

УДК 617-089.844

https://doi.org/10.33619/2414-2948/76/26

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

©**Мамакеев К. М.**, ORCID: 0000-0003-2168-2808, д-р мед. наук, Национальный хирургический центр министерства здравоохранения Кыргызской Республики,  
г. Бишкек, Кыргызстан, Justkanat@gmail.com

©**Алыбаев Э. У.**, ORCID: 0000-0002-2766-8620, д-р мед. наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, Ealybaev6@gmail.com

©**Садабаев Т. Ю.**, ORCID: 0000-0001-5657-0078, Национальный хирургический центр министерства здравоохранения Кыргызской Республики,  
г. Бишкек, Кыргызстан, Marshallemmm@gmail.com

©**Мамакеев Ж. Б.**, ORCID: 0000-0001-5816-2860, Национальный хирургический центр министерства здравоохранения Кыргызской Республики,  
г. Бишкек, Кыргызстан, Jenish\_tamakeev@mail.ru

## TACTICS OF THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ULCER DISEASE OF THE ELDERLY AND SENILE COMPLICATED WITH ULCER PERFORATION

©**Mamakeev K.**, Dr. habil., National Surgical Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan, Justkanat@gmail.com

©**Alybaev E.**, Dr. habil., I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,  
Bishkek, Kyrgyzstan, Ealybaev6@gmail.com

©**Sadabaev T.**, National Surgical Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic,  
Bishkek, Kyrgyzstan, Marshallemmm@gmail.com

©**Mamakeev Zh.**, ORCID: 0000-0001-5816-2860, National Surgical Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan, Jenish\_tamakeev@mail.ru

*Аннотация.* В возрастной группе старше 60 лет хирурги сталкиваются исключительно с осложненными формами язвенной болезни, что, несомненно, ухудшает результаты хирургического лечения. Оперативное вмешательство у больных с язвенной болезнью осложненной перфорацией язвы является единственным методом спасения жизни. Однако, выбор метода оперативного вмешательства у больных пожилого и старческого возраста с дуоденальными язвами окончательно не решен до настоящего времени несмотря на многолетнюю дискуссию. Учитывая осложнения в последние годы в хирургическом лечении язвенной болезни пилородуоденальной зоны у больных пожилого и старческого возраста, хирурги начали использовать иссечение язвы с удалением периульцерозного инфильтрата с последующей пилоро- или дуоденопластикой и послеоперационной эрадикационной терапией дающей благоприятные результаты в непосредственном и ближайшем послеоперационном периоде. Использование данного метода хирургического вмешательства в настоящее время у больных пожилого и старческого возраста имеет принципиальное значение для уменьшения послеоперационных осложнений и летальности и улучшения качества жизни в непосредственном и отдаленном периоде после оперативных вмешательств. Цель работы: улучшить тактику хирургического лечения больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста, осложненной перфорацией язвы. Материалы и методы: клиническому анализу были подвергнуты результаты хирургического лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами среди лиц пожилого и

старческого возраста оперированных 138 больных в клинике Национального хирургического центра с 2016 г. по 2021 г. Больные были разделены на 2 группы — основную и контрольную, состав пациентов был сопоставим по полу, возрасту, нозологическим формам, тяжести заболевания и осложнениям. Выводы: предложенная хирургическая тактика выбора метода оперативного вмешательства при перфоративной пилородуоденальной язве у больных пожилого и старческого возраста позволяет уменьшить осложнения в послеоперационном периоде.

*Abstract.* In the age group over 60, surgeons are faced exclusively with complicated forms of peptic ulcer, which undoubtedly worsens the results of surgical treatment. Surgical intervention in patients with peptic ulcer complicated by ulcer perforation is the only life-saving method. The choice of the method of surgical intervention in elderly and senile patients with duodenal ulcers has not been finally resolved. In the surgical treatment of peptic ulcer in elderly and senile patients, surgeons began to use excision of the ulcer with removal of the periulcerous infiltrate, followed by pyloro- or duodenoplasty and postoperative eradication therapy, which gives favorable results in the immediate and immediate postoperative period. Objective: To improve the tactics of surgical treatment of patients with peptic ulcer of elderly and senile age, complicated by perforation of the ulcer. The results of surgical treatment of patients with perforated pyloroduodenal ulcers among elderly and senile patients were subjected to clinical analysis. sex, age, nosological forms, disease severity and complications. Conclusions: The proposed surgical tactics for choosing the method of surgical intervention for perforated pyloroduodenal ulcer in elderly and senile patients can reduce complications in the postoperative period.

