

На правах рукописи

Серикова Светлана Николаевна

**КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ
И МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Краснодар – 2013

Работа выполнена в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России).

Научные консультанты: доктор медицинских наук, профессор
Дурлештер Владимир Моисеевич;
доктор медицинских наук, профессор
Корочанская Наталья Всеволодовна.

Официальные оппоненты:

Черноусов Александр Фёдорович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра факультетской хирургии № 1 лечебного факультета, заведующий кафедрой;

Шапошников Александр Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение превентивной онкологии, лапароскопической и общей хирургии, руководитель отделения;

Авакимян Владимир Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии, профессор кафедры.

Ведущая организация:

государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского», г.Москва.

Защита состоится « 10 » октября 2013 года в 14 часов на заседании диссертационного совета Д208.038.01 на базе ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России (350063, Краснодар, ул. Седина, 4, тел. (861) 262-73-75).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2013 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
профессор



Шейх-Заде Юрий Решадович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. По данным ВОЗ, до 10% взрослого населения в течение жизни болеют язвенной болезнью, имеющей рецидивирующее течение, способное привести к развитию тяжёлых осложнений. Это определяет социальную значимость заболевания, обуславливает необходимость использования эффективных способов его лечения (Г.Н. Соколова, В.Б. Потапова, 2009). В последней четверти XX века, благодаря современным стандартизированным схемам медикаментозного лечения, удалось уменьшить остроту проблемы язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и значительно сократить потребность в плановом хирургическом лечении (А.А. Щёголев и др., 2002; В.М. Лобанков, 2005; А.Ф. Черноусов и др., 2006; Т. Aoki, 2000; L. Laine 2002; R.F. Martin, 2005). Однако отмечается увеличение частоты возникновения осложнений ЯБЖ и двенадцатиперстной кишки (ДПК) более чем в два раза (Ф.М. Агзамов, 2008). Возросло количество неотложных операций, увеличилась послеоперационная летальность при кровоточащих язвах желудка (Ю.И. Калиш, А.А. Турсуметов, 2009; О.А. Саблин, Т.А. Ильчишина, 2009; В.М. Лобанков, 2010; A. D. Gilliam et al., 2003; A. Lassen et al., 2006). Основанием для выбора более активной хирургической тактики в отношении ЯБЖ являются опасность малигнизации и сложность дифференциальной диагностики с первично-язвенной формой рака желудка (РЖ) (А.А. Гуляев и др., 2005; И.И. Затевахин и др., 2005; А.Ф. Черноусов и др., 2006). В условиях ургентной хирургии арсенал методов оперативного лечения ЯБЖ включает резекцию желудка, стволовую ваготомию (А.О. Нестеров и др., 2003; О.В. Зайцев и др., 2003; Ю.И. Калиш, А.А. Турсуметов, 2009; N. J. Espat et al., 2004). Однако в результате их применения возможно развитие пострезекционных осложнений и постваготомических болезней, нивелирующих функциональные результаты (М.И. Кузин, 2001; С.В. Лохвицкий и др.,

2001; В. Ф. Наумов и др., 2003; W. L. Hasler, 2002; C. Shibata et al., 2004; T. Yamaguchi et al., 2004). В. И. Оноприевым и др. (1995–2006 годы) была разработана органосохраняющая технология хирургического лечения ЯБЖ – гастропластика (ГП). С этой целью изучены аспекты хирургической техники при различной локализации язв, включающие: сегментарное субтотальное удаление тела желудка с язвой, сохранение иннервированного антрального отдела желудка (АОЖ), восстановление всех компонентов физиологической кардии. Необходимы функциональная оценка гастродуоденального комплекса (ГДК) и анализ морфологической трансформации слизистой оболочки желудка (СОЖ) в различные сроки после выполнения ГП по В. И. Оноприеву с наложением гастрогастрального анастомоза (ГГА) разными способами для изучения причин возникновения возможных видов послеоперационных осложнений.

До настоящего времени не решён вопрос выбора наиболее рационального методов лечения (медикаментозный и/или хирургический) при труднорубцующихся язвах желудка (ТЯЖ), резистентных к стандартной медикаментозной терапии. Отсутствуют алгоритмы ведения больных с ТЯЖ, предусматривающие своевременный переход от медикаментозной терапии к оперативному лечению, внедрение эффективных, с точки зрения функциональности, органосохраняющих хирургических технологий и последующую патогенетически обоснованную медикаментозную реабилитацию. Проведение клинико-экономического анализа по критерию «затраты – полезность» комплексного медикаментозного и хирургического лечения пациентов с ТЯЖ позволило нам предложить обоснование эффективной тактики ведения и лечения этих больных.

Таким образом, требованием времени является создание алгоритмов диагностики, медикаментозного и/или хирургического лечения больных

ЯБЖ на основе комплексного клинического и морфофункционального обследования пациентов.

С учётом вышеизложенного, **цель** работы – повышение эффективности хирургического лечения больных с ЯБЖ путём совершенствования технологии, включающей органосохраняющие операции, медикаментозное предоперационное и послеоперационное лечение.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Оценить роль исходных морфологических изменений в СОЖ и периульцерозной зоне в комплексной диагностике ЯБЖ.

2. Патогенетически обосновать диагностический алгоритм исследования ГДК у пациентов с ТЯЖ, резистентных к стандартной медикаментозной терапии.

3. Оценить особенности моторной деятельности желудка и ДПК с помощью диагностического теста стимуляции мотилиновых рецепторов у пациентов с ЯБЖ.

4. Оценить результаты консервативного лечения ЯБЖ и выявить морфологические и функциональные предикторы неэффективности медикаментозной терапии.

5. Обосновать морфологические и функциональные показания к оперативному лечению больных с ТЯЖ.

6. Разработать хирургический способ ГП с формированием корпоро-антрального сфинктера (КАС) из петли тощей кишки.

7. Охарактеризовать морфологическую трансформацию СОЖ в послеоперационном периоде.

8. Дать комплексную оценку функционального состояния желудка в послеоперационном периоде.

9. Провести сравнительный анализ параметров качества жизни (КЖ) для оценки эффективности консервативного и хирургического лечения у больных с ЯБЖ.

10. Патогенетически обосновать принципы поэтапных индивидуализированных реабилитационных мероприятий, направленных на нормализацию морфологических и функциональных взаимосвязей в ГДК, предотвращение рецидива заболевания и повышение уровня КЖ в послеоперационном периоде у больных с ТЯЖ.

11. Провести клинико-экономический анализ по критерию «затраты – полезность» результатов комплексного хирургического и медикаментозного лечения больных с ТЯЖ.

12. Предложить стандарт обследования и комплексного медикаментозного и хирургического лечения пациентов с ТЯЖ.

Новизна результатов исследования

1. Патогенетически обоснован диагностический алгоритм исследования ГДК у больных с ТЯЖ, включающий комплексную оценку клинико-морфофункционального статуса и параметров КЖ.

2. Систематизированы диагностические и прогностические критерии (клинические, морфологические, функциональные) неэффективности медикаментозного лечения ТЯЖ и уточнены показания к своевременному плановому органосохраняющему оперативному лечению.

3. Предложен алгоритм мониторинга исходных морфологических изменений в СОЖ у пациентов с ЯБЖ, а также после их медикаментозного и/или хирургического лечения для оценки риска онкотрансформации.

4. Установлены патогенетические взаимосвязи клинических, морфологических, функциональных параметров и показателей КЖ до и после операции у пациентов с ТЯЖ.

5. Обосновано применение нового способа формирования ГГА при выполнении органосохраняющей технологии ГП по В. И. Оноприеву (2006) на основании полученных результатов морфологических и функциональных исследований у больных с ТЯЖ после операции.

6. Сформулированы принципы проведения предоперационной подготовки и реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде у больных с ТЯЖ.

7. Проведён сравнительный клинико-экономический анализ по критерию «затраты – полезность» результатов комплексного медикаментозного и хирургического лечения больных с ТЯЖ.

8. Предложен стандарт обследования, медикаментозного и хирургического лечения пациентов с ТЯЖ.

9. Разработан, патогенетически обоснован, применён в клинике и запатентован «Способ диагностики нарушения рецептивной релаксации желудка» (патент РФ на изобретение № 2218087, опубликован 10.12.2003 г., патентный бюллетень № 34).

10. Разработан, патогенетически обоснован, применён в клинике и запатентован «Способ сегментарной гастропластики при хирургическом лечении язвенной болезни желудка» (патент РФ на изобретение № 2278621, опубликован 27.06.2006 г., патентный бюллетень № 18).

Теоретическая значимость исследования

Полученные данные расширяют рамки представлений о клинических, морфологических и функциональных особенностях течения ТЯЖ на фоне адекватного медикаментозного лечения. Выделены предикторы неэффективности медикаментозного лечения ТЯЖ, позволяющие патогенетически обосновать показания к своевременному органосохраняющему хирургическому лечению методом ГП по В. И. Оноприеву. Согласно представлениям о физиологических функциях

желудка, обоснован способ ГП с формированием КАС из петли тощей кишки, обеспечивающий сохранение резервуарной функции фундального отдела желудка (ФОЖ) и порционность эвакуации содержимого желудка в АОЖ. Патогенетически обоснованы индивидуализированные схемы послеоперационной реабилитации больных с моторными и эвакуаторными расстройствами ГДК и контаминацией СОЖ инфекцией *Helicobacter pylori* (НР), улучшающие результаты оперативного лечения и способствующие повышению КЖ пациентов.

