

На правах рукописи

ГИБАДУЛИНА ИРИНА ОЛЕГОВНА

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К КОРРЕКЦИИ
МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ,
ОСЛОЖНЯЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
ЯЗВ

14.00.05 – внутренние болезни

14.00.19 – лучевая диагностика, лучевая терапия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

ТОМСК – 2004

Работа выполнена в научно-исследовательском институте
гастроэнтерологии ГОУ ВПО Сибирский государственный
медицинский университет Минздрава России

НАУЧНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

доктор медицинских наук,

профессор

Белобородова Эльвира Ивановна

доктор медицинских наук,

профессор

Жерлов Георгий Кириллович

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ

доктор медицинских наук,

профессор

Тепляков Александр Трофимович

доктор медицинских наук

Бородулина Елена Валентиновна

доктор медицинских наук

Фролова Ирина Георгиевна

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ: ГОУ ВПО Новосибирская
государственная медицинская академия Минздрава России

Защита состоится «_____» _____ 2004г. в ____ часов, на
заседании диссертационного совета Д 208.096.02 при Сибирском
государственном медицинском университете (634050, г. Томск, ул.
Московский тракт, 2).

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской
библиотеке Сибирского государственного медицинского
университета (634050, г. Томск, пр. Ленина, 107).

Автореферат разослан «___» _____ 2004г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Тюкалова Л.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Несмотря на кажущееся решение большинства вопросов этиологии, патогенеза и лечения, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, по-прежнему, остается чрезвычайно значимой медицинской, социальной и экономической проблемой (Помелов В.С., 1995; Барановский А.Ю., 1998; Пиманов С.И., 2000; Ивашкин В.Т., 2001; Охлобыстин А.В., 2001; Howden C.W., 1997; Higham J., 2002).

Наибольшую трудность в лечении представляют собой язвы пилородуоденальной области, которые встречаются в 54–78% случаев от числа всех пациентов, страдающих язвенной болезнью, и характеризуются упорным рецидивирующим течением, нестойкими короткими ремиссиями, склонностью к развитию осложнений хирургического характера (Рустамов Г.А., 1998; Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., 2000; Григорьев П.Я., Яковенко А.В., 2001). Так, по данным литературы, длительная ремиссия отмечается в среднем у 15–19% пациентов с пилородуоденальными язвами, в то время как в 63–71% случаев наблюдается рецидивирующее течение заболевания, а в 14–18% – развитие хирургических осложнений, требующих проведения оперативного лечения (Гурин Н.Н., Логунов К.В., 2001; Кузин М.И., 2001).

Современная медикаментозная терапия, вооруженная антисекреторными и антихеликобактерными средствами, способна гарантированно снизить желудочную секрецию до безопасного в плане рецидива язвенного процесса уровня с одновременной полноценной санацией слизистой оболочки гастродуоденального комплекса (Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., 2002; Tytgat G.N.J., 1998). Почему же в подавляющем большинстве случаев отмечается рецидивирование язвенной болезни пилородуоденальной локализации?

Одним из ключевых механизмов хронизации пилородуоденальных язв, кроме кислотно-пептического фактора агрессии, повреждения защитного слизисто-бикарбонатного барьера и хеликобактериоза, по-видимому, является желудочная и дуоденальная дисмоторика, обусловленная функциональной или органической несостоятельностью пилорического сфинктера и дуоденостазом, с развитием на этом фоне явлений дуоденогастрального рефлюкса и нарушений антродуоденального механизма торможения желудочной секреции.

Традиционные способы исследования моторно-эвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта, широко

применяемые в гастроэнтерологической практике, такие как эндоскопический и рентгенологический, не дают полного представления о морфо-функциональных изменениях гастродуоденального комплекса. Кроме того, не выработана окончательно и врачебная тактика, определяющая индивидуализированный подход к коррекции выраженных дисмоторных проявлений при лечении пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни пилородуоденальной области (Данилов А.С. с соавт., 1994; Бабалич А.К, 1998; Панцырев Ю.М. с соавт., 2000; Рухляда Н.В. с соавт., 2003).

Все это обосновывает разработку лечебно-реабилитационных технологий, основанных на новых практически значимых диагностических критериях, применение которых позволит осуществить индивидуализированный подход к выбору объема и характера необходимой коррекции моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса в каждом конкретном клиническом случае, что и послужило мотивом к выполнению данной работы, определило цель и задачи исследования.

Цель работы. Повысить уровень качества жизни пациентов с язвенной болезнью пилородуоденальной области путем разработки и проведения комплекса диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий на основе дифференцированного подхода к коррекции выраженных моторно-эвакуаторных расстройств верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Задачи исследования:

1. Детализировать практически значимые диагностические критерии морфо-функционального состояния гастродуоденального комплекса у больных с пилородуоденальными язвами.
2. Разработать комплекс терапевтических мероприятий в отношении больных, страдающих пилородуоденальными язвами, осложненными функциональной дисмоторикой гастродуоденального комплекса.
3. Установить показания к выполнению хирургической коррекции моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса.
4. Определить приоритетные направления реабилитационных программ, дополняющих лечебно-диагностические технологии в отношении больных с пилородуоденальными язвами.
5. Оценить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий,

основанных на дифференцированном подходе к коррекции выраженных моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса.

6. Изучить компенсацию морфо-функциональных характеристик верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных в ранние и поздние сроки реабилитационного периода.

Научная новизна. Впервые на большом клиническом материале выделены практически значимые ультразвуковые диагностические критерии морфо-функционального состояния гастродуоденального комплекса, определяющие выбор оптимальной лечебной тактики у больных с пилородуоденальными язвами.

