

Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв*

Жерлов Г.К.

Modern trends in diagnostics and treatment of gastroduodenal ulcers

Zherlov G.K.

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ Минздрава РФ, г. Северск

© Жерлов Г.К.

В лекции приведены современные взгляды на диагностику и выбор тактики в лечении осложненных и неосложненных гастродуоденальных язв, проанализированы многолетние результаты применения на практике органосохраняющих и органомоделирующих операций при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Отражены достижения в сохранении качества жизни оперированных больных. Предложены оригинальные классификации функциональной активности гастродуоденоанастомоза и степени анастомозитов.

Ключевые слова: язвенная болезнь, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, оперативное лечение, диагностика, хирургия, гастроэнтерология.

In the lecture the modern views on diagnostics and tactic choice in the treatment of complicated and uncomplicated gastroduodenal ulcers have been presented and long-term results of organ-saving and organ-modeling surgery experience during complicated stomach and duodenal ulcers have been analyzed. Achievements in life quality saving of operated patients have been cited. Novel classifications of gastroduodenal anastomosis functional activity and anastomosis degrees have been proposed.

Key words: stomach ulcer, gastric ulcer, duodenal ulcer, surgical treatment, diagnostics, surgery, gastroenterology.

УДК 616.33/.342–002.44–07–08

Введение

Язвенной болезнью страдает огромное число людей. К примеру, в благополучной Европе число язвенников составляет 2–3% населения. По данным Минздрава РФ, в нашей стране на учете находится около 3 млн больных, из них каждый десятый был оперирован (Кравцова Т.Ю., 2000; Крылов Н.Н., 2000). В Москве гастродуоденальные язвы встречаются у 5–7 человек на 1000 населения, в Санкт-Петербурге — у 10 (Новицкий В.А., 1996). В США ежегодно регистрируется 350 тыс. новых случаев заболевания язвенной болезнью, 100 тыс. человек ежегодно подвергаются хирургическому лечению и 6 тыс. умирают от различных осложнений этого заболевания (Кузин Н.М., 1997; Петров В.П., 2001). Среди причин инвалидности заболевания желудочно-кишечного тракта зани-

мают 5-е место (2,3% от первичной инвалидности), причем к стойкой утрате трудоспособности в 50,6% из них приводит язвенная болезнь (из них 2/3 после оперативного лечения) (Пустынкина Л.С. с соавт., 2000).

В настоящее время нет единого мнения в вопросах патогенеза язвообразования и, как следствие, отсутствует единый этиопатогенетический подход к лечению пациентов с язвенной болезнью. Сегодня уже не вызывает сомнения тот факт, что основным методом лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) должен быть консервативный. Появление новых эффективных лечебных препаратов, таких как блокаторы протонной помпы и H₂-блокаторы, антигеликобактерные средства, привело к уменьшению числа операций.

* Актовая лекция, прочитанная 11 ноября 2003 г. на заседании ученого совета Сибирского государственного медицинского университета. Томск, 2003.

Вместе с тем возникающие у части больных осложнения в виде кровотечения, перфорации, пенетрации, стенозирования, малигнизации требуют хирургического вмешательства. Причем частота осложненных форм болезни, требующих неотложного оперативного вмешательства, не имеет тенденции к снижению. И если, по данным Минздрава РФ, в России за последнее время число плановых операций при язвенной болезни снизилось в 2 раза, то число экстренных операций за этот же период, напротив, увеличилось в 2—3 раза, соответственно и операционная летальность возросла на 20—25%.

По мере накопления опыта в хирургическом лечении язвенной болезни выяснилось, что любое оперативное вмешательство приводит к развитию патологических органических и функциональных симптомов, таких как рецидив язвы, демпинг-синдром, дуоденогастральный рефлюкс, диарея.

Общеизвестным является тот факт, что одним из ведущих патогенетических факторов формирования болезней оперированного желудка является объем и способ его резекции. Большое значение при этом имеет ликвидация привратникового механизма и дуоденального пассажа, что является, как писал великий русский физиолог И.П. Павлов, «...тяжелым нарушением единства пищеварительной системы».

На сегодняшний день при язвенной болезни применяется большое число органосохраняющих и органомоделирующих методик оперативных вмешательств. Однако следует заметить, что ни одна из них не решает до конца проблему профилактики «болезни оперированного желудка».