*Ключевые слова:* перфоративная пилородуоденальная язва, ушивание перфоративной язвы, иссечение перфоративной язвы, дуоденопластика, пилоропластика.

*Keywords:* perforated pyloroduodenal ulcer, excision of ulcer, pyloroplasty, duodenoplasty.

Согласно классификации ВОЗ (2000) в возрасте людей, достигших 60 лет и старше выделяют 3 группы; пожилого возраста (60–75 лет), старческого (76–90 лет) и долгожителей (старше 90 лет). В последнее десятилетие отмечается значительное увеличение числа экстренных операций по поводу осложненных форм язвенной болезни у больных, а также повышение летальности за этот срок на 30–40%.

В возрастной группе старше 60 лет хирурги сталкиваются исключительно с осложненными формами язвенной болезни, что, несомненно ухудшает результаты хирургического лечения.

Оперативное вмешательство у больных с язвенной болезнью осложненной перфорацией язвы является единственным методом спасения жизни. Однако выбор метода операции и совершенствование тактики хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста продолжает обсуждаться в литературе [1, 2, 4, 7, 8].

Выбор метода оперативного вмешательства у больных пожилого и старческого возраста с дуоденальными язвами окончательно не решен до настоящего времени несмотря на многолетнюю дискуссию [2, 5, 6, 7].

Часто применяемый метод операции ушивания перфоративной язвы у больных пожилого и старческого возраста по данной статистике позволил установить, что у 60–70% пациентов из-за оставления язвы в пилородуоденальной зоне с периульцерозным

инфильтратом хрящевидной консистенции способствует повторному язвообразованию, (кровотечение, стеноз пилородуоденального отдела, реперфорации), требующий повторных экстренных операций, повышая послеоперационную летальность [1, 3, 7, 9, 10].

Учитывая вышеизложенные осложнения в последние годы в хирургическом лечении осложненной язвенной болезни пилородуоденальной зоны у больных пожилого и старческого возраста, хирурги начали использовать иссечение язвы с удалением периульцерозного инфильтрата с последующей пилоро или дуоденопластикой и послеоперационной эрадикационной терапией дающей благоприятные результаты в непосредственном и ближайшем послеоперационных периодах [4, 8, 12].

Использование данного метода хирургического вмешательства в настоящее время у больных пожилого и старческого возраста имеет принципиальное значение для уменьшения послеоперационных осложнений и летальности и улучшения качества жизни в непосредственном и отдаленном периоде после оперативных вмешательств [1, 3, 6, 11].

### Материалы и методы

Клиническому анализу были подвергнуты результаты хирургического лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами среди лиц пожилого и старческого возраста оперированных 138 больных в клинике Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Киргизской Республики с 2016 г. по 2021 г. (Таблица 1).

Таблица 1

### ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ С МОМЕНТА ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ В СРАВНИВАЕМЫХ ГРУППАХ

| Время госпитализации с момента перфорации | Количество больных / % |
|---|------------------------|
| До 6 часов                                | 40 / 31,6%             |
| От 6–12 часов                             | 74 / 53,2%             |
| От 12–24 часов                            | 17 / 10,7%             |
| Больше 24 часов                           | 7 / 4,5%               |
| Итого                                     | 138 / 100%             |

Больные были разделены на 2 группы — основную и контрольную, состав пациентов был сопоставим по полу, возрасту, нозологическим формам, тяжести заболевания и осложнениям. Всем больным, наряду с общеклиническими методами исследования выполняли ФГДС, исследовали базальную и стимулированную кислотопродукцию желудка аспирационно-титрационным методом, эвакуаторную функцию желудка с помощью серийной рентгенографии. Определяли степень обсемененности слизистой оболочки *Helicobacter pylori*.