Практическая значимость исследования

Показана клиническая и экономическая целесообразность проведения индивидуализированной предоперационной подготовки больных с ТЯЖ в течение не более 8 недель. Комплексное медикаментозное и хирургическое лечение методом ГП по В. И. Оноприеву предотвращает рецидив заболевания, уменьшает воспалительные изменения СОЖ и не увеличивает кумулятивный риск РЖ в послеоперационном периоде. Разработан новый способ ГП по В. И. Оноприеву с формированием КАС из петли тощей кишки, обеспечивающий в послеоперационном периоде восстановление моторной и эвакуаторной функций желудка и способствующий повышению параметров КЖ пациентов. Преимущества вышеназванного способа обосновывают актуальность его применения для хирургического лечения больных с ТЯЖ. Оптимизированы схемы послеоперационного ведения больных с ТЯЖ. Индивидуализирован алгоритм эндоскопического наблюдения пациентов с ТЯЖ после комплексного медикаментозного и хирургического лечения с наличием хронического атрофического гастрита (ХАГ) III–IV стадий, толстокишечной метаплазии и дисплазии СОЖ в связи с повышенным риском онкотрансформации. Полученные результаты расширяют рамки представлений о клинико-экономических эффектах

применения консервативного и хирургического методов лечения ТЯЖ, что может служить методологическим обоснованием комплексного лечения этих больных.

Структура и объем работы

Диссертация изложена на 323 страницах и состоит из: введения, обзора литературы, 4-х глав с описанием методики и результатов исследования, обсуждения полученных результатов, выводов, списка литературы (288 источников на русском и 202 иностранных языках) и приложений. Работа содержит 83 рисунка и 39 таблиц.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование, медикаментозное и/или органосохраняющее хирургическое лечение 454 пациентов с ЯБЖ, поступивших в Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) в период 2002–2007 годы в связи с неэффективностью консервативной терапии, получаемой по месту жительства. В последующем с 2008 по 2012 годы больные находились под динамическим диспансерным наблюдением в гастроэнтерологическом центре специализированного консультативно-амбулаторного лечения Городской больницы № 2 «КМЛДО». В исследование включались больные с ЯБЖ, доброкачественность которой была неоднократно подтверждена морфологическими исследованиями гастробиоптатов (не менее 6–8) из краев и дна язв.

Критерии исключения больных: морфологически подтвержденная первично-язвенная форма РЖ; острые язвы; желудочные язвы, осложнённые на момент оперативного вмешательства кровотечением, перфорацией или ассоциированные с приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов.

Все пациенты получали медикаментозную терапию согласно Федеральному стандарту по ведению пациентов с ЯБЖ (№ 241 от 2004 г., № 612 от 2007 г.), включающему приём ингибиторов протонной помпы (омепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 10 мг) два раза в сутки в течение 8 недель. При подтверждении двумя из перечисленных методов (дыхательный, гистологический, иммуноферментный) контаминации СОЖ НР-инфекцией больным проводили эрадикационную терапию согласно рекомендациям Российского общества гастроэнтерологов, основанным на рекомендациях европейских консенсусов (Маастрихтские соглашения 2000, 2005). В комплексном лечении больные получали цитопротективную терапию – висмут трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в день 4 недели, при нарушениях моторики – прокинетики (домперидон) в суточной дозе 40 мг (в течение 4-х недель), антациды применялись в качестве симптоматических средств «по требованию».

В результате проспективного динамического наблюдения были выделены две группы больных.

I группа – 104 пациента с ТЯЖ (желудочные язвы, которые не зарубцевались на фоне адекватной медикаментозной терапии в течение 8 недель). Оперативное лечение этих больных было выполнено в объеме органосохраняющей технологии – ГП по В. И. Оноприеву двумя способами:

IA группа – 74 пациента, прооперированные в РЦФХГ методом ГП с формированием инвагинационного корпорно-антрального анастомоза (ГП с инвагинационным КАА) с 2002 по 2007 годы;

IB группа – 30 пациентов, прооперированных в РЦФХГ методом ГП с формированием КАС из петли тощей кишки с 2005 по 2008 годы.

II группа – 350 пациентов с ЯБЖ, у которых медикаментозное лечение было эффективным (достигнута клиничко-эндоскопическая ремиссия в сроки до 8 недель).

Пациенты с ЯБЖ по группам сопоставимы по полу и возрасту: соотношение мужчин и женщин 1,0 : 1,3; среднего возраста $54,2 \pm 11,2$ года. Пациенты с ТЯЖ значительно чаще имели язвенный анамнез более двух лет (у 70 (67,3 %) против 111 (31,7 %) пациентов II группы).

Осложнения ЯБЖ, встречавшиеся у прооперированных пациентов, были сопоставимы по группам: на кровотечение в анамнезе указывали 25 (24,0 %) больных. Пенетрация желудочной язвы в соседние органы (поджелудочную железу, печень, малый сальник) была выявлена и подтверждена интраоперационно у 45 (43,3 %) пациентов (таблица 1).

Таблица 1

Частота осложнений язвенной болезни желудка
у прооперированных пациентов

Осложнения	IA группа <i>n</i> = 74, чел. (%)	IB группа <i>n</i> = 30, чел. (%)	Всего <i>n</i> = 104, чел. (%)
Кровотечение в анамнезе	19 (25,7)	6 (20,0)	25 (24,0)
Пенетрация	34 (45,9)	11 (36,7)	45 (43,3)
Сочетанные осложнения	21 (28,4)	10 (33,3)	31 (29,8)

Контрольная группа включала 20 человек (10 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 26 до 55 лет, у которых по результатам лабораторных и инструментальных исследований патологии внутренних органов выявлено не было.

Условно-контрольная группа была представлена 20 пациентами (12 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 45 до 70 лет без язвенной болезни в анамнезе, сопоставимыми по полу, возрасту и НР-контаминации СОЖ с группой пациентов в отдалённом послеоперационном периоде (от 5 до 10 лет).

Наблюдаемые больные прошли клиническое, морфологическое и функциональное исследования. Пациентам выполняли: магнификационную гастродуоденоскопию (МГДС) с функцией 115-кратного оптического увеличения, хромоскопию 0,5 %-м раствором метиленового синего и полифокальная прицельная биопсия СОЖ по схеме – 2 биоптата из ФОЖ и 3 из АОЖ, согласно модифицированной Сиднейской классификации хронического гастрита (ХГ) с визуально-аналоговой шкалой (M. F. Dixon et al., 1996), а также множественные биопсии (не менее 6–8) из дна и краёв хронических язв. Комплексная морфологическая оценка СОЖ (гистологическая, гистохимическая, иммуногистохимическая) включала определение ХГ, на фоне которого была выявлена ЯБЖ, с последующей оценкой интегральных показателей степени и стадии ХГ по визуально-аналоговой шкале, утверждённой решением III съезда Российского общества патологоанатомов – 2009 (Российский пересмотр международной классификации OLGA, 2008). Пациентам с ТЯЖ проводили эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ). Комплексное функциональное исследование включало: исследование желудочной секреции двумя методами – pH-метрия и аспирационно-зондовый, полипозиционное рентгенологическое исследование, исследование моторной функции желудка методом открытых катетеров. Параметры КЖ оценивались по опроснику MOS – SF-36; проведён клиничко-экономический анализ по критерию «затраты – полезность» эффективности консервативного и хирургического методов лечения пациентов с ТЯЖ.

Для решения статистических задач использовали пакет прикладных программ "Microsoft Exel" и "Statistica 6,0" для "Windows" (StatSoft.Inc). При нормальном распределении рассчитывали: выборочное среднее (M), ошибку среднего арифметического (m), показатель достоверности (p). При распределении, не соответствующем критериям нормального

распределения признака, применяли расчёт величин с использованием непараметрических методов: медиана (Me), квартили (Q_{0,25} и Q_{0,75}), минимальное и максимальное значения признака. Сравнение групп проводилось с помощью U-критерия Манна–Уитни. Анализ различий качественных признаков проводили с использованием точного критерия Фишера и χ^2 . Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе проведенного анализа у пациентов с ТЯЖ не было выявлено специфических жалоб, которые бы могли стать критерием отбора для хирургического лечения. Ведущим симптомом в клинической картине заболевания в обеих группах больных была боль в животе у 95 (91,3 %) и 324 (92,6 %) пациентов I и II клинических групп, соответственно. Изжога и горечь во рту встречались в I группе у 67 (64,4 %) и 38 (36,5 %) больных против 141 (40,3 %) и 72 (20,6 %) пациентов во II группе, соответственно ($p < 0,05$), что свидетельствовало о недостаточности кардиопищеводного сфинктера или наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

На основе анализа результатов проведённых нами морфофункциональных исследований у пациентов с ТЯЖ был выделен комплекс неблагоприятных факторов, позволяющий прогнозировать малую эффективность консервативной терапии и выставлять показания к своевременному, плановому органосберегающему оперативному лечению.

По данным эндоскопического исследования, в I группе ТЯЖ значимо чаще локализовались медиогастрально у 99 (95,2 %) пациентов, язвы пилороантральной локализации не выявлены, во II группе язвы соответствующих локализаций диагностированы у 164 (46,9 %) и 182 (52,0 %) больных. Значительно реже встречались язвы кардии – у 5 (4,8 %) и 4-х (1,1 %) пациентов, соответственно по группам. По размеру

ТЯЖ были в основном большими (1,1–3,0 см) и гигантскими (более 3 см) у 80 (76,9 %) и 18 (17,3 %) больных, соответственно. Во II группе большие язвы желудка диагностированы у 76 (21,7 %) пациентов, гигантские язвы не выявлены ($p < 0,05$). Применение ЭУЗИ позволило обнаружить пенетрацию ТЯЖ у 45 (43,3 %) больных. Сопоставительный анализ других эндоскопических признаков показал, что в I группе до операции была выявлена недостаточность нижнего пищеводного сфинктера у 104 (100 %) больных и ГПОД у 27 (26 %) пациентов против 276 (78,9 %) и 53 (15,3 %) больных II группы, соответственно. Это способствовало развитию рефлюксных поражений слизистой оболочки пищевода различной степени выраженности от неэрозивного до эрозивного эзофагита у всех пациентов с ТЯЖ. Кроме того, по результатам рентгенологического исследования более тяжёлые формы ГПОД – фиксированные кардиофундальные или фундокорпоральные – преобладали у 18 (17,3 %) больных с ТЯЖ I группы против 7 (2,0 %) пациентов II группы ($p < 0,05$). Выраженный дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) диагностирован значительно чаще у 38 (36,5 %) больных с ТЯЖ I группы против 72 (20,6 %) пациентов II группы.

