

количества гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде также исключает дополнительные затраты на их лечение.

Высокая эффективность монотерапии раствором Бетадин® обусловлена его свойствами:

- воздействует на широкий спектр бактериальной флоры;
- оказывает антисептическое действие в течение длительного времени в присутствии раневого отделяемого;
- не вызывает бактериальной устойчивости;
- эффективен как на кожных покровах, так и на слизистой;
- устойчив при хранении, что позволяет осуществлять массовые закупки препарата лечебными учреждениями.

Однако в экстренной колопроктологии при выраженной местной и общей воспалительной реакции необходимо сочетать обработку операционного поля раствором Бетадин® с назначением курса антибиотикотерапии широкого спектра действия.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования 10% раствор Бетадин® показал себя как надежный антисептик для обработки слизистой и операционного поля, профилактики послеоперационных осложнений в плановой колопроктологии. Монотерапия раствором Бетадин® в плановой колопроктологии позволяет исключить применение антибиотиков системного действия и избежать возникновения антибиотикорезистентности в будущем.

## Литература

1. Лисицын Ю.П. История медицины. М.: ГОЭТАР-Медиа. 2016. 400 с. [Lisicyu Ju.P. Istorija mediciny. M.: GOJeTAR-Media. 2016. 400 s. (in Russian)].
2. Жуков Б.Н., Быстров С.А. Хирургия. М.: Издательский центр «Академия». 2013. 384 с. [Zhukov B.N., Bystrov S.A. Khirurgiya. M.: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya». 2013. 384 s. (in Russian)].
3. Гостищев В.К., Омеляновский В.В. Пути и возможности профилактики инфекционных осложнений в хирургии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012. №8. С.5–11 [Gostishchev V.K., Omel'yanovskiy V.V. Puti i vozmozhnosti profilaktiki infektsionnykh oslozhneniy v khirurgii // Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova, 2012. №8. S. 5–11 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

# Перфорация гигантских дуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста

К.м.н. В.Н. Никитин<sup>1</sup>, профессор В.Л. Полуэктов<sup>1</sup>, С.Г. Клипач<sup>2</sup>, к.м.н. В.М. Ситникова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск

<sup>2</sup> БУЗОО ГКБ СМП № 2, Омск

## РЕЗЮМЕ

**Цель исследования:** разработка и внедрение в клиническую практику способа радикальной дуоденопластики при операциях по поводу гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы:** в период с апреля 2016 г. по январь 2017 г. в хирургическом отделении БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» (Омск) оперированы трое мужчин по поводу гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы ДПК. Возраст пациентов: 69, 76 и 81 год, в среднем 75,3 года (95% ДИ: 60,4–90,3). Язвенный анамнез: 11, 25 и более 40 лет, в среднем 25,3 года (95% ДИ: 10,7–61,4), пациенты неоднократно проходили лечение по поводу обострения язвенной болезни. Все больные прооперированы в течение 6 часов с момента перфорации. Критерии включения в исследование: наличие у пациента гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы ДПК, пожилой возраст, согласие пациента на включение в исследование. Оперативное вмешательство произведено в объеме верхнесрединной лапаротомии: рассечения передней стенки луковицы ДПК, иссечения и экстерриторизации язвенных кратеров, оментопластики, формирования дуоденодуоденоанастомоза «конец-в-конец» двухуровневым непрерывным швом, санации и дренирования брюшной полости.

**Результаты исследования:** средняя длительность операции составила 108,3 мин (95% ДИ: 64,7; 151,9). Длительность стационарного лечения: от 13 до 18 койко-дней, в среднем — 14,7 (95% ДИ: 7,5; 21,8). Осложнения раннего послеоперационного периода: раневая инфекция — 33,3% случаев, очаговая правосторонняя пневмония — 33,3%. Осложнений, приведших к гибели пациентов, не наблюдалось.

**Заключение:** использование предложенного способа радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК позволяет минимизировать вероятность несостоятельности швов, кишечного кровотечения в раннем послеоперационном периоде, является воспроизводимым и может быть рекомендовано к применению в клинической практике.

