

НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ (ИСТОРИЯ, ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ)

Лупальцов В.И.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №3, г. Харьков, Украина, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2121-529X>, e-mail: surgdis@ukr.net

Резюме. Несмотря на более чем вековую историю изучения и внедрения в хирургическую практику методов оперативного лечения перфоративной ГДЯ и показаний к ним, многие вопросы и заключения, связанные с выполнением оперативных вмешательств, являются дискуссионными и нерешенными, подчас малоизученными, требующими дополнительных уточнений и изучения. Поэтому целью исследования явилось изучение естественных наблюдений, чтобы на их результатах высказать собственные направления по улучшению результатов лечения.

Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 725 больных с осложненной ГДЯ, находящихся в клинике с 1990 года по 2010 год, в возрасте 16-85 лет. В первые 6 часов с момента перфорации доставлено 79,3% больных, до 12 часов – 10,2%, до 24 часов – 4,1% и спустя 24 часа – 5,5%.

Ушивание перфоративного отверстия выполнено у 121 больного, показаниями к его выполнению являлись случаи с выраженными явлениями перитонита и лица молодого возраста с так называемыми «немными» язвами. Первичная резекция желудка выполнена 40 больным.

Органосохраняющие оперативные вмешательства выполнены нами у 564 больных. Если на начальных этапах освоения техники операции мы отдавали предпочтение стволовой и селективной ваготомии, то в последующем, по мере освоения методики, в клинике стали выполнять селективную проксимальную ваготомию.

Проведенное исследование приводит автора к выводам, что на современном этапе хирургического лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой выбор метода должен определяться с учетом общего состояния больного, его возраста, степени выраженности и распространенности перитонита, локализации язвы, длительности язвенного анамнеза, характера изменений в перипилорической зоне, наличия других сопутствующих осложнений язвенной болезни (пенетрация, стеноз, малигнизация и т.д.), с учетом фаз желудочной секреции.

Органосохраняющие операции с ваготомией отвечают всем патофизиологическим требованиям язвообразования и в индивидуальном порядке могут являться методом выбора при лечении прободных гастродуоденальных язв.

Улучшение результатов лечения больных с осложненной гастродуоденальной язвой с неуклонным их ростом следует рассматривать с общей задачей хирургического лечения больных язвенной болезнью по относительным показателям.

Ключевые слова: перфоративная гастродуоденальная язва, хирургическое лечение, ушивание, резекция, ваготомия.

Вступление и обоснование исследований. Актуальность проблемы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки определяется ее распространенностью, частота которой, по данным мировой статистики, составляет 6-10% у взрослого населения [2,4,7]. Несмотря на достигнутые результаты в ее медикаментозном лечении (H₂ блокаторы, ингибиторы протонной помпы и анти-

хеликобактерной терапии), это заболевание, пишет В.Г. Передерий: «продолжает держать в напряжении не только гастроэнтерологов, но и врачей широкого профиля, в том числе и хирургов».

Стратегия преимущественно консервативного лечения ГДЯ конца XX столетия способствовала устойчивой тенденции к уменьшению количества плановых оперативных вмешательств в 2,0 – 2,5 раза, что повлекло за собой увеличение числа больных с осложненными формами ее течения, перфорация среди которых занимает лидирующее место, не имея тенденции к уменьшению, составляя, по данным литературы, от 10 до 26,5%, с летальностью 5-12,3% [1, 3, 5].

Следует напомнить, что первая успешная операция ушивания прободной язвы была выполнена Neussner (1892), в России Ваныхом Р.Х. (1897) с повторным ее выполнением Либихом Ф.Ф. в 1899 году.

В последующие годы было предложено множество способов операций, что связано с неудовлетворительными результатами простого ушивания. П.Д. Рогаль еще в 1968 году отмечал, что единой методики ушивания перфоративной язвы быть не может. Выбор метода операции должен быть строго индивидуализирован в зависимости от локализации и размеров язвы, состояния ее краев, величины перфоративного отверстия, наличия сопутствующего кровотечения, стеноза и др. При этом создание надежного герметизма – важная задача, но не единственная, стоящая перед хирургом. Ему необходимо стремиться не только к сохранению нормальных анатомических взаимоотношений в гастродуоденальной зоне, но и к обеспечению хорошей функции желудка и двенадцатиперстной кишки.

