

УДК 614.2:616-082.003.18

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА
МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ**

Попандопуло Константин Иванович - д.м.н.
МУЗ «Городская больница», г. Геленджик,
Кубанский государственный медицинский
университет, г. Краснодар, Россия

Корочанская Наталья Всеволодовна - д.м.н.,
профессор
МУЗ «Городская больница N2 (КМЛДО)»,
Кубанский государственный медицинский
университет, г. Краснодар, Россия

В статье описывается опыт и приводятся оригинальные технологии хирургического лечения 143 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, и 106 больных с перфоративными дуоденальными язвами в условиях городской многопрофильной больницы г.Геленджика.

Ключевые слова: ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,
ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ,
ПЕРФОРАЦИЕЙ, РАДИКАЛЬНАЯ
ДУОДЕНОПЛАСТИКА

UDC 614.2:616-082.003.18

**SURGICAL TREATMENT OF ACUTE
COMPLICATIONS OF DUODENAL ULCER ON
THE MUNICIPAL LEVEL.**

Popandopulo Konstantin Ivanovich, MD
City Hospital, Helendjik, Kuban State Medical
University, Krasnodar, Russia

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna, MD, Prof.

City Hospital # 2 (KMMDA), Kuban State Medical
University, Krasnodar, Russia

An experience and new technologies for surgery of 143 patients with duodenal ulcer complicated with bleeding and 106 patients with perforated duodenal ulcers in City Hospital, Helendjik is presented.

Key words: Duodenal ulcer disease.,complicated with
bleeding, perforation, radical duodenoplasty

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), являясь самым распространенным заболеванием органов пищеварения среди взрослого населения, остаётся важной социально-экономической проблемой [1]. В развитых странах мира с 1950-х по 1980-е годы госпитализация в стационары и смертность от ЯБ существенно снизились [2,3]. В противоположность этой основной тенденции частота развития кровотечений и перфораций язв, смертность от ЯБ среди пожилых пациентов увеличилась в 1970-1980-е годы на 80-90% [2, 4]. Вместе с тем стандарты хирургического лечения, гарантирующие устранение осложненных дуоденальных язв на муниципальном уровне, до настоящего времени не разработаны.

Цель исследования - обосновать принципы выбора метода оперативного лечения осложненной ЯБ ДПК в условиях городской многопрофильной больницы.

Материал и методы. В хирургическом отделении городской многопрофильной больницы (г.Геленджик) с 1999 по 2008 гг. наблюдалось 143 пациента с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением, и 106 больных с перфоративными дуоденальными язвами. У 18 человек на высоте кровотечения была выполнена радикальная дуоденопластика (РДП) по В.И.Оноприеву [5, 6], у 125 пациентов кровотечение было остановлено консервативно. Перфоративные дуоденальные язвы устраняли методом РДП (n=89); если дежурила бригада хирургов, не владеющих этими технологиями, применяли ушивание язвенного дефекта (n=17). В послеоперационном периоде оценивали контаминацию слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, при наличии показаний проводили эрадикационную терапию и в последующем длительно применяли антисекреторные препараты в поддерживающих дозировках. Динамическое наблюдение (ЭФГДС-контроль, оценку качества жизни) проводили в последующем 1 раз в 6 месяцев.

Результаты исследования. При поступлении пациента с острым язвенным кровотечением в хирургическое отделение на приемном покое проводилась оценка тяжести кровопотери. При легкой кровопотере ЭФГДС проводили сразу после поступления, при кровопотере средней тяжести и тяжелой - после инфузионно-трансфузионной терапии. Диагностическая ЭФГДС сочеталась с лечебными воздействиями (обкалывание источника кровотечения раствором адреналина 1:10 000; орошение капрофером). У 10 пациентов с продолжающимся кровотечением или неустойчивым гемостазом была выполнена неотложная операция РДП; у всех прооперированных достигнут надежный гемостаз. У 13 пациентов кровотечение рецидивировало после первичной остановки во время проведения ЭФГДС, 7 пациентам выполнена отсроченная РДП, из них 2 человека умерли, 1 больной умер без оперативного лечения на высоте рецидивного кровотечения. 15 пациентов поступили в стационар со стабильным гемостазом (Forrest 3) и были переведены в терапевтическое отделение для интенсивного консервативного лечения, у 1 пациента на 5 сутки после поступления кровотечение рецидивировало и ему была выполнена РДП (рис.1.).

