

УДК

UDC

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО
РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Дурлештер Владимир Моисеевич
д.м.н., профессор
Кафедра хирургии №1 КГМУ
Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии КГМУ.
Краснодар, Россия

Dr. Sci. Med., professor

Krasnodar, Russia

Ключевые слова:

Keywords:

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В.М. Дурлештер

*Кафедра хирургии №1 КГМУ
Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии КГМУ.
Краснодар, Россия*

Введение

В настоящее время язвенная болезнь является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов. По данным мировой статистики, ее распространенность среди взрослого населения достигает 6-10%. В общей структуре осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) частота стеноза варьирует от 10 до 63,5%, составляя в среднем 15-30%, частота декомпенсированного стеноза составляет от 5 до 15% [1,3,6]. Среди других осложнений ЯБДПК стеноз является показанием к хирургическому лечению у 45-84% больных. Летальность при хирургическом лечении декомпенсированного стеноза в 1,5-2 раза выше, чем при неосложненной дуоденальной язве [9,19,21,22,57].

В настоящее время в хирургическом лечении осложненной ЯБДПК превалирует органосохраняющее направление, однако при декомпенсированном рубцово-язвенном стенозе многие авторы сообщают об использовании резекционных и пилороразрушающих методов [1,8,13,15,27,36].

Гастроэнтерологи считают, что в современных условиях они могут излечить до 95% больных ЯБ [37]. Однако отмена приема современных антацидных препаратов ведет к рецидиву язвы у 10% больных в течение 1 месяца и приближается к 100% через 18 месяцев [39,47]. Для сравнения: в

отдаленные сроки после оперативного лечения, проведенного опытными хирургами, частота рецидивов ЯБ через 10 лет составляет 10-15% [45,48]. Существенные изменения в медикаментозном лечении ЯБДПК связаны с открытием австралийскими исследователями J. Warren и В. Marshall в 1983 году бактерии *Helikobakter pilori*, которая в настоящее время считается возбудителем хронического гастрита и принимает важное участие в патогенезе ЯБ. Умеренно и значительно выраженный хеликобактериоз при рубцово-язвенном стенозе ДПК выявлен у более 90% пациентов [7,59].

При выборе метода хирургического лечения рубцово-язвенного стеноза ДПК учитывается ряд факторов: стадия стеноза, результаты исследования секреторной, моторно-эвакуаторной функции желудка, тонус стенки желудка, морфологические изменения и характер регионарного кровотока [42,49]. Важное значение для пациента в лечении играет критерий: стоимость, эффективность лечения и качество жизни после операции [17,27].

В.И. Курка (1992) сообщает о результатах хирургического лечения 324 пациентов с рубцово-язвенным стенозом ДПК. Резекция желудка была выполнена 140 (40,9%) больным. Летальность составила 3,5%. Послеоперационные осложнения встречались в 2 раза чаще, чем после ваготомий. Рецидив язвы был у 2,4% больных. Отличные и хорошие результаты получены у 94%, удовлетворительные - 6% больных. Инвалидность в последующем развилась у 9% больных.

В сообщении Meisner и соавт. (1994) приводятся данные наблюдений в течение 23 лет за 350 пациентами, которым была выполнена СПВ, при этом частота рецидивов составила 21,9%, почти 80% рецидивов отмечены через 10 лет после операции, они встречались и через 17 лет после выполнения СПВ.

А.Б. Туманов (1995) приводит данные НЦХ РАМН за 1978-1991 гг., касающиеся 39 больных с декомпенсированным стенозом, которым была выполнена резекция желудка по способу Бильрот-I (8) и Бильрот-II (31).

Летальность составила 2,6%. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 38,4% больных. Для сравнения: в группе из 217 пациентов с компенсированным и субкомпенсированным стенозом, которым была выполнена СПВ с дренирующими операциями, летальных исходов не было. Пострезекционные синдромы отмечены у 16,2% больных. Рецидив язвы возник у 1 больного (2,7%). Отличный и хороший результаты отмечены у 86,5% больных.