Учитывая это, методика простого ушивания перфоративного отверстия стала дополняться иссечением краев перфоративной язвы с последующим ее ушиванием. В дальнейшем, во избежание послеоперационных осложнений и улучшения качества жизни, ушивание дополняется выполнением дренирующей желудка операцией гастроэнтеростомией (Вельфлер, 1981, Браун, 1982, Ганкер, 1885, Петерсон 1900), гастродуоденостомией (Джабулей, 1892), пилородуоденостомией (Финней, 1902), пилоропластикой (Гейнеке 1886, Микулич, 1888, Хорсли, 1910, Джадд, 1955).

И хотя все недостатки паллиативных оперативных вмешательств больных с перфоративной язвой не решали полностью проблемы лечения этого контингента больных хирургами того периода, были решены два основополагающих вопроса хирургической тактики – большие с перфоративной язвой должны лечиться у хирурга, а своевременно выполненная операция является главным гарантом благополучного исхода заболевания.

И хотя многие хирурги того времени имели стремление к радикальному излечению больных перфоративной язвой и считали, что предложенные ими методы претендуют на патогенетическую обоснованность, эти оперативные вмешательства, к сожалению, решали только одну, хотя и главную, задачу – спасение жизни больного.

Естественно, что недостатки паллиативных оперативных вмешательств, при лечении больных с перфоративной язвой, не могли удовлетворить хирурга и вполне зако-

номерно побуждали к поиску новых путей в решении со-здавшейся проблемы. Во многом этому способствовали успехи физиологов, гистологов, патофизиологов, которые в конце XIX начале XX столетий определили роль кислотно-пептического фактора и его значение в ульцерогенезе: а постулат «без кислоты нет язвы», как бы сам указывал на необходимость удаления кислотопродуцирующих зон желудка. Это в конечном итоге привело к появлению, разработке и внедрению резекции желудка, ставшей «основным методом лечения кислотозависимых заболеваний»; и ознаменовало начало второго резекционного периода в хирургии язвенной болезни, одним из разделов которого является хирургия перфоративной гастродуоденальной язвы.

Первая успешная резекция желудка при перфоративной язве была выполнена С.Р.В. Keetley в Лондоне 15 сентября 1890 года; а в России О.А. Юцевичем в 1900 году. Однако второе рождение резекция желудка получила после того, как в 20-30 годах XX столетия С.С. Юдин внедрил ее в практику, как наиболее радикальную операцию при прободных язвах и доказал ее патофизиологическую оправданность.

«Хирургия, пройдя весь путь эксперимента, ценой многих ошибок и горьких разочарований смогла, наконец, в полной мере оценить роль кислотного фактора в комплексе этиологических моментов. И это не только твердо и окончательно поняли, но и выстрадали вместе с больными», – писал С.С. Юдин и считал, что необходимо сочетать задачи непосредственного спасения жизни больного с задачей хирургического лечения язвенной болезни.

Вместе с тем, прошедшие десятилетия после внедрения резекции желудка при перфоративных ГДЯ, хотя и отмечают намного лучшие результаты, чем после ушивания, операция не лишена недостатков, а ее выполнение не всегда представляется возможным из-за наличия перитонита, тяжести состояния больного, а порой и отсутствия необходимой подготовки хирургических бригад к ее выполнению. А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко (1972) отмечали следующие показания к первичной резекции желудка: абсолютными показаниями к резекции являются – стеноз привратника, подозрение на малигнизацию, подтвержденную субоперационной биопсией, профузное кровотечение; относительными – пенетрирующие, каллезные язвы, язва антрального отдела и большой кривизны, повторно кровоточащие язвы, неэффективность консервативного лечения в течение 3-5 лет с потерей работоспособности при условии, что время с момента перфорации не превышает 6 часов и в случаях отсутствия перитонита, при наличии опытного хирурга, владеющего методами резекции желудка при технически оснащенной операционной.

Из сказанного следует, что, с одной стороны, резекционная хирургия желудка, многого достигнув, требует четких к ней показаний, а с другой, учитывая боязнь ее выполнения из-за перечисленных выше причин, оправдывается поиск путей улучшения оперативного лечения.

Новым шагом в хирургической гастроэнтерологии является ваготомия, разработка и внедрение которой ознаменовала новый этап в хирургическом лечении язвенной болезни – органощадящий и органосохраняющий.