В целом отмечено 3 летальных исхода, связанных с рецидивом кровотечения. Опыт свидетельствует, что развившиеся в ответ на первичную кровопотерю нарушения гемостаза, исходно имевшие характер компенсации и субкомпенсации, при рецидиве язвенного кровотечения прогрессируют с развитием состояния декомпенсации и присоединением синдрома полиорганной недостаточности. Характеристика летальных исходов во взаимосвязи с выбранным видом лечения представлена в таблице 1.



Рисунок 1 - Тактика ведения больных с язвенными дуоденальными кровотечениями в условиях городской многопрофильной больницы.

Таблица 1 - Виды лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, при летальных исходах

Виды лечения	Пациенты (%)	Летальность, чел.
Консервативное	125 (87,4)	1
Неотложные операции	10 (6,9)	0
Отсроченные операции	8 (5,6)	2
Всего	143 (100,0)	3

Хирургическая техника каждой РДП индивидуальна и строго определяется характером патоморфологических изменений, которые изучаются на диагностическом этапе РДП методом прецизионной

препаровки язвенного очага. Все пациенты были прооперированы нами на высоте кровотечения, причем 10 операций были неотложными, а 8 - отсроченными и выполнялись в связи с рецидивом кровотечения.

Для 12 пациентов был характерен острый деструктивно-некротический язвенный процесс. У 7 человек мы диагностировали фазу обострения хронической язвы с прогрессирующим некрозом тканей, у 3 - вновь открывшиеся язвы на месте постязвенного рубца, у 2 - первичные острые изъязвления. Для язв с преимущественно деструктивным процессом характерны большие размеры (площадь и глубина), округлая форма, наличие тромботических и некротических масс на дне и по краям язвы и высокая частота пенетраций (у 7 больных, в том числе в поджелудочную железу у 4, в гепатодуоденальную связку - у 3). Обильные некротические массы легко соскабливались ложечкой, при этом часто обнажались дольки поджелудочной железы. Края стенок ДПК не спаяны с краями кратера язвы, рубцовые сращения как бы лизировались. Рыхлая парадуоденальная клетчатка, как правило, инфильтрирована на значительном протяжении от края пенетрации (до 2-2,5 см), стенки ДПК чаще инфильтрированы широкосегментарно на 0,8-1,0 см от края язвы по длинику луковицы; воспалительный отек нередко циркулярен. У 3 пациентов с пенетрирующей язвой при интраоперационном исследовании нами был диагностирован формирующийся стеноз. По-видимому, в формировании стеноза при острой пенетрирующей язве большое значение имеет циркулярный воспалительный отек. Наружными анатомическими критериями определения локализации пенетрирующих язв служили: кратер пенетрации, инфильтрация ретробульбарной клетчатки и клетчатки парадуоденальных сальников, сегментарное поражение стенок ДПК, противоположных кратеру язвы, различные по форме надстенотические расширения луковицы ДПК. Рубцово-спаечная мантия у 8 из 12 пациентов при деструктивно-язвенном процессе отсутствовала. Обширные передние

парадуоденальные инфильтраты с вовлечением сальника, печени, желчного пузыря мы наблюдали у 1 пациента с пенетрацией язвы в печень.