Разработан способ ультразвуковой оценки перистальтической активности привратника, направленный на четкую дифференциацию функционального состояния гастродуоденального перехода (Патент РФ № 2221491 от 20.01.2004г). Предложен способ ультразвуковой диагностики пилороспазма и пилоростеноза, позволяющий разграничить функциональный и органический характер нарушений сократительной способности привратника (Патент РФ № 2218089 от 10.12.2003г). Впервые разработан и применен способ оценки преобладания воспалительных или рубцовых изменений гастродуоденального перехода путем выполнения ультразвуковой амплитудной гистографической оценки акустических параметров его стенок в области наибольшего сужения и деформации, позволяющий дифференцировать структуру альтерации пилородуоденальной области (Патент РФ № 2233120 от 27.07.2004г.).

Выработаны четкие критерии к выбору способа медикаментозной либо хирургической коррекции моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса при лечении больных с пилородуоденальными язвами. Клинически обоснован способ лечения больных с пилородуоденальными язвами, сочетающимися с дуоденогастральным рефлюксом, предполагающий хирургическую коррекцию органически несостоятельного привратника с целью купирования выраженных моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса (Патент РФ №2148996 от 24.12.1998г).

Предложены программы реабилитационных мероприятий в отношении данной категории больных, с обязательным контролем их эффективности посредством проведения индивидуального мониторинга качества жизни пациентов. Проведен анализ эффективности клинического применения лечебно-

реабилитационных мероприятий, основанных на дифференцированном подходе к медикаментозной или хирургической коррекции моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса.

Практическая значимость работы. Дифференцированный подход к выбору способа лечения пилородуоденальных язв, включающий в себя медикаментозную или хирургическую коррекцию моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса с последующим проведением индивидуальных реабилитационных программ, позволяет добиться стойкой ремиссии у 89,4% пациентов, избежать развития острых хирургических осложнений, восстановить высокий уровень качества жизни и осуществить полноценную социальную адаптацию данной категории больных.

Положения, выносимые на защиту:

1. Комплекс диагностических мероприятий, проводимый пациентам с пилородуоденальными язвами, наряду со стандартными методами исследований, должен включать ультразвуковые способы оценки перистальтической активности привратника, состояния антродуоденальной координации, а также верификации природы хронической дуоденальной непроходимости.
2. Углубленная оценка морфо-функционального состояния гастродуоденального перехода позволяет осуществить дифференцированный подход к проведению медикаментозной или хирургической коррекции моторно-эвакуаторных расстройств верхних отделов желудочно-кишечного тракта при лечении пациентов с пилородуоденальными язвами.
3. Результаты мониторинга уровня качества жизни пациентов, в отношении которых применялся дифференцированный подход к коррекции выраженных моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса, свидетельствуют о более высокой эффективности разработанных лечебно-реабилитационных мероприятий в сравнении с традиционной консервативной терапией пилородуоденальных язв.
4. Разработанный комплекс диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий, позволяет добиться высокой степени компенсации морфо-функциональных характеристик верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов, страдающих рецидивирующим течением пилородуоденальных язв.

Внедрение и апробация работы.

Основные положения диссертации обсуждены на проблемной комиссии Сибирского государственного медицинского университета (раздел «Клиническая гастроэнтерология, инфекционные и паразитарные болезни», 18 марта 1998г., Томск), на 6-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы гастроэнтерологии и особенности заболеваний органов пищеварения в Сибирском регионе» (17–18 сентября 1998г., Томск), на Всероссийской научно-практической конференции хирургов Федерального управления «Медбиоэкстрем» «Современные аспекты организации, диагностики и лечения больных хирургического профиля» (27–29 сентября 2000г., Москва), на Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики гастроэнтерологических заболеваний у военнослужащих» (15 февраля 2001г., Нижний Новгород), на заседании итоговой научно-практической конференции Томского военно-медицинского института (26 января 2004г., Томск), на заседании апробационного совета по внутренним болезням Сибирского государственного медицинского университета (15 июня 2004г., Томск).

Результаты исследования внедрены в практику клиник Научно-исследовательского института гастроэнтерологии Сибирского государственного медицинского университета, клиник и поликлиники Томского военно-медицинского института, отделения лучевой диагностики и гастроэнтерологического отделения Томской областной клинической больницы.

Основные положения исследования используются в учебном процессе на кафедре терапии и кафедре общей хирургии (курс хирургических болезней с циклом онкологии) факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов Сибирского государственного медицинского университета, на кафедре амбулаторно-поликлинической помощи Томского военно-медицинского института.

Материалы исследования вошли в монографию «Оперированный желудок: анатомия и функции по данным инструментальных методов исследования» (Новосибирск, 2002г.); учебно-методические пособия «Геликобактериоз: эпидемиология, патогенез, принципы диагностики и базисной терапии» (Томск, 2002г.), «Эндоскопия – взгляд изнутри» (Томск, 2004г.).

По результатам исследования получено 4 патента РФ на изобретение: «Способ лечения больных с пилоробульбарными язвами, сочетающимися с дуоденогастральным рефлюксом»,

№2148996 от 24.12.1998г.; «Способ дифференциальной диагностики пилороспазма и пилоростеноза», №2218089 от 10.12.2003г.; «Способ дифференцированной оценки степени функциональной активности привратника», №2221491 от 20.01.2004г.; «Способ дифференцированной оценки структуры пилоробульбарного стеноза», № 2233120 от 27.07.2004г. Подготовлены и внедрены в клиническую практику три рационализаторских предложения.

Основные положения исследования изложены в 81 научной работе, в том числе 14 в центральной и 2 в зарубежной печати.

Объем и структура диссертации. Работа изложена на 330 страницах машинописного текста, состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа иллюстрирована 36 таблицами, 89 рисунками, 7 диаграммами. Указатель литературы содержит 318 наименований работ (200 отечественных и 118 иностранных).

Материал и методы исследования.