Физиологическая обоснованность ваготомии при лечении ГДЯ основывается на учении И.П. Павлова и его школы о фазах желудочной секреции. Как известно, регуляция желудочной секреции осуществляется центральной нервной системой через блуждающие нервы (I фаза – нервно-рефлекторная) и выработкой гастрина в антральном отделе желудка (II фаза – нейрогуморальная). Резекция желудка воздействует лишь на II фазу желудочной секреции, а ваготомия на I фазу, тем самым, разрывая порочный круг и прерывая пути, как для импульсов, идущих в кору больших полушарий человеческого мозга от патологического очага (язвы), так и для импульсов, поступающих из подкорковых центров к больному органу (А.Н. Бакулев, 1964).

Органосохраняющие операции при перфоративной ГДЯ широко стали внедряться в 90-е годы XX столетия, когда их выполнение прочно укрепились в плановой хирургии. Вместе с тем, отдаленные результаты после оперативных вмешательств с применением одного из видов ваготомии стволовой (СтВ) или селективной (СВ), отдавая предпочтение одному из них, показали, что после их выполнения вследствие денервации антрального отдела желудка и его сфинктерного аппарата, возникает постваготомный гастростаз с нарушением функции органов панкреатодуоденальной зоны и кишечника. В последующем в практику неотложной хирургии стали внедрять селективную проксимальную ваготомию (СПВ) в различных ее модификациях с сохранением пилорических ветвей блуждающего нерва, сохраняя тем самым эвакуаторную функцию пилородуоденального комплекса.

А.А. Шалимов (1987) считает, что при резких гиперацидных состояниях, когда секреция соляной кислоты превышает 60 ммоль/ч, является показанной выполнение антрэктомии или резекции 1/3 желудка с восстановлением проходности желудочно-кишечного соустья по Бильрот I со стволовой или селективной ваготомией.

Завершая ретроспективный анализ органосберегающего и органосохраняющего периода в лечении больных с перфоративной ГДЯ, необходимо отметить, что указанные оперативные вмешательства имеют свои очевидные преимущества перед другими методами оперативного пособия. Эти преимущества заключаются в более низком проценте послеоперационных осложнений и летальности, количестве рецидивов заболевания, а также лучших показателях жизненной активности. В то же время многие вопросы, связанные с выполнением подобного рода оперативных вмешательств, являются дискуссионными, нерешенными, а подчас малоизученными и требующими дополнительного уточнения и изучения.

Цель исследования. На основании изучения исторических материалов, выбора оптимальных способов хирургических вмешательств у больных с перфоративной ГДЯ и изучении собственных наблюдений изложить перспективные направления по улучшению результатов ее лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 725 больных с осложненной ГДЯ, находящихся в клинике с 1990 года по 2010 год, в возрасте 16-85 лет. В первые 6 часов с момента перфорации доставлено 79,3% больных, до 12 часов – 10,2%, до 24 часов – 4,1% и спустя 24 часа – 5,5%.

При поступлении в хирургический стационар, клинические признаки перфорации язвы у большинства больных были достаточно убедительными. Свободный газ при обзорной рентгенографии брюшной полости обнаружен у 69,9% больных. При отрицательном результате рентгенографии органов брюшной полости, но наличии клинических признаков перфорации, исследование дополняли фиброгастроскопией с пневмогастрографией (проба Хенельта), в затруднительных диагностических случаях исследования дополняли инсуффляцией воздуха в язвенный кратер, иногда прибегая к лапароскопии.

При выборе метода оперативного пособия учитывали время, прошедшее с момента перфорации, распространенность, характер и фазы перитонита, возраст пациента, наличие сопутствующей патологии, локализацию язвы и выраженность изменений ткани вокруг нее, кровотечение, пенетрацию, стеноз привратника, кислотность содержимого желудка.

Результаты исследования. Ушивание перфоративного отверстия выполнено у 121 больного, показаниями к его выполнению являлись случаи с выраженными явлениями перитонита и лица молодого возраста с так называемыми «немными» язвами. Умерло 8 больных, причиной смерти являлись прогрессирование перитонита, сердечно-легочная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии.

В послеоперационном периоде этим больным уделялось большое внимание, проведены профилактические мероприятия, направленные на снижение кислотности желудочного содержимого с использованием H_2 -блокаторов и ингибиторов протонной помпы, а также антибактериальная терапия на ликвидацию *Helicobacter pylori*.