**Ключевые слова:** перфоративная гигантская дуоденальная язва, пенетрация, кровотечение, радикальная дуоденопластика.

**Для цитирования:** Никитин В.Н., Полуэктов В.Л., Клипач С.Г., Ситникова В.М. Перфорация гигантских дуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 2(II). С. 55–59.

## ABSTRACT

## Perforation of the giant duodenal ulcers in elderly and senile patients

Nikitin V.N.<sup>1</sup>, Poluektov V.L.<sup>1</sup>, Klipach S.G.<sup>2</sup>, Sitnikova V.M.<sup>1</sup><sup>1</sup> Omsk State Medical University<sup>2</sup> City Clinical Hospital of Emergency Medical Care №2, Omsk

**Aim:** to develop and introduce into clinical practice the method of radical duodenoplasty in operations for a giant circular perforated ulcer of the duodenal bulb.

**Patients and Methods:** Between April 2016 and January 2017, three men were operated in the surgical department of the Omsk City Clinical Hospital of Emergency Medical Care №2 for a giant circular perforated ulcer of the duodenal bulb. The age of the patients was 69, 76, 81 years, mean age — 75.3 years (95% CI 60.4–90.3). Ulcerative history: 11, 25 and more than 40 years, an average of 25.3 years (95% CI 10.7–61.4), patients were repeatedly treated for the active duodenal ulcer. All patients were operated on within 6 hours from the moment of perforation. Inclusion criteria: the patient has a giant circular perforated ulcer of the duodenal bulb, elderly age, informed consent of the patient to be included in the study. Surgical intervention was performed in the volume of upper-midline laparotomy, excision and exteriorization of the ulcer craters, omentoplasty, formation of duodenal end-to-end anastomosis with a continuous two-layer suture, lavage and drainage of the abdominal cavity.

**Results:** The mean duration of the operation was 108.3 minutes (95% CI: 64.7, 151.9). The length of hospital stay varied from 13 to 18 bed-days, on average — 14.7 (95% CI: 7.5, 21.8). Complication occurred in the early postoperative period: wound infection — 33.3%, right focal pneumonia — 33.3%. Complications that caused the death of the patients were not observed.

**Conclusion.** The use of the proposed method of radical duodenoplasty with continuous two-layer suture of a giant circular perforated ulcer of the duodenum bulb makes it possible to minimize the probability of insufficiency of the sutures and intestinal bleeding in the early postoperative period. The method is reproducible and can be recommended for the use in clinical practice.

**Key words:** perforated giant duodenal ulcer, penetration, bleeding, radical duodenoplasty.

**For citation:** Nikitin V.N., Poluektov V.L., Klipach S.G., Sitnikova V.M. Perforation of the giant duodenal ulcers in elderly and senile patients // RMJ. Medical Review. 2018. № 2(II). P. 55–59.

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема urgentной хирургии перфоративных дуоденальных язв в настоящее время не утратила актуальности как в медицинском, так и в социальном аспекте [1, 2]. Тенденция к малотравматичным и органосберегающим оперативным технологиям является общепризнанной и успешно реализуется в большинстве случаев [1, 3, 4]. Однако не у всех пациентов возможно реализовать лапароскопическое [1] или видеоассистированное [5] (ушивание язвы из мини-доступа с лапароскопической санацией брюшной полости) устранение перфорации. Когорта больных пожилого и старческого возраста с гигантскими пенетрирующими перфоративными дуоденальными язвами отличается наличием серьезной полиморбидной патологии и предполагает индивидуальный подход в разработке лечебной программы. Вопросы выбора оптимального объема хирургического вмешательства на фоне неутешительных показателей послеоперационных осложнений (61,11–63% у разных авторов) и послеоперационной летальности (11,1; 16,0; 50% у разных авторов) у таких больных требуют дальнейшего изучения и поиска оптимального решения [2, 6, 7].