У 6 больных, оперированных после остановки кровотечения, в области язвы преобладали рубцово-спаечные процессы. Хроническая воспалительная инфильтрация распространялась от края язвы по стенкам ДПК на 0,2-0,3 см. У 2 человек в пенетрирующих язвах края язвы были спаяны с краем кратера грубой рубцовой тканью на протяжении 0,8-1,0 см. Ретробульбарные и сальниковые рыхлые клетчаточные пространства были, как правило, свободны. Здесь встречались только изолированные рубцовые тяжи. Стенозирование, выявленное у 2 пациентов, было обусловлено сегментарной рубцовой трансформацией стенок ДПК и рубцово-спаечным перипроцессом, который при пенетрирующих язвах был представлен выраженными рубцово-спаечными наложениями - мантией. Рубцующиеся язвы были небольших размеров, чаще щелевидной формы. Среди хронических язв гигантских не наблюдалось. Пенетрация язв была неглубокой, дно представлено рубцующейся грануляционной тканью, при соскабливании которой открывался плотный гомогенный фиброзный слой, закрывающий тканевую структуру органа. У 2 из 6 больных в проекции рубцующейся язвы определялся крупный терминальный или магистральный сосуд. При исследовании кратера пенетрации и иссеченных краев стенок луковицы ДПК у 10 из 18 прооперированных пациентов было выявлено повреждение язвой стенок сосудов различного диаметра. У 3 больных наблюдалась аррозия магистральных сосудов: гастродуоденальной (n=1) и панкреатодуоденальной (n=2) артерий. Еще у одного пациента магистральные сосуды на определенном протяжении непосредственно вовлекались в воспалительный инфильтрат зоны пенетрации. В каждом кратере пенетрирующей язвы отмечалось от 2 до 5 сосудов поджелудочной железы и их ветвей, дополнительно питающих заднюю стенку ДПК.

Терминальные сосуды на уровне картера пенетрации были аррозированы у 2 больных, в стенке ДПК - у 1. Как правило, аррозированные сосуды находились в деструктивно-некротической зоне и были закрыты рыхлыми тромботическими и некротическими массами.

Центральным моментом в иссечении кровоточащей пенетрирующей язвы является мобилизация задней стенки ДПК и обработка кратера пенетрации. Сначала ДПК частично или полностью пересекают поперечно на уровне пенетрации. Задняя стенка проксимальной части луковицы полностью отделяется от поджелудочной железы, начиная от верхнего кратера язвы. Задняя стенка дистальной части ДПК мобилизуется на 1,5-2,0 см от нижнего края кратера язвы. Рубцово-язвенные края мобилизованных стенок ДПК иссекаются. Выявленные внутрстеночные крупные кровоточащие сосуды изолированно лигируются в подслизистом слое прошивной мононитью (3-4/00). Тщательно кюретажем удаляли тромботические и некротические массы с обнажением 2-5 изолированных сосудов. Каждый кровоточащий сосуд в кратере отдельно прошивали мононитью (3/00). Во всех случаях, независимо от глубины пенетрации, выполнялась оментопластика кратера прядью сальника на сосудистой ножке. При этом П-образными мононитями (3/00) сальник плотно фиксировали к дну и краям кратера, изолируя последний от линии дуоденальных швов. Объем резекции стенок ДПК ограничивался патологически измененными тканями, т.е. ни одного сантиметра нормальной дуоденальной стенки не удалялось. При разрушении язвенно-некротическим или рубцовым процессом всех стенок ДПК по окружности или обеих боковых (n=7) - выполнялась резекция сегмента или сегментарная радикальная дуоденопластика (СРДП).

У 11 пациентов мы выполнили мостовидную радикальную дуоденопластику (МРДП). Производили экономное иссечение язвенного очага с сохранением одной или более стенок - нервно-мышечного мостика,

позволяющего сохранить внутрстеночные нервные и сосудистые связи привратника и ДПК. При МРДП экономно иссекали только рубцово-язвенный очаг и оставляли полнослойный мостик из одной или более стенок, сохраняющий естественные нервные и сосудистые взаимосвязи гастропилородуоденального комплекса. Дефект стенки двенадцатиперстной кишки пластически закрывали с использованием лоскутов мобилизованных и смещаемых стенок луковицы. Обязательно сохраняли одну из боковых стенок - зону вхождения сосудов и нервов. После локального иссечения рубцово-язвенного очага одной передней или задней стенок, передней и задней, одной из боковых с частью передней или задней стенок дуоденальный "нервно-мышечный мостик" может включать: заднюю с частью боковых стенок; заднюю и одну из боковых; часть задней и одну из боковых; переднюю и обе боковые или одну из боковых стенок и, наконец, обе боковые после иссечения передней и задней стенок (рис.2-б.)