В первой половине 70-х годов у нас в стране благодаря накопленным материалам клиник, возглавляемых профессорами М.И. Кузиным, В.С. Маятом, В.С. Савельевым, Ю.М. Панцыревым, А.А. Шалимовым и др. началось внедрение ваготомии в клиническую практику. В 90-х годах в литературе появились сообщения о более чем 20-летнем периоде наблюдений за больными, перенесшими различные варианты ваготомии. Начальную эйфорию сменили публикации о высокой частоте рецидивов ЯБ, которая увеличивалась с увеличением периода наблюдения. Большинство исследователей приводят частоту рецидивов от 10 до 15% через 10-15 лет с момента операции [20,50].

Крупнейший опыт применения различных видов ваготомии накоплен в факультетской хирургической клинике им. Н.Н. Бурденко ММА им. Сеченова, в которой выполнено 2259 операций у пациентов с ЯБДПК [31]. Послеоперационная летальность при использовании СПВ и СПВ с дренирующими операциями составила 0,27%, что почти в 10 раз меньше, чем при резекции желудка, выполненной ранее ведущими хирургами этой же клиники. Примерно в 3-4 раза снижена частота функциональных расстройств пищеварительной системы, в 7-9 раз - частота инвалидизации. Частота рецидивов составила 5%.

А.Ф. Черноусов и соавт. (1996) считают, что попытка иссечения язвы, несмотря на ее расположение (например на задней стенке ДПК), при дуоденопластике значительно усложняет операцию и лишает ее одного из

важнейших качеств - безопасности. В рекомендациях VIII съезда хирургов России по лечению дуоденостеноза отмечено, что вопрос о выборе метода операции решается с учетом состояния моторно-эвакуаторной функции желудка и степени операционного риска. Ваготомия с дренирующей желудок операцией (пилоро- или дуоденопластикой) показана при начальных стадиях стеноза. При декомпенсированном стенозе более целесообразна гемигастрэктомия с ваготомией или резекция желудка.

Н.М. Кузин, А.Н. Алимов (1997), сообщают о ближайших и отдаленных результатах хирургического лечения 118 больных с рубцово-язвенным стенозом ДПК. 58 пациентам выполнена СПВ и дуоденопластика, 60 больным произведена СПВ и гастродуоденостомия по Жабулэ. Частота рецидива ЯБ составила 8,6% в первой группе и 10% во второй. Летальных исходов не отмечено. Частота демпинг-синдрома, рефлюкс-гастрита, диареи, снижения трудоспособности вплоть до инвалидизации существенно выше при выборе в качестве дренирующей операции гастродуоденоанастомоза по Джабулэ. Авторы рекомендуют в качестве операции выбора при дуоденостенозе СПВ и дуоденопластику, но при этом условиями для выполнения пилоросохраняющей операции являются локализация стеноза на расстоянии не менее 1 см от привратника при сохранении перистальтической активности антрального отдела желудка, минимальной выраженности периульцерозных изменений в области стеноза, свободной проходимости привратника (интраоперационно) для желудочного зонда диаметром 13 мм. Данным условиям удовлетворяет компенсированный и субкомпенсированный рубцово-язвенный стеноз ДПК.

М.Г. Гончар и соавт. (1999) приводят данные об обследовании и лечении 167 больных с осложненными дуоденальными и желудочными язвами. Операцией выбора при хирургическом лечении была резекция желудка, летальность составила 6,25%.

А.К. Бабалич (1999), отмечая в целом тенденцию к росту осложненных форм язвенной болезни в последние годы, считает, что современное консервативное лечение не ведет к полноценному выздоровлению больных как язвенной болезнью желудка, так и двенадцатиперстной кишки. Рецидив язвы наступает у 40-80% больных, при этом не только в отдаленный период, но и уже через один месяц после выписки из стационара. Операцией выбора при осложненных дуоденальных язвах автор считает СПВ в сочетании с пилоро- или дуоденопластикой или СПВ в изолированном виде. Летальность после плановых резекций желудка составила 1,45%, после органосохраняющих вмешательств с ваготомией - 0,79%, СПВ - 0,56%. Автор считает, что операции при язвенной болезни нужно выполнять в более ранние сроки, до развития осложнений.