**Цель исследования:** разработка и внедрение в клиническую практику способа радикальной дуоденопластики при операциях по поводу гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с апреля 2016 г. по январь 2017 г. в хирургическом отделении БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» (Омск) оперированы трое мужчин по поводу гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы ДПК. Возраст пациентов: 69, 76 и 81 года, в среднем 75,3 года (95% ДИ: 60,4–90,3). Язвенный анамнез: 11, 25 и более 40 лет, в среднем 25,3 года (95% ДИ: 10,7–61,4), пациенты неоднократно

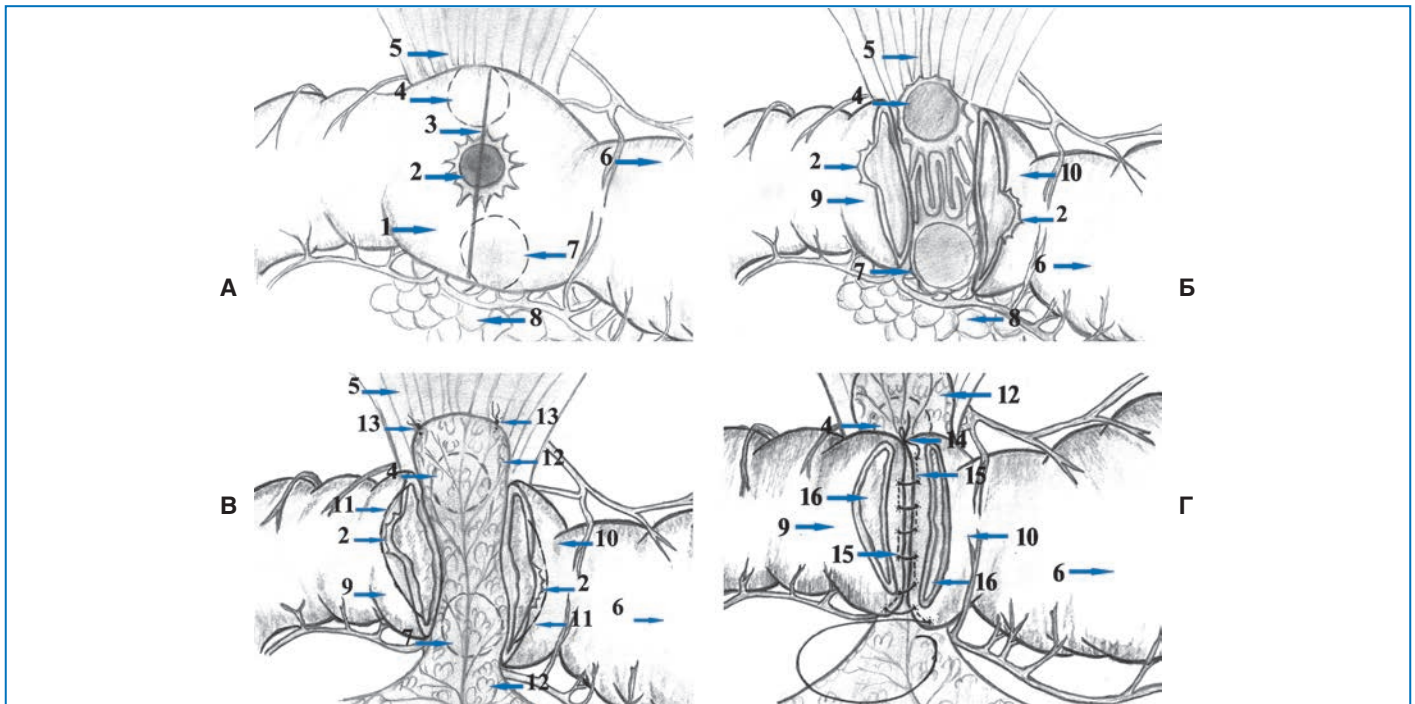
проходили лечение по поводу обострения язвенной болезни. Все больные прооперированы в течение 6 часов с момента перфорации.

Критерии включения в исследование: наличие у пациента гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы ДПК, пожилой возраст, согласие пациента на включение в исследование.