В связи с вышеизложенным основное направление работы НИИ гастроэнтерологии СибГМУ — функциональная хирургия язвенной болезни — является весьма актуальным.

Решение главной задачи заключается в разработке новых органосохраняющих и органомоделирующих операций, направленных на максимально возможное сохранение формы и функции желудка, предусматривающее восстановление трансдуоденального пассажа пищи и моделирование искусственных сфинктеров взамен разрушенных или удаленных естественных, что явля-

ется залогом улучшения качества жизни оперированных больных.

1. Современные методы инструментальной диагностики язвенной болезни

Говоря о хирургическом лечении, считаю необходимым остановиться на дооперационной диагностике, которая во многом является определяющим моментом в выборе вида и способа оперативного лечения.

Не останавливаясь на рутинных способах диагностики язвенной болезни, хочу задержаться на современных методах предоперационного обследования.

рН-метрия. С целью исследования кислотопродуцирующей функции желудка методом внутрижелудочной рН-метрии используются рН-зонды, преобразующие физико-химический параметр среды — концентрацию водородных ионов — в электрический сигнал в диапазоне величины рН от 1,0 до 9,3. Данный метод позволяет более физиологично изучить кислотопродуцирующую функцию желудка.

В своей работе мы использовали следующие методики рН-метрии:

- кратковременная внутрижелудочная рН-метрия;
- продолжительная (24-часовая) внутрижелудочная рН-метрия;
- эндоскопическая рН-метрия.

Кратковременную внутрижелудочную рН-метрию проводили на аппарате «Гастроскан-5», имеющем возможность работать с двух-, трех- и пятиэлектродными рН-зондами.

Исследования, проводимые с помощью внутрижелудочной рН-метрии, значительно расширили возможности определения кислотообразующей функции желудка. Внутрижелудочная рН-метрия позволяет отдельно изучать процессы, которые происходят в различных зонах желудка: кислотообразование в теле и защелачивание в антральном отделе, возникновение дуоденогастральных и гастроэзофагеальных рефлюксов. В то же время если кратковременная рН-метрия может использоваться как базисный метод исследования желудочного кислотообразования, то 24-

часовая рН-метрия позволяет не только выявить наличие, но и исследовать особенности возникновения рефлюксов у больного. Выполнение эндоскопической рН-метрии необходимо для оценки кислотообразования и установления размеров кислотопродуцирующей зоны желудка.

Эндоскопическая ультрасонография. В последние годы широко внедряется эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), которая позволяет специалисту видеть не только поверхность слизистой оболочки, но и осмотреть все слои органа висеть степень риска кровотечения. На рис. 1 приведена эндосонограмма больного с язвой задней стенки луковицы ДПК, осложненной пенетрацией в головку поджелудочной железы и наличием сосудистой структуры в дне язвы. Дном язвенного дефекта является ткань поджелудочной железы, видимый сосуд диаметром 1,2 мм подходит непосредственно к ее поверхности, что свидетельствует о высоком риске рецидивного кровотечения. В данном случае пациенту показано оперативное лечение.

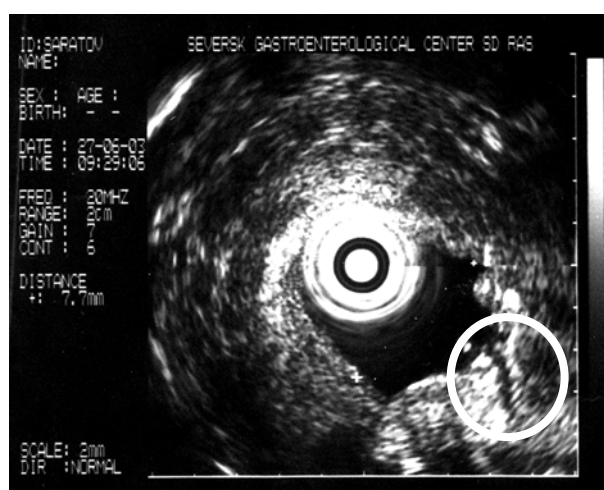


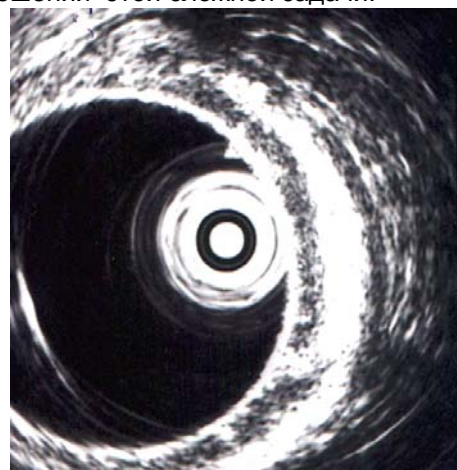
Рис. 1. Ультразвуковая эндосонограмма больного В., 35 лет. В дно язвы открывается сосуд (выделен)