В.Ф. Наумов и соавт. (2000) сообщают о выполнении у 455 пациентов гемигастрэктомии в сочетании со стволовой или селективной ваготомией или без выполнения антацидных вмешательств. Авторами разработан оригинальный метод дуоденопластики с использованием резецированного желудка и сохранением привратника. Однако получить желаемый результат удалось далеко не у всех больных. Высокий уровень секреции сохранялся у 33 (7,25%) больных, частота рецидивов составила 3,38%, повторно оперированы 13 пациентов (2,85%). Авторы рассматривают дуоденопилоропластику при ЯБДПК как один из этапов лечения, избавляющий больного от несовместимых с жизнью осложнений - стенозирования, пенетрации, кровотечения, перитонита. Для предотвращения рецидива необходима целенаправленная реабилитация.

М.Г. Кутяков и соавт. (2000) приводят данные о результатах лечения 163 больных с дуоденостенозом, у 22 пациентов (12%) имел место декомпенсированный стеноз. При осложненной дуоденальной язве авторы рекомендуют выполнение СПВ и иссечение рубцово-язвенного субстрата с сохранением пилоруса в один этап. Послеоперационная летальность соста-

вила 0,78%. Отдаленные результаты изучены у 116 человек, они оценены по шкале Visick как хорошие и отличные у 105 обследованных (90,5%).

И.З. Козлов и соавт. (2001) используют в лечении рубцово-язвенного пилородуоденального стеноза оригинальную методику клапанной пилоропластики. Сущность метода заключается в выполнении переднебоковой расширенной гемипилорэктомии вместе с язвой и рубцовыми тканями, иссечении передней или заднебоковой стенки пилорического отдела желудка по большой или малой кривизне в зависимости от расположения язвы, ушивании дефекта стенки желудка и ДПК в поперечном направлении, наложении второго ряда швов с захватом стенки желудка и ДПК выше и ниже первого ряда на 10-15 мм, что позволяет при затягивании лигатур сформировать складку в просвете пилородуоденального канала, выполняющую, по мнению авторов, функцию пилоруса. Авторы приводят результаты лечения 136 больных с осложненными пилородуоденальными язвами (у 23,5% производилась изолированная пилоропластика, в остальных случаях - пилоропластика в сочетании со стволовой ваготомией). Сравнительная оценка отдаленных результатов выявляет преимущества предлагаемой методики: рецидив язвы имел место в 2,4% против 8,7% при использовании классических операций Гейнеке-Микулича и Джадда. Дуоденогастральный рефлюкс наблюдался соответственно в 16,6% и 51,4% наблюдений. Отличные и хорошие результаты были получены у 90,6% больных.

Ф.С. Курбанов и соавт. (2001) сообщают о результатах хирургического лечения 239 больных с рубцово-язвенным стенозом ДПК. При этом дуоденопластика с сохранением пилоруса выполнена лишь у 22 больных и только у 9 из них с полным иссечением зоны язвы, а у 13 - по типу пилоропластики Финнея (в обход язвы). Во всех остальных случаях произведены пилороразрушающие, пилорозунтирующие и резекционные вмешательства. Авторы придерживаются мнения о том, что при локализации язв

вы на задней полуокружности луковицы ДПК полное удаление патологически измененных тканей усложняет операцию, делает ее гораздо более травматичной и сводит на нет преимущества СПВ перед резекцией желудка. Анализируя ближайшие и отдаленные последствия хирургического лечения, авторами отмечено, что наилучшие результаты получены в группе больных, которым были произведены пилоросохраняющие вмешательства.