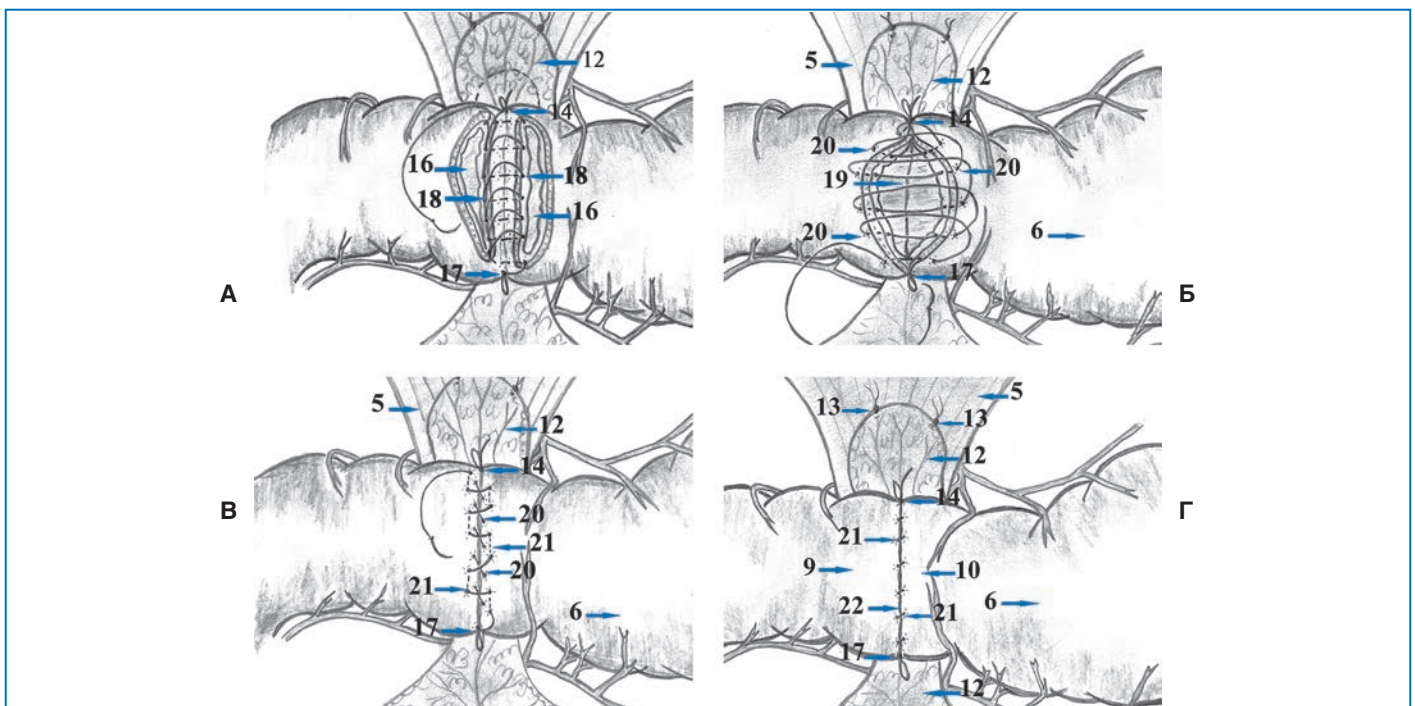
Оперативное вмешательство всем 3-м пациентам произведено в объеме верхнесрединной лапаротомии: рассечения передней стенки луковицы ДПК, иссечения и экстерриторизации язвенных кратеров, оментопластики, формирования дуоденодуоденоанастомоза «конец-в-конец» двухуровневым непрерывным швом, санации и дренирования брюшной полости.

При выполнении оперативного пособия применен способ радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК (регистрация заявки РФ № 2018100448 от 09.01.2018). Последовательность операции представлена на рисунках 1 и 2.