При морфологическом исследовании гастробиоптатов из краев и дна ТЯЖ до лечения значимо чаще диагностированы фиброз у 36 (34,6 %) и атрофия у 42 (40,4 %) пациентов I группы против 58 (16,6 %); 56 (16,0 %) у больных II группы, соответственно ($p < 0,05$). Кишечная метаплазия (КМ) II типа была выявлена у 28 (26,9 %) пациентов с ТЯЖ I группы, по сравнению с 27 (7,7 %) больными во II группе, что свидетельствовало о снижении регенераторного потенциала трансформированного по толстокишечному типу желудочного эпителия и явилось одной из причин отсутствия заживления язв у больных в I группе. Частота выявления указанных гистологических признаков отражена в данных таблицы 2.

У пациентов I группы после лечения значимой морфологической трансформации в СОЖ не отмечалось. Выявленная у 32 (30,8 %) пациентов I группы дисплазия высокой степени была подтверждена после проведённого курса медикаментозного лечения, что явилось абсолютным показанием к оперативному лечению.

Таблица 2

Морфологические изменения слизистой оболочки края и дна язв желудка

Гистологические признаки	I группа <i>n</i> = 104, чел. (%)		II группа <i>n</i> = 350, чел. (%)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Фовеолярная гиперплазия	48 (46,2)	54 (51,9)	350 (100,0) ^о	0* ^о
Фиброз	36 (34,6)	53 (51,0)*	58 (16,6) ^о	350 (100)* ^о
Атрофия	42 (40,4)	45 (43,3)	56 (16,0) ^о	69 (19,7) ^о
Кишечная метаплазия:				
I тип	13 (12,5)	10 (9,6)	36 (10,3)	31 (8,9)
II тип	28 (26,9)	28 (26,9)	27 (7,7) ^о	27 (7,7) ^о
Степени дисплазии:				
неопределённая	22 (21,2)	0*	53 (15,1)	0*
низкая	0	15 (14,4)*	0	8 (2,3)* ^о
высокая	32 (30,8)	32 (30,8)	0 ^о	0 ^о

Примечание: * – достоверные отличия от пациентов до лечения,
^о – достоверные отличия от I группы больных ($p < 0,05$).

У больных II группы рубцевание язв желудка привело к существенным морфологическим изменениям: вместо фовеолярной гиперплазии у всех пациентов был диагностирован фиброз, неопределённая дисплазия отсутствовала. Дисплазия низкой степени диагностирована у 8 (2,3 %) больных II группы, что требовало дальнейшего

динамического эндоскопического наблюдения этих пациентов, несмотря на достижение клинико-эндоскопической ремиссии.

Для выявления особенностей СОЖ у больных с ТЯЖ был выполнен сравнительный морфологический анализ результатов биоптатов, полученных из ФОЖ и АОЖ, у 104 пациентов I группы и 112 больных II группы, сопоставимых по полу, возрасту и имеющих медиогастральную локализацию язв.

У пациентов с ЯБЖ на фоне лечения был диагностирован неактивный ХГ. В АОЖ выявлена умеренная активность воспаления у 43 (41,3 %) больных с ТЯЖ против 22 (19,6 %) больных во II группе ($p < 0,05$). Выраженная степень активности ХГ диагностирована у 7 (6,7 %) пациентов только в I группе. Выраженность атрофии и метаплазии в АОЖ были сопоставимы по группам.

В ФОЖ степени активности воспаления СОЖ были сопоставимы по группам, атрофия выявлена у 17 (16,3 %) больных I группы против 4-х (3,6 %) пациентов во II группе ($p < 0,05$). Так, КМ I типа диагностирована у 4-х (3,8 %) больных и 1 (0,9 %) пациента, соответственно, I и II клинических групп.

При определении степени и стадии ХГ как интегрального показателя изменений СОЖ с помощью визуально-аналоговой шкалы, утверждённой Российским обществом патологоанатомов (Самара, 2009), воспаление III–IV степени выявлено у 13 (12,5 %) пациентов I группы и 7 (6,3 %) больных II группы, что обосновывало необходимость продолжения медикаментозной терапии для этих пациентов. Больные с III–IV стадиями ХАГ были включены в группу риска по РЖ для динамического эндоскопического контроля.

Статистически значимых различий в уровне кислотообразования и пепсинопродукции при сравнении групп пациентов с ТЯЖ и обычными сроками их рубцевания выявлено не было. У больных с ТЯЖ

кислотообразование повышенной и нормальной концентрации было выявлено у 21 (20,2 %) и 34 (32,7 %) пациентов, гипоацидность в базальном и стимулированном периодах наблюдалась у 49 (47,1 %) больных.

По результатам гастродуоденальной манометрии методом открытых катетеров периодическая моторная деятельность желудка у пациентов с ЯБЖ наблюдалась статистически значимо реже, чем в контрольной группе (табл. 3).

Таблица 3

Показатели моторной деятельности желудка у больных
с язвенной болезнью желудка ($M \pm m$)

Показатели	Контрольная группа $n = 20$	I группа $n = 100$	II группа $n = 97$
Периодичность ММК, чел. (%)	20 (100)	69 (69,0)	75 (77,3)*
ММК (мин)	96,5±13,4	119±15,7	112± 24,5
I фаза покоя	48,1±6,1	45,1±2,6	46,1±4,2
II фаза неритмической активности	35,8±7,5	44,2±1,1*	39,2±3,3
III фаза ритмической активности	2,1±1,9	1,6±0,8	1,9±0,3
Соотношение фаз покоя/активности	1,5±0,2	1,1±0,1	1,3±0,3
Вид антродуоденальных сокращений (%)			
Смешанные	19	10	18
Синхронные	43	26	37
Ретроградные	12	46*	28*
Антеградные	24	14	21
Изолированные	2	4	2

Примечание: ММК – мигрирующий моторный комплекс,

* – $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

У больных с ТЯЖ достоверно увеличена продолжительность II фазы мигрирующего моторного комплекса (ММК). Отличительной чертой антродуоденальной моторной активности у пациентов с ЯБЖ явилось увеличение доли волн с ретроградным распространением – 46 % и 28 % у

больных I и II клинических групп, соответственно, по сравнению с 12 % в группе контроля ($p < 0,05$).

У пациентов с непериодической организацией моторики наблюдали гипомоторику в желудке и ДПК с амплитудой сокращений $33,4 \pm 3,1$ и $24,2 \pm 2,5$ мм рт. ст., соответственно. При эндоскопическом и рентгенологическом исследованиях выявленные признаки у больных ТЯЖ проявлялись гастростазом.

Для уточнения степени компенсации выявленных нарушений и возможности их медикаментозной коррекции у пациентов выполняли медикаментозную стимуляцию ритмической сократительной активности парентеральной формой эритромицина в дозе 100 мг.

Положительная реакция на эритромицин проявлялась в виде появления III фазы, увеличения амплитуды и частоты волн давления в желудке и нормализации антродуоденальной координации. Отсутствие стимулирующего эффекта эритромицина на сократительную деятельность желудка и ДПК расценивали как некомпенсированные нарушения моторики.

При изучении параметров КЖ у больных с ТЯЖ I группы было выявлено их снижение более чем на 50 %, по сравнению с группой контроля. Более низкие значения параметров КЖ зафиксированы у больных I группы, по сравнению с пациентами II группы, по шкалам: «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «социальное функционирование», «болевого синдром», «общее здоровье», «суммарные измерения физического здоровья», «суммарные измерения психологического здоровья». После курса лечения КЖ достоверно повысилось по всем шкалам у больных II группы, у пациентов с ТЯЖ – только по шкале «боль», что связано с более выраженными морфофункциональными изменениями СОЖ у них.

Медикаментозное лечение пациентов с ТЯЖ можно было рассматривать только как предоперационную подготовку.

Сопоставительный анализ результатов проведённых нами исследований ГДК у больных с разными клиническими вариантами течения ЯБЖ позволил уточнить морфофункциональные показания к органосохраняющему хирургическому лечению пациентов с ТЯЖ: пенетрирующие и не заживающие на фоне адекватной медикаментозной терапии язвы желудка больших или гигантских размеров; дисплазия высокой степени и толстокишечная метаплазия желудочного эпителия в краях язв, сочетание язв желудка с фиксированными кардиофундальными или фундокорпоральными ГПОД диафрагмы; гипотонически-гипокинетический тип моторики желудка и ДПК с развитием гастростаза и выраженным ДГР.

При неэффективности консервативного лечения ТЯЖ, наличии показаний к плановому оперативному лечению 74 пациентам была выполнена органосохраняющая операция – ГП с формированием инвагинационного КАА, разработанная и внедрённая В. И. Оноприевым и др. (патент РФ № 2134552 от 20.08.1999 г.); 30 пациентам выполнена усовершенствованная технология ГП с формированием КАС из петли тощей кишки и отличающаяся от своего аналога (ГП с инвагинационным КАА) способом формирования ГГА.