При выборе органосохраняющего варианта операции важным моментом является сохранение органической состоятельности пилорического жома. ЭУС позволяет достаточно достоверно диагностировать степень рубцовых изменений стенки и прогнозировать развитие стеноза. На рис. 2,а представлен рубцово-измененный при-

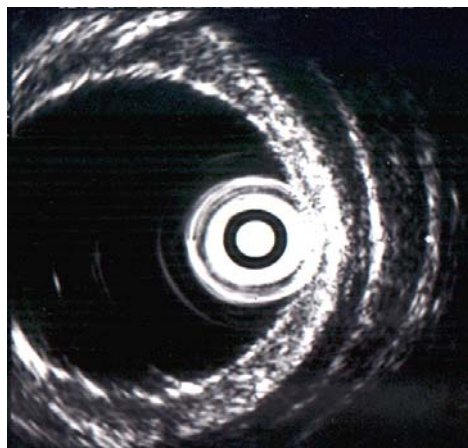
и близлежащие структуры. Даже незначительные изменения стенки желудка эндосонографически визуализируются с гистологической достоверностью.

Так, с помощью ЭУС можно прогнозировать риск желудочно-кишечного кровотечения. Например, при осмотре дна язвенного дефекта, который зачастую прикрыт фибрином, использование ЭУС позволяет визуализировать сосудистые структуры в глубине стенки, от их размера и глубины залегания будет завратник, отчетливо видна соединительно-тканная прослойка в мышечном слое. Такое выраженное замещение соединительной тканью мышечного слоя пилорического жома является объективным критерием его органической несостоятельности. Для сравнения показан органически и функционально состоятельный привратник (рис. 2,б).

Наконец, значительные трудности вызывает дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных язв желудка. Зачастую факт раковой язвы подтверждается лишь при плановом гистологическом исследовании резецированного желудка. Применение ЭУС помогает в решении этой сложной задачи.



а



б

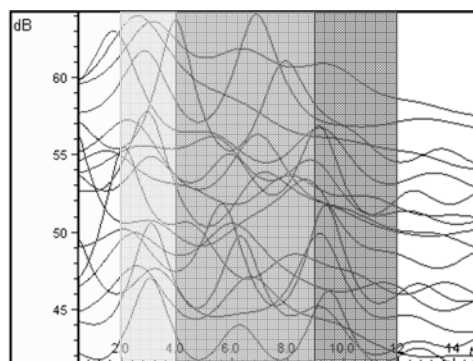
Рис. 2. Ультразвуковая эндосонограмма: а — органическая несостоятельность пилорического жома; б — функционально состоятельный пилорус

Необходимо учитывать следующие критерии злокачественных язвенных поражений:

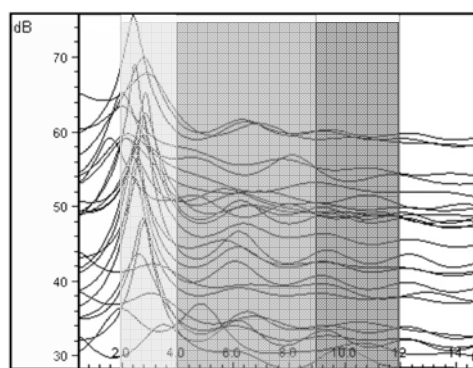
- протяженность инфильтрации стенки более 50 мм;
- толщина стенки более 10 мм;
- толщина дна язвы более 5 мм;
- экзогенность дна язвы;
- наличие увеличенных регионарных лимфоузлов;
- форма, контуры, экзогенность и размеры лимфоузлов;
- преимущественное утолщение слизистого слоя стенки желудка в отличие от подслизистого при хронической язве;
- неровный серозный слой стенки желудка в месте поражения.