После мобилизации ДПК по Кохеру выполняли поперечное рассечение передней стенки луковицы ДПК через центр перфоративного отверстия, краниально и каудально (рис. 1А). Производили иссечение язвенного дефекта передней стенки луковицы ДПК орально и аборально под визуальным контролем со стороны слизистой по границе язвенного кратера и периульцерарного отека. Мобилизовали острым путем заднюю стенку ДПК на 1,0 см от дистального и проксимального краев язвенных кратеров, пенетрирующих в головку поджелудочной железы и печеночно-двенадцатиперстную связку, с иссечением остатков (островков) слизистой и обрабатывали язвенные кратеры раствором йода (рис. 1Б). Оментопластику производили прядью большого сальника на сосудистой ножке, которую укладывали на остающиеся язвенные кратеры и фиксировали двумя поверхностными узловыми швами в области гепатодуоденальной связки, захватывающими висцеральные



**Рис. 1.** Схема начальных этапов радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК. А — рассечение передней стенки луковицы ДПК; Б — иссечение язвенного дефекта; В — оментопластика; Г — формирование задней губы дуоденодуоденоанастомоза «конец-в-конец» (см. примечание к рис. 2)



**Рис. 2.** Схема завершающих этапов радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК. А — формирование задней губы дуоденодуоденоанастомоза «конец-в-конец»; Б, В, Г — формирование передней губы дуоденодуоденоанастомоза «конец-в-конец».

**Примечание.** 1 — луковица ДПК; 2 — перфоративное отверстие; 3 — линия поперечного рассечения передней стенки луковицы ДПК через перфоративное отверстие; 4 — язвенный кратер, пенетрирующий в печечно-двенадцатиперстную связку; 5 — печечно-двенадцатиперстная связка; 6 — желудок; 7 — язвенный кратер, пенетрирующий в головку поджелудочной железы; 8 — поджелудочная железа; 9 — отводящий сегмент луковицы ДПК; 10 — приводящий сегмент луковицы ДПК; 11 — линия иссечения язвенного дефекта передней стенки луковицы ДПК орально и аборально, под визуальным контролем по границе язвенного кратера и периульцерного отека; 12 — прядь большого сальника на сосудистой ножке; 13 — поверхностные узловые швы, захватывающие висцеральные листки брюшины; 14 — первый узел-фиксатор; 15 — стежки непрерывного члнчного серо-серозного шва; 16 — просвет ДПК; 17 — второй узел-фиксатор; 18 — стежки непрерывного обвивного вворачивающего подслизисто-мышечно-серозно-мышечно-подслизистого шва, не проникающего в просвет кишки на задней губе межкишечного анастомоза; 19 — сформированная задняя губа межкишечного анастомоза; 20 — стежки непрерывного обвивного вворачивающего подслизисто-мышечно-серозно-мышечно-подслизистого шва, не проникающего в просвет кишки на передней губе межкишечного анастомоза; 21 — стежки непрерывного члнчного серо-серозного шва на передней губе межкишечного анастомоза; 22 — сформированная передняя губа межкишечного анастомоза



листки брюшины (рис. 1В). Формирование задней губы дуоденодуоденоанастомоза начинали с наложения непрерывного челночного серо-серозного шва в поперечном направлении к оси органа. Первый стежок непрерывного шва делали на крайних краях приводящего и отводящего сегментов ДПК на расстоянии 0,5 см от линии пересечения, завязывали первый узел-фиксатор, восстанавливая целостность брюшинного покрова стенки кишки. Далее накладывали 6–7 стежков непрерывного челночного серо-серозного шва (рис. 1Г), нить затягивали до соприкосновения тканей и формировали второй узел-фиксатор, затем этой же нитью в обратном направлении погружали первую линию шва наложением 6–7 стежков непрерывного обвивного вворачивающего подслизисто-мышечно-серозно-мышечно-подслизистого шва, не проникающего в просвет кишки; последний стежок выполняли на крайнем краю формируемой задней губы анастомоза (рис. 2А), нить затягивали до соприкосновения тканей, ассистент удерживал нить в натяжении, переходили к формированию передней губы анастомоза. Этой же нитью в обратном направлении накладывали 6–7 стежков непрерывного обвивного вворачивающего подслизисто-мышечно-серозно-мышечно-подслизистого шва, не проникающего в просвет кишки, последний стежок выполняли на каудальном краю формируемой передней губы анастомоза (рис. 2Б), нить затягивали до соприкосновения тканей и связывали со вторым узлом-фиксатором. Второй уровень шва в области передней губы анастомоза производили этой же нитью в обратном направлении наложением 5–6 стежков непрерывного челночного серо-серозного шва на расстоянии 0,5 см от линии первого уровня шва (рис. 2В), нить затягивали до соприкосновения тканей и связывали с первым узлом-фиксатором (рис. 2Г).