В основу диссертационного исследования положены результаты обследования и лечения 447 пациентов, страдающих пилородуоденальными язвами, сочетающимися с выраженными моторно-эвакуаторными расстройствами гастродуоденального комплекса, у которых было исключено наличие острых хирургических осложнений. Среди них встретилось 286 (64%) мужчин и 161 (36%) женщина. При этом большинство (98,4%) больных относилось к категории лиц трудоспособного возраста.

Средняя продолжительность анамнеза заболевания с момента впервые установленного диагноза и до госпитализации в клинику составила $6,2 \pm 3,7$ года. Клинические проявления язвенной болезни пилородуоденальной области, сочетающейся с моторно-эвакуаторными расстройствами гастродуоденального комплекса, характеризовались в большинстве случаев упорным течением, стойким болевым синдромом, выраженными диспепсическими расстройствами.

По виду проведенного лечения все пациенты были распределены на 3 (две основных и одну контрольную) группы:

– I группа – 263 (58,8%) пациента, получавших комплексное консервативное лечение язвенной болезни, сочетающееся с медикаментозной коррекцией моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса, в том числе 191 больной с нарушениями антродуоденальной координации, проявляющимися

гипомоторной либо гипермоторной дискинезией двенадцатиперстной кишки и 72 пациента с пилороспазмом;

- II группа – 138 (30,9%) пациентов, в состав лечебных мероприятий которых была включена хирургическая коррекция изолированных или сочетанных форм органической несостоятельности привратника (93) и дуоденостаза (97), сочетавшаяся (по показаниям) с антацидной операцией;
- III группа (контрольная) – 46 (10,3%) пациентов, получавших традиционное консервативное противоязвенное лечение, в том числе 27 больных с явлениями гастродуоденальной дискоординации функционального генеза и 19 пациентов с органическими моторно-эвакуаторными расстройствами, отказавшихся от предложенного им оперативного лечения.

Программа комплексного обследования больных состояла из четырех этапов:

1. Обследование перед началом лечения, которое было проведено с целью всесторонней оценки морфо-функционального состояния верхних отделов желудочно-кишечного тракта, уточнения природы и степени выраженности моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса, определения показаний к проведению их коррекции.
2. Обследование в ранние сроки (до 1 месяца) после начала лечения с целью объективизации динамики процессов восстановления моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса, что позволило прогнозировать эффективность выбранной лечебной тактики и, соответственно, определило выбор и объем реабилитационных мероприятий.
3. Обследование в ранний реабилитационный период (от 2-х месяцев до 1 года), которое проводилось для объективной оценки репаративных процессов гастродуоденального комплекса на фоне осуществления мероприятий индивидуальных реабилитационных программ, а также анализ уровня качества жизни пациентов и степени восстановления трудоспособности.
4. Обследование в поздний реабилитационный период (от 1 года до 10 лет) с определением полноты восстановления морфо-функционального состояния верхних отделов желудочно-кишечного тракта и уровня качества жизни больных, что, в конечном итоге, позволило оценить окончательный результат проведенного лечения.

Лабораторные методы исследования включали в себя общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ

крови, выполнявшиеся по стандартным методикам.

Проведение эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки осуществляли фиброскопами фирмы «Olimpus» типа К-2, D-4 с использованием телевидеосистемы OTV-S5. Морфологические исследования микропрепаратов слизистой оболочки желудка проводили после окраски гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону. Лабораторное исследование желудочного содержимого на желчные кислоты осуществляли по методике Иванова Г.Г. (1978).

Диагностику *Helicobacter pylori* производили по результатам измерения уреазной активности биоптата слизистой оболочки, а также при непосредственном обнаружении микроорганизма в биопсийном материале в ходе цитологического исследования.

Желудочную секрецию изучали аспирационно-зондовым методом в базальном периоде, а также в ответ на максимальную стимуляцию инсулином и гистамином. Пристеночную компьютерную рН-метрию проводили на отечественных приборах ацидогастрометр АГМ-05К в модификации «Гастроскан-5» с использованием оригинальных двух-, трех- и пятиэлектродных рН-зондов, и ацидогастрометр АГМ-24 МП в модификации «Гастроскан-24» с непрерывной регистрацией кислотопродуцирующей функции желудка в течение 24 часов и компьютерной обработкой информации.

Изучение моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса проводили с помощью регистрации биопотенциалов желудка электрогастрографом ЭГС-4М и аппаратом Polygraf ID (снабженного шестью поверхностными электродами), полипозиционного рентгенологического исследования с использованием рентгенодиагностического комплекса РУМ-20М и ультразвукового сканирования на аппаратах Aloka SSD-5500, Toshiba Just Vision-400 и Logiq-400 (GE), используя конвексные датчики 3,5; 5,0; 8,0 МГц. Внутриволокнистую манометрию антродуоденальной зоны проводили с помощью аппарата Polygraf ID, снабженного 8-канальным перфузионным катетером SN3873 (расстояние между каналами 2 см с наличием тензодатчика), с последующей обработкой данных на персональном компьютере с программным обеспечением Polygram net.

При проведении мониторинга состояния пациентов, наряду с клинико-инструментальными методами контроля, использовали специализированный опросник для определения уровня качества жизни больных гастроэнтерологического профиля – гастроинтестинальный индекс (GIQLI) с расчетом индекса

предотвращенной потери здоровья (разница между значениями уровня качества жизни до и после лечения) пациентов.

