

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 3 (884) березень 2016
Щомісячний науково-практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржницька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.
Журнал реферований у PubMed.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e - mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 27.03.16. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10
Обл. вид. арк. 9,629. Тираж 1 000.

Замов. 102
Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2016
© Ліга – Інформ, 2016

ISSN 0023–2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 3 (884) березень 2016

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреещев
М. Ю. Ничитайло

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
В. Г. Ієтьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
М. В. Костилен
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазорининець
О. С. Ларін
С. Є. Подпряттов
А. П. Радзіховський
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

В. П. Андрищенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



91770023121300811



ЗМІСТ

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- 5-8 Заруцький Я. Л., Ткаченко А. Є.
Особливості перебігу травматичної хвороби у постраждалих за поєднаної краніоабдомінальної травми
- ✓ 9-11 Жученко О. П.
Бактеріологічні аспекти гострого апендициту
- ✓ 12-15 Воробей А. В., Махмудов А. М., Тихон В. К., Высоцкий Ф. М., Сенкевич О. И., Новаковская С. А.
Субтотальная колэктомия с мезоректумэктомией в хирургическом лечении болезни Гиршспрунга у взрослых
- 16-19 Лупальцов В. И.
Хирургическое лечение осложненной гастродуоденальной язвы
- ✓ 20-22 Гаджиев Дж. Н., Аллахвердиев В. А., Сушков С. В., Гаджиев Н. Дж., Ягубова В. И., Лавинская Е. В.
Системная цитокиноterapia с применением беталейкина в комплексном лечении острого язвенного гастродуоденального кровотечения
- 23-25 Васильченко Д. С., Десятерик В. І., Шейко С. О., Зверевич Т. І.
Профілактика ускладнень лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів при ішемічній хворобі серця
- 26-29 Аль Ширафі Мохаммед Авад, Луценко Р. В., Малик С. В.
Факторний аналіз у прогнозуванні інфекційних ускладнень після симультанних оперативних втручань з приводу жовчнокам'яної хвороби
- 30-32 Леонов В. В., Маюра Н. А., Линдін М. С.
Синдром Фітц-Хью-Куртіса як передумова виникнення запальних захворювань органів гепатопанкреатобіліарної зони
- 33-35 Иоффе И. В., Лесной В. В.
Морфологические критерии тяжести энтеральной недостаточности при разлитом перитоните для определения последующей тактики лечения больных
- 36-38 Галич С. П., Симулик Є. В.
Роль комп'ютерної томографії при виборі методу абдомінопластики
- 39-40 Дмитрієв Д. В., Коноплицький В. С.
Профілактика післяопераційної гіпералгезії на основі морфологічного обґрунтування методу аналгезії
- 41-42 Бацак Б. В., Гуменюк Б. Н., Трёмбовецкая Е. М., Беспалова Е. Я., Фанта С. М.
Эффективность радиочастотной абляции аорторенальных симпатических узлов у пациентов при артериальной гипертензии
- 43-45 Саволюк С. І., Горбовець В. С., Ходос В. А.
Порівняльний аналіз результатів ендовазальної лазерної коагуляції та стандартної флекбектомії при лікуванні хронічних захворювань вен нижніх кінцівок
- 46-48 Тронина Е. Ю., Шипулин П. П., Байдан В. И., Севергин В. Е., Байдан В. В., Агеев С. В., Кирилюк А. А., Козяр О. Н., Поляк С. Д., Аграхари А.
Возможности современных технологий в лечении эмпиемы плевры
- 49-50 Перцов В. І., Одноствелица О. Л., Пономаренко О. В.
Сучасні підходи до лікування донорських ран у потерпілих при опіках

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 51-53 Усенко А. Ю., Косенко Д. К., Савицкая И. М.
Изучение морфологических особенностей подчелюстных слюнных желез после резекции желудка в эксперименте
- 54-57 Герцен Г. И., Се-Фей, Остапчук Р. М., Лесовой А. В., Жеребчук В. В.
Сращение дефекта кости под влиянием радиальной экстракорпоральной ударно-волновой терапии в эксперименте
- 58-61 Гайович В. В., Магомедов А. М., Макаренко О. М., Савосько С. І.
Метаболічні зміни скелетних м'язів при травматичному ушкодженні периферійного нерва та аутопластиці в експерименті