Радикальная дуоденопластика производилась синтетическими рассасывающимися нитями длиной 75 см типа «Викрил» или полигликолидной нитью (ПГА) 3/0 на атравматической игле, которые рассасываются в течение 1,5–3-х месяцев. С целью уменьшения нагрузки на линию шва анастомоза в раннем послеоперационном периоде и профилактики нарушения дуоденальной проходимости производили низведение дуоденоюнального перехода (операцию Стронга). После завершения дуоденопластики и санации брюшной полости производили дренирование (в зависимости от распространенности перитонита) и послойное ушивание стенок брюшной полости. Лечение в раннем послеоперационном периоде у всех пациентов включало антисекреторную и эрадикационную фармакотерапию, а также профилактику тромбоэмболических осложнений и коррекцию сопутствующей патологии.

Виды сопутствующей патологии у оперированных пациентов: ишемическая болезнь сердца, диффузный кардиосклероз, стенокардия, хроническая сердечная недостаточность II–III степени, артериальная гипертензия II–III степени — у 3-х пациентов (100%); хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), хронический бронхит, дыхательная недостаточность II–III степени — у 2-х (66,7%); хроническая анемия средней степени тяжести (Hb 87 г/л) у 1 пациента (33,3%); сахарный диабет 2-го типа, субкомпенсация — у 2-х пациентов (66,7%).

Гигантские дуоденальные язвы во всех случаях являлись пенетрирующими. Распределение пациентов в зависимости от органов, вовлеченных в патологический процесс, представлено в таблице 1.

Результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по длительности операции, продолжи-

тельности стационарного лечения, количеству осложнений и летальных исходов. Исследуемые показатели имели нормальное распределение, среднее арифметическое переменных определялось с учетом 95% доверительного интервала.

Статистический анализ данных исследования проведен с помощью прикладных компьютерных программ Microsoft Office Excel и Statistica 6,0 на операционной платформе Windows XP.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средняя длительность операции составила 108,3 мин (95% ДИ: 64,7; 151,9; min 90, max 125). Длительность стационарного лечения: от 13 до 18 койко-дней, в среднем — 14,7 (95% ДИ: 7,5; 21,8). Осложнения раннего послеоперационного периода представлены в таблице 2.

Раневая инфекция в виде инфицированной серомы (около 40 мл) срединной раны передней брюшной стенки выявлена у одного пациента на 4-е сутки после оперативного вмешательства. Своевременное опорожнение и адекватное дренирование позволило купировать патологический процесс на 6-е сутки. Очаговая правосторонняя пневмония, осложнившая ранний послеоперационный период у одного пациента с ХОБЛ, кардинально не повлияла на заживление ран после операции, больной выписан домой на 18-е сутки в удовлетворительном состоянии. Других, наиболее часто встречаемых осложнений, связанных с особенностями выполнения оперативного вмешательства, в виде несостоятельности швов, в нашем исследовании не выявлено. Смертельных исходов не наблюдалось.

Через год после операции в амбулаторно-поликлинических условиях обследовано 3 (100%) пациента.

Интегральные средние значения физического (PH) и психологического (MH) компонентов здоровья: PH —  $42,4 \pm 16,4$  и MH —  $47,3 \pm 14,6$  соответственно.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Прободная дуоденальная язва — это патологическое состояние, обусловленное внезапно возникшим сквозным дефектом в стенке кишки, характеризующееся яркой кли-

**Таблица 1.** Распределение пациентов в зависимости от органов, вовлеченных в патологический процесс

Орган, вовлеченный в патологический процесс	Количество пациентов (n=3)	Процентное отношение к общему количеству
Головка поджелудочной железы	3	100%
Гепатодуоденальная связка	3	100%
Желчный пузырь	2	66,7%