Все полученные данные анализировались методами вариационной статистики с помощью программ Microsoft Excel – 97 и Statistica for Windows (версия 5.1, 1996г.). Нормально распределяемые показатели приведены в их среднем значении со средней квадратичной ошибкой: $M \pm m$. Для отражения степени зависимости между полученными данными использовали коэффициент линейной корреляции (r) – Pearson и нелинейной корреляции (R) – Spearman. Значимость корреляции оценивали по общепринятым критериям: при $p < 0,05$ считали наличие зависимости между признаками достоверными. При $p > 0,05$ наличие или отсутствие связи между признаками считали неустановленным фактом. При $p > 0,95$ наличие связи между признаками считали маловероятными. Значимость различий для параметрических показателей устанавливали с помощью критерия Стьюдента. При сравнении качественных показателей использовали двусторонний точечный метод Фишера. Значимость различий устанавливали по величине значимости критерии (p).

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство пациентов имело длительный язвенный анамнез, несмотря на неоднократно проведенное амбулаторное и стационарное лечение. Длительность заболевания до 2 лет зафиксирована у 81 (18,1%) больного, до 5 лет – у 119 (26,6%), свыше 5 лет – у 247 (55,3%) пациентов.

Обострения язвенной болезни у 24 (5,4%) больных регистрировались не чаще одного раза в год, у 92 (20,5%) пациентов – 2 раза в год, у 331 (74,1%) – более 2-х раз в год с исчезновением сезонности возникновения рецидивов.

При опросе выявлялись жалобы на наличие болевого синдрома с локализацией в эпигастральной области в 143 (31,9%) случаях и в пилорoduоденальной зоне в 304 (68,1%) случаях. При этом он проявлялся в следующих вариантах:

1. Приступообразные, сильные боли продолжительностью 20–40 минут, многократно возобновляющиеся в течение суток – у 233 (52,1%) пациентов.
2. Постепенно нарастающие и медленно стихающие боли – у 128 (28,6%) обследованных.
3. Боли умеренной силы, различной продолжительности, имеющие тенденцию к усилению – у 86 (19,3%) больных.

У 251 (56,2%) пациента болевой синдром сопровождался ощущением тяжести и распираания в эпигастральной области, которое усиливалось после приема пищи. Иррадиация боли наблюдалась у 205 (45,8%) больных: чаще – в 137 (30,6%) случаях – в правое подреберье и под лопатку, у 45 (10,1%) обследованных – в спину, у 23 (5,1%) пациентов – в левую половину грудной клетки.

Характерными проявлениями язвенной болезни пилородуоденальной области явились жалобы на выраженные диспептические расстройства: отрыжка кислым и горечью – у 221 (49,4%) больного; изжога – у 314 (70,2%); тошнота – у 129 (28,9%); рвота с примесью желчи, приносящая облегчение, – у 84 (18,9%); обильная саливация – у 52 (11,6%) пациентов. В 193 (43,2%) случаях наблюдались признаки кишечной диспепсии. В частности, вздутие живота отмечали 24 (5,4%) больных, запоры – 81 (18,1%); синдром диареи констатирован у 88 (19,7%) обследованных.

Большинство (76,5%) пациентов отмечало потерю массы тела, выраженную апатию и астению, значительное снижение трудоспособности, быструю утомляемость, головокружение, как в периоды обострения, так и в периоды ремиссии язвенной болезни.

При выполнении эзофагогастродуоденоскопии локализация язвенного дефекта в области луковицы двенадцатиперстной кишки встретилась в 327 (73,2%) случаях, язвы выходного отдела желудка верифицированы у 120 (26,8%) больных. Размеры язв варьировали от 3 до 27 мм. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки без явлений стенозирования выявлена у 173 (38,7%) пациентов, компенсированный стеноз выходного отдела желудка – у 41 (9,2%) больного.

Следует отметить, что у всех обследованных были выявлены изолированные или сочетанные эндоскопические признаки моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса. В частности, у 59 (13,2%) пациентов – признаки недостаточности кардиального жома, у 293 (65,5%) больных – явления дуоденогастрального рефлюкса; у 228 (51%) больных имелись признаки дуоденостаза.

При проведении гистологического исследования гастробиоптатов отмечено преобладание ($p < 0,05$) атрофических форм гастрита, выявляющихся преимущественно при выраженных (II–III) степенях дуоденогастрального рефлюкса. Персистенция *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка установлена у 292 (65,3%) больных, причем частота встречаемости *Helicobacter pylori* в гастробиоптатах пациентов с атрофическими формами

гастритических изменений была достоверно ($p < 0,05$) выше, чем при других вариантах морфологических изменений слизистой оболочки желудка.

В ходе изучения кислотопродуцирующей функции желудка зондовыми методами у большинства пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки наблюдалась выраженная гиперхлоргидрия, а у больных с язвой выходного отдела желудка – умеренная гиперхлоргидрия. При проведении кратковременной внутрижелудочной рН-метрии показатели среднего значения рН соответствовали гиперацидному состоянию, достоверно ($p < 0,05$) более выраженному в случаях локализации язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке. Исследование ферментовыделительной функции желудка не показало существенной разницы концентрации и дебита пепсина в зависимости от локализации язвенного дефекта ($p > 0,05$).

Результаты полипозиционного рентгенологического исследования выявили наличие признаков выраженных моторно-эвакуаторных расстройств верхних отделов желудочно-кишечного тракта, проявляющихся в гипо- или гипермоторных вариантах дискинезии гастродуоденального комплекса, сопровождающихся в ряде (17,5%) случаев явлениями хронической дуоденальной непроходимости.

При проведении внутриволокнистой антродуоденальной манометрии у 35,7% обследованных фазы мигрирующего моторного комплекса характеризовались преимущественно частыми, мультипиковыми, высокоамплитудными сокращениями антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, с явлениями антиперистальтических всплесков, что соответствовало выраженной антродуоденальной дискоординации по гиперкинетическому варианту.

В 64,3% случаях регистрировались различные нарушения, свидетельствующие об антродуоденальной дискоординации по гипокинетическому типу: редкие низкоамплитудные сокращения выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающиеся периодическим появлением множественных спайковых сокращений последней с распространением волны по антродуоденальному переходу в ретроградном направлении.