Электрогастрография. В нашей клинике для изучения двигательной функции желудка внедрена и используется современная компьютеризированная многоканальная система «Полиграф». Электрогастрографическое (ЭГГ) исследование проводят для оценки моторной функции желудка до и после лечения и для дифференциальной диагностики различных заболеваний желудка. Электрогастрографический метод позволяет обнаружить нарушение перистальтической деятельности в том случае, если рентгенологическое обследование его еще не регистрирует. Так, например, в период обострения язвенной болезни

по результатам текущего спектрального анализа преобладает тахикармический тип нарушения моторики, характеризующийся совокупностью бради- и тахикармических отклонений. По мере стихания процесса ЭГГ постепенно приближается к нормальному виду с формированием нормогастрического типа моторики (рис. 3).



а



□ Брадикастрия □ Нормогастрия
 ■ Тахикастрия ■ ДПК

б

Рис. 3. Электрогастрография больного П., 48 лет. Диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: а — период обострения; б — период ремиссии

2. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв

При язвенной болезни желудка и сочетанных язвах в клинике используем 7 вариантов операций на желудке, в том числе 4 пилорусомоделирующих, 1 пилоруссохраняющий, 1 — с формированием искусственной кардии и 2 варианта гастропластических операций. На рис. 4 представлены эти варианты резекции.

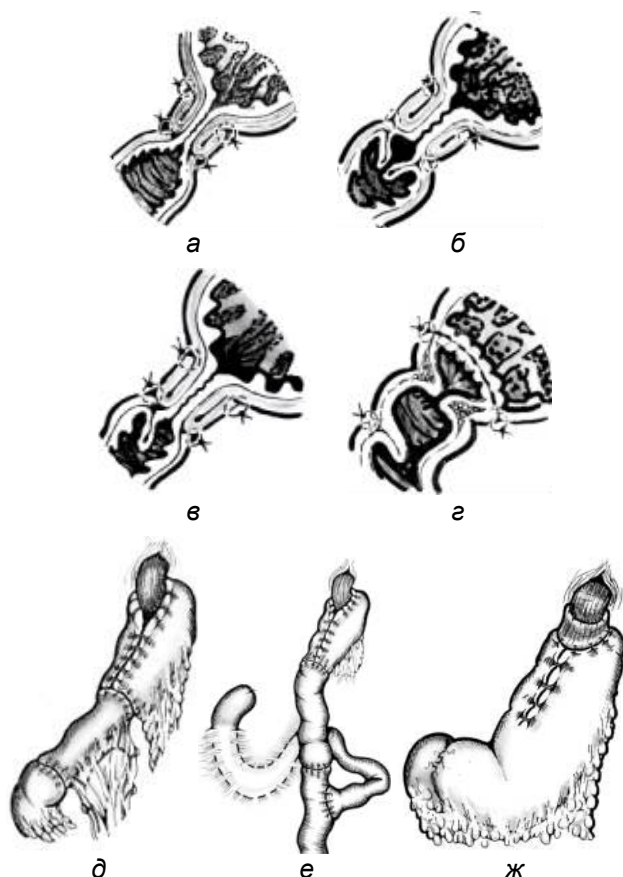


Рис. 4. Варианты резекции желудка: а — дистальная резекция желудка с искусственным пилорическим жомом; на фронтальном разрезе показана структура гастродуоденоанастомоза; б — дистальная резекция желудка с искусственным пилорическим жомом в сочетании с полным инвагинационным клапаном из подслизисто-слизистых тканей; в — дистальная резекция желудка с искусственным пилорическим жомом в сочетании с клапаном-створкой, формируемым из подслизисто-слизистых тканей передней стенки культи желудка и двенадцатиперстной кишки; г — пилоруссохраняющая резекция желудка с клапаном по передней поверхности двенадцатиперстной кишки; д — субтотальная дистальная резекция желудка по Ру с инвагинационным клапаном в отводящей петле тонкой кишки; е — субтотальная дистальная резекция желудка с первичной еюногастропластикой; ж — проксимальная резекция желудка с формированием инвагинационно-клапанного эзофагогастроанастомоза

Мы придерживаемся индивидуальной тактики в выборе способа операции для каждого пациента, который определяется следующими моментами:

- типом, локализацией и размером язвы;
- уровнем кислотопродукции;

— морфофункциональным состоянием пищевода, желудка и ДПК;

— выраженностью патоморфологических изменений в слизистой оболочке желудка.