Возраст больных — от 60 до 87 лет. За период исследований — ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы произведено у 68 больных. Иссечение перфоративной пилородуоденальной язвы с последующей пилоро- или дуоденопластикой произведено у 70 больных.

Среди лиц пожилого и старческого возраста при заполнении анкетных данных у 27 больных наступила перфорация немой язвы. У 111 поступивших больных в клинику отмечался язвенный анамнез, из них — 35 больных периодически принимали противоязвенное лечение у терапевта по месту жительства, остальные не лечились или периодически при обострениях принимали противоязвенные препараты. В связи с пожилым

и старческим возрастом сопутствующие заболевания были диагностированы у 90% больных от общего количества больных.

Так, из 138 больных все исследуемые пациенты поступили в стационар в экстренном порядке в приемное отделение НХЦ МЗ КР г. Бишкек, 103 (74,7%) больных были доставлены каретой скорой медицинской помощи, 32 пациентов — самообращением (23,2%) и направлены из других лечебно-профилактических учреждений 3 больных, что составило 2,1%. Важнейшее значение, как в диагностике, так в хирургической тактике и в развитии послеоперационных осложнений имеют сроки госпитализации больных. Время с момента перфорации язвы до госпитализации колебалось от 30 минут до более 24 часов (Таблица 2).

В первые 6 час от начала заболевания из 138 больных госпитализированы 40 (31,6%) больных. В сроки от 6 до 12 час от начала заболевания — 74 (53,2%). С момента от 12 до 24 час в стационар поступило 17 пациентов, что составило 10,7% от общего числа больных. В сроки более 24 час поступило 7 пациентов, 4,5% из этих 8 больных 4 пациентов поступили в стационар через 72 час от начала заболевания. Наблюдалась сезонность поступления больных с перфоративными пилородуоденальными язвами. Основная масса больных поступала в весенне-летний период в количестве 107 больных, что составило — 74,0% от общего числа больных. Все 138 больных поступили с перитонитом различной распространенности и разной фазе, в соответствие (Таблица 2).

Классификации перитонитов по степени распространенности и с выделением фаз, наиболее приемлемые и удобные в практическом отношении, в связи, с чем мы ими пользовались.

Таблица 2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРОБОДНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА  
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРИТОНИТА

| <i>Распространенность перитонита</i> | <i>Всего / %</i> |
|--------------------------------------|------------------|
| Местный перитонит                    | 9 / 6,53%        |
| Диффузный перитонит                  | 119 / 86,23%     |
| Разлитой перитонит                   | 10 / 7,24%       |
| Итого                                | 138 / 100%       |

Из 138 пациентов у наибольшего количества больных отмечали диффузный перитонит 119 (86,23%). Местный перитонит наблюдался у 9 больных (6,53%) от общего числа больных. Разлитой перитонит у больных с прободной язвой желудка и ДПК наблюдался у 10 пациентов (7,24%). Произведенные хирургические вмешательства представлены двумя видами операций: лапаротомия, ушивание перфоративной язвы (контрольная группа); лапаротомия иссечение перфоративной язвы с пилоро- или дуоденопластикой в зависимости от расположения перфоративной язвы (основная группа). Виды оперативного вмешательства, проведенные исследуемым больным (Таблица 3).