Г.А. Булгаков, В.А. Кубышкин (2001) отмечают тенденцию к росту осложненных дуоденальных язв на фоне сокращения числа плановых оперативных вмешательств. Отказ от выполнения плановых органосохраняющих операций в пользу резекции желудка обусловил рост числа больных с различными проявлениями болезней оперированного желудка в среднем в 1,8 раза (Н.Н. Крылов, М.И. Кузин, 2000). Операцией, показанной при суб- и декомпенсированном пилородуоденальном стенозе, авторы считают СПВ с гастродуоденоанастомозом по Джабулэ. Частота рецидивов после СПВ с дренирующими желудок операциями составила 13,6%. Основными причинами рецидивирования язвы стали: 1) неполная и неадекватная ваготомия; 2) неправильный выбор дренирующей операции и нарушения техники ее выполнения; 3) гормонально-обусловленные рецидивные язвы в результате не диагностированного до операции синдрома Золлингера-Эллисона, Вермера и других гормональных нарушений.

А.Е. Борисов и соавт. (2002) операцией выбора в лечении хронических гастродуоденальных язв считают резекцию желудка. Авторы делятся опытом выполнения 768 операций по способу Бильрот I и 238 резекций по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера. При низких парапапиллярных язвах авторы рекомендуют выполнение резекции на выключение. Ранние послеоперационные осложнения развились в 10,6% наблюдений, послеоперационная летальность составила 0,7%. Отличные и хорошие результаты по шкале Visick получены у 94,5% больных.

М.Н. Окоемов и соавт. (2002) обобщают многолетний опыт хирургического лечения больных с рубцово-язвенным дуоденостенозом, накопленный факультетской хирургической клиникой им. Н.Н. Бурденко Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. По данным, приводимым авторами, в 75% наблюдений при декомпенсированном стенозе ДПК использовались резекционные методы, экономные резекции желудка по Бильрот-I и Ру выполнены 69 и 17% больных соответственно. Только лишь 25% больных с декомпенсированным стенозом сделаны органосохраняющие операции. В качестве операции выбора при суб- и декомпенсированном рубцово-язвенном стенозе ДПК авторы рекомендуют экономную резекцию желудка по Ру, дополненную селективной желудочной ваготомией. Выполнение дуоденопластики возможно лишь при наличии анатомических условий и невыраженных воспалительных изменениях бульбодуоденальной области.

Ю.М. Панцырев и соавт. (2003) сообщают о результатах хирургического лечения 531 больного с рубцово-язвенным пилородуоденальным стенозом. При признаках суб- и декомпенсированного стеноза авторы считают показанной антрумэктомию с селективной желудочной или стволовой ваготомией. Обращает на себя внимание, что из выполненных 531 операции более чем за 10 лет, пилоросохраняющие вмешательства не выполнялись ни в одном случае. Послеоперационная летальность составила 0,75%. В отдаленном послеоперационном периоде (свыше 3 лет) обследовано 115 больных, при этом получены следующие результаты по классификации Visik: Visik I (отличный результат) - в 80% (92 пациента), Visik II (хороший результат) - в 11,4% (13 больных), Visik III (удовлетворительный результат) - в 4,3% (5 больных), Visik IV (плохой результат) - 4,3% наблюдений (5 больных). Рецидив заболевания выявлен у 5 больных (4,3%). Как перспективу лечения пилородуоденального стеноза авторы отмечают необходимость организации качественной медикаментозной терапии боль-

ных язвенной болезнью гастроэнтерологами, что должно уменьшить число осложненных форм заболевания и количество оперативных вмешательств при данной патологии.

В резонанс со сказанным выше следует отнести данные, приводимые В.М. Лобанковым (2005). Автор отмечает неуклонный рост осложненных форм язвенной болезни за последние 15 лет на территории всего постсоветского пространства. Основные причины этого - высокое социальное напряжение в обществе и низкий материальный уровень жизни. Немаловажную роль играет недостаточная медицинская культура населения. В выборе лечебной тактики крайне важен учет социального статуса пациента. Автор отмечает рост числа неотложных оперативных вмешательств при осложненных язвах на фоне сокращения количества плановых, которые сопровождаются гораздо более низкими цифрами послеоперационной летальности и числа осложнений. Одним из основных показаний к плановой операции при язвенной болезни остается пилородуоденальный стеноз. Риск этого осложнения около 5-8% в популяции больных. Автор считает одной из важнейших задач медицины - максимально снизить риск любых экстренных операций при язвенной болезни. Достигнуть этого можно оптимальным сочетанием эффективного консервативного лечения и плановой операции, причем соотношение терапевтического и хирургического подходов должно определяться ситуацией в конкретном регионе.