Говоря о выборе способа операции при язвенной болезни желудка, позвольте напомнить классификацию желудочных язв, предложенную Н.Д. Johnson в 1965 г. и модифицированную В.Н. Чернышевым, В.И. Белоконовым в 1993 г.

К язвам желудка первого типа относятся истинные язвы тела желудка; язвы второго типа (сочетанные) — язвы желудка и язвы (постъязвенные рубцы, рубцовая деформация) луковицы ДПК; третий тип — язвы пилорического отдела и пилорического канала и, наконец, четвертый тип — множественные язвы желудка.

Итак, при язвах желудка первого типа, при отсутствии пенетрации в малый сальник, функциональной и органической несостоятельности пилорического жома, суб- и декомпенсированной формах дуоденостаза показана пилоруссохраняющая резекция желудка. При язвах желудка, осложненных пенетрацией в малый сальник, с вовлечением двигательных веточек нерва Латарже, при функциональной или органической недостаточности привратника считаем необходимой пилорусмоделирующую резекцию желудка с формированием искусственного пилороподобного жома в сочетании с клапанными структурами.

При язвенной болезни желудка второго типа выбираем дистальную резекцию желудка с искусственным жомом в сочетании с клапаном-створкой. Эта операция показана в случаях грубой рубцовой деформации луковицы ДПК, открытой дуоденальной язве или после ушивания перфоративной язвы.

При язвенной болезни желудка третьего типа в связи с функциональной или органической недостаточностью привратника необходимой операцией является пилорусмоделирующая резекция желудка, предусматривающая создание искусственного пилорического жома в сочетании с клапанными структурами.

При четвертом типе язвенной болезни желудка операция носит сугубо индивидуальный характер и определяется как локализацией и размера-

ми язвенных дефектов, так и состоянием привратника желудка, характером морфологических изменений слизистой оболочки желудка.

В особых случаях язвенной болезни, при язвах тела желудка более 5 см в диаметре с пенетрацией в соседние органы, при гигантских субкардиальных язвах с выраженной деформацией субкардиального отдела с пенетрацией в соседние органы резекция желудка выполняется в объеме субтотальной. Аналогичная ситуация возникает при наличии гигантских язв тела желудка в сочетании с выраженными диспластическими процессами в слизистой оболочке тела желудка. С целью восстановления функциональной состоятельности формируемого органокомплекса у таких больных выполняется первичная еюногастропластика или накладывается Y-образный анастомоз с инвагинационным клапаном в отводящей петле тонкой кишки. При язвах собственно кардии или субкардиальных язвах с локализацией на задней стенке показано выполнение проксимальной резекции желудка с инвагинационно-клапанным эзофагогастроанастомозом.

Показанием к выполнению органосохраняющих операций в нашей клинике являются:

- Язвенная болезнь луковицы и постбульбарного отдела ДПК.
- Наличие нормацидного и умеренно выраженного гиперацидного состояния желудка, положительный тест медикаментозной ваготомии. Грубой тактической ошибкой считаем выполнение операции по поводу язвенной болезни без дооперационного изучения кислотопродуцирующей функции желудка. Только наличие информации о состоянии кислотопродукции и ее изменении под воздействием фармпрепаратов (медикаментозная ваготомия) позволит выполнить адекватную операцию, обеспечивающую стойкое снижение агрессивного пептического фактора.

- Отсутствие атрофического и гиперпластического гастрита, метаплазии и дисплазии эпителия. Не секрет, что зачастую операции по поводу язвенной болезни выполняются без гистологического изучения состояния слизистой желудка. Вместе с тем наличие диспластических изменений слизистой в отдаленные сроки после опера-

ции может стать причиной развития рака оперированного желудка.

- Отсутствие суб- и декомпенсированной формы дуоденостаза и парапиллярных дивертикулов. Обязательным считаем рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки до операции. Единственным противопоказанием к рентгеноскопии может служить экстренный характер оперативного вмешательства (кровотечения, перфорация) либо невозможность выполнения полноценной рентгеноскопии ДПК на фоне декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка.