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

- 62-68 Колесник И. П.
Пути улучшения хирургического лечения рака желудка

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

- 69-72 Белов С. Г., Тамм Т. И., Мамонтов И. Н., Непомнящий В. В.
Перфорация пептической язвы: нестандартные ситуации и нестандартные решения
- 73-75 Ганжий В. В., Колесник И. П., Марусий А. И.
Мальротация кишечника у пациента при наличии ущемленной паховой грыжи
- 76-77 Попадюк О. Я., Гришук О. І., Гінчицький В. Р.
Ендоваскулярне припинення ерозивної кровотечі з язикової артерії
- 78-80 Лігоненко О. В., Дубинський М. В., Безкоровайний О. М., Величко Д. А., Кравців М. І., Ляховський В. І.
Спостереження емболії стегнової артерії, спричиненої кулею

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

В. И. Лупальцов

Харьковский национальный медицинский университет

SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED GASTRODUODENAL ULCER

V. I. Lupahl'tsov

Kharkov National Medical University

Язва желудка и ДПК — распространённое заболевание, по данным мировой статистики, ее выявляют у 6 — 10% взрослого населения [1 — 3]. Как справедливо отметил В. Г. Передерий [4], она по-прежнему продолжает держать в напряжении не только гастроэнтерологов, но и врачей широкого профиля, в том числе хирургов. Надежды гастроэнтерологов на эффективность новых принципов медикаментозного лечения, применения H_2 -блокаторов, ингибиторов протонной помпы, антигеликобактерной терапии при положительном тесте с уреазой не оправдались, число больных, у которых диагностируют ГДЯ, не только не уменьшилось, но имеет тенденцию к увеличению, при стойком излечении лишь 35 — 40% из них. Стратегия гастроэнтерологов с преимущественным применением консервативного лечения больных по поводу ГДЯ обусловлена устойчивой тенденцией к уменьшению частоты выполнения плановых оперативных вмешательств в 2 — 2,5 раза и увеличению числа больных с осложненными формами (перфорация, кровотечение, пилородуоденальный стеноз — ПДС, пенетрация, малигнизация), требующих применения оперативного пособия.

По данным литературы, при наличии ГДЯ перфорации или кровотечения выявляют у 3 — 30% больных [5 — 7], в том числе у 25 — 50% из них эти осложнения сочетаются одно с другим и/или с ПДС, при этом операция в объеме простого зашивания перфоративного отверстия оказывается неадекватной.

Реферат

Обобщены результаты оперативного лечения 437 больных по поводу осложненной гастродуоденальной язвы (ГДЯ). Представлены современные взгляды на проблему консервативной терапии язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Для консервативного лечения ГДЯ необходим разумный индивидуальный подход с определенными сроками. Реальный путь улучшения результатов лечения больных — это сочетание эффективного консервативного лечения с своевременным установлением показаний к плановому оперативному лечению до возникновения опасных осложнений.

Ключевые слова: гастродуоденальная язва; осложнения; показания к оперативному лечению; выбор метода операции.

Abstract

Results of operative treatment of 437 patients with complicated gastroduodenal ulcer were summarized. The modern views on the problem of conservative therapy for gastroduodenal ulcer were presented. A rational individual approach with a certain terms is necessary for conservative treatment of gastroduodenal ulcer. A real way for improvement of the patients treatment results — it is a combination of effective conservative treatment with a timely established indications for a planned operative treatment before dangerous complications occur.

Keywords: gastroduodenal ulcer; complications; indications for operative treatment; choice of the operation method.

Хирургическое устранение только осложнений недостаточно эффективно вследствие неадекватности медикаментозного лечения после операции, которое у большинства больных не проводят из-за его высокой стоимости. Все это обосновывает целесообразность выполнения первично-радикальных хирургических вмешательств.

Все изложенное свидетельствует о необходимости пересмотра тактики лечения больных по поводу хронической ГДЯ. Гастроэнтеролог совместно с врачом-эндоскопистом и хирургом на основе анализа морфологических изменений в биоптатах, подтверждающих переход процесса в хронический, должны выработать четкие показания к своевременному хирургическому лечению таких больных.

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 437 больных по поводу ГДЯ, осложненной у 298 (68,2%) из них — перфорацией, у 82 (18,8%) — желудочно-кишечным кровотечением, у 39 (8,9%) — ПДС в стадии декомпенсации, у 18 (4,1%) — малигнизацией язвы желудка.

Возраст большинства пациентов от 15 до 40 лет, что свидетельствовало о важном социальном значении проблемы. Большинство больных лечилось и наблюдалось у гастроэнтеролога в течение от 3 до 18 лет.

Комплексное консервативное лечение проводили амбулаторно и в условиях стационара, оно включало H_2 -блокаторы, ингибиторы протонной помпы, антигеликобактерные препараты при положительном тесте с уреазой.