Первичная резекция желудка выполнена 40 больным. В желудке язва локализовалась у 23 больных, в двенадцатиперстной кишке – у 13, сочетание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с хронической язвой желудка – у 4 больных. У 14 из них течение ГДЯ было осложнено стенозом выходного отдела желудка, у 5 – пенетрацией в капсулу поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку, у 2 отмечена малигнизация. Все больные поступили в клинику в течении 6-12 часов с момента перфорации с отсутствием клинических признаков разлитого перитонита. При субоперационном исследовании кислотопродуцирующей функции желудка гиперацидность отмечена у 18 больных, гипоацидность – у 5, нормоцидность – в 17 наблюдениях.

Способы резекции желудка выбирали с учетом локализации язвы и степени анатомических изменений в области пилородуоденального соустья. По Бильрот I выполнено 26 больным, по Бильрот II в модификации Гоффмейстер-Финстерера – 12 больным, показанием к ее выполнению был выраженный воспалительно-дегенеративный процесс в пилородуоденальной зоне. В двух случаях при малигнизации язвы произведена субтотальная резекция желудка в модификации А.А. Шалимова [8].

Органосохраняющие оперативные вмешательства выполнены нами у 564 больных. Если на начальных этапах освоения техники операции мы отдавали предпочтение стволовой и селективной ваготомии, то в последующем, по мере освоения методики, в клинике стали выполнять селективную проксимальную ваготомию.

Стволовая ваготомия выполнена нами у 53 больных. Ее считали показанной в случаях поздней госпитализации в стационар с признаками перитонита и у больных с сочетанием перфорации и кровотечения. Во всех случаях стволовая ваготомия сопровождалась иссечением язвы с выполнением одного из видов дренирующих желудок методик. При локализации язвы в пилородуоденальной зоне предпочтение отдавали пилоропластике по Гейнеке — Микуличу. Последняя выполнена нами у 41 больного. При язвах, деформирующих выходной отдел желудка, проводилась пилоропластика по Фенею или гастродуоденостомия по Джабулею.

Селективная ваготомия выполнена у 171 больного, ее выполнение практически всегда дополнялось иссечением язвы с одним из видов дренирующих операций. Так, селективная ваготомия в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке – Микуличу, выполнена 126 больным, у 8 пациентов селективная ваготомия выполнена в чистом виде, с ушиванием язвы. Это были больные с местным перитонитом при размерах язвы, не превышающих 0,2 см в диаметре, с мягкими краями. У 37 больных при выраженных явлениях стенозирования выходного отдела желудка селективная ваготомия дополнялась пилоропластикой по Фенею или гастродуоденостомией по Джабулею. Эти оперативные вмешательства выполнялись, когда осваивалась методика ваготомии и в случаях трудностей выделения нерва Латарже из-за выраженной инфильтрации сальника.

Анализ осложнений у больных после выполненной селективной ваготомии показал, что они в большинстве случаев обусловлены денервацией антрального отдела желудка и пилорического жома, что снижает у них качество жизни. Умерли 2 больных, в одном случае причиной смерти явился инфаркт миокарда, а в другом – острая спаечная кишечная непроходимость.

Селективная проксимальная ваготомия выполнена нами у 340 больных. Выполнялось оперативное вмешатель-

ство у больных, поступивших в ранние часы после перфорации язвы, при сохранении нормальной топографо-анатомической структуры нерва Латарже. При небольших размерах язвы иссекалась по Джаду – Хорсли. Иссечение дополнялось пилоропластикой в случаях хронической язвы с каллезными краями с деформацией выходного отдела желудка.

Изучение кислотоингибирующей функции у анализируемых больных после выполнения им одного из видов ваготомии показало, что вагусная денервация способствует подавлению секреции соляной кислоты и пепсина, снижая его уровень, по данным рН-метрии, до $5,4 \pm 0,6$ ед.