Этапы выполнения ГП с формированием КАС из петли тощей кишки:

– мобилизация малой кривизны вне зоны язвенной инфильтрации малого сальника, большой кривизны тела желудка в зоне его резекции (рисунок 1);

– медиальная сегментарная резекция тела желудка с сохранением иннервируемых антрального отдела, привратника и устранением кратера язвы оментопластикой (рисунок 2);

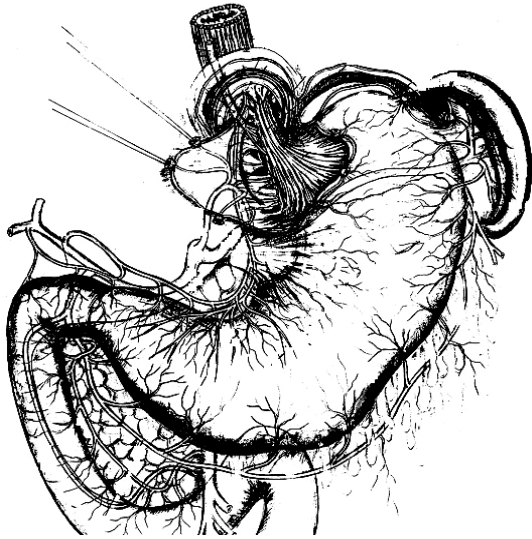


Рис. 1. Мобилизация пищевода, дна желудка и кардии



Рис. 2. Углообразная резекция тела желудка

– восстановление арефлюксной функции кардии путём формирования инвагинационного эзофаго-кардио-фундального клапана (рисунок 3);

– формирование ГГА следующим образом: петлю тонкой кишки проводили через «окно» в безсосудистом участке брыжейки поперечно-ободочной кишки, накидывали на желудочную трубку проксимальной культи и фиксировали к основанию желудочной трубки четырьмя восьмиобразными лавсановыми швами (рисунок 4);

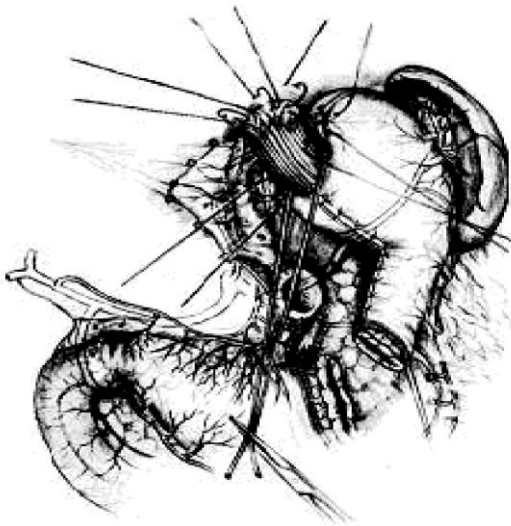


Рис. 3. Восстановление арефлюксной кардии

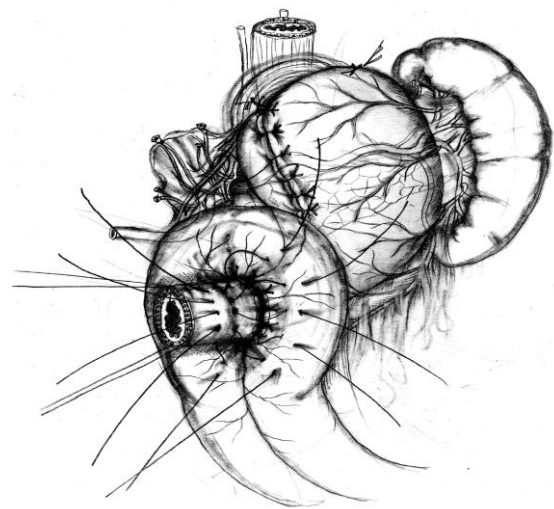


Рис. 4. Наложен 2-й ряд серо-серозных швов.

– формирование корпоро-антрального и межкишечного анастомозов (рисунок 5).

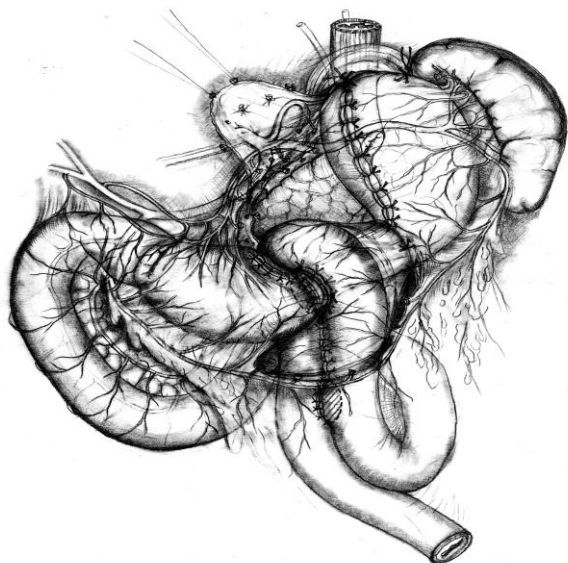


Рис. 5. Сформированы корпоро-антральный анастомоз и межкишечный анастомоз «бок в бок» под брыжейкой толстой кишки

Ранние послеоперационные осложнения, встречающиеся после хирургической технологии ГП по В.И. Оноприеву с формированием антирефлюксного ГГА двумя способами, указаны в таблице 4. Несостоятельности швов и анастомозитов мы не наблюдали. Летальных исходов не было.

Таблица 4

Осложнения раннего послеоперационного периода по группам

Вид осложнений	IA группа <i>n</i> = 74, чел. (%)	IB группа <i>n</i> = 30, чел. (%)
Панкреатит	6 (8,1)	2 (6,6)
Гнойно-септические осложнения:		
нагноение раны	5 (6,7)	3 (10,0)
внутрибрюшные абсцессы	4 (5,4)	1 (3,3)
Пневмония	2 (2,7)	1 (3,3)
Тромбофлебит подкожных вен голени	2 (2,7)	0
Всего пациентов с осложнениями	8 (10,8)	4 (13,3)

Для оценки непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения больных обследовали через 3,6 месяцев, 1 год, 2–5 лет (от 2 до 5 лет), 5–10 лет после операции (таблица 5).

Таблица 5

Распределение больных по длительности
наблюдения после операции

Всего	Сроки наблюдения				
	через 3 месяца, чел. (%)	через 6 месяцев, чел. (%)	через 1 год, чел. (%)	через 2–5 лет, чел. (%)	через 5–10 лет, чел. (%)
IA – 74 (100)	66 (89,2)	61 (82,4)	58 (78,4)	44 (59,5)	39 (52,7)
IB – 30 (100)	27 (90,0)	25 (83,3)	23 (76,7)	20 (66,7)	10 (33,3)

После операции наблюдали сопоставимое по группам значимое уменьшение или купирование клинических симптомов (боль в животе, изжога, горечь во рту, отрыжка, рвота), снижавших КЖ пациентов до операции, несмотря на проводимый курс медикаментозной терапии. Выявленные послеоперационные симптомы имели относительно благоприятное течение. Предъявляемые в первые 3 месяца после операции 31 (41,9 %) больным IA группы и 13 (43,3 %) пациентами IB группы жалобы на дисфагию были менее выражены после контрольного эндоскопического исследования и исчезали через 6 месяцев после операции. Проявления демпингсиндрома лёгкой степени после операции беспокоили 5 (7,6 %) больных из IA группы и встречались ещё реже с увеличением времени после операции (у 2-х (5,1 %) пациентов через 5–10 лет после операции).

По результатам эндоскопических исследований плотное смыкание кардии после операции наблюдалось у большинства пациентов IA группы (95,5 %–94,8 %) и 100,0 % больных IB группы до 2-х лет диспансерного наблюдения. Через 2–5 лет и более была выявлена недостаточность кардии у 4-х (9,1 %) пациентов IA группы и 1 (5,0 %) больного IB группы.

У 1 (2,3 %) пациента через 2–5 лет и 2-х (5,1 %) больных через 5–10 лет IA группы диагностирован рецидив ГПОД.

Через 3 месяца после операции отмечалась положительная динамика со стороны воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода: неэрозивный эзофагит диагностирован у 5 (7,6 %) пациентов IA группы и у 2-х (7,4 %) больных IB группы, эрозивный эзофагит не выявлен. Через 2 года после операции у 1 (2,3 %) больного с рецидивом ГПОД был диагностирован эрозивный эзофагит. В течение 1 года после операции эрозии СОЖ выявлены у 2-х (3,0 %) больных IA группы и 2 (6,6 %) пациентов IB группы, эрозивный бульбит отсутствовал, что свидетельствовало об эффективности схем предоперационной подготовки, позволивших снизить уровень хирургической агрессии и обеспечить гладкое течение послеоперационного периода. Через 2–5 лет после операции эрозивный гастрит или бульбит обнаружен у 5 (11,4 %) пациентов IA группы и 4-х (20,0 %) больных IB группы, был ассоциирован НР-инфекцией, диагностированной и пролеченной у 60 (81 %) больных и 21 (70 %) пациента до операции в IA и IB клинических группах, соответственно. Случаев рецидива язв в послеоперационном периоде выявлено не было. У 1 больного IA группы в раннем послеоперационном периоде была выявлена язва в кардиальном отделе желудка, возникшая сразу после операции в результате недостаточности кровоснабжения СОЖ, связанной с технологическими ошибками мобилизации ФОЖ в ходе операции, зарубцевавшаяся после назначения медикаментозной терапии.

Частота выраженного ДГР, диагностированного до операции у 20 (35,1 %) и 12 (40,0 %) пациентов IA и IB клинических групп, соответственно, значительно уменьшилась в течение 1 года после операции до 13,8 % (8 чел.) и 4,3 % (1 чел.) по группам, соответственно. Заброс желчи в просвет проксимальной культи желудка в указанные сроки после ГП не был выявлен. В отдалённом послеоперационном периоде (через 5–10 лет)

выраженный ДГР определялся только у 6 (15,4 %) пациентов IA группы (у 2-х из них диагностирован желчный антрофундальный рефлюкс). Полученные результаты свидетельствуют об арефлюксных свойствах ГГА после ГП по В. И. Оноприеву.