- Отсутствие органической патологии пилорического жома. В этой связи новым шагом в оценке состояния пилорического жома является эндоскопическая ультрасонография, с помощью которой на ультраструктурном уровне можно изучить структуру пилоруса и судить о его функции (о чем было сказано выше).

При изолированной язвенной болезни ДПК в нашей клинике применяются органосохраняющие операции — селективная проксимальная ваготомия (СПВ) с коррекцией пилоруса и (или) кардии. Выбор способа завершения операции зависит от локализации язвенного дефекта и наличия (или отсутствия) состоятельности кардиального и пилорического жомов.

При пилоробульбарных язвах, протекающих на фоне органической несостоятельности пилорического жома (по данным эндоскопического и рентгенологического исследований, а также трансабдоминальной и эндоскопической ультрасонографии), выполняется пилоровосстанавливающая операция.

Когда пептическая язва локализуется на передней стенке начального отдела луковицы ДПК с вовлечением в рубцовый процесс пилорического жома, выполняется передняя гемипилорэктомия с восстановлением пилорического сфинктера (рис. 5,а).

Если язвенная ниша находится в начальном отделе медиальной стенки луковицы ДПК с распространением рубцовых тканей на пилорус, выполняется пилоробульбэктомия с последующим восстановлением пилорического сфинктера (рис. 5,б).

Наконец, в том случае, если до операции у пациента установлена выраженная гиперсекреция, недостаточность кардиального жома (скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы), с целью подавления кислотопродуцирующей функции желудка и профилактики рефлюкс-эзофагита проводится СПВ с хирургической коррекцией кардии (рис. 5, в).

За более чем 20-летний период работы в клинике новые хирургические технологии были применены у 1184 больных. В том числе у 738 (62,3%) с язвенной болезнью ДПК и 446 (37,7%) — желудка.

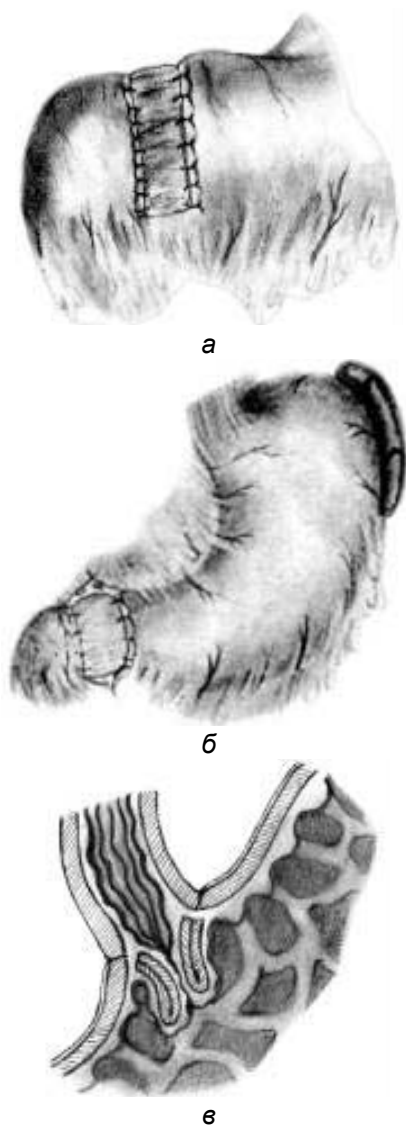


Рис. 5. Органосохраняющие операции при язвенной болезни

Резекция желудка была выполнена у 950 (80,2%) больных, органосохраняющие операции — у 234 (19,8%). Такое соотношение органосохраняющих и резекционных операций объясняется объективным подходом в выборе показаний к селективной проксимальной ваготомии. Положительным фактором такого подхода является низкий процент рецидива язвы после СПВ. Так, при более чем 15-летнем наблюдении процент рецидива пептической язвы после ваготомии в клинике составил 1,7% (4 больных).

В раннем послеоперационном периоде умерло 6 пациентов, что составило 0,5%. У 3 больных причиной смерти явилась тромбоэмболия легочной артерии, легочные и сердечно-сосудистые осложнения — у 2, и один пациент погиб от послеоперационного панкреатита.

Средний койко-день в клинике после операции на желудке составил $11,8 \pm 2,4$ сут. При этом он существенно не отличался в группе больных после резекции желудка ($12,6 \pm 2,1$ сут) и после СПВ ($10,9 \pm 2,7$ сут).