Таблица 3

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ПРОБОДНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

| <i>Операции</i>   | <i>Всего / %</i> |
|---|------------------|
| Лапаротомия, ушивание перфоративной язвы                    | 68 / 49,28%      |
| Лапаротомия иссечение перфоративной язвы с дуоденопластикой | 46 / 33,33%      |
| Лапаротомия, иссечение перфоративной язвы с пилоропластикой | 24 / 17,39%      |
| Итого   | 138 / 100%       |

Исследуемым больных пожилого и старческого возраста многочисленные сопутствующие патологии, и имеющийся перитонит не позволили нам произвести радикальную операцию (резекцию желудка). Ушивание перфоративной язвы (контрольной группы) в области пилородуоденальной зоны нами произведено по общепринятой методике с подведением и фиксированием части большого сальника. В последние годы по данным мировой литературы при анализе причин летальных исходов у лиц пожилого и старческого возраста с перфоративными язвами пилородуоденальной зоны с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и наличием распространенной формы перитонита выявлено, что после ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы в большинстве случаев вследствие оставления язвы с периульцерозным инфильтратом хрящевидной консистенции вокруг язвы, часто, послеоперационный период осложнялся повторным язвообразованием с последующим развитием кровотечения, а также другими осложнениями. Это вынудило нас искать более приемлемые виды оперативного лечения иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы, данной категории больных. Этим больным нами выполнено иссечение в пределах здоровой ткани перфоративной язвы с периульцерозным инфильтратом с последующей пилоро- или дуоденопластикой в зависимости от расположения язвы (основная группа). Это оперативное вмешательство импонирует малой травматичностью и меньшей продолжительностью. Локальное иссечение перфоративной язвы с поперечной дуоденопластикой проведено у 56 больных при перфоративных каллезных язвах расположенных в области двенадцатиперстной кишки. У 14 оперированных больных в связи с сочетанной локализацией перфоративной язвы к пилорическому сфинкту, произведено оперативное вмешательство — пилоропластика по типу Джадда-Хорслея.

После лапаротомии приступали интраоперационному исследованию: оценивали количество и характер выпота, наличие фибринозных наложений, распространенность перитонита, размер перфорационного отверстия, перифокальный воспалительный вал, расстояние от перфоративной язвы до пилорического жома, наличие стеноза ДПК. После удаления экссудата из брюшной полости приступали к иссечению перфоративной язвы. Иссечение перфоративной язвы с сохранением пилорического жома с последующей дуоденопластикой производили по методикам, разработанные в клинике НХЦ МЗ КР. В послеоперационном периоде пациенты основной группы получали противоязвенные антисекреторные и антигеликобактерные препараты парентерально в течение 1–10 суток с последующим переходом на пероральное их применение. С возрастом происходит уменьшение физиологических резервов, что оказывает определенное влияние на течение послеоперационного периода, но основную роль в развитии послеоперационных осложнений играют хронические заболевания. В целом, частота и характер послеоперационных осложнений зависели от времени прошедшего с момента прободения язвы желудка и ДПК, возраста и сопутствующей патологии. Наблюдались различные сопутствующие заболевания оперированных больных пожилого и старческого возраста у хирургических больных, причем у одного и того же больного отмечались сразу несколько сопутствующих заболеваний (Таблица 4).

В контрольной группе *сопутствующая патология* отмечалась у 65 (47,2%) больных, в основной группе сопутствующие заболевания отмечались у 73 (52,8%) больных. Преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Патология со стороны *сердечно-сосудистой системы* наблюдалась у 24 (36,9%) больных в контрольной и 32 (43,8%) больных в основной группе соответственно. *Заболевания органов дыхания*, такие как хронический бронхит в стадии обострения и бронхиальная астма, плеврит, нижнедолевая

пневмония отмечались у 13 (20%) больных из контрольной группы и у 14 (19,1%) пациентов основной группы. *Заболевания органов пищеварения* такие как цирроз печени; алкогольный гепатит; инфекционный гепатит; портальная гипертензия; хронический панкреатит в контрольной и основной группах в своем количестве имели одинаковое количество: 10 (15,3%) — в контрольной, и 10 (13,7%) в основной группах. *Заболевания мочевыделительной системы* заняли последнее место с количеством: 2 (3%) – в контрольной группе, и 3 (4,1%) — в основной группе. *Заболевания нервной системы*, такие как энцефалопатия и состояние после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) наблюдались у 5 (7,7%) больных в контрольной группе, и 4 (5,4%) больных в основной группе. У 5 больных был сахарный диабет, причем у 5 (7,7%) больных из контрольной группы и у 5 (6,8%) больных в основной группе.