При проведении трансабдоминального ультразвукового исследования у 385 (86,1%) пациентов определялась регургитация дуоденального содержимого в полость желудка, причем чаще выявлялся дуоденогастральный рефлюкс средней и выраженной

степени интенсивности, верифицированный соответственно в 43,4% и 31,3% случаев.

Наличие и степень выраженности дуоденогастрального рефлюкса были подтверждены результатами исследований концентрации желчных кислот в желудочном соке: выраженный рефлюкс (II и III степени) превалировал над умеренной степенью регургитации, что составило соответственно 45,8% и 40,7%. Достоверных различий ($p > 0,05$) степени интенсивности дуоденогастрального рефлюкса в зависимости от локализации язвенного дефекта не выявлено.

Анализ структуры самооценки пациентов с пилородуоденальными язвами показал, что средний балл гастроинтестинального индекса исходного уровня качества жизни у пациентов с пилорической и дуоденальной локализацией язв существенно между собой не различался, однако был достоверно ниже ($p < 0,05$) аналогичного показателя популяционной нормы (рис. 1). При этом у данной категории больных отмечена резкая депрессия параметров «физического состояния», «социального и ролевого функционирования».

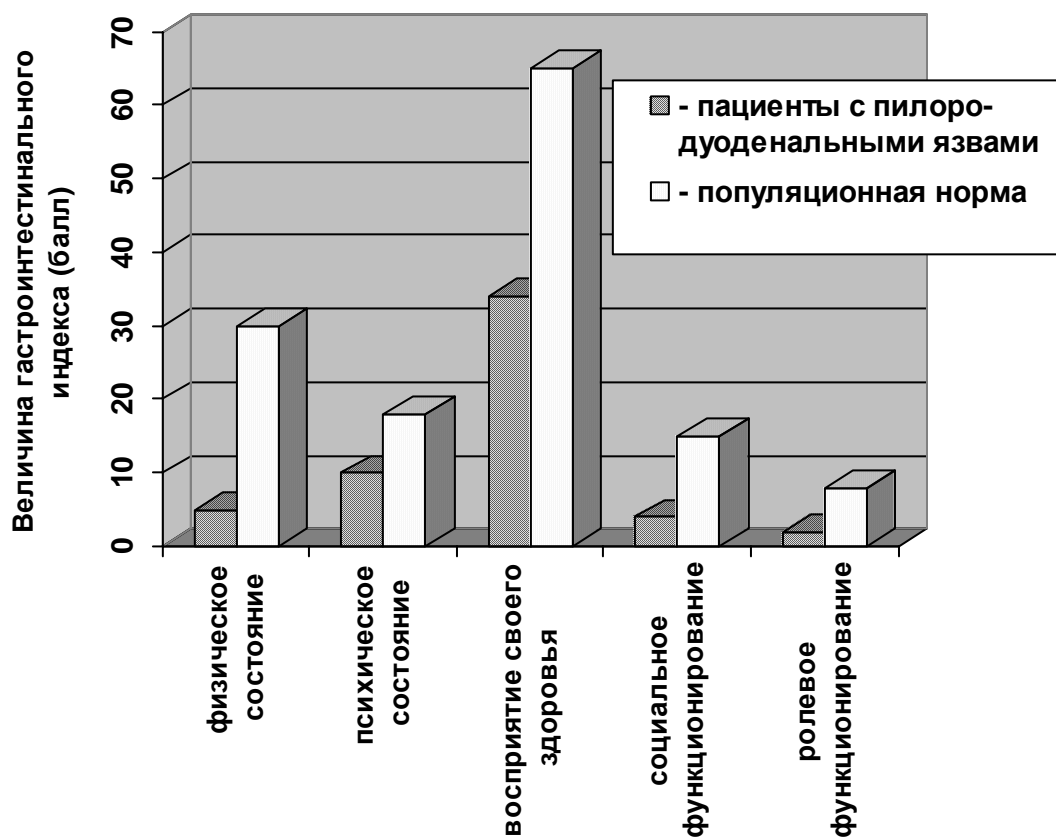


Рис. 1. Сопоставительный анализ составляющих качества жизни обследованных по расчету гастроинтестинального индекса.

Таким образом, результаты проведенных стандартных методов исследования данной категории больных свидетельствуют, что упорное, непрерывно рецидивирующее течение пилородуоденальных язв, с развитием стойкого болевого синдрома, диспептических расстройств и значительным снижением уровня качества жизни больных, было обусловлено развитием выраженных моторно-эвакуаторных расстройств верхних отделов желудочно-кишечного тракта различной природы и степени выраженности. Последние носят выраженный характер и связаны с функциональной или органической несостоятельностью пилорического сфинктера и дуоденостазом, что обосновывает углубленное изучение морфо-функционального состояния гастродуоденального перехода.

С этой целью, наряду с применением стандартных методов диагностики гастродуоденальной дисмоторики, использовались разработанные в клинике оригинальные технологии трансабдоминального ультразвукового исследования желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки по следующему диагностическому алгоритму:

1. Оценка собственно моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса.
2. Оценка степени выраженности дуоденогастрального рефлюкса.
3. Оценка функциональной активности привратника.
4. Дифференциальная диагностика пилороспазма и органических поражений привратника.
5. Оценка структуры поражения стенок гастродуоденального перехода.