При госпитализации у большинства больных выявлены клинические признаки перфорации язвы. Свободный газ по данным обзорной рентгенографии органов брюшной полости обнаружен у 69,9% больных. При отрицательном результате обзорной рентгенографии органов брюшной полости, но при наличии клинических признаков перфорации, проводили гастродуоденофиброскопию с пневмогастрографией (проба Хенельга), в сложных диагностических ситуациях — с инфуляцией воздуха в кратер язвы. Перитонит выявлен у 151 (52,3%) больного, в том числе диффузный — у 118 (78,1%), разлитой — у 33 (20,9%). У 141 (47,3%) больного язва локализовалась в ДПК, у 157 — в различных частях желудка.

При выборе метода оперативного пособия учитывали сроки с момента перфорации, распространенность, характер и фазу перитонита, возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний жизненно важных систем, локализацию язвы, наличие других осложнений ГДЯ, в частности, ПДС и др.

В настоящее время основными методами хирургического лечения перфоративной язвы являются зашивание перфоративного отверстия, иссечение язвенного субстрата, дополненное селективной проксимальной ваготомией (СПВ) или без нее, резекция желудка.

Зашивание перфоративного отверстия осуществлено у 48 (16,1%) больных. Показаниями к его выполнению были тяжелое состояние больного, обусловленное нарушением функций витальных систем и распространенностью перитонита, перфорация "немых" язв при отсутствии язвенного анамнеза.

Органосохраняющие операции выполнены по поводу язвы ДПК и пилорoduоденальной зоны. Преимущество отдавали СПВ, которая применена у 141 больного. Выполнению СПВ предшествовало иссечение язвенного субстрата с сохранением нерва Латарже. При инфильтрации пилорoduоденальной зоны язву иссекали по Джадду—Хорсли. У 64 больных произведена селектив-

ная ваготомия, у 22 — простое иссечение язвы.

Резекция желудка выполнена у 23 больных. Умерли 6 (2,01%) больных, 4 из них госпитализированы в поздние сроки с разлитым перитонитом, 2 — от легочно—сердечной недостаточности.

На высоте язвенного кровотечения оперированы 14 больных, 9 из них — в условиях высокого операционного риска. Несмотря на совершенствование эндоскопических методов контроля гемостаза и лечения, частота рецидивного кровотечения, в том числе профузного, практически не уменьшается и составляет в среднем 20% [1].

Оперативное вмешательство у таких больных ограничивали перевязкой левой желудочной артерии, кровоточащего сосуда и выполнением стволовой ваготомии. У 3 больных осуществлено иссечение язвенного субстрата по Джадду—Хорсли с СПВ, у 2 — резекция желудка по Бильрот—I по поводу кровотечения из пилорoduоденальной язвы, осложненного ПДС в стадии субкомпенсации.

Основным методом хирургического лечения больных при локализации язвы в пилорoduоденальной зоне, осложненной кровотечением, после его остановки было иссечение язвы, дополненное СПВ у 37 (54,4%) больных, которое выполняли на 12—14—е сутки после компенсации кровопотери и полного восстановления жизненно важных функций организма. При локализации язвы в желудке выполняли его первичную резекцию у 28 (41,2%) больных. При сложности мобилизации пилороампулярного сегмента осуществляли резекцию по Бильрот—II.

У 3 больных при возникновении язвенного кровотечения возникло предположение о злокачественном перерождении язвы. По данным литературы, частота малигнизации язв желудка может достигать 15 — 20%, а морфологическое подтверждение этого в неотложной ситуации не всегда возможно. Однако эндоскопические признаки: диаметр более 2,5 см, глубина изъязвления, локали-

зация ближе к большой кривизне, неровные (бугристые) приподнятые и ригидные края язвы, инфильтрация стенки желудка, отсутствие перистальтики в периульцерозной зоне, а также данные интраоперационной ревизии (инвазия серозной оболочки в области язвы и окружающих анатомических структурах, каменная плотность язвенного кратера, ригидность стенки желудка в периульцерозной зоне, увеличение ригидных лимфатических узлов) — позволяют хирургу с высокой вероятностью предположить наличие онкологического процесса [7]. У 2 пациентов пожилого возраста, у которых сопутствующие заболевания не позволяли выполнить радикальное вмешательство, применили паллиативные пособия.