**Таблица 2.** Распределение пациентов в зависимости от осложнений, возникших в раннем послеоперационном периоде

Осложнение раннего послеоперационного периода	Количество пациентов (n=3)	Процентное отношение к общему количеству
Раневая инфекция	1	33,3%
Пневмония	1	33,3%
Несостоятельность швов	0	0%

нической картиной с прогрессирующим эндотоксикозом и развитием полиорганной дисфункции на фоне перитонита. Выраженная полиморбидность пациентов пожилого и старческого возраста, казалось бы, предполагает минимальный объем операции, что наиболее часто и реализуется в виде паллиативных вмешательств: тампонады перфоративного отверстия прядью большого сальника либо формирования дуоденостомы [6].

Однако перфорация гигантских (наиболее часто циркулярных) дуоденальных язв происходит на фоне длительно существующего воспалительно-деструктивного процесса с предшествующей пенетрацией язвенных кратеров в окружающие органы и ткани. Перфорация язвенного кратера циркулярной язвы на передней (или переднебоковой) стенке луковицы ДПК — наиболее клинически значимое на данный момент осложнение болезни. Язвенный кратер циркулярной язвы на задней стенке луковицы ДПК при этом либо уже отягощен эпизодом состоявшегося кровотечения, либо прогностически угрожает по кровотечению в раннем послеоперационном периоде. Ангиосклероз в области длительно существующего язвенного воспаления повышает вероятность возникновения рецидивирующего профузного кровотечения. Вышеизложенные факты диктуют выбор радикального оперативного вмешательства. Отдельные хирурги выполняют дистальную резекцию желудка [8], опасную несостоятельностью швов [2].

Наиболее оптимальный вариант разрешения ситуации был предложен В.И. Оноприевым [9] в виде тотальной радикальной дуоденопластики. Однако способ не лишен некоторых недостатков: дуоденотомия начинается от центра язвы и поперечно расширяется путем дозированного иссечения краев язвы, чтобы свободно пальцем можно было интрадуоденально исследовать привратник и большой дуоденальный сосочек, это затрудняет определение границы пораженных тканей и сохраняет риск повреждения привратника. Прядь большого сальника на сосудистой ножке, при оментопластике пенетрирующих язвенных кратеров, фиксируется 2–5 П-образными швами к фиброзной капсуле кратера, при этом возможно краевое повреждение поджелудочной железы, а вовлечение ткани большого сальника в швы задней губы дуоденодуоденоанастомоза затрудняет соприкосновение серозных оболочек оральной и аборальной стенок анастомоза, что замедляет процессы репаративной регенерации. Использование узловых швов (в отличие от непрерывного шва) способствует неравномерному распределению нагрузки на сшиваемые ткани и замедляет регенерацию за счет локальной ишемии.

Вместе с тем предложенный способ радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК имеет следующие преимущества:

- 1) поперечное рассечение передней стенки луковицы ДПК уменьшает вероятность повреждения интрамуральных сосудов стенки кишки, которые проходят перпендикулярно оси кишки;
- 2) рассечение передней стенки луковицы ДПК через центр перфоративного отверстия позволяет визуализировать и определить степень язвенного поражения со стороны слизистой, произвести адекватное иссечение язвенного дефекта, что исключает вероятность повреждения пилоруса;

3) отсутствие контакта нити с просветом кишки при наложении первого уровня позволяет использовать эту же нить для наложения второго уровня;

4) использование непрерывного шва способствует равномерному распределению нагрузки на сшиваемые ткани, увеличивает площадь соприкосновения серозных оболочек сшиваемых стенок и, следовательно, механическую прочность места ушивания.

Средняя продолжительность операции 108,3 мин (95% ДИ: 64,7; 151,9) и длительность стационарного лечения 14,7 койко-дня (95% ДИ: 7,5; 21,8) не превышают аналогичных сроков, представленных в литературе [2, 4, 10].

Сравнение послеоперационных показателей качества жизни с представленными в литературных источниках [10] указывает на положительное восприятие пациентами результатов выполненных оперативных вмешательств.