Проведенные исследования по восстановлению моторики желудочно-кишечного комплекса у больных, перенесших тот или иной вид ваготомии, показали, что в раннем послеоперационном периоде восстановление моторики носит фазовый характер. Наиболее быстрое восстановление моторики желудка наблюдалось у больных после селективной проксимальной ваготомии с иссечением дуоденальной язвы, расположенной на ее передней стенке. У этого контингента больных отмечено и наименьшее количество случаев развития постваготомного гастростаза. Эвакуация контрастной массы из желудка после СПВ с сохранением пилорического жома хотя и была замедленной, но все же в меньшей степени, чем после стволовой и селективной ваготомии. Следует отметить, что у больных с СПВ и пилороразрушающей операцией ускоренный характер эвакуации встречается почти в 2 раза чаще, чем у больных, у которых СПВ выполнялась с сохранением привратникового механизма.

Выводы:

1. На современном этапе хирургического лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой выбор метода должен определяться с учетом общего состояния больного, его возраста, степени выраженности и распространенности перитонита, локализации язвы, длительности язвенного анамнеза, характера изменений в периульцерогенной зоне, наличия других сопутствующих осложнений язвенной болезни (пенетрация, стеноз, малигнизация и т.д.), с учетом фаз желудочной секреции.

2. Органосохраняющие операции с ваготомией отвечают всем патофизиологическим требованиям язвообразования и в индивидуальном порядке могут являться методом выбора при лечении прободных гастродуоденальных язв.

3. Улучшение результатов лечения больных с осложненной гастродуоденальной язвой с неуклонным их ростом, следует рассматривать с общей задачей хирургического лечения больных язвенной болезнью по относительным показателям.

References:

1. Afendulov S.A., Zhuravlev G.YU., Krasnolutskiy N.A. Lecheniye probodnoy yazvy. M.: FGUP IPTS FINOPOL, 2005. P. 166.
2. Gorbunov V.N., Nagiyev E.SH., Stolyarchuk Ye.V. Oslozhnennyye gigantskiye piloroduodenal'nyye yazvy: klinicheskaya kartina, diagnostika, khirurgicheskoye lecheniye. Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii. 2009; 3: 63 - 69.
3. Gostishchev V.K., Yevseyev M.A., Golovin R.A. Radikal'nyye operativnyye vmeshatel'stva v lechenii bol'nykh s perforativnymi gastroduodenal'nymi yazvami. Khirurgiya im. N.I. Pirogova. 2009; 3: 10 - 16.
4. Durlshcher V.M., Korochanskaya N.V. i dr. Evakuatornaya deyatel'nost' gastroduodenal'nogo kompleksa v otsenke effektivnosti khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s GPOD. Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii. 2010; 3: 95.
5. Yevseyev M.A. Distal'naya rezektsiya zheludka v neotlozhnoy khirurgii gastroduodenal'nykh yazv. M.: 2008. P. 160.

6. Rogal P.D. O tekhnike ushivaniya probodnoy yazvy zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki. *Klinichna khirurgiya*. 1968; 7: 29 - 32.
7. Sayenko V.F., Polinkevich B.S., Dibrova YU.A., Pustoviy A.A. Taktika khirurgicheskogo lecheniya yazvennoy bolezni na sovremennom etape. *Klinichna khirurgiya*. 2003. P. 5 - 8.
8. Shalimov A.A., Sayenko V.F. *Khirurgiya zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki*. K: Zdorov'ya, 1972. P. 356.
9. Yudin S.S. *Etyudy zheludochnoy khirurgii*, – M.: Medgiz, 1955. P. 269. *Этюды желудочной хирургии*, – М.: Медгиз, 1955. P. 269.

УДК 616.342-002.45-089

НЕЗ'ЯСОВАНІ ПРОБЛЕМИ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ (ІСТОРІЯ, ЕВОЛЮЦІЯ ПОГЛЯДІВ, СУЧАСНІ ПІДХОДИ)

Лупальцов В.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №3, м. Харків, Україна, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2121-529X>, e-mail: surgdis@ukr.net

Резюме. Незважаючи на більш, ніж вікову історію вивчення та впровадження в хірургічну практику методів оперативного лікування перфоративної ГДВ і показань до них, багато питань і укладень, пов'язані з проведенням оперативних втручань, є дискусійними і невирішеними, часом маловивченими, вимагають додаткових уточнень і вивчення. Тому метою дослідження було вивчення природних спостережень, щоб на їх результатах висловити власні наміри щодо поліпшення результатів лікування.