Проведённое нами морфологическое исследование СОЖ у пациентов с ТЯЖ после курса предоперационной подготовки и планового органосохраняющего хирургического лечения позволило оценить эффективность комплексного лечения и осуществить мониторинг пациентов с пренеопластическими изменениями (атрофия, КМ). При сопоставительном анализе гистологической и гистохимической картины гастробиоптатов по группам оказалось, что статистически значимых различий между группами прооперированных пациентов не наблюдалось. До 2-х лет после операции у всех пациентов с ТЯЖ выявлен неактивный ХГ. выраженность лимфоцитарной инфильтрации в слизистой антрального и фундального отделов оперированного желудка продолжала регрессировать с 92,3 % (до операции) до 56,4 % (после операции) в гастробиоптатах пациентов обеих групп. Активный ХГ был диагностирован в гастробиоптатах в отдалённом послеоперационном периоде: от 2 до 5 лет – у 18 (40,9 %) больных IA группы и 7 (35,0 %) пациентов IB группы, а через 5–10 лет – у 16 (41,1 %) и 3 (30,0 %) больных по группам, соответственно, НР-ассоциированный в 100,0 % случаев.

В ходе анализа трансформации атрофии и КМ СОЖ в оперированном желудке только в отдалённых послеоперационных периодах (через 2–5 и через 5–10 лет) было выявлено значимое увеличение КМ I типа у 20 (45,5 %) и 17 (43,6 %) пациентов против 27,3 % до операции в АОЖ. Это свидетельствовало о нарастании атрофических процессов в СОЖ у больных IA группы.

Для оценки кумулятивного риска рака в резецированном желудке методом ГП по В. И. Оноприеву мы сравнили динамику стадии ХАГ через

5–10 лет после операции у 49 больных (39 чел. IA группы и 10 чел. IB группы) с аналогичными показателями у пациентов с ТЯЖ до операции (104 чел.), а также с результатами гистологического исследования гастробиоптатов условно-контрольной группы, используя визуально-аналоговую шкалу, утверждённую решением III съезда Российского общества патологоанатомов – 2009 (рисунок 6).

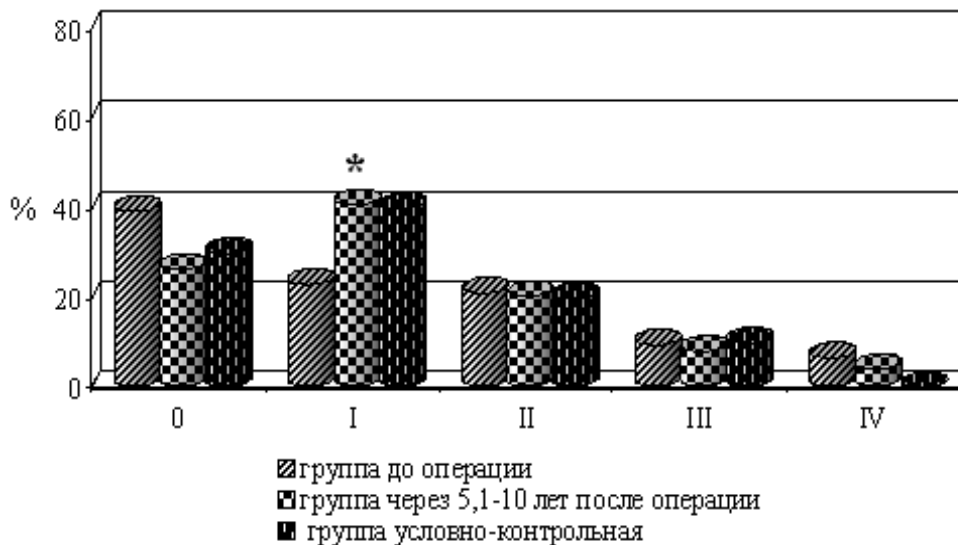


Рис. 6. Сравнительная оценка стадий хронического атрофического гастрита у пациентов с труднорубцующимися язвами желудка, через 5–10 лет после гастропластики и условно-контрольной группы; * – отмечены достоверные отличия от показателей до операции ($p < 0,05$).

По результатам наших исследований пациентов с ТЯЖ, кумулятивный риск РЖ через 5–10 лет после хирургического лечения методом ГП по В. И. Оноприеву не увеличивался. Увеличение частоты встречаемости атрофии в прооперированном желудке у 21 (42,9%) больного из 49 (100,0%) пациентов, обратившихся через 5–10 лет для контрольного исследования, против 24 (23,1%) пациентов до операции из 104 (100,0%) больных с ТЯЖ происходило за счёт значимого увеличения ХАГ I стадии. Встречаемость ХАГ III–IV стадий у больных с ТЯЖ была сопоставима с дооперационными показателями. Имеющаяся

трансформация ХАГ у пациентов с ТЯЖ через 5–10 лет после операции соответствует изменениям СОЖ в условно-контрольной группе.

Таким образом, проведенное морфологическое исследование СОЖ у пациентов с ТЯЖ в различные сроки после ГП по В.И. Оноприеву независимо от способа формирования ГГА выявило, что комплексное медикаментозное и хирургическое лечение, влияет на течение ХГ. В результате уменьшается выраженность активности воспаления в СОЖ, прогрессируют атрофические процессы в АОЖ, что подтверждалось достоверным увеличением частоты КМ I типа. Кумулятивный риск РЖ в отдалённые сроки после ГП по В. И. Оноприеву не увеличивался.

Важными критериями оценки отдалённых результатов после ГП по В. И. Оноприеву являются показатели функционального состояния ГДК.

Изучение кислотообразующей функции желудка методом рН-метрии по периодам наблюдения после операции (через 1 год, 2–5 лет, 5–10 лет) выявило сопоставимое по группам значимое снижение секреторной функции желудка, характеризующееся кислотообразованием пониженной концентрации, пониженной интенсивности у 82,8%–82,1% больных IA группы и 82,6%–80,0% больных IB группы. Таким образом, у пациентов кислотообразование сохраняется, но снижается его концентрация. По данным аспирационно-зондового метода, продукция хлористоводородной кислоты снижается в большей степени, чем пепсина. Кислотообразование в базальном периоде отсутствовало у 4-х (10,3%) пациентов IA и 1 (10,0%) больного IB группы, гистаминорефрактерной ахлоргидрии не обнаружено ни в одном случае. Таким образом, сохранение АОЖ во время ГП является важнейшим фактором, позволяющим предотвратить развитие атрофических процессов в слизистой оболочке ФОЖ и сохранить секрецию хлористоводородной кислоты и пепсинов на оптимально низком уровне.

При исследовании ММК оперированного желудка периодичность обнаружена у большинства пациентов (у 70%–75% больных в IA группе и 86,7%–80,0% пациентов во IB группе, соответственно по периодам наблюдения) (таблица 6).

Таблица 6

Продолжительность фаз моторного комплекса у лиц контрольной группы и пациентов в послеоперационном периоде ($M \pm m$)

Показатель	Контрольная группа $n = 20$	IA группа			IB группа			
		1 год $n = 20$	2–5 лет $n = 18$	5–10 лет $n = 20$	1 год $n = 15$	2–5 лет $n = 13$	5–10 лет $n = 10$	
ММК, мин	85,4 ± 5,4	105 ± 6,9*	107 ± 8,6*	105 ± 7,6*	99 ± 2,5*	100 ± 2,8*	102 ± 2,3*	
фаза покоя	48,1 ± 3,8	32 ± 8,1*	31 ± 6,2*	32 ± 4,7*	35 ± 4,1*	34 ± 3,1*	36 ± 2,1*	
II фаза	ФОЖ	-	36 ± 6,4	36 ± 2,4	34 ± 7,5	37 ± 5,4	38 ± 4,7	37 ± 3,4
	АОЖ	26,7 ± 4,4	40 ± 3,5*	41 ± 4,3*	40 ± 2,5*	41 ± 4,5*	41 ± 5,1*	42 ± 2,3*
III фаза	ФОЖ	-	2 ± 0,5	2 ± 0,7	2 ± 0,4	2,3 ± 0,7	2,3 ± 0,5	2,3 ± 0,8
	АОЖ	2,1 ± 1,9	2,6 ± 0,4	2,5 ± 0,5	2,6 ± 0,3	2,9 ± 0,5	2,7 ± 0,6	2,9 ± 0,2
Покой/активность	1,5 ± 0,1	1,1 ± 0,1*	1,0 ± 0,2*	1,1 ± 0,1*	1,2 ± 0,1*	1,1 ± 0,1*	1,2 ± 0,1*	
Периодичность ММК чел. (%)	20 (100,0)	14 (70,0*)	14 (77,7*)	15 (75,0*)	12 (80,0)	11 (84,6*)	8 (80,0*)	

Примечание: * – отмечены достоверные отличия от показателей здоровых лиц ($p < 0,05$), ММК – мигрирующий моторный комплекс, ФОЖ – фундальный отдел желудка, АОЖ – антральный отдел желудка, II фаза – неритмической активности ММК, III фаза – ритмической активности ММК, покой / активность – соотношение фаз покоя и активности.

Анализ полученных результатов показал, что у обследованных лиц после ГП по В. И. Оноприеву достоверно укорочен период покоя, удлинена фаза неритмической активности и уменьшено соотношение фаз покоя и

активности по сравнению с группой контроля. Трансформация временных параметров при сохранении периодичности ММК связана с нарушением вагусной иннервации оперированного желудка.

У 54 % пациентов IA группы и 70 % пациентов IB группы после ГП по В. И. Оноприеву отмечалось увеличение амплитуды сокращений ФОЖ, что связано с увеличением пропульсивной активности фундального отдела, необходимой для продвижения пищевых масс через желудочную трубку. Это явление отмечалось у пациентов с порционной эвакуацией бариевой взвеси при рентгенологическом исследовании и свидетельствовало о тенденции к восстановлению рецептивной релаксации ФОЖ в послеоперационном периоде.