Отсутствие послеоперационных осложнений, которые могли бы привести к гибели пациентов, свидетельствует о надежности и воспроизводимости предложенного способа радикальной дуоденопластики.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование предложенного способа радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК позволяет минимизировать вероятность несостоятельности швов, кишечного кровотечения в раннем послеоперационном периоде, является воспроизводимым и может быть рекомендовано к применению в клинической практике.

## Литература

1. Мугатасимов И.Г., Баранов А.И., Серебренников В.В. и др. Малоинвазивная хирургия перфоративных дуоденальных язв (обзор литературы). Хирургическая практика. М.: Профиль-2С. 2013. №4. С.4–10 [Mugatasimov I.G., Baranov A.I., Serebrennikov V.V. i dr. Maloinvazivnaja hirurgija perforativnyh duodenal'nyh jazv (obzor literatury). Hirurgicheskaja praktika. M.: Profil'-2S. 2013. №4. S.4–10 (in Russian)].
2. Совцов С.А. Летопись частной хирургии. Часть 2: Прободная язва, монография. Челябинск: Цицеро. 2016. 165с. [Sovcov S.A. Letopis' chastnoj hirurgii. Chast' 2: Probodnaja jazva, monografija. Cheljabinsk: Cicero. 2016. 165s. (in Russian)].
3. Сажин В.П., Бронштейн П.Г., Зайцев О.В. и др. Национальные клинические рекомендации «Прободная язва». XII Съезд хирургов России «Актуальные вопросы хирургии». г. Ростов-на-Дону, 7–9 октября 2015. 37 с. [http://общество-хирургов.rf/upload/perforated\\_ulcer.pdf](http://общество-хирургов.rf/upload/perforated_ulcer.pdf) (дата обращения: 16.02.2017) [Sazhin V.P., Bronshtejn P.G., Zajcev O.V. i dr. Nacional'nye klinicheskie rekomendacii «Probodnaja jazva». XII S#ezd hirurgov Rossii «Aktual'nye voprosy hirurgii». g. Rostov-na-Donu, 7–9 oktjabrja 2015. 37 s. [http://obshhestvo-hirurgov.rf/upload/perforated\\_ulcer.pdf](http://obshhestvo-hirurgov.rf/upload/perforated_ulcer.pdf) (data obrashhenija: 16.02.2017) (in Russian)].
4. Moggia E., Athanasopoulos P.G., Hadjittofi C., Berti S. Laparoscopic Finney pyloroplasty in the emergency setting: first case report in the literature and technical challenges // Ann Transl Med. 2016. Vol. 4(10). P.197.
5. Прудков М.И., Малинкин А.В., Столин А.В. и др. Неотложная хирургия. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению Свердловской области. Под руководством проф. М.И. Прудкова. Екатеринбург: Артикул, 2013. С.30–33 [Prudkov M.I., Malinkin A.V., Stolin A.V. i dr. Neotlozhnaja hirurgija. Klinicheskie rekomendacii po okazaniju medicinskoj pomoshhi naseleniju Sverdlovskoj oblasti. Pod rukovodstvom prof. M.I. Prudkova. Ekaterinburg: Artikul, 2013. S.30–33 (in Russian)].
6. Nishikant Gujar, Sachin D.M. Comparative Study Between Omental Plugging With Controlled Tube Duodenostomy for Management of Giant Duodenal Ulcer Perforation // International Journal of Science and Research (IJSR). March 2015. Vol. 4. Issue 3. P.1675–1678.
7. Жаров С.В., Нарезкин Д.В., Романенков С.Н. Результаты оперативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с осложненными гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Новости хирургии. 2012. Т.20. №2. С.25–28 [Zharov S.V., Narezkin D.V., Romanenkov S.N. Rezul'taty operativnogo lechenija pacientov pozhilogo i starческого возраста s oslozhnennymi gigantскими jazvami zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki // Novosti hirurgii. 2012. T.20. №2. S.25–28 (in Russian)].
8. Nobori C., Kimura K., Ohira G., et al. Giant duodenal ulcers after neurosurgery for brainstem tumors that required reoperation for gastric disconnection: a report of two cases // BMC Surg. 2016. Vol. 16. P.75.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>