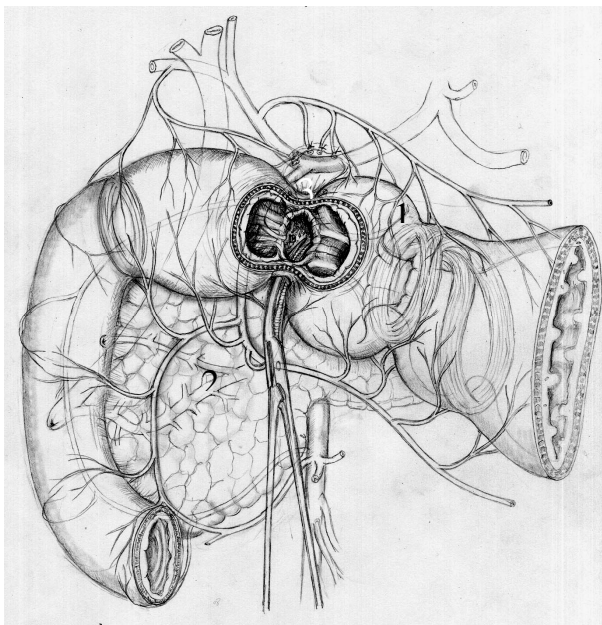


Рисунок 2 - Дуоденальное кровотечение. При дуоденотомии - пенетрирующая язва в корпоральном отделе.

1. Пилорический жом
2. Поджелудочная железа
3. Пенетрирующая язва в корпоральном отделе луковицы ДПК

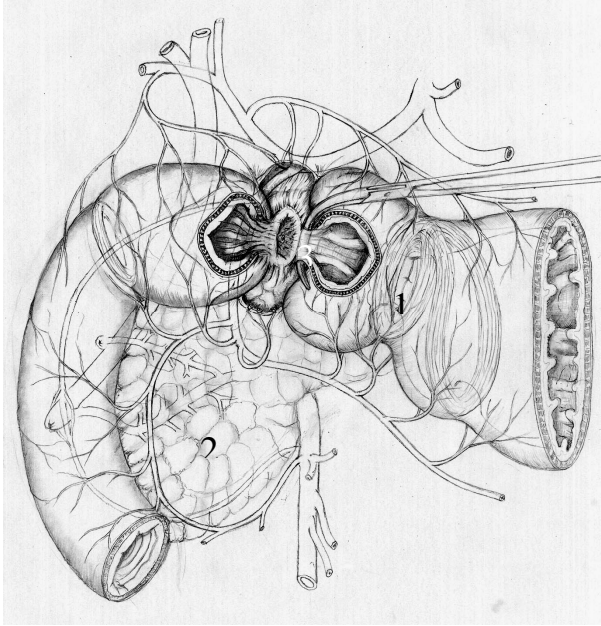


Рисунок 3 - Мобилизация задней стенки ДПК.

1. Пилорический жом
2. Поджелудочная железа
3. Пенетрирующая язва в корпоральном отделе луковицы ДПК

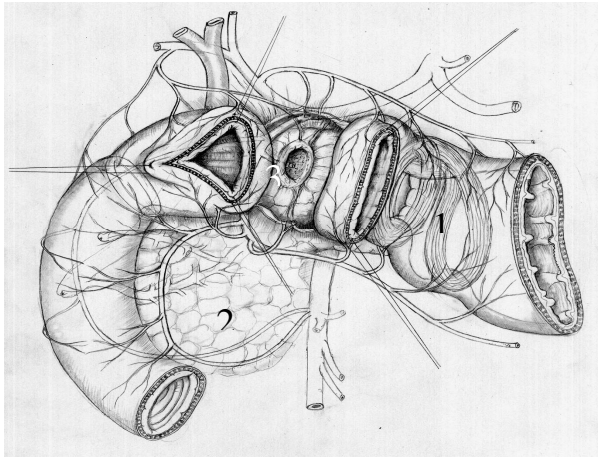


Рисунок 4 - Сегментарная резекция луковицы ДПК, с выделением пенетрирующей язвы.