Ни в одном случае в раннем послеоперационном периоде мы не имели осложнений, обусловленных применением разработанных новых способов операции.

Средние сроки временной утраты трудоспособности составили $60 \pm 5,3$ сут. Как и длительность послеоперационного койко-дня, число дней на больничном листке не отличалось существенно у пациентов, перенесших резекцию желудка ($60,3 \pm 2,1$ сут) либо органосохраняющее вмешательство ($59 \pm 2,7$ сут).

С помощью инструментальных методов исследования в ранние сроки после операции изучали моторно-эвакуаторную функцию оперированного желудка, на основании чего определяли стратегию и тактику лечебно-реабилитационных мероприятий.

При эндоскопическом исследовании в ранние сроки после операции картина анастомозита 0 степени по классификации Н.С. Рудой (1999) имела место у 86,2% больных, анастомозита I степени — у 1%, а у 1,3% больных эндоскопиче-

ская картина соответствовала анастомозиту II степени. У остальных больных анастомозит не наблюдался.

Заживление швов анастомоза после всех типов резекции и формирования анастомоза по типу первичного натяжения установлено в 93,2% случаев.

По результатам рентгенологического исследования пациентов, после резекции желудка нарушения моторно-эвакуаторной функции культи имеют место у 83,5% в виде гипотонии, а у 1,9% больных имеет место атония культи желудка. После селективной проксимальной ваготомии моторно-эвакуаторные расстройства в виде гипотонии желудка отмечены у 77,7% больных, в том числе у 6,3% пациентов имела место атония желудка.

В ближайшие и отдаленные сроки после оперативного вмешательства сохраняется слоистая структура зоны жома и клапана и отчетливо просматриваются сосуды в продольном и поперечном сечении, что свидетельствует о жизнеспособности сформированного искусственного сфинктера.

Однако зачастую оценка выполненной операции, которую дает врач, существенно отличается от оценки пациента. В последнее время широко используется изучение качества жизни (КЖ), которое определяет сам больной. Иными словами, изучается объективный показатель субъективности. В настоящее время известно много вариантов оценки качества жизни — от общепризнанных мировых шкал до местных, используемых в тех медицинских учреждениях, из которых они вышли.

В нашей клинике оценка КЖ проводится с помощью специфического опросника — гастроинтестинального индекса для хирургических больных (GIQLI), который был создан специальной международной комиссией и является специфичным для гастроинтестинальной хирургии.

Тест включает 36 вопросов, касающихся 5 основных категорий КЖ: общее субъективное восприятие своего здоровья (< 1), психическое состояние (< 2), физическое состояние (< 3), социальное функционирование (< 4), ролевое функционирование (< 5). На

каждый вопрос респондент может дать ответ по пятибалльной шкале (от 0 до 4 баллов). Затем подсчитывается сумма баллов по всем вопросам, которая и является гастроинтестинальным индексом (ГИ) для данного пациента. При этом чем больше ГИ, тем выше качество жизни. Максимально возможное значение ГИ — 144 балла.

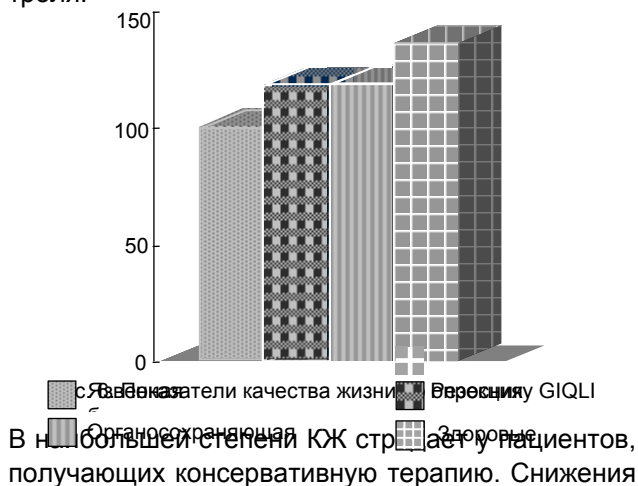
Основная группа тестированных — 206 пациентов, оперированных с использованием новых хирургических технологий в сроки от 1 года и более после операции. В качестве группы контроля проанализированы результаты опроса 50 здоровых лиц и 56 пациентов с язвенной болезнью в стадии ремиссии. Группы были близки по возрастному-половому составу.