После хирургического вмешательства важным является сохранение способности генерировать различные варианты волн в АОЖ, обеспечивающие полноценное измельчение, перемешивание пищевых масс. Антропилорические волны давления через 1 год после операции вне зависимости от способа формирования ГГА были представлены следующими видами: преобладали синхронные 25–40 % и смешанные 25–30 %, антеградные составили 15–10 %, ретроградные 5–10 %. Такое соотношение антральных волн соответствовало их распределению в группе контроля. С увеличением сроков после оперативного вмешательства тенденция подобного распределения антральных волн давления сохранялась и свидетельствовала о нормализации антродуоденальной координации у пациентов с ТЯЖ после хирургического лечения. Признаки перегрузки АОЖ зарегистрированы через 2–5 лет после операции у 3-х (6,7 %) больных IA группы в виде ослабления моторной активности со снижением амплитуды сокращений до 30 мм рт. ст. и увеличением частоты моторных волн до 3 в мин. Клинически эти пациенты жаловались на тяжесть в эпигастрии, тошноту, боли в животе; при эндоскопическом и

рентгенологическом исследованиях отмечались расширение желудочной трубки и увеличение в размерах АОЖ.

По данным рентгенологического метода исследования, порционность эвакуации бариевой взвеси из ФОЖ в АОЖ наблюдалась у 90 % больных IB группы в течение 10 лет динамического наблюдения (таблица 7). Это свидетельствовало о нормализации тонуса и перистальтики кислотопродуцирующей камеры желудка у этой группы больных и достоверном отличии по этому признаку от пациентов IA группы.

Таблица 7

Результаты рентгенологического исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от длительности послеоперационного периода

Признаки	Исходно $n = 74$, чел.(%)	IA группа чел. (%)			Исходно $n = 30$, чел.(%)	IB группа чел. (%)		
		1 год $n = 58$	2–5 лет $n = 44$	5–10 лет $n = 39$		1 год $n = 23$	2–5 лет $n = 20$	5–10 лет $n = 10$
НК	72(97,3)	0*	3(6,8)*	4(10,3)*	28(93,3)	0*	0*	0*
ГПОД	17(23,0)	0*	2(4,5)*	2(5,1)*	10(33,3)	0*	0*	0*
ГЭР	65(87,8)	0*	3(6,8)*	3(7,7)*	26(86,7)	0*	0*	0*
ПЭ через ГГА	–	44(75,9)	28(65,9)	24(61,5)	–	21(91,3)•	18(90)•	9(90)•
АФР	–	1(1,7)	3(6,8)	3(7,7)	–	0*	0*	0*
ДГР	25(33,8)	7(12,0)*	5(11,4)*	6(15,4)*	11(36,7)	0*	0*	0*

Примечание: * – достоверные отличия от исходных показателей ($p < 0,05$); • – достоверные отличия от IA группы, ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс, ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ПЭ через ГГА – порционность эвакуации через гастро-гастральный анастомоз; АФР – антрофундальный рефлюкс, ДГР – дуоденогастральный рефлюкс.

У больных IA группы было отмечено уменьшение порционности темпа эвакуации бариевой взвеси через КАА от 75,9 % через 1 год до 61,5 % через 5–10 лет. Это связано с укорочением и расширением желудочной

трубки в проксимальном отделе через 2–5 лет у 22,7% пациентов с последующей дезинвагинацией у 11,4% больных этой группы. Антрофундальный рефлюкс наблюдался у 6,8% пациентов IA группы.

Таким образом, по данным рентгенологического исследования, технология ГП по В. И. Оноприеву с формированием КАС из петли тощей кишки имеет ряд преимуществ по сравнению со своим аналогом ГП с инвагинационным КАА: создаваемая мышечная манжетка из петли тонкой кишки препятствует расширению желудочной трубки; восстанавливает резервуарную функцию ФОЖ; обеспечивает порционное поступление пищевых масс в АОЖ, предотвращая его перегрузку, а также надежную защиту ФОЖ от действия желчи, обладает арефлюксными свойствами.

При сравнении параметров КЖ в послеоперационном периоде у всех пациентов с ТЯЖ через 3 месяца после операции наблюдалось достоверное их повышение по шкале «боль», через 1 год – значимое повышение по всем шкалам психического и физического здоровья. Следует отметить, что у пациентов IA группы в отдалённом послеоперационном периоде (через 1 год и более) показатель психического здоровья КЖ по шкале «социальное функционирование» был диагностирован достоверно ниже, по сравнению с обследованными пациентами IB группы. В результате проведённого сопоставительного анализа параметров КЖ контрольной группы и прооперированных лиц была выявлена следующая закономерность. У пациентов IA группы в отдалённом послеоперационном периоде (через 2–5 лет и более) оставались значимо ниже показатели по пяти шкалам: «физическое функционирование», «жизнеспособность», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», а у больных IB группы – по двум шкалам: «физическое функционирование» и «ролевое эмоциональное функционирование».

Таким образом, применение органосохраняющей технологии ГП по

В. И. Оноприеву способствует повышению уровня КЖ пациентов с ТЯЖ по всем шкалам и, в большей степени, у пациентов Ib группы, перенёсших ГП с формированием КАС из петли тощей кишки.

В своей работе мы оценили среднюю стоимость консервативного лечения больных с ТЯЖ по месту жительства, затем в специализированном хирургическом гастроэнтерологическом отделении РЦФХГ. В результате проведён анализ клинико-экономической эффективности по критерию «затраты – полезность» у 104 пациентов, которые по длительности медикаментозного лечения активной язвы до операции были разделены на две группы:

Группа Ia (61 пациент) – длительность консервативного лечения до операции от 5 до 12 недель (Me = 8; 25 % – 75 % = (6; 11)).

Группа Ib (43 пациента) – длительность консервативного лечения до операции от 13 до 20 недель (Me = 16; 25 % – 75 % = (15; 18)).

В таблице 8 представлены показания к оперативному лечению пациентов с ТЯЖ по группам в зависимости от длительности консервативного лечения до операции.

Таблица 8

Показания к оперативному лечению пациентов

с труднорубцующимися язвами желудка

в зависимости от длительности медикаментозного лечения

Показания	Ia группа <i>n</i> = 61, чел. (%)	Ib группа <i>n</i> = 43, чел. (%)
Дисплазия высокой степени	22 (36,1)	10 (23,3)
Пенетрация	29 (47,5)	16 (37,2)
Кровотечение в анамнезе	9 (14,8)	16 (37,2)*
Сочетанные осложнения	17 (27,7)	14 (32,5)

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с Ia группой больных.

Согласно данным, приведенным в таблице 8, такие показания к оперативному лечению, как дисплазия высокой степени и пенетрация желудочных язв встречались одинаково часто в обеих группах. У пациентов Ib группы частота кровотечений из ТЯЖ, остановленных эндоскопически и/или консервативно до операции, диагностирована значимо чаще – у 16 (37,2%) больных против 9 (14,8%) пациентов Ia группы. У 17 (27,7%) больных Ia группы и 14 (32,5%) пациентов Ib группы имелись сочетанные показания к оперативному лечению.

Стоимость лечения больных с ТЯЖ по выделенным группам включала: расчёт средней стоимости консервативного лечения по месту жительства, средней стоимости лечения в специализированном хирургическом отделении РЦФХГ на этапах предоперационной подготовки, хирургического лечения и ранней (в течение месяца) послеоперационной реабилитации (таблица 9).

Таблица 9

Клинико-экономическая эффективность консервативного лечения больных с труднорубцующимися язвами желудка по группам

Параметры	Ia группа <i>n</i> = 61	Ib группа <i>n</i> = 43
Удельные прямые затраты на 1 пациента, руб.	44509,6	52119,2
Качество жизни (QALY):		
- до лечения	0,56	0,55
- после лечения	0,68 ^o	0,59
- приращение	0,12	0,04*
Показатель затраты – полезность	69546,3	88337,66

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с Ia группой больных;

^o – $p < 0,05$ по сравнению с показателем до лечения.

Анализ медикаментозного лечения пациентов с ТЯЖ до операции показал, что увеличение сроков консервативного лечения более 8 недель

(Iб группа) является клинически нецелесообразным (повышение частоты эпизодов желудочного кровотечения; отсутствие значимого приращения КЖ после лечения) и экономически неэффективным (затраты на лечение больных Iб группы были выше на 27 %).

В послеоперационном периоде было выявлено, что затраты на лечение пациентов Iб группы были на 10 % больше, чем пациентов Ia группы. Консервативное лечение ТЯЖ более 8 недель до операции способствовало развитию осложнений (пенетрация, кровотечение). Это привело к значительным техническим трудностям при выполнении операции, осложнениям послеоперационного периода (моторные и эвакуаторные нарушения, железодефицитная анемия) (таблица 10).

Таблица 10

Клинико-экономическая эффективность хирургического лечения
и ранней послеоперационной реабилитации больных
с труднорубцующимися язвами желудка

Параметры	Ia группа <i>n</i> = 61	Iб группа <i>n</i> = 43
Удельные прямые затраты на 1 пациента, руб.	40837,7	44655,2
Качество жизни (QALY):		
- до лечения	0,64	0,59
- после лечения	0,84	0,84
- приращение	0,20	0,25
Показатель затраты – полезность	48616,3	531601

Таким образом, анализ клинико-экономической эффективности консервативной терапии, последующего хирургического лечения и ранней послеоперационной реабилитации пациентов с ТЯЖ обосновывает клиническую и экономическую целесообразность своевременного проведения органосохраняющего хирургического лечения у пациентов с ТЯЖ в сроки не более 8 недель после начала курса адекватной

медикаментозной терапии.