1. Пилорический жом
2. Поджелудочная железа
3. Пенетрирующая язва в корпоральном отделе луковицы ДПК

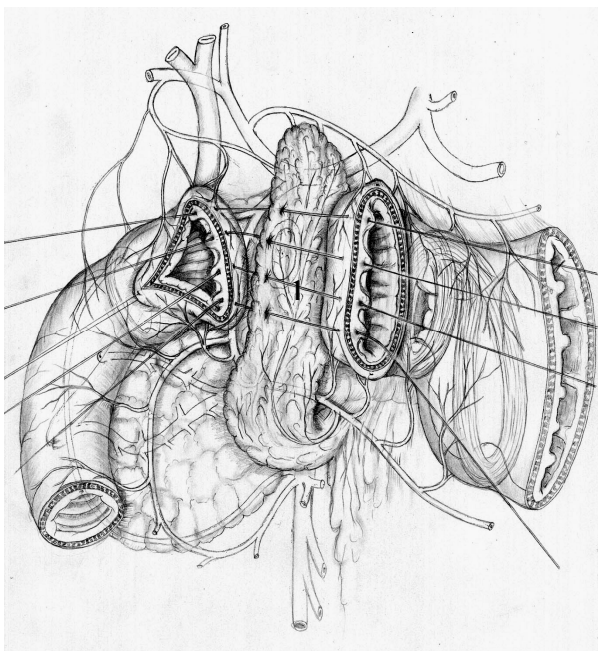


Рисунок 5 - Язва, пенетрирующая в головку поджелудочной железы, укрыта прядью большого сальника с выполнением сегментарной дуоденопластики однорядным швом монофиламентной нитью.

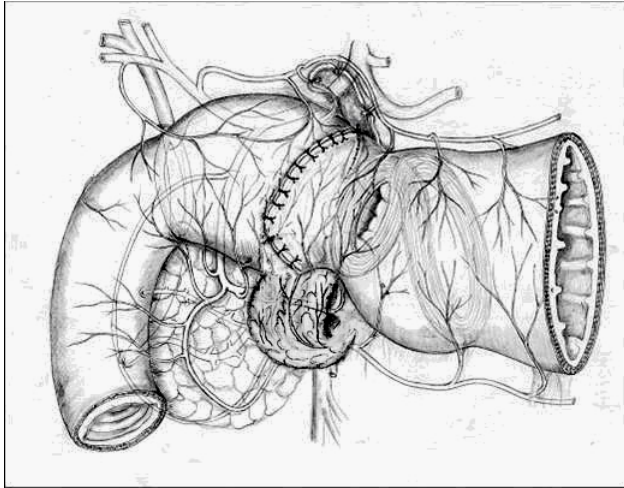


Рисунок 6 - Окончательный вид сегментарной дуоденопластики.

Все макропрепараты удаленных осложненных язв были подвергнуты морфологическому исследованию. При наличии активной язвы выделяли зоны экссудации, фибриноидного некроза, грануляционной ткани и рубца. В случае хронических язв рубцовое поле распространялось на значительном расстоянии в горизонтальном и вертикальном направлениях на расстоянии 1,5 - 2,5 см за пределы краев язвенного кратера. При наличии каллезных язв рубцовое поле распространялось, замещая мышечную ткань, до серозной оболочки. Обращали на себя внимание признаки существенных расстройств кровообращения в стенке ДПК в виде отека, склерозирования и тромбоза.