ПДС в структуре осложнений ГДЯ составляет от 10 до 63,5%, в среднем 5 — 30%, частота ПДС в стадии декомпенсации — от 5 до 15% [8, 9]. По данным рандомизированных исследований, наличие ПДС любой стадии является показанием к оперативному лечению. Летальность при хирургическом лечении ПДС в стадии декомпенсации составляет 0,75 — 6,25%. По поводу ПДС в стадии декомпенсации выполняют резекционные, органосохраняющие и пилороразрушающие вмешательства, летальность составляет от 0,75% — при применении органосохраняющих до 6,25% — резекционных методов.

Поскольку хирургия ГДЯ и ее осложнений вышла за пределы специализированных хирургических клиник, рекомендации ученых должны быть основаны именно на выполнении оперативных вмешательств широким кругом хирургов, а публикуемые рекомендации по тактическому выбору метода хирургического пособия — на объективных принципах выполнения в условиях лечебных учреждений. Рекомендации о направлении таких больных в крупные (специализированные) клиники не всегда выполнимы. Считаем, что рекомендации о хирургической тактике у таких больных следует рассматривать на курсах повышения квалификации, которые необ-

ходимо организовывать на базе крупных хирургических клиник.

При выборе метода хирургического лечения больных по поводу ПДС следует учитывать стадию стеноза, результаты оценки моторно-эвакуаторной функции желудка, тонус его стенки, морфофункциональное состояние желудка на основании анализа материала биопсии, взятой во время эндоскопии, и биоптатов слизистой оболочки перилуцерозной зоны. Учитывают также стоимость лечения и качество жизни пациентов после операции.

У 39 больных, оперированных по поводу осложненных ГДЯ и ПДС, методом выбора была резекция желудка, преимущественно по Бильрот—I, выполненная у 27 из них. У 3 пациентов при тяжелых сопутствующих заболеваниях выполнены паллиативные вмешательства с наложением гастроэнтероанастомоза, операция, хотя и не воздействует на патогенетические звенья заболевания, однако обеспечивает устранение стаза желудка и спасает жизнь больному.

У 9 больных при рубцово-язвенном стенозе, обусловленном язвой ДПК, после коррекции нарушений водно-электролитного баланса, подавления процессов брожения и электростимуляции моторно-эвакуаторной функции желудка выполнены органосохраняющие операции — СПВ с дуоденопластикой по Финнею. Течение послеоперационного периода без осложнений. Приведенные наблюдения свидетельствуют о более широком использовании органосохраняющих операций по поводу ПДС. Вместе с тем, учитывая длительность подготовки больных к операции и объем технических средств, сегодня нельзя рекомендовать такие оперативные пособия широкому кругу хирургов, их следует применять в крупных клинических центрах.

У 18 больных обнаружена малигнизированная язва желудка. Следует отметить, что малигнизацию язв желудка наблюдают довольно часто. По мнению ведущих ученых, частота злокачественного перерождения язв желудка составляет 10 — 14%. И

хотя клинические симптомы ранних стадий рака из язвы недостаточно изучены, большинство специалистов считают ранними признаками рака, возникшего из язвы желудка, ухудшение состояния больного, утрату аппетита, отвращение к мясной пище, снижение кислотности. Острая боль в надчревной области, обычно усиливающаяся после еды, становится тупой, отмечают утомляемость после обычной нагрузки, признаки анемии.

И хотя перечисленные признаки не являются обязательными при установлении диагноза, при их сочетании возможно предположить раковое перерождение язвы желудка и провести более тщательное целенаправленное обследование больного для исключения такого диагноза. Трудности диагностики подтверждены результатами наблюдений крупнейших клиник мира, частота диагностических ошибок при малигнизации язв желудка составляет от 10 до 15%. При каллезной язве желудка частота ее малигнизации более высокая, поэтому динамическое наблюдение за больными должно быть более тщательным, чтобы не пропустить начальные стадии ее перерождения.

Установлению правильного диагноза способствует своевременное применение дополнительных методов исследования, в том числе рентгенологического и гастрофиброскопии, при которой возможно не только обследовать все отделы желудка, но и взять биопсию для последующего цитологического исследования.

В некоторых странах в связи с трудностями своевременной диагностики малигнизации язв желудка рекомендуют у таких больных применять более активную хирургическую тактику. Так, гастроэнтерологи из клиники Мейо разработали такую тактику лечения больных по поводу язвы желудка: больного при наличии "свежей" язвы желудка госпитализируют на 2 нед, в течение которых проводят интенсивную терапию. При неэффективности лечения рекомендуют выполнение операции. При уменьшении диаметра

язвенной ниши на 50 — 70% и регрессе клинических проявлений продолжают медикаментозную терапию под контролем рентгенологического исследования и гастрофиброскопии в течение 3 — 6 — 12 мес, в последующем 1 — 2 раза в год проводят обследование, лечение и наблюдение.