Все пациента после оперативного лечения получали посиндромную индивидуализированную медикаментозную терапию, включающую:

- 1) коррекцию моторных и эвакуаторных нарушений (прокинетики);
- 2) при наличие НР-инфекции – эрадикационную терапию;
- 3) при воспалительно-деструктивных изменениях слизистых оболочек (эрозивный эзофагит, эрозивный гастрит, эрозивный бульбит) у НР-негативных пациентов – ингибиторы протонной помпы, цитопротекторы;
- 4) при диспепсии и отсутствии деструктивных изменений слизистой оболочки – антациды «по требованию»;
- 5) лечение сопутствующих заболеваний: хронического панкреатита (заместительная ферментотерапия, селективные спазмолитики); дисбиоза кишечника (кишечные антисептики, пробиотики и пребиотики).

Таким образом, нами разработан стандарт комплексного медикаментозного и хирургического лечения пациентов с ТЯЖ, включающий следующие положения: проведение клинического, морфологического и функционального обследования ГДК; патогенетически обоснованная предоперационная подготовка; своевременное выставление показаний к плановому хирургическому лечению при наличии комплекса критериев, прогнозирующих низкую эффективность консервативной терапии; прецизионное выполнение органосохраняющего оперативного лечения методом ГП по В. И. Оноприеву; последующая индивидуализированная послеоперационная реабилитация. Соблюдение разработанного стандарта комплексного медикаментозного и хирургического лечения позволило восстановить морфофункциональные взаимосвязи в верхнем отделе пищеварительной трубки и повысить уровень КЖ у всех пациентов с ТЯЖ.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с ТЯЖ выявление ХАГ, толстокишечной метаплазии, высокой степени дисплазии желудочного эпителия в различных отделах желудка и периульцерозной зоне позволяет индивидуализировать лечебную тактику и прогноз и выделить группу с повышенным риском РЖ.

2. Диагностический алгоритм исследований ГДК у больных с ТЯЖ включает МГДС с хромоскопией и биопсией СОЖ и периульцерозной зоны, ЭУЗИ, исследование секреторной, моторной и эвакуаторной функций желудка и позволяет своевременно выставить показания к органосохраняющему оперативному лечению.

3. По эффекту стимуляции мотилиновых рецепторов эритромицином у больных с ЯБЖ выявлены клинически значимые нарушения гастродуоденальной моторной активности и их декомпенсация при отсутствии стимулирующего эффекта.

4. Морфологическими и функциональными предикторами неэффективности медикаментозного лечения ТЯЖ являются: дисплазия высокой степени и толстокишечная метаплазия желудочного эпителия края и дна язвы; ХАГ III–IV стадий с очагами КМ различного типа; гипотонически-гипокинетический тип гастродуоденальной моторики с развитием гастростаза, отсутствие стимулирующего эффекта эритромицина на моторную активность желудка и ДПК при проведении диагностической пробы, выраженный ДГР.

5. Показаниями к своевременному плановому хирургическому лечению пациентов с ТЯЖ являются: пенетрирующие и не заживающие на фоне адекватной медикаментозной терапии язвы больших или гигантских размеров; дисплазия высокой степени и толстокишечная метаплазия желудочного эпителия в краях или дне язвы, сочетание язв желудка с

фиксированными кардиофундальными или фундокорпоральными ГПОД; гипотонически-гипокинетический тип моторики желудка и ДПК с развитием гастростаза и выраженным ДГР.

6. КАС, сформированный из петли тощей кишки, обеспечивает порционное поступление пищевых масс в АОЖ, предотвращая его перегрузку, обладает арефлюксными свойствами, обеспечивает надежную защиту ФОЖ от действия желчи; петля тощей кишки, охватывающая желудочную трубку, препятствует её расширению.

7. Морфологическая трансформация СОЖ у пациентов с ТЯЖ после комплексного медикаментозного и хирургического лечения методом ГП по В. И. Оноприеву, диагностированная в течение двух лет, характеризуется уменьшением воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода и желудка, через 5 лет и более соответствует аналогичным изменениям СОЖ у гастроэнтерологических пациентов без язвенной болезни в анамнезе; кумулятивный риск РЖ не увеличивается.

8. Восстановление морфофункционального состояния оперированного желудка после ГП по В. И. Оноприеву происходит в течение 1 года и обусловлено адекватными моторной и эвакуаторной функциями вновь созданных анастомозов: арефлюксная кардия способствует устранению гастроэзофагеального рефлюкса, ГГА обеспечивает порционность поступления пищевого содержимого, исключая перегрузку АОЖ. В отдалённые сроки после операции наблюдается тенденция к восстановлению пищевой рецептивной релаксации ФОЖ, что улучшает субъективный статус пациентов и повышает уровень КЖ.

9. В результате хирургического лечения с использованием органосохраняющих технологий и последующих реабилитационных мероприятий у пациентов с ТЯЖ снижается частота послеоперационных патологических синдромов, восстанавливается структура слизистой

оболочки оперированного желудка, уменьшается частота и выраженность моторных и эвакуаторных расстройств и повышается уровень КЖ.

10. Клинико-экономический анализ по критерию «затраты – полезность» комплексного медикаментозного и органосохраняющего хирургического лечения ТЯЖ выявил клиническую нецелесообразность и экономическую неэффективность увеличения срока консервативного лечения активной язвы до операции более 8 недель.

11. Патогенетически обоснованная предоперационная подготовка пациентов с ТЯЖ, плановое органосохраняющее оперативное лечение методом ГП по В. И. Оноприеву и последующая индивидуализированная послеоперационная реабилитация нормализуют морфофункциональные взаимосвязи в верхнем отделе пищеварительной трубки и повышают уровень КЖ у всех пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Пациентам с ТЯЖ необходимо проведение комплексного исследования ГДК, включающего: МГДС с хромоскопией и биопсией СОЖ и периульцерозной зоны (не менее 6–8 биоптатов), ЭУЗИ, исследование секреторной, моторной и эвакуаторной функций желудка, позволяющего своевременно выставить показания к плановому органосохраняющему оперативному лечению.

2. Показаниями к своевременному плановому хирургическому лечению пациентов с ТЯЖ являются: пенетрирующие и не заживающие на фоне адекватной медикаментозной терапии язвы больших или гигантских размеров; дисплазия высокой степени и толстокишечная метаплазия желудочного эпителия в краях или дне язвы, сочетание язв желудка с фиксированными и кардиофундальными или фундокорпоральными ГПОД;

гипотонически-гипокинетический тип моторики желудка и двенадцатиперстной кишки с развитием гастростаза и выраженным ДГР.

3. Индивидуализированное предоперационное медикаментозное лечение ТЯЖ целесообразно проводить не более 8 недель с включением ингибиторов протонной помпы, эрадикационной терапии при наличии НР-инфекции, прокинетики и цитопротекторов. Это позволяет предотвратить возникновение осложнений, гарантируя выполнение органосохраняющих операций в плановом порядке, снизить уровень хирургической агрессии и обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода.

4. Эффективной плановой операцией при ТЯЖ является органосохраняющая технология ГП по В. И. Оноприеву с формированием КАС из петли тощей кишки. Операция должна проводиться в условиях специализированного гастроэнтерологического хирургического отделения. ГП в зависимости от локализации язвы (кардия, тело, угол желудка) имеет свои технологические особенности.

5. Хирургическое вмешательство включает: мобилизацию малой кривизны желудка по типу селективной проксимальной ваготомии и большой кривизны тела желудка в зоне его резекции; медиальную сегментарную, углообразную субтотальную резекцию тела желудка с сохранением иннервации АОЖ и привратника; восстановление компонентов арефлюксной кардии путем создания инвагинационного эзофаго-кардио-фундального клапана и связочного аппарата пищеводного отверстия диафрагмы; наложение проведенной через сформированное «окно» в брыжейке толстой кишки первой петли тощей кишки и фиксация её к желудочной трубке четырьмя восьмиобразными лавсановыми швами и двумя рядами серо-серозных швов; наложение трубчатого ГГА и формирование межкишечного анастомоза «бок в бок» под брыжейкой толстой кишки. Прецизионное выполнение этапов оперативного вмешательства позволяет удалить зону язвообразования, восстановить

нарушенные функции пищеводно-желудочного перехода и повысить уровень КЖ больных.

6. В послеоперационном периоде пациенты нуждаются в целенаправленной патогенетически обоснованной реабилитации, включающей: эрадикационную терапию при НР-контаминации СОЖ и прокинетики при моторных и эвакуаторных нарушениях в верхнем отделе пищеварительной трубки.

7. Пациенты с ТЯЖ после планового хирургического лечения с наличием III–IV стадий атрофического гастрита и КМ нуждаются в длительном динамическом эндоскопическом контроле в связи с повышенным риском РЖ.

РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

*1. Оноприев, В. И. Комплексное медикаментозное и хирургическое лечение хронических язв желудка / В. И. Оноприев, С. Н. Серикова, О. С. Токаренко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006. – № 7–8 (88–89). – С. 143–147.

*2. Дурлештер, В. М. Обоснование показаний к хирургическому лечению хронических язв желудка / В. М. Дурлештер, С. Г. Сериков, С. Н. Серикова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. – № 1. – С. 17–24.

*3. Дурлештер, В. М. Морфологические критерии прогноза неблагоприятного течения хронических язв желудка / В. М. Дурлештер, С. Н. Серикова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 5 (128). – С. 39–43.

*4. Дурлештер, В. М. Результаты хирургического лечения хронических язв желудка / В. М. Дурлештер, С. Г. Сериков, Р. М. Глехурай,

С. Н. Серикова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 2 (125). – С. 56–61.

*5. Корочанская, Н. В. Клинико-морфологические варианты течения язвенной болезни желудка / Н. В. Корочанская, В. М. Дурлештер, С. Н. Серикова // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2012. – № 4. – С. 11–16.