Проведенные интраоперационные исследования свидетельствуют, что в деструктивно-некротической зоне кровоточащей язвы, особенно пенетрирующей, обнаруживается от 2 до 7 аррозированных сосудов, что обуславливает высокий риск рецидива кровотечения из-за прогрессирования язвенно-некротического процесса и вторичных изменений в системе гемостаза на фоне тяжелой кровопотери.

Итак, морфологические признаки тканевой гипоксии, склероза, облитерации микроциркуляторного русла, склероза, тромбоза и кровоизлияний в тканях, аррозии крупных сосудов свидетельствуют о невозможности достичь в ряде случаев гемостаза у таких пациентов

консервативным путем и высоким риске рецидива кровотечения. Гарантировать остановку или предупреждение рецидива кровотечения из деструктивно-некротической язвы можно только локальным ее иссечением с последующей дуоденопластикой. Из 18 прооперированных нами больных в объеме радикальной дуоденопластики ни в одном случае рецидива кровотечения не было.

Далее мы проанализировали опыт хирургического лечения ЯБ ДПК, осложненной перфорацией. В последние годы увеличивается число перфоративных язв, развивающихся в сочетании с другими болезнями, что затрудняет диагностику, удорожает лечение и ухудшает прогноз. Поскольку перфорации нередко развиваются у пожилых людей с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, операцией выбора становится максимально щадящее оперативное вмешательство. В этих ситуациях наиболее часто выполняется ушивание прободного отверстия перфоративной язвы - операция, чреватая реперфорацией, не устраняющая сопутствующие пенетрации и язвенные кровотечения, нередко ведущая к формированию стеноза. Мы считаем в этой ситуации операцией выбора РДП, однако эффективность подобной операции в условиях городской многопрофильной больницы еще не изучена.

Основными этапами РДП в этой ситуации являлись:

а) диагностика наличия и расположения перфоративной язвы, освобождение от рубцовых наслоений и сращений, тщательное выполнение которого создает возможность для выполнения следующего этапа операции;

б) интраоперационное исследование и определение анатомических характеристик рубцово-язвенного очага, необходимого объема мобилизации органов гастродуоденального комплекса (ГДК), мобилизация ДПК с сохранением кровообращения в зоне антродуоденального перехода;

в) диагностика размеров патологического очага, его отношения к важнейшим анатомическим образованиям, особенно к пилорусу, который при язвенном стенозе определяется с трудом вследствие перерастяжения и антрализации;

г) дуоденотомия, определение объема оперативного вмешательства;

д) экономное радикальное иссечение рубцово-язвенного очага до здоровых тканей, определяемых по степени их кровоточивости;

е) ушивание кишки.

В результате тщательного соблюдения технологий прецизионно и радикально удаляется перфоративное отверстие и окружающий его рубцово-язвенный очаг с сохранением важнейших образований и максимальным восстановлением анатомии гастродуоденального перехода.

Забрюшинно вокруг ДПК вводили раствор новокаина. Рассекали и иссекали рубцово-спаечные наложения в области язвы, которые в виде инфильтрированной мантии закрывали начальные отделы ДПК, стимулируя широкую распространенность язвенного инфильтрата. Дистальнее язвы в пределах здоровых тканей пересекали поперечно переднюю стенку и проводили интрадуоденальное пальцевое и визуальное исследование привратника и большого дуоденального сосочка (БДС).

В результате интраоперационного исследования выделяли:

По клиническому течению:

типичную форму перфорации (содержимое органа изливается через перфоративное отверстие в свободную брюшную полость);

прикрытую форму - перфоративное отверстие после его образования прикрывается;

атипичную форму - локализация перфоративного отверстия на задней стенке ДПК, содержимое попадает в забрюшинную клетчатку, полость малого сальника, сальниковую сумку.

По патолого-анатомическим признакам выделяли:

перфорацию острых язв;

перфорацию хронических язв;

перфорацию одной из зеркальных язв.