Таблица 4

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ

| <i>Сопутствующие заболевания</i>   | <i>контрольная группа,</i> |            | <i>основная группа,</i> |            |
|--|----------------------------|------------|-------------------------|------------|
|  | <i>Кол-во</i>              | <i>%</i>   | <i>Кол-во</i>           | <i>%</i>   |
| Заболевания сердца и сосудов (пороки сердца; инфаркт миокарда в анамнезе; мерцательная аритмия; недостаточность кровообращения; ишемическая болезнь сердца; гипертоническая болезнь) | 24                         | 36,9       | 32                      | 43,8       |
| Заболевания органов дыхания (хронический обструктивный бронхит; рестриктивные заболевания легких; хроническая пневмония; бронхиальная астма; туберкулез в стадии ремиссии).          | 13                         | 20         | 14                      | 19,1       |
| Заболевания органов пищеварения (цирроз печени; алкогольный гепатит; инфекционный гепатит; портальная гипертензия; хронический панкреатит).  | 10                         | 15,3       | 10                      | 13,7       |
| Заболевания почек (хронический пиелонефрит; почечная недостаточность).   | 2                          | 3          | 3                       | 4,1        |
| Заболевания нервной системы (ОНМК в анамнезе; энцефалопатия).  | 5                          | 7,7        | 4                       | 5,4        |
| Другие (сахарный диабет)   | 5                          | 7,7        | 5                       | 6,8        |
| Больные без патологий  | 6                          | 9,2        | 5                       | 6,8        |
| <i>Всего</i>   | <i>65</i>                  | <i>100</i> | <i>73</i>               | <i>100</i> |

Таким образом, проведенный сравнительный анализ изучаемых групп по основным признакам, влияющим на исход заболевания, свидетельствует об однородности состава основной и сравниваемой групп и возможности получения объективных данных после проведения оперативного вмешательства. Послеоперационные осложнения связанные непосредственно с оперативным вмешательством возникли у 12 больных, что составило 7,6%, остальные осложнения у 22 (13,9%) пациентов не связаны с оперативным вмешательством (Таблица 5).

В послеоперационном периоде у 3 (8,82%) исследуемых больных наблюдалась эвентрация (расхождение краев ран), из них — 1 (2,94%) исследуемый из основной группы и 2 (5,88%) исследуемых из контрольной группы. Несостоятельность швов ушитого перфоративного отверстия вследствие их прорезывания (контрольная группа) наблюдалось у 4 (11,77%) произведена релапаротомия и повторное ушивание перфорации. Из них в

последующем послеоперационном периоде летальный исход наступил у 3 больных. В основной группе таких осложнений не наблюдалось. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 5 (14,71%) пациентов, в контрольной группе 3 (8,82%) больных, в основной группе 2 (5,88%) пациента.

Таблица 5

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ В СРАВНИВАЕМЫХ ГРУППАХ

| <i>Осложнения</i>  | <i>Всего / %<br/>(летальность)</i> | <i>Контрольная<br/>группа<br/>абс. ч. / %</i> | <i>Основная<br/>группа<br/>абс. ч. / %</i> |
|--|------------------------------------|---|--|
| Эвентрация   | 3 (1) / 8,82%                      | 2 (1) / 5,88%                                 | 1 (1) / 2,94%                              |
| Несостоятельность швов ушитого дефекта   | 4 (1) / 11,77%                     | 4 (1) / 11,77%                                | —  |
| Нагноение послеоперационной раны   | 5 / 14,71%                         | 3 / 8,82%                                     | 2 / 5,88%                                  |
| Гнойные осложнения внутренних органов<br>(пневмонии, плевриты, пиелонефриты и др.) | 9 (1) / 26,47%                     | 6 (1) / 17,64%                                | 3 / 8,82%                                  |
| Острая сердечносудистая недостаточность  | 6 (4) / 17,65%                     | 3 (2) / 8,82%                                 | 3(2) / 8,82%                               |
| Тромбоэмболия легочной артерии   | 2 (2) / 5,88%                      | 1 (1) / 2,94%                                 | 1 (1) / 2,94%                              |
| Сепсис   | 5 (5) / 14,71%                     | 3 (3) / 8,82%                                 | 2 (2) / 5,88%                              |
| Всего осложнений   | 34 / 100%                          | 22 / 64,71%                                   | 12 / 35,29%                                |
| Послеоперационная летальность  | (14 / 41,17%)                      | 9 / 26,47%                                    | 5 / 14,70%                                 |