Использование разработанного алгоритма позволило выделить практически значимые диагностические критерии углубленной оценки морфо-функционального состояния гастродуоденального комплекса, направленные на верификацию генеза моторно-эвакуаторных расстройств, в частности:

- изучение перистальтической активности привратника с последующим проведением фармакологической пробы с прокинетиками позволило дифференцировать функциональный или органический характер нарушения сократительной способности пилорического жома;
- оценка преобладания воспалительного или рубцового компонента альтерации посредством проведения ультразвуковой амплитудной гистографической оценки акустических параметров стенок гастродуоденального перехода в области его наибольшего сужения

- и деформации определило выбор медикаментозной или оперативной коррекции функционального состояния привратника;
- визуализация перистальтической активности выходного отдела желудка и верхне-горизонтальной части двенадцатиперстной кишки с последующим расчетом коэффициента антродуоденальной координации позволило провести дифференциальную диагностику гипо- или гиперкинетического вариантов нарушений синхронизации моторной активности гастродуоденального комплекса, определяющих выбор средств медикаментозной коррекции антродуоденальной дискоординации;
 - верификация функциональной или органической причины дуоденостаза определило выбор способа медикаментозной или хирургической его коррекции.

В частности, при ультразвуковом сканировании поперечного среза привратника в состоянии максимального раскрытия и смыкания (рис. 2), с последующим расчетом индекса его функциональной активности выявило в большинстве (86,3%) случаев стойкое нарушение сократительной способности привратника (таблица 1).

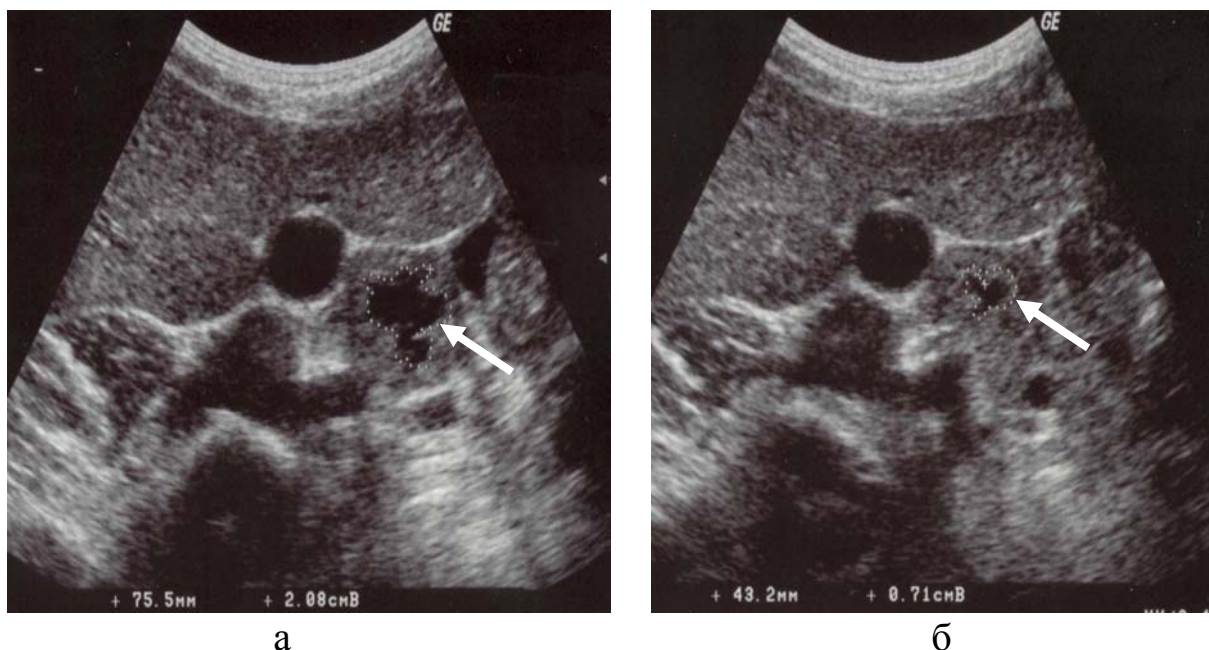


Рис. 2. Эхограммы области пилородуоденального перехода (поперечное сечение). Нарушение сократительной способности привратника II степени (обозначен стрелками): а) фаза полного раскрытия привратника; б) фаза максимального смыкания привратника. Индекс степени функциональной активности привратника – 64,5%.

Таблица 1

Ультразвуковые параметры функциональной активности привратника у пациентов с пилородуоденальными язвами.

Исследуемые показатели	Норма (n=24)	Нарушение сократительной способности привратника		
		I степень (n=37)	II степень (n=221)	III степень (n=165)
Индекс степени функциональной активности привратника (I_f), %	92,5±3,4	82,8±4,4*	59,3±5,7*	28,1±5,3*

* $P < 0,05$ с показателями нормы.

Сонографическое определение индекса функциональной активности привратника до и после проведения фармакологической пробы с прокинетиками позволило у 72 (16%) пациентов диагностировать пилороспазм, а в 93 (20,8%) случае – органический характер поражения пилорического жома. Применение ультразвуковой амплитудной гистографической оценки акустических параметров стенок гастродуоденального перехода в области его наибольшего сужения и деформации позволило верифицировать в 341 (76,3%) случае преобладание воспалительного, а у 84 (18,8%) больных – рубцового компонента альтерации (рис. 3).