По локализации язвы в ДПК делили на базальные, корпоральные, апикальные, постбульбарные (таблица 2).

Таблица 2 - Клинические формы перфоративных язв

Формы перфоративных язв:	чел (%)
По клиническому течению:	
Типичная форма	101 (95,3)
Прикрытая форма	1 (0,9)
Атипичная форма	4 (3,8)
По патолого-анатомическим признакам:	
Перфорация острых язв	2 (1,9)
Перфорация хронических язв	97 (91,5)
Перфорация одной из зеркальных язв	7 (6,6)
По локализации язвы в ДПК:	
Базальные	40 (37,7)
Корпоральные	52 (49,1)
Апикальные по передней стенке	9 (8,5%)
Постбульбарные	5 (4,7)

В результате интраоперационного исследования нами было диагностировано 4 случая атипичных форм перфораций в забрюшинное пространство. Диагностика атипичных перфораций язв весьма трудна не только до операции, но часто даже во время оперативного вмешательства. Особенностью клинической картины является то, что интенсивность внезапно появляющейся в верхнем отделе живота острой боли вскоре снижается. Так как у таких больных содержимое ДПК не поступает в брюшную полость, то боль при пальпации живота практически не

определяется, напряжение мышц передней брюшной стенки незначительное, симптомы раздражения брюшины слабо выражены. При прободении язвы в забрюшинное пространство после исчезновения острой боли в животе через несколько часов появляется боль в пояснице, повышается температура тела. Вскоре может появиться озноб, иногда расстройства мочеиспускания. Только тщательное интраоперационное исследование с выявлением инфильтрации забрюшинной клетчатки позволяет установить правильный диагноз.

Хирургическая техника каждой РДП индивидуальна и определяется характером патоморфологических изменений, которые изучаются на диагностическом этапе во время прецизионной препаровки язвенного очага (интраоперационное исследование). Иссечение перфоративной язвы выполняли окаймляющим язву разрезом с контролем пальца в поперечном направлении к оси кишки с сохранением привратника и циркулярных мышечных волокон луковицы ДПК. При этом задняя, боковая одна или обе стенки кишки сохранялись в виде нервно-мышечных дуоденальных мостиков. Даже при иссечении перфоративной язвы одной передней стенки образовывался большой дефект, который увеличивался еще рассечением входа в псевдодивертикул, поэтому для пластики использовались стенки псевдодивертикулов, раскрываемых дополнительными разрезами между внутрстеночными сосудами. Большие дефекты в стенках ДПК закрывались смещением лоскутов, максимальным расправлением мешковидных промежутков. Дуоденальная рана формировалась узловыми серозно-мышечно-подслизистыми швами мононитью в 4-6/00. При этом предварительно широко обнажался и захватывался подслизистый слой для компрессии слизистых оболочек. Линия швов прикрывалась с фиксацией пряди сальника.

При сохранении целостности одной из стенок кишки ДПК выполнялась РДП по типу мостовидной дуоденопластики, если же

кишка пересекалась полностью, выполнялась СРДП. В нашем случае мы только при наличии «целующихся» язв (n=1) и сочетания перфоративной язвы с циркулярным рубцовым стенозом (n=1) производили сегментарное иссечение стенок ДПК. При этом ДПК поперечно пересекалась сначала по линии язвы, а потом экономно (0,5-0,8 см) иссекались ее края до полного расправления просвета. Нижние края псевдодивертикулов резецировались с последующим расправлением псевдодивертикулов. Дуоденальный анастомоз при необходимости расширялся передней продольной дуоденотомией на дистальном конце. Таким образом, просвет ДПК восстанавливали расширяющим концевым дуоденальным анастомозом.

После завершения дуоденопластики производили окончательную санацию брюшной полости по О.Е.Нифантьеву.