Осложнения со стороны внутренних органов (пневмонии, плевриты, пиелонефриты), возникшие в послеоперационном периоде наблюдались у 9 (26,47%) от общего количества больных с прободной пилородуоденальной язвой. В контрольной и основной группах 6 (17,64%) и 3 (8,82%) пациентов.

Такое осложнение как сепсис в сочетании с токсической энцефалопатией, обусловивший тяжесть состояния больных наблюдалось у 5 (14,71%) больных с разлитым перитонитом в терминальной фазе, в контрольной группе 3 (8,82%), в основной группе — 2 (5,88%).

Тромбоэмболия легочной артерии наблюдалась у 2 (5,88%) больных, в контрольной 1 (2,94%) больной и в основной группе 1 больной (1,2%).

Послеоперационные осложнения и последующая летальность в контрольной группе после ушитой перфоративной язвы в отличие от основной группы были связаны с прорезыванием швов ушитой язвы. В связи с чем, больным пожилого и старческого возраста поступившим с перфоративными пилородуоденальными язвами необходимо выполнить иссечение перфоративной язвы с периульцерозным инфильтратом в пределах здоровой ткани с доудено- или пилоропластикой. Общая послеоперационная летальность исследуемых больных (138) пожилого и старческого возраста составила 10,14%. Послеоперационная летальность контрольной группы из 65 больных составила 6,52%; а у основной группы из 73 больных — 3,62%.

#### *Выводы*

Предложенная хирургическая тактика выбора метода оперативного вмешательства при перфоративной пилородуоденальной язве у больных пожилого и старческого возраста позволяет уменьшить непосредственные результаты операций в послеоперационном периоде.

Анализ непосредственных результатов у больных пожилого и старческого возраста показывает, что вариант пилородуоденопластики с иссечением перфоративной язвы

пилородуоденальной зоны сопровождается значительно меньшим числом послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с ушиванием перфоративной пилородуоденальной язвы.

У лиц старших возрастных групп с прободными пилородуоденальными язвами и тяжелыми сопутствующими заболеваниями и наличием распространенного перитонита целесообразно выполнять локальное иссечение перфоративной язвы в пределах здоровых тканей с последующей пилоро- или дуоденопластикой с последующей противоязвенной терапией. Помимо этого, этот метод, обладая малой травматичностью, является технически несложным, что позволяет рекомендовать его для широкой хирургической практики

#### Список литературы:

1. Алыбаев Э. У., Сопуев А. А., Тилеков Э. А. Выбор методов оперативного лечения перфоративных пилородуоденальных язв // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы Всероссийской конференции. Саратов, 2003. С. 30-31.
2. Алыбаев Э. У. Пути улучшения результатов хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв // Клиническая и экспериментальная медицина. 2003. №4. С. 29-35.
3. Афендулов С. А., Журавлев Г. Ю. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью. М., 2008. 331 с.
4. Евсеев М. А., Клишин И. М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010. Т. 20. №3. С. 55-62.
5. Минушкин О. Н., Володин Д. В., Зверков И. В. Прободная язва у взрослых. Клинические рекомендации Российского общества хирургов. МЗ РФ, 2016: 1-50. Возраст и эрадикационное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив. 2007. №2. С. 22-26.
6. Тарасенко С. В., Зайцев О. В., Кочуков В. П. Хирургия осложненной язвенной болезни. Воронеж: Проспект, 2015.
7. Рыбачков В. В., Дряженков К. Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. 2005. №3. С. 27-29.
8. Затевахин И. И., Кириенко А. И., Кубышкин В. А. Абдоминальная хирургия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 903 с.
9. Сергиенко В. И., Петросян Э. А. Топографическая анатомия и оперативная. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
10. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. Т. 1. 399 с.
11. Власов А. П., Кукош М. В., Сараев В. В. Диагностика острых заболеваний живота. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 448 с.
12. Маев И. В., Самсонов А. А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии // Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2004. №1. С. 6-11.

