. – 1999. - No 6. – С. 15-19.
17. Доскалиев Ж.А., Кабдулов А.Е., Коненко А.Ф. и др. Лечебная эндоскопия и лапароскопическая ваготомия в комплексном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // В сб. «Перспективы развития хирургии в III тысячелетии». Аста- на, 2000. - Часть II. – С. 225-228.
18. Султаналиев Т.А., Джумабеков А.Т., Карибаев Н.К. и др. Хи- рургическая тактика при кровотечении из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии Казахстана. – 2005. - No 1. - С.41-43.
19. Халимов Э.В., Капустин Б.Б., Зайцев Д.В. и др. Функциональ- ное обоснование применения комбинированной желудочной ваготомии у больных с осложненной дуоденальной язвой // Материалы Всероссийского научного форума «Хирургия 2005». – М., 2005. – С. 180-182.
20. Johnson A.G. Proximal gastric vagotomy: does il have a place in the future management of peptic ulcer? // Wld J Surg. - 2000. – Vol. 24. – P. 259-263.
21. Chang T.M., Chan D.C., Liu Y.C. et al. Long-term results of duodenectomy with highly selective vagotomy in the treatment of complicated duodenal ulcers // Am J Surg. – 2001. - Vol. 181: 4. - P. 372-376.
22. Гервазиев В.Б., Лубянский В.Г., Аргучинский И.В. Органосохра- няющая хирургия дуоденальной язвы. - Барнаул, 2002. – 96 с.
23. Жерлов Г.К., Фурсова О.Н., Гибадулина И.О. и др. Диагностика и хирургическое лечение при постбульбарных язвах двенад- цатиперстной кишки // Вестник хирургии. – 2001. – С. 21.-24.
24. Курбонов К.М., Назаров Б.О. Хирургическая тактика при пер- ФОРАТИВНЫХ гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пе- нетрацией и стенозом // Хирургия. – 2005. - No 12. – С. 33-35.
25. Ширинов З.Т., Курбанов Ф.С., Домрачев С.А. Повторные опе- рации после ваготомии при язвенной болезни двенадцати- перстной кишки // Хирургия. – 2005 - No 2. – С. 34-37.
26. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. - No 1. - С. 58-64.
27. Ахметов Б.С. Хирургические методы лечения язвенной бо- лезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Медицина. – 2000. - No 3. – С. 28-30.
28. Пажитнов С.М. Хирургическая тактика при стенозирующих дуоденальных язвах сочетающихся с другими язвенными осложнениями // Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Москва. - 2000. – 19 с.
29. Асадов С.А., Салехов Я.С., Алиев Э.Э. Формирование дуоде- нальной культи при резекции желудка по поводу «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 2004. - No 2. - С. 78-81.
30. Ботабаев С.И., Кудербаев М.Т., Хребтов В.А. Способ опе- ративного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией язвы задней стенки кишки в головку поджелудочной железы // «Промышленная собствен- ность» - официальный бюллетень. – 2008. - No8. – С.141.
31. Спыну А.В. Пенетрирующие гастродуоденальные язвы // Хи- рургия. – 1984. - No 9. – С. 78-81.
32. Ольшанецкий А.А., Кириченко Б.Б., Капустин А.Г. и др. Ра- дикальная операция – метод выбора при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия. -1991.-No4.–С.12-15.
33. Курыгин А.А., Курыгин Ал.А., Серова Л.С., Смирнов А.Д. Ваго- томия в нестандартных ситуациях абдоминальной хирургии. – СПБ: Гиппократ. - 1997. – 156 с.
34. Долгушкин А.Н. Особенности течения и оперативного лече- ния больных после зашивания перфоративной язвы двенад- цатиперстной кишки // Клиническая хирургия . – 1993. - No 9,10. – С. 20-21.
35. Махов Г.А. Хрипушин Е.А., Игнатов Г.И. Хирургическое лече- ние осложненных постбульбарных язв // Вестник хирургии. – 1986. - No10. – С.58-60.
36. Дуденко Ф.И., Лысенко Б.Ф., Ковалев А.П., и др. Хирургическое лечение осложненной низкорасположенной язвы двенад- цатиперстной кишки // Клиническая хирургия. - 1995. - No 3. - С. 18-20.
37. Поташов Л.В., Морозов В.П. Обоснование дифференциро- ванного подхода к хирургическому лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. – 1990. - No 4. - С. 124-128.
38. Совцов С.А., Кушниренко О.Ю. Принципы оказания хирурги- ческой помощи больным с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями // Хирургия. - 2001. - No 12. - С. 63-64.
39. Абеуев М.Е., Примбеков С.Ш. Первичная резекция желудка в хирургическом лечении прободных гастродуоденальных язв В сб. «Перспективы развития хирургии в III тысячелетии». Астана, 2000. - Часть I. – С. 33-36. //
40. Земляной А.Г., Алиев С. А. Профилактика несостоятельно- сти швов культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по поводу пилородуоденальных язв // Вестник хирур- гии. – 1985. - No 4. - С.26-32.
41. Чернышев В.Н., Белоконев В.И., Александров И.К. Введение в хирургию гастродуоденальных язв. - Самара, 1993. – 214 с.
42. Волобуев Н.Н. Обработка «трудной» культи двенадцати- перстной кишки // Хирургия. – 1991. - No 9. – С. 140-143.
43. Долгоруков М.И. Реконструкция дуоденальной культи при ее несостоятельности // Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения заболеваний органов брюшной поло- сти: сб. науч. труд. посвящ. 80-летию со дня рождения проф. А.Г. Земляного.- СПб.: СПбМАПО, 2005. – С.224-227.
44. Мышкин К. И., Франкфурт Л.А., Чернышев И. В. Терминола- теральный гастродуоденальный анастомоз в хирургии яз- венной болезни // Хирургия. - 1982. - No 3. – С. 3-6.
45. Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Москалев А.П. и др. Резекция желудка по Бильрот I при гигантских пенетрирующих дуоде- нальных язвах // В кн.: хирургия желудка и кишечника. Под ред. Проф. И.Н. Ломаченко. - Смоленск. СГМА. – 1995. - С. 25-29.
46. Волков Е.Ю. Перфорация гигантской язвы двенадцатиперст- ной кишки // Клиническая хирургия. – 1992. – No 8. - С.42-44.