Академик А. А. Шалимов полагал, что имеющиеся в распоряжении врача методы диагностики — клинические, рентгенологические, лабораторные, гастроскопические, цитологические — не гарантируют распознавание начальных стадий злокачественного перерождения хронической язвы желудка. Только раннее оперативное вмешательство обеспечивает значительное улучшение результатов лечения хронической язвы, а, следовательно, и рака, возникшего из язвы.

Наличие длительно существующей язвенной ниши диаметром более 2,5 см, особенно у больных в возрасте старше 50 — 60 лет, требует особого внимания врача [10]. В такой ситуации, учитывая опасность образования рака из каллезной язвы, лучше выполнить резекцию желудка.

По мнению С. С. Юдина [11], при язве желудка продолжительность консервативного лечения нужно уменьшать тем увереннее, чем больше язва, чем глубже ниша, чем старше больной и чем ниже кислотность.

Проблемы хирургической тактики при ГДЯ далеки от своего решения. Нет единого мнения относительно объема и вида оперативного вмешательства, степени его радикализма. В ургентной хирургии при лечении осложненных язв по-прежнему широко используют паллиативные вмешательства с высокой частотой осложнений и летальностью.

При увеличении частоты возникновения язвы желудка и ДПК, ее осложнений и распространенности среди населения работоспособного возраста первостепенной задачей является улучшение качества лечения, уменьшение частоты выполнения экстренных

операций. Достичь этого можно путем оптимального сочетания эффективного консервативного лечения и выполнения плановых операций.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о трудностях выполнения оперативных вмешательств у больных по поводу осложненной ГДЯ, особенно у ослабленных больных, пожилого возрас-

та. Практика показывает, что чрезмерно длительное, порой безуспешное, консервативное лечение при неизбежном в последующем оперативном вмешательстве связано с большим риском для больного.

Консервативное лечение обязательно у больных при ГДЯ. Однако успехи хирургии в лечении таких больных свидетельствуют, что для любого консервативного лечения

должны быть разумные сроки и индивидуальный подход. Одним из реальных путей улучшения результатов лечения больных по поводу ГДЯ должно быть своевременное установление показаний к плановому оперативному вмешательству, до возникновения жизненно опасных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе / В. Ф. Саенко, Б. С. Полинкевич, Ю. А. Диброва, А. А. Пустовит // *Клін. хірургія*. — 2003. — № 3. — С. 5 — 8.
2. Горбунов В. Н. Осложненные гигантские пилородуоденальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение / В. Н. Горбунов, Э. Ш. Нагиев, Е. В. Столярчук // *Вестн. хирург. гастроэнтерологии*. — 2009. — № 3. — С. 63 — 69.
3. Дурлештер В. М. Тактика лечения больных декомпенсированным рубцово—язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки / В. М. Дурлештер, М. Т. Дидичов, Г. К. Карипиди // *Кубан. науч. мед. вестн.* — 2013. — № 7. — С. 81 — 86.
4. Передерий В. Г. Язвенная болезнь или пептическая язва / В. Г. Передерий. — К., 1997. — 158 с.
5. Лупальцов В. И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В. И. Лупальцов. — К.: Лига — Информ, 2009. — 133 с.
6. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: диагностика и хирургическое лечение / В. В. Бойко, М. П. Брусницына, В. П. Далавурак, В. К. Логачев // *Харк. хірург. школа*. — 2006. — № 2. — С. 12 — 14.
7. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастро-дуоденальных язв / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Г. А. Головин, Г. Б. Ивахов // *Общая хирургия*. — 2010. — № 9. — С. 22 — 30.
8. Бондарев Г. А. Динамика осложнений язвенной болезни в Курской области за 20 лет / Г. А. Бондарев // *Материалы Всерос. конф. хирургов "Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки"*. — Саратов, 2003. — С. 3.
9. Радикальная дуоденопластика как универсальная технология хирургической коррекции двенадцатиперстной кишки при язвенном стенозе / С. Р. Генрих, В. И. Оноприев, Г. К. Карипиди, А. Н. Пахилина // *Материалы Всерос. конференции хирургов "Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки"*. — Саратов, 2003. — С. 241.
10. Мельников А. В. Клиника рака желудка / А. В. Мельников. — М.: Медгиз, 1960. — 368 с.
11. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии / С. С. Юдин. — М.: Медгиз, 1955. — 272 с.