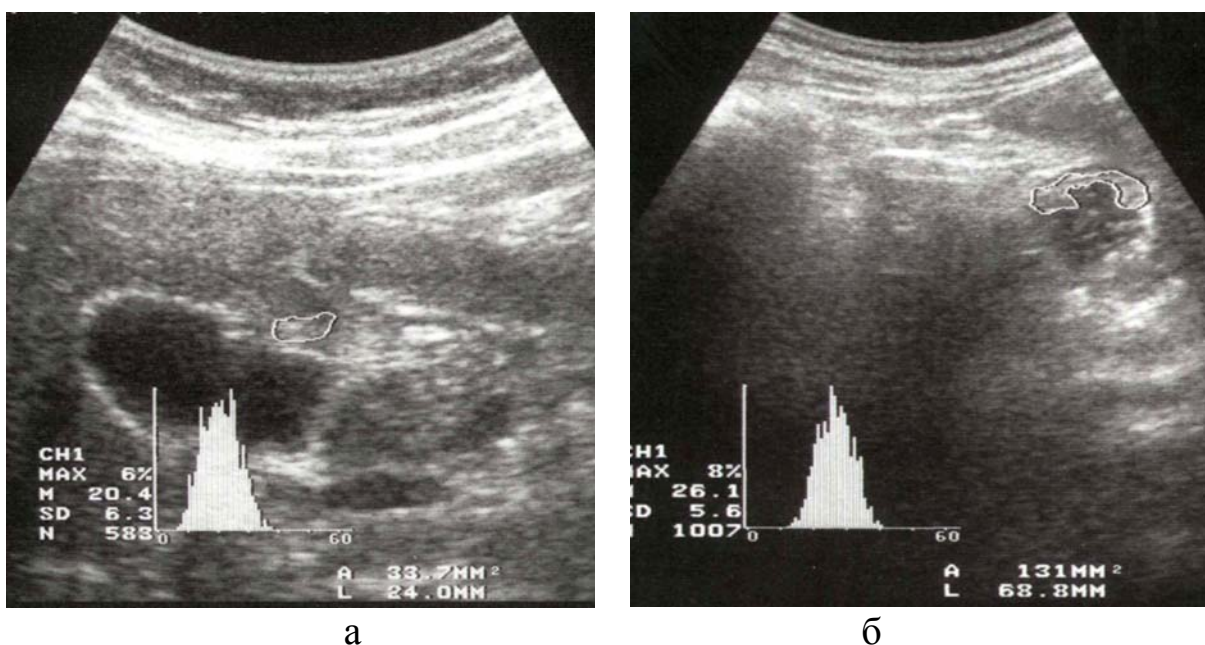


Рис. 3. Эхограммы поперечного сечения пилородуоденального перехода с построением амплитудной гистограммы в зоне альтерации: а) преобладание воспалительного компонента; б) преобладание рубцового компонента альтерации.

Таблица 2

Частота встречаемости ультразвуковых признаков нарушений моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса в зависимости от локализации язвенного дефекта.

Эхографические признаки дисмоторики гастродуоденального комплекса**		Локализация язвенного дефекта		Итого:
		Выходной отдел желудка (n=120)	Двенадцатиперстная кишка (n=327)	
Частота желудочной перистальтики	– снижение	20 (16,7%)	67 (20,5%)	87 (19,5%)
	– повышение	54 (45%)	150 (45,9%)	204 (45,6%)
Скорость перистальтической волны	– уменьшение	18 (15%)	61 (18,7%)	79 (17,7%)
	– увеличение	59 (49,2%)	171 (52,3%)	230 (51,4%)
Амплитуда перистальтической волны	– снижение	22 (18,3%)	62 (19%)	84 (18,8%)
	– повышение	55 (45,8%)	139 (42,5%)	194 (43,4%)
Дуоденостаз		28 (23,3%)	68 (20,8%)	96 (21,5%)
Нарушения антродуоденальной координации	– гиперкинез	24 (20%)	59 (18,1%)	83 (18,6%)
	– гипокинез	89 (74,2%)	240 (73,4%)	329 (73,6%)
Дуоденогастральный рефлюкс	– I степени	13 (10,8%)	38 (11,6%)	51 (11,4%)
	– II степени	49 (40,8%)	145 (44,3%)	194 (43,4%)
	– III степени	39 (32,5%)	101 (30,9%)	140 (31,3%)
Нарушение сократительной способности привратника	– I степени	10 (8,3%)	27 (8,3%)	37(8,3%)
	– II степени	59 (49,2%)	162 (49,5%)	221(49,4%)
	– III степени	41 (34,2%)	124 (37,9%)	165(36,9%)
Нарушение сократительной способности привратника	– функцион.	70 (58,3%)	2 (0,6%)*	72 (43,6%)
	– органическ.	7 (5,8%)	86 (26,3%)*	93 (56,4%)
Тип альтерации гастродуоденального перехода	– воспалит.	85 (70,8%)	256 (78,3%)	341 (76,3%)
	– рубцовый	22 (18,3%)	62 (18,9%)	84 (18,8%)

* $P < 0,05$ с показателями строки предыдущего столбца. **Указанные эхоскопические признаки встречались как в изолированном, так и в сочетанном варианте.

Осуществление сонографической визуализации

перистальтической активности пилороантрального отдела желудка и верхне-горизонтальной части двенадцатиперстной кишки выявило наличие у 83 (18,6%) пациентов гиперкинетического варианта антродуоденальной дискоординации, у 329 (73,6%) – гипокинетического варианта и у 35 (7,8%) пациентов – констатирована сохраненная антродуоденальная координация. У 96 (21,5%) пациентов отмечены ультразвуковые признаки дуоденостаза органического генеза, подтвержденные результатами проведения фармакологической пробы с прокинетиками.

Представленные данные (таблица 2) свидетельствуют об отсутствии достоверных различий ($p > 0,05$) ультразвуковых признаков дисмоторных проявлений гастродуоденального комплекса у пациентов с пилорической и дуоденальной локализацией язвенного процесса, за исключением частоты встречаемости органической и функциональной природы нарушений сократительной способности привратника.

Таким образом, углубленная трансабдоминальная ультразвуковая оценка морфо-функционального состояния гастродуоденального комплекса, наряду со стандартными методами исследований, способствовала объективной верификации генеза и степени выраженности моторно-эвакуаторных расстройств верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что позволило выработать четкие критерии к выбору способа лечения данной категории больных, включающего в себя медикаментозную или хирургическую коррекцию гастродуоденальной дисмоторики.