Н.Р. Рахметов и соавт. (2004) считают, что большинству больных с осложненными дуоденальными язвами, в том числе и при стенозе, возможно выполнение пилоросохраняющих операций. Пилорический жом, по данным авторов, поражается рубцово-язвенным процессом лишь у 7,2% больных. Особенности дуоденопластики зависят от локализации язвы, наличия пенетрации, вида и протяженности стеноза.

Н.А. Жанталинова (2005) приводит анализ хирургического лечения 361 больного с гигантскими осложненными язвами желудка (54,5%) и

ДПК (41,3%). В качестве операции выбора при язвах любой локализации автор рекомендует резекцию желудка, которая была выполнена 258 больным (71,4%). Органосохраняющие операции выполнены лишь у 29 (8%) пациентов. Летальность после резекции желудка составила 1,5%.

Из изложенного видно, что в лечении язвенной болезни ДПК, осложненной стенозом, в настоящее время используются два основных типа операций - резекция желудка и органосохраняющие операции (СПВ с пилороразрушающими или пилорошунтирующими вмешательствами). Если при компенсированном и субкомпенсированном дуоденостенозе большинство авторов придерживаются мнения о необходимости выполнения органосохраняющих вмешательств, то при декомпенсированном стенозе операцией выбора остается экономная резекция желудка, дополненная ваготомией или стандартная резекция 2/3 желудка.

За последние годы совершенствование техники иссечения язвы с пилоропластикой и резекции желудка в сочетании с ваготомией не позволили избавиться от летальности и многих других неблагоприятных последствий этих вмешательств. Любая операция на желудке неизбежно способствует более или менее выраженным расстройствам, обусловленным операцией. Организм пациента после операции оказывается в условиях, когда от него требуется много усилий для коррекции возникших изменений. Широкое дренирование желудка, его денервация, выключение из пищеварения двенадцатиперстной кишки грубо нарушают регуляцию органов пищеварения [11]. Дезорганизация пассажа по верхним отделам пищеварительного канала оказывается закономерным результатом общепринятых операций, используемых для лечения язвенной болезни.

В клинике ФГУ «РЦФХГ Россздрава» с 1980 года в лечении осложненных дуоденальных язв используются многочисленные варианты радикальной дуоденопластики, разработанной профессором В.И. Оноприевым (1980). Используя хирургические технологии проф. В.И. Оноприева, число

пилороразрушающих операций можно было бы значительно снизить. При детальном исследовании язвенные поражения привратника встречаются в 5% - 7% случаев, в остальных случаях имеется возможность для сохранения привратника [33]. К сожалению, опыт сохранения привратника при стенозирующих язвах пока не стал отправной точкой для изменения организации и техники хирургических вмешательств, что вызвано отсутствием понимания значимости хирургической патоморфологии осложненных дуоденальных язв, детально описанных В.И. Оноприевым (1995) в атласе-монографии «Этюды функциональной хирургии язвенной болезни».

Метод радикальной дуоденопластики позволяет найти дилатированный истонченный привратник, который не входит в патологический очаг и не разрушен им, как это считалось ранее. Только интраоперационная диагностика позволяет отвергнуть данный постулат и сохранить привратник, исключив тем самым возникновение таких тяжелых осложнений, как щелочной рефлюкс-гастрит и демпинг-синдром [9,13].

Клиника обладает опытом 176 радикальных дуоденопластик по поводу декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза ДПК. Отличные и хорошие результаты получены у 96,7%. Трудоспособность восстановлена у всех больных. Летальных исходов не было. Увеличение массы тела у оперированных больных составило в среднем 20 ± 5 кг в течение первого года жизни послеоперационного наблюдения.