Проведено ретроспективний аналіз хірургічного лікування 725 хворих з ускладненою ГДВ, що знаходилися в клініці з 1990 року по 2010 рік, у віці 16-85 років. У перші 6 годин з моменту перфорації доставлено 79,3% хворих, до 12 годин – 10,2%, до 24 годин – 4,1% і через 24 години – 5,5%.

Ушивання перфоративного отвору виконано у 121 хворого, показаннями до його виконання були випадки з вираженими явищами перитоніту і особи молодого віку з так званими «німими» виразками. Первинна резекція шлунка виконана 40 хворим.

Органозберігаючі оперативні втручання виконані нами у 564 хворих. Якщо на початкових етапах освоєння техніки операції ми віддавали переваги стовбуровій і селективній ваготомії, то в подальшому, в міру освоєння методики, в клініці стали виконувати селективну проксимальну ваготомію.

Проведене дослідження призводить автора до висновків, що на сучасному етапі хірургічного лікування хворих з перфоративною гастроудоденальною виразкою вибір методу повинен визначатися з урахуванням загального стану хворого, його віку, ступеня вираженості й поширеності перитоніту, локалізації виразки, тривалості виразково-анамнезу, характеру змін до періульцерогенної зони, наявності інших супутніх ускладнень виразкової хвороби (пенетрація, стеноз, малігнізація і т.д.), з урахуванням фаз шлункової секреції.

Органозберігаючі операції з ваготомії відповідають всім патофізіологічним вимогам утворення виразки і в індивідуальному порядку можуть бути методом вибору при лікуванні проривної гастроудоденальної виразки.

Поліпшення результатів лікування хворих з ускладненою гастроудоденальною виразкою з неухильним їх

зростанням слід розглядати з спільним завданням хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу за відносними показниками.

Ключові слова: перфоративна гастроудоденальна виразка, хірургічне лікування, ушивання, резекція, ваготомія.

UDC 616.342-002.45-089

UNSOLVED PROBLEMS OF IMPROVING THE RESULTS OF PATIENTS WITH PERFORATING GASTRODUODENAL ULCER TREATMENT. (HISTORY, EVOLUTION OF VIEWS, MODERN APPROACHES, UNSOLVED PROBLEMS)

V.I. Lupaltsov

Kharkov National Medical University, Department of Surgery №3, Kharkov, Ukraine, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2121-529X>, e-mail: surgdis@ukr.net

Abstract. Despite more than a century-long history of studying and introducing surgical methods for surgical treatment of perforated DGD and indications to them, many questions and conclusions related to the implementation of surgical interventions are controversial and unresolved, sometimes requiring little further clarification and study. Therefore, the aim of the study was to study natural observations in order to express their own directions for improving the results of treatment on their results.

A retrospective analysis of the surgical treatment of 725 patients with complicated HGD in the clinic from 1990 to 2010, aged 16-85 years was conducted. In the first 6 hours from the moment of perforation, 79.3% of patients were delivered, up to 12 hours - 10.2%, up to 24 hours - 4.1% and after 24 hours - 5.5%.

Suturing a perforating hole was performed in 121 patients; indications for its implementation were cases with pronounced phenomena of peritonitis and a young person with so-called "mute" ulcers. Primary gastrectomy performed by 40 patients.

We performed the organ-preserving surgical interventions in 564 patients. If at the initial stages of mastering the technique of surgery we preferred the stem and selective vagotomy, then later, as the technique was mastered, the clinic began to perform selective proximal vagotomy.

The study leads the author to the conclusion that at the present stage of surgical treatment of patients with perforated gastroduodenal ulcer, the choice of the method should be determined taking into account the patient's general condition, age, degree of prevalence and prevalence of peritonitis, ulcer localization, duration of ulcerous anamnesis, tera changes in the periulcerogenic zone, the presence of other concomitant complications of peptic ulcer (penetration, stenosis, malignancy, etc.), taking into account the phases of gastric secretion.

The organ-preserving operations with vagotomy correspond to all the pathophysiological requirements of ulceration and, individually, can be a method of choice in the treatment of perforated gastroduodenal ulcers.

Improving the results of treatment of patients with complicated gastroduodenal ulcer with a steady increase in their number should be considered with the overall objective of surgical treatment of patients with peptic ulcer disease by relative indicators.

Keywords: perforated gastroduodenal ulcer, surgical treatment, suturing, resection, vagotomy.

Стаття надійшла в редакцію 04.07.2018 р.