По результатам опроса гастроинтестинальный индекс в основной группе составил 118 баллов, в группе контроля — 136 баллов, а среди пациентов с язвенной болезнью — всего 101 балл (рис. 6).

При сравнении пациентов с язвенной болезнью и оперированных были выявлены достоверные отличия по общему ГИ и по категориям: общее субъективное восприятие своего здоровья (< 1), психическое состояние (< 2), физическое состояние (< 3) и социальное функционирование (< 4).

Таким образом, в результате подсчета ГИ оказалось, что у больных гастродуоденальными язвами

КЖ значительно ниже показателей группы контроля.



качества жизни больных, связанного с выполнением оперативного вмешательства, не выявлено.

Применение новых хирургических технологий в лечении язвенной болезни желудка полностью оправдало себя. Результаты инструментальных исследований 988 больных в отдаленные сроки после операции были следующими.

Рецидив пептической язвы был выявлен у 6 (0,6%) пациентов (в том числе 2 пациента с синдромом Золлингера—Эллисона), рефлюкс-эзофагит — у 12 (1,21%) (в том числе катаральный — у 11 и у 1 пациента после проксимальной резекции желудка — эрозивно-язвенный эзофагит), демпинг-синдром средней степени тяжести у 3 (0,3%, все пациенты после операции Ру). Эти пациенты были пролечены консервативно и в хирургическом лечении не нуждались.

Ни в одном случае после операции по поводу язвенной болезни пациент не был признан инвалидом.

На основании проведенных комплексных клинко-эндоскопических исследований нами разработана и применяется классификация функциональной активности гастродуоденоанастомоза, основанная на числе сокращений последнего в единицу времени.

Классификация функциональной активности анастомозов: функционально пассивный анастомоз — за контрольный промежуток времени (1 мин) перистальтика анастомоза не зарегистрирована или наблюдались его неполные сокращения:

- I степень — 1 сокращение в минуту;

- II степень — 2—3 сокращения в минуту;
- III степень — 4—5 сокращений в минуту.

Заключение

Показания и выбор способа хирургического лечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки остаются предметом дискуссии терапевтов и хирургов. Проводимые изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения гастродуоденальных язв показывают, что объем и способ резекции желудка является одним из ведущих факторов возникновения и прогрессирования болезни оперированного желудка.

Использование в предоперационном периоде как традиционных, так и новых методов обследования позволяет выбрать адекватный способ консервативного или оперативного лечения у пациентов с язвенной болезнью.

Комплексное обследование больных в ранние и отдаленные сроки после операции показывает, что созданные искусственно кардия, привратник сохраняют свое строение, возмещают утраченную форму и функцию желудка, обеспечивают надежную профилактику постгастрорезекционных синдромов и восстанавливают качество жизни оперированных пациентов.

Список собственных трудов по проблеме хирургического лечения гастродуоденальных язв

1. Жерлов Г.К., Дамбаев Г.Ц. Резекция желудка с искусственным жомом в области анастомоза в хирургии гастродуоденальных язв. Томск: Изд-во Том ун-та, 1993. 150 с.
2. Жерлов Г.К., Зыков Д.В., Баранов А.И. Арефлюксные анастомозы в хирургии рака желудка. Томск: Изд-во ТПУ. 1996. 172 с.
3. Жерлов Г.К., Кошель А.П. Первичная и реконструктивная еюногастропластика в хирургии заболеваний желудка. Томск: Изд-во Том ун-та, 1999. 212 с.
4. Жерлов Г.К., Ефименко Н.А., Зыков Д.В. Хирургическое лечение «трудных» язв желудка. Томск: Изд-во ТПУ. 1999. 168 с.
5. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Гибадулин Н.В. Пилорусмоделирующие и пилоруссохраняющие резекции желудка. М.: МЗ Пресс, 2000. 144 с.
6. Оперированный желудок. Анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования / Под ред. Г.К. Жерлова, А.П. Кошеля. Новосибирск: Наука, 2002. 240 с.
7. Соколов Г.Е., Белобородова Э.И., Жерлов Г.К.

Жерлов Г.К.

Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной

кишки. Томск: STT, 2001. 382 с.

Поступила в редакцию 20.11.2003 г.