*6. Серикова, С. Н. Результаты органосохраняющего хирургического лечения труднорубцующихся язв желудка / С. Н. Серикова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2012. – № 4. – С. 36–42.

*7. Серикова, С. Н. Особенности функции двухкамерного желудка после гастропластики / С. Н. Серикова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 4 (133). – С. 95–98.

*8. Серикова, С. Н. Диагностика предраковых изменений слизистой оболочки желудка у больных с труднорубцующимися язвами желудка / С. Н. Серикова, Н. В. Корочанская, В. М. Дурлештер // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2012. – № 8. – С. 40–45.

*9. Серикова, С. Н. Трудности дифференциальной диагностики хронических язв и злокачественных новообразований желудка / С. Н. Серикова, Н. В. Корочанская, В. М. Дурлештер // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2012. – № 9. – С. 89–91.

*10. Серикова, С. Н. Качество жизни в оценке результатов консервативного лечения труднорубцующихся язв желудка / С. Н. Серикова [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5. Режим доступа : www.science-education.ru/105-6979.

*11. Серикова, С. Н. Особенности гастроинтестинальной моторики у пациентов с язвенной болезнью желудка / С. Н. Серикова [Электронный ресурс] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 8 (часть 2). – С. 414-

418. Режим доступа : www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=9999597.

*12. Серикова, С. Н. Индивидуализированный подход к лечению хронических язв желудка / С. Н. Серикова [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2. Режим доступа : www.science-education.ru/102-6042.

*13. Серикова, С. Н. Результаты исследования моторной и эвакуаторной функции желудка после гастропластики / С. Н. Серикова, Н. В. Корочанская, В. М. Дурлештер // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2013. – № 5. – С. 22–25.

*14. Дурлештер, В. М. Выбор способа гастропластики в хирургическом лечении труднорубцующихся язв желудка / В. М. Дурлештер, Н. В. Корочанская, С. Н. Серикова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 5 (140). – С. 83–87.

15. Серикова, С. Н. Диагностика предраковых изменений слизистой оболочки желудка и раннего рака у больных с хроническими труднорубцующимися язвами желудка / С. Н. Серикова // Труды XX Международной конференции, Ялта – Гурзуф. – 2012. – Т. № 1. – С. 240–241.

16. Оноприев, В. В. Рентгенологическая диагностика нарушения рецептивной релаксации желудка / В. В. Оноприев, С. Н. Серикова, В. В. Василенко, Б. В. Шагал // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2002. – Приложение № 2. – С. 98–102.

17. Серикова, С. Н. Моторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни желудка / С. Н. Серикова, Т. М. Семенихина, Р. Г. Рыжих, В. В. Оноприев, В. И. Оноприев // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2007. – Приложение № 3. – С. 53–55.

18. Ковалевская, О. В. Проба с эритромицином в диагностике нарушений двигательного аппарата двенадцатиперстной кишки / О. В. Ковалевская, Т. М. Семенихина, Р. Г. Рыжих, С. Н. Серикова, С. Ю. Ващенко, В. В. Оноприев, В. И. Оноприев // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2007. – Приложение № 3. – С. 45–47.

19. Серикова, С. Н. Моторные нарушения пищевода у больных с язвенной болезнью желудка / С. Н. Серикова, М. Н. Давыденко, В. В. Оноприев, В. И. Оноприев // Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии : Материалы XV международной конференции и дискуссионного научного клуба. – Гурзуф, 2007. – С. 218–219.

20. Могильная, В. Л. Морфометрические особенности слизистой оболочки желудка у больных с хронической язвой желудка / В. Л. Могильная, В. М. Дурлештер, С. Г. Сериков, С. Н. Серикова // Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии : труды XVIII Международной конференции. – Гурзуф. – 2010. – Т. 1. – С. 152–154.

21. Дурлештер, В. М. Морфометрическая характеристика хронической язвы желудка / В. М. Дурлештер, В. Л. Могильная, С. Г. Сериков, С. Н. Серикова [Электронный ресурс] // Вестник Городской больницы № 2. – 2010. – № 10 (4). – Режим доступа : <http://vestnik.kmldo.ru/pdf/10/04/09.pdf>.

22. Сериков, С. Г. Качество жизни больных с язвенной болезнью желудка / С. Г. Сериков, С. Н. Серикова, В. М. Дурлештер, Н. В. Корочанская [Электронный ресурс] // Вестник Городской больницы № 2. – 2012. – № 2 (20). – Режим доступа : <http://vestnik.kmldo.ru/pdf/12/02/02.pdf>.

23. Сериков, С.Г. Комплексная эндоскопическая диагностика труднорубцующихся язв желудка / С.Г.Сериков, С.Н.Серикова, В.М.Дурлештер, Н.В.Корочанская [Электронный ресурс] // Вестник Городской больницы № 2. – 2012. – № 2 (20). – Режим доступа : <http://vestnik.kmldo.ru/pdf/12/02/01.pdf>.

24. Оноприев, В. И. Язвенная болезнь желудка / Под ред. В. И. Оноприева, Г. Ф. Коротько, Н. В. Корочанской, С. Н. Сериковой. – Краснодар : БК «Группа Б», 2006. – 489 с. ISBN 5-93730-016-5.

25. Пат. 2218087 Российская Федерация, МПК А 61 В 6/00. Способ рентгенологической диагностики нарушения рецептивной релаксации желудка / В. В. Оноприев, С. Н. Серикова, Б. В. Шагал, В. В. Василенко; заявитель и патентообладатель Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии. – № 2001132285/14; заявл. 28.11.2001; опубл. 10.12.2003, Бюл. № 34 (II ч.). – 12 с. : ил.

26. Пат. 2278621 Российская Федерация, МПК А 61 В 17/00. Способ сегментарной гастропластики при хирургическом лечении язвенной болезни желудка / В. И. Оноприев, И. Б. Уваров, О. С. Токаренко, С. Н. Серикова; заявитель и патентообладатель Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии. – № 2005117295/14; заявл. 06.06.2005; опубл. 27.06.2006, Бюл. № 18 (II ч.). – 10 с. : ил.

27. Оноприев, В. И. Комплексное медикаментозное и хирургическое лечение хронических язв желудка / В.И. Оноприев, С.Н. Серикова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – Сочи. – 2006. – № 1. – С. 45.

28. Серикова, С.Н. Особенности функции двухкамерного желудка после различных форм гастропластики / С. Н. Серикова, О. С. Токаренко // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – Сочи. – 2006. – № 1. – С. 150.

29. Серикова, С. Н. Внутрипищеводная манометрия у больных с язвенной болезнью желудка / С. Н. Серикова, М. Н. Давыденко,

В. В. Оноприев, В. И. Оноприев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии : материалы XIII Российской Гастроэнтерологической недели – 2007. – № 5. – С. 35.

30. Дурлештер, В. М. Морфологическая оценка слизистой оболочки желудка по материалам гастробиопсий у больных с хроническими язвами желудка / В. М. Дурлештер, С. Г. Сериков, Л. Г. Дряева, Р. М. Тлехурай, С. Н. Серикова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2010. – № 3. – С. 42.

31. Дурлештер, В. М. Комплексная эндоскопическая диагностика у больных с хроническими язвами желудка / В. М. Дурлештер, С. Г. Сериков, Р. М. Тлехурай, С. Н. Серикова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – № 5. – С. 135.

32. Дурлештер, В. М. Трудности дифференциальной диагностики хронических язв и злокачественных новообразований желудка в неотложной хирургической гастроэнтерологии / В. М. Дурлештер, С. Г. Сериков, Р. М. Тлехурай, С. Н. Серикова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2010. – № 3. – С. 42.

33. Дурлештер, В. М. Характеристика муцинов эпителиоцитов метапластических зон при хронической язве желудка / В. М. Дурлештер, В. Л. Могильная, С. Г. Сериков, С. Н. Серикова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2011. – № 5. – С. 151.

34. Дурлештер, В. М. Современные подходы к хирургическому лечению хронических язв желудка / В. М. Дурлештер, С. Н. Серикова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. – № 3. – С. 113.

35. Серикова, С. Н. Морфологические особенности слизистой оболочки желудка и периульцерозной зоны у больных с труднорубцующимися язвами желудка / С. Н. Серикова, Н. В. Корочанская

// Вестник хирургической гастроэнтерологии. Приложение – 2012. – С. 32–33.

36. Серикова, С. Н. Качество жизни как критерий эффективности медикаментозного лечения больных с язвенной болезнью желудка / С. Н. Серикова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. Приложение – 2012. – С. 36.

37. Семенихина, Т. М. Эритромицин в схеме реабилитации гастроэнтерологических хирургических больных / Т. М. Семенихина, С. Н. Серикова // Современные аспекты реабилитации в медицине : материалы III Международной конференции. – Армения, Ереван. – 2007. – С. 67.

* – работа, опубликована в журнале, входящем в перечень изданий, рекомендуемых ВАК для опубликования материалов докторских и кандидатских диссертаций.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АОЖ	антральный отдел желудка
ГА	гастро-гастральный анастомоз
ГДК	гастродуоденальный комплекс
ГП	гастропластика
ГПОД	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ДГР	дуоденогастральный рефлюкс
ДПК	двенадцатиперстная кишка
КАА	корпоро-антральный анастомоз
КАС	корпоро-антральный сфинктер
КЖ	качество жизни
КМ	кишечная метаплазия
МГДС	магнификационная гастродуоденоскопия
ММК	мигрирующий моторный комплекс
НР	<i>Helicobacter pylori</i>
РЖ	рак желудка
СОЖ	слизистая оболочка желудка
ТЯЖ	труднорубцующаяся язва желудка
ФОЖ	фундальный отдел желудка
ХАГ	хронический атрофический гастрит
ХГ	хронический гастрит
ЭУЗИ	эндоскопическое ультразвуковое исследование
ЯБЖ	язвенная болезнь желудка

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>