47. Жерлов Т.К., Клоков С.С., Ермолаев Ю.Д. Выбор способа опера- ции при перфоративной пилоробульбарной язве // Юбилейный сборник научных работ, посвященный 90-летию со дня рожде- ния профессора А.В. Овчинникова, Барнаул. – 2001. – С. 31-32.
48. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д. и др. Хирургическое лечение «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2005. - No1. – С.29-32.
49. Спыну А.В., Бужор П.В., Орган А.Н. Хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. – 1990. - No 1. – С. 35-37.

С.М. Абуов, Л. Кошербаева, А. Әстай, А. Жомартова, Б. Сыдыкова,

М. Өмірәлі, А. Аманкелдиева, А. Абдрахманова
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
кафедра хирургических болезней

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Резюме: Отметим, что в хирургии гастродуоденальной язвы еще не было «идеального» хирургического вмешательства, отвечающего всем требованиям клиницистов к данной патологии, поэтому вопрос хирургической тактики активно обсуждается на специализированных форумах и в медицинской прессе.
В связи с вышеизложенным необходимо срочно провести дополнительные исследования и доработки для совершенствования методологии и техники радикальной хирургии, совершенствования методики и техники перфорированных «сложных» язв двенадцатиперстной кишки, особенно с целью улучшения результатов хирургического лечения этой группы пациентов.
Ключевые слова: хирургическое лечение, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, современные методы хирургического лечения, перфорация язвы желудка.

S.M. Abuov, **L. Kosherbaeva, A. Astay, A. Zhomartova, M. Omirali, B. Sydykova,**
A. Amankeldieva, A. Abdrakhmanova
Asfendiyarov Kazakh National medical university
Department of Surgical Diseases

STOMACH AND DUODENAL PERFORATED ULCER OPERATIVE TREATMENT (LITERATURE REVIEW)

Resume: Note that in the surgery of gastroduodenal ulcers there has not yet been an "ideal" surgical intervention that meets all the requirements of clinicians for this pathology, therefore the issue of surgical tactics is actively discussed at specialized forums and in the medical press.
In connection with the above, it is urgent to conduct additional research and refinements to improve the methodology and technique of radical surgery, to improve the technique and technique of perforated "complex" duodenal ulcers, especially in order to improve the results of surgical treatment of this group of patients.
Keywords: surgical treatment, gastric ulcer, duodenal ulcer, modern methods of surgical treatment, gastric ulcer perforation