Таким образом, проведенный анализ литературных данных свидетельствует, что проблема лечения осложненных форм язвенной болезни, в частности рубцово-язвенного стеноза ДПК, еще далеко не решена. Нет единого мнения по вопросам хирургической тактики, объемов и видов оперативных вмешательств, степени их радикализма. В ургентной хирургии и при лечении пилородуоденальных стенозов все чаще используются резекционные методы [17], сопровождающиеся большим числом осложнений, высокой летальностью и развитием тяжелых постгастрорезекционных синдромов. Все

сказанное выше свидетельствует, что проблема комплексного лечения рубцово-язвенного стеноза ДПК представляет собой актуальную задачу современной хирургической гастроэнтерологии, требующей своего решения.

Литература

1. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 1999. - № 7. - С. 19-22.
2. Белоконев В.И., Павлишин Л.Б., Морозова О.В., Сидаш Б.В., Богданов В.Е. Лечение нарушений эвакуаторной функции желудка после операций при язвенной болезни. // Хирургия. - 1998. - № 3. - С. 17-20.
3. Бондарев Г.А. Динамика осложненной язвенной болезни в Курской области за 20 лет. // Материалы всероссийской конференции хирургов. «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» // Саратов.- 2003.- с.6.
4. Борисов А.Е., Земляной В.П., Кубачев К.Г., Заркуа Н.Э., Борисов А.А. Хирургическое лечение при хронических гастродуоденальных язвах. // Вестник хирургии. - 2002. - Том 161. - № 1. - С. 79-81.
5. Булгаков Г.А., Кубышкин В.А. Современные проблемы хирургического лечения неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 2001. - № 5. - С. 31-35.
6. Генрих С.Р., Оноприев В.И., Карипиди Г.К., Пахилина А.Н. Радикальная дуоденопластика как универсальная технология хирургической коррекции двенадцатиперстной кишки при язвенном стенозе. // Материалы всероссийской конференции хирургов. «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» // Саратов.- 2003.- с.241.
7. Гончар М.Г., Дельцова Е.И., Кучирка Я.М., Цымбалистый Р.И., Мельник И.В. Хеликобактер пилори у больных с осложненной язвенной болезнью. // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 25-26.
8. Джумабаев Х.Д., Янгиев А.Х. Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в сочетании с хронической дуоденальной непроходимостью. // Хирургия. - 1997. - № 9. - С. 15-18.
9. Дурлештер В.М. Радикальная дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия в лечении декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки: Дис. ... канд. мед. наук. - 1992. - 126 с.
10. Жанталинова Н.А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 2005. - № 12. - С. 30-32.
11. Жерлов Г.К., Кошель А.П. Оперированный желудок. Анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования. - Новосибирск, 2004. - 237с.
12. Исаев Г.Б. Роль *Helicobacter pylori* в клинике язвенной болезни. // Хирургия. - 2004. - № 4. - С. 64-68.
13. Карипиди Г.К. Радикальная дуоденопластика после ушивания перфорации дуоденальной язвы: Дис. ... доктора мед. наук. - 2006. - 477с.
14. Клоков С.С., Жерлов Г.К., Ермолаев Ю.Д. Выбор способа операции в хирургии ранее ушитых перфоративных гастродуоденальных язв. // Материалы всероссийской конференции хирургов. «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» // Саратов.- 2003.- с.52.
15. Козлов И.З., Волков О.В., Алекперов С.Ф., Щетинин М.Г. Клапанная пилородуоденопластика в лечении осложненных пилородуоденальных язв. // Хирургия. - 2001. - № 4. - С. 27-30.
16. Кропачева Е.И., Воробьев М.В., Рудик А.А., Качалов С.Н., Хоменко А.И. Сравнительная оценка моторно-эвакуаторной функции желудка после функциональных операций при осложненных дуоденальных язвах. // Хирургия. - 2002. - № 6. - С. 22-26.