#### References:

1. Alybaev, E. U., Sopuev, A. A., & Tilekov, E. A. (2003). Vybora metodov operativnogo lecheniya perforativnykh piloroduodenal'nykh yazv. In *Sovremennye problemy ekstrennogo i planovogo khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh yazvennoi bolezni yu zheludka i dvenadtsatiperstnoi kishki: Materialy Vserossiiskoi konferentsii*, Saratov, 30-31. (in Russian).



2. Alybaev, E. U. (2003). Puti uluchsheniya rezul'tatov khirurgicheskogo lecheniya perforativnykh gastroduodenal'nykh yazv. *Klinicheskaya i eksperimental'naya meditsina*, (4), 29-35. (in Russian).
3. Afendulov, S. A., & Zhuravlev, G. Yu. (2008). Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh yazvennoi bolezn'yu. Moscow. (in Russian).
4. Evseev, M. A., & Klishin, I. M. (2010). Effektivnost' antisekretornoj terapii inhibitorami protonnoj pompy pri gastroduodenal'nykh yazvennykh krvotечeniyakh. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*, 20(3), 55-62. (in Russian).
5. Minushkin, O. N., Volodin, D. V., & Zverkov, I. V. (2007). Probodnaya yazva u vzroslykh. Klinicheskie rekomendatsii Rossiiskogo obshchestva khirurgov. MZ RF, 2016: 1-50. Vozrast i eradikatsionnoe lechenie yazvennoi bolezni dvenadtsatiperstnoi kishki. *Terapevticheskii arkhiv*, (2), 22-26. (in Russian).
6. Tarasenko, S. V., Zaitsev, O. V., & Kochukov, V. P. (2015). Khirurgiya oslozhnennoi yazvennoi bolezni. Voronezh. (in Russian).
7. Rybachkov, V. V., & Dryazhenkov, K. G. (2005). Oslozhnennye gastroduodenal'nye yazvy. *Khirurgiya*, (3), 27-29. (in Russian).
8. Zatevakhin, I. I., Kirienko, A. I., & Kubyshkin, V. A. (2016). Abdominal'naya khirurgiya: natsional'noe rukovodstvo. Moscow. (in Russian).
9. Sergienko, V. I., & Petrosyan, E. A. (2013). Topograficheskaya anatomiya i operativnaya. Moscow. (in Russian).
10. Merzlikin, N. V. (2015). Khirurgicheskie bolezni. Moscow. (in Russian).
11. Vlasov, A. P., Kukosh, M. V., & Saraev, V. V. (2014). Diagnostika ostrykh zabolevanii zhivota. Moscow. (in Russian).
12. Maev, I. V., & Samsonov, A. A. (2004). Yazvennaya bolezni dvenadtsatiperstnoi kishki: razlichnye podkhody k sovremennoj konservativnoj terapii. *Gastroenterologiya. Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum*, (1), 6-11. (in Russian).

Работа поступила  
в редакцию 14.02.2022 г.

Принята к публикации  
21.02.2022 г.

Ссылка для цитирования:

Мамакеев К. М., Алыбаев Э. У., Садабаев Т. Ю., Мамакеев Ж. Б. Оптимизация тактики хирургического лечения перфоративной пилородуоденальной язвы у лиц пожилого и старческого возраста // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 8. №3. С. 242-250. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/76/26>

Cite as (APA):

Mamakeev, K., Alybaev, E., Sadabaev, T., & Mamakeev, Zh. (2022). Tactics of the Surgical Treatment of Patients With Ulcer Disease of the Elderly and Senile Complicated With Ulcer Perforation. *Bulletin of Science and Practice*, 8(3), 242-250. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/76/26>