РДП является универсальной операцией, позволяющей устранить все возможные осложнения ЯБ ДПК любой локализации. Только если дежурная бригада не владела методикой РДП, производили простое ушивание перфоративной язвы (n=17). В последующем 8 таких пациентов были оперированы повторно: 5 больных в связи с формированием стеноза ДПК, 2 - в связи с язвенным кровотечением, у 1 больного через 1,5 года возникла повторная перфорация другой стенки ДПК.

При интраоперационном исследовании 8 пациентов, у которых ранее было произведено ушивание перфоративной язвы выявлено:

У 6 из 8 пациентов (75,0%) обнаружены рубцово-спаечные деформации после ушивания перфоративной язвы, которые были обусловлены: исходной язвенно-стенотической деформацией; гофрированием передней стенки ДПК швами; последующей ее альтерацией вследствие ишемии.

У 5 из 8 больных (62,5%) наблюдалась выраженная пенетрация язв в прилежащие органы и ткани - у 3 больных в большой сальник, у 1 - в

поджелудочную железы, у 1 - в гепато-дуоденальную связку. Кровотечения наблюдались у 2 больных, причем у одного аррозировалась задняя панкреато-дуоденальная артерия.

Наш опыт свидетельствует, что ушивание перфоративной язвы без снятия отечной рубцово-спаечной мантии не позволяет контролировать анатомические ориентиры язвенного очага: наличие и степень пораженности привратника, границы стенок ДПК и гепатодуоденальной связки.

Проведенное интраоперационное исследование продемонстрировало, что при ушивании перфоративной язвы передней стенки (n=4) одним или двумя рядами швов проксимальная часть ДПК поперечно гофрируется и значительно укорачивается. Во второй ряд швов, как правило, захватывается привратник, бульбодуоденальный сфинктер, корень брыжейки толстой кишки. Созданный инвагинат, как правило, увеличивает степень имеющегося стеноза ДПК.

При локализации перфоративной язвы на боковой стенке большой кривизны ДПК (n=2) ее гофрирование ограничено из-за фиксации к инфильтрированной гепатодуоденальной связке. В шов при ушивании, как правило, захватываются терминальные сосуды бассейна бульбопилорической артерии. Деформация гастродуоденального перехода обусловлена также смещением верхнего и переднего секторов привратника вправо к линии швов по большой кривизне ДПК.

При локализации перфорации у боковой стенки малой кривизны (n=1) привратник с луковицей ДПК смещается влево и формируется левосторонняя асимметричная его деформация. При перфорации язвы по задней стенке ДПК (n=1) задняя стенка смещается по направлению к инвагинирующим швам.

Заключение. Итак, проведенные исследования свидетельствуют, что при острых кровотечениях и перфорациях дуоденальных язв операция

РДП спасает жизнь пациентов, радикально устраняет сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз), восстанавливает нормальные морфофункциональные взаимоотношения ГДК. Строгое соблюдение прецизионных технологий РДП, комплексная медикаментозная реабилитация в послеоперационном периоде значительно снижают летальность в экстренных ситуациях и делают РДП операцией выбора в условиях муниципального здравоохранения.

Литература:

1. Kreissler-Haag D, Schilling MK, Maurer CA. Surgery of complicated gastroduodenal ulcers: outcome at the millennium//Zentralbl Chir. - 2002. - vol.127, N12. - p.1078-1082.
2. Jibril JA, Redpath A, Macintyre IM. Changing pattern of admission and operation for duodenal ulcer in Scotland// Br J Surg. - 1994. - vol.81. - p.87-89.
3. Оноприев В.И., Корочанская Н.В., Попандопуло К.И. Демографическая ситуация и гастроэнтерологические заболевания на территории Краснодарского края: клинико-эпидемиологический анализ// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2006. - N5. - с.38-43.
4. Bardhan KD, Cust G, Hinchliffe RF, et al. Changing pattern of admissions and operations for duodenal ulcer// Br J Surg. - 1989. - vol.76. - p.230-236.
5. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. - Краснодар, 1995. - 296с.
6. Оноприев В.И. Новые концепция, тактика и технологии хирургического лечения осложненных дуоденальных язв// Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2006. - N1. - с.11-16.