17. Крылов Н.Н. Проблемы, которые не могут не волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2007. - № 1. - С. 25-30.
18. Крылов Н.Н., Кузин М.И. К методике оценки результатов операций на желудке. // Хирургия. - 2000. - № 2. - С. 17-20.
19. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- №1.- 2001.- С. 27-32.
20. Кузин Н.М., Алимов А.Н. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 1997. - № 4. - С. 38-43.
21. Кузин Н.М., Крылов Н.Н. Эффективность хирургического лечения дуоденальной язвы. // Хирургия. - 1999. - №1. - С. 17-20.
22. Курбанов Ф.С., Домрачев С.А., Асадов С.А., Микаилов Р.Р., Доронин С.В. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Вестник хирургии. - 2001. - Том 160. - № 4. - С.17-21.
23. Курка В.И. Обоснование выбора метода хирургического лечения язвенного пилородуоденального стеноза: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. - Кишинев. - 1992.
24. Кутяков М.Г., Хребтов В.А., Аймагамбетов М.Ж. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 2000. - № 4. - С. 9-12.
25. Лазебник Л. Б., Соколова Г. Н., Черняев А. Я. Хронические язвы у лиц пожилого возраста // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2002. - № 1. - С. 3-7.
26. Лобанков В.М. К вопросу о причинах роста числа больных с осложненными формами язвенной болезни // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. - Саратов, 2003.- С.14.
27. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. // Хирургия. - 2005. - № 1. - С. 58-64.
28. Маев И. В., Самсонов А. А., Воробьев Л. П., Салова Л. М., Занданов А.О., Дронова О.Б. Секреторная, моторная функции желудка и двенадцатиперстной кишки, дуоденогастральный рефлюкс у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. // Кл. медицина. - 2000. - Т.78, № 6. - С. 39-42.
29. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. - С-Пб.: Гиппократ, 2000.- 360 с.
30. Наумов В.Ф., Шпалинский Г.В., Габдраупова С.Р., Маркелов В.И., Минеголов Р.Р. Дуоденопластика резецированным желудком при язвенной болезни. // Хирургия. - 2000. - № 10. - С. 49-55.
31. Окоемов М.Н., Кузин Н.М. Хирургическое лечение язвенных пилородуоденальных стенозов. // Хирургия. - 1999. - № 11. - С. 61-65.
32. Окоемов М.Н., Кузин Н.М., Крылов Н.Н. Майорова Ю.Б. Сравнительная характеристика эффективности операций при язвенном пилородуоденальном стенозе. // Хирургия. - 2002. - № 5. - С. 26-29.
33. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. - Краснодар, 1995. - 186 с.
34. Оноприев В.И., Замулин Ю.Г., Сиюхов К.Т., Караваев В.Л. Дуоденопластика - новый тип дренирующей желудок операции при селективной проксимальной ваготомии у больных со стенозирующими язвами двенадцатиперстной кишки. // Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции хирургов. - Саратов, 1980. - С. 239-240.

35. Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Бабкова И.В. Результаты стволовой и селективной проксимальной ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями при язвенном пилородуоденальном стенозе // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2003. - № 8. - С. 22-27.
36. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза. // Хирургия. - 2003. - № 2. - С. 18-21.
37. Передерий В.Г., Ткач С.М. Язвенная болезнь или пептическая язва? - Киев. - 1997. - 158 с.
38. Рахметов Н.Р., Хребтов В.А., Аймагамбетов М.Ж. Особенности дуоденопластики при различных локализациях язв двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 2004. - № 12. - С. 35-37.
39. Рухляда Н.В., Назаров В.Е., Ермолаев И.А. Фармакотерапия в комплексном лечении язвенных стенозов. // Вестник хирургии. - 2003. - Том 162. - № 3. - С. 97-100.
40. Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Юрищев В.А., и другие Диагностический алгоритм при перфоративной гастродуоденальной язве. // Материалы всероссийской конференции хирургов. «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» // Саратов. - 2003. - с.77.
41. Толстокоров А.С., Завалев В.И., Кедров Д.А., и др. Современные проблемы хирургического лечения больных с гастродуоденальными язвами. // Материалы всероссийской конференции хирургов. «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». // Саратов. - 2003. - с.26.
42. Туманов А.Б. Селективная проксимальная ваготомия с дренирующими желудок операциями при рубцово-язвенном стенозе привратника: автореферат дис. ... канд. мед. наук. - М., 1995.
43. Хаджибаев А.М., Маликов Ю.Р., Янгиев Б.А., Жамилов У.Р., Мельник И.В. Нутритивная поддержка в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу осложненных гастродуоденальных язв. // Вестник хирургии. - 2005. - Том 164. - № 6. - С.19-21.
44. Харнас С.С., Самохвалов А.В., Ларьков Р.Н. Влияние хеликобактериоза на результаты хирургического лечения язвенной болезни. // Хирургия. - 2000. - № 6. - С. 56-62.
45. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. - М., Медицина. - 1996. - 255 с.
46. Черноусов А.Ф., Чернявский А.А., Корчак А.М., Ришко В.В. Дуоденопластика как дренирующая операция в хирургии постбульбарных стенозирующих дуоденальных язв. // Вестник хирургии. - 1983. - № 3. - С. 56-59.
47. Baron J.H., Logan R.P.H. Proc R Coll Physicians Edinb. - 1994. - 24. - P. 21-36.
48. Dittrich K., Blauensteiner W., Schrutka-Kolbi C. et all. Am Coll Surg. - 1995. - 180. - 6. - P. 654-658.
49. Greene F.L. Surg Gynec obstet. - 1990. - 171. - P. 477-480.
50. Johnson A.G. Br J Surg. - 1994. - 81. - P. 161-163.
51. Kahrilas P.J., Shi G., Manka M., et al. Increased frequency of transient lower esophageal sphincter relaxation induced by gastric distention in reflux patients with hiatal hernia. // Gastroenterology. - 2000. - Vol.118. - № 4. - P. 688-695.
52. Lee Y.T., Sung J.J., Choi C.L. et all. Ulcer recurrence after gastric surgery: is Helicobacter pylori the culprit? Am J Gastroenterol 1998 Jun; 93: 6: P. 928-931.

53. Mc Namara D, Buckley M, O'Morain C. Helicobacter pylori-induced duodenal ulcer frequently coincides with gastro-oesophageal reflux disease. *Dig Liver Dis.* 2002 Aug;34(8):542-6.
54. Meisner S., Hoffman J. *Ann Surg.* - 1994. - 220. - 2. - P. 164-167.
55. Millat B, Fingerhut A, Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials. - *World J Surg.* - 2000 Mar; 24(3). - P. 299-306.
56. Mittal R. K., Balaban D.H. The esophagogastric junction. // *The New England Journal of Medicine.* -1997. - Vol.336. - №13. - P. 924-932.
57. Paimela H., Paimela L., Myllykangas-Luosujarvi R., Kivilaakso E. Current features of peptic ulcer disease in Finland: incidence of surgery, hospital admissions and mortality for the disease during the past twenty-five years // *Scand J Gastroenterol.* -2002.- Vol.37, N4. -P. 399-403.
58. Peiper C., Titkova S.M., Polivoda M. et al. Electrophysiological and mechanical activity of the upper gastrointestinal tract after duodenoplasty or segmental resection of benign gastric outlet stenosis // *Dig. Dis. Sci.* -2000.- Vol.45, N3. -P. 529-537.
59. Robles-Campos R., Lujan-Mompean J.A., Parilla-Paricio P. et al. *Surg Gynec Obstet.* - 1993. - 176. - P. 594-597.
60. Xing J., Brody F., Rosen M. et al. The effect of gastric electrical stimulation on canine gastric slow waves // *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver. Physiol.* -2003.-Vol.284, N6. -P. 956-962.
61. Yeom J.S., Park H.J., Cho J.S., Lee S.I., Park I.S.. Reflux esophagitis and its relationship to hiatal hernia. // *J. Korean. Med. Sci.* - 1999. - Vol.14. - №3. - P. 253-256.