В частности, при сохранении сократительной способности привратника, диагностирующейся на фоне функциональной дисмоторики двенадцатиперстной кишки с явлениями дуоденостаза и дуоденогастрального рефлюкса, помимо противоязвенной терапии показаны средства, купирующие нарушения антродуоденальной координации с учетом варианта течения и степени выраженности последней. При диагностировании пилороспазма, сопровождающего в большинстве случаев острые язвы пилорического канала и начальных отделов луковицы двенадцатиперстной кишки, показано проведение комплексной антисекреторной и противовоспалительной терапии, дополненной приемом центрального холинолитика (эглонил).

В случае верификации необратимой (рубцовой) несостоятельности привратника, сопровождающейся выраженным дуоденогастральным рефлюксом, больному показано радикальное удаление рубцово-измененного пилородуоденального перехода с последующим формированием пилорусмоделирующего

гастродуоденоанастомоза. При диагностировании органической причины хронической дуоденальной непроходимости показана коррекция последней путем выполнения пластических и дренирующих операций органосберегающего и антирефлюксного характера с сохранением дуоденального пассажа пищи. Данные оперативные пособия по показаниям дополняются антацидной операцией – селективной проксимальной ваготомией.

Всем пациентам I группы проводилось консервативное комплексное лечение, основным курс которой был представлен базисной антисекреторной терапией (в течение 6 недель) в комбинации с препаратами, корригирующими антродуоденальную дисмоторику функционального генеза: 113 (42,9%) больным с целью купирования антродуоденальной дискоординации гипокинетического характера назначали прокинетические препараты из группы блокаторов дофаминовых рецепторов; у 78 (29,7%) пациентов при гиперкинетической дискинезии применяли спазмолитические средства в сочетании с седативными / психотропными препаратами; и у 72 (27,4%) больных с целью купирования пилороспазма противоязвенную терапию дополняли приемом центрального холинолитика (эглонил).

Кроме того, 155 (58,9%) пациентам I группы с язвенной болезнью пилородуоденальной зоны, ассоциированной с хеликобактериозом, осуществлялась эрадикационная «терапия первой линии» (ранитидин 300 мг/сут (фамотидин 40 мг/сут) или омепразол 40 мг/сут + кларитромицин 1000 мг/сут + амоксициллин 2000 мг/сут в течение 7 дней), которая оказалась эффективной у 122 (78,7%) больных, а 33 (21,3%) пациентам потребовалось дополнительное проведение «терапии второй линии» (омепразол 40 мг/сут + де-нол 480 мг/сут + метронидазол 1500 мг/сут + тетрациклин 2000 мг/сут в течение 7 дней) в сроки 4–6 недель от начала основного курса лечения.

Анализируя результаты лечения, проведенного пациентам II группы, следует подчеркнуть, что операция у этой категории больных являлась лишь составной частью комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, и показанием к ее проведению в условиях отсутствия осложнений язвенной болезни явилась необходимость хирургической коррекции выраженных нарушений моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса органического генеза.

Исходя из этих позиций, 93 (67,4%) пациентам с органически несостоятельным привратником выполнили пилорусмоделирующую

резекцию рубцово-измененного гастродуоденального перехода с иссечением язвенного дефекта и окружающего его рубцового поля в пределах здоровых тканей. Из них 52 (37,7%) больным с нарушением дуоденального пассажа дополнительно была выполнена корригирующая операция на двенадцатиперстной кишке (операция Стронга).

42 (30,4%) пациентам с сохраненным функционально активным привратником проведена пилоруссохраняющая коррекция дуоденостаза в сочетании с селективной проксимальной ваготомией: 39 (28,2%) из них выполнена операция Стронга, 3 (2,2%) – поперечная дуоденостомия. Изолированные операции, направленные на коррекцию декомпенсированной хронической дуоденальной непроходимости, были осуществлены в 3 (2,2%) случаях: одному больному сформировали поперечную дуоденоеюностому, а двум из них выполнена операция Робинсона. Симультантные операции произведены 21 (15,2%) пациентам: холецистэктомия в 14 (10,2%) случаях, грыжесечение – в 6 (4,3%), резекция дивертикула двенадцатиперстной кишки – у 1 (0,7%) больного.

В III (контрольную) группу вошли 46 (10,3%) пациентов с язвенной болезнью пилородуоденальной зоны, осложненной в 27 случаях явлениями гастродуоденальной дискоординации функционального генеза и в 19 случаях – выраженными органическими моторно-эвакуаторными расстройствами (больные отказались по разным причинам от предложенного им оперативного лечения). Всем пациентам контрольной группы было проведено консервативное противоязвенное лечение согласно «Стандартам диагностики и лечения органов пищеварения», но без дифференцированной коррекции дисмоторных проявлений гастродуоденального комплекса.

С целью объективизации восстановления моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса в ранние сроки после начала лечения, наряду с клиническими и лабораторными исследованиями, использовались эндоскопические, рентгенологические и ультразвуковые методы визуализации, что позволило осуществить прогноз эффективности выбранной лечебной тактики и, соответственно, определило выбор и объем реабилитационных мероприятий с обоснованием сроков перевода больных с госпитального на поликлинический этап наблюдения.

Исходя из этого, всем пациентам I и II групп после проведения основного курса комплексного лечения, составлялись индивидуальные реабилитационные программы. Последние разрабатывались в зависимости от эффективности проведения основного курса

противоязвенной терапии в сочетании с дифференцированной коррекцией моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса.

Стратегия реабилитационных программ в отношении больных с пилородуоденальными язвами, осложненными моторно-эвакуаторными расстройствами гастродуоденального комплекса функционального генеза (I группа), заключалась в проведении длительной поддерживающей антисекреторной терапии, в том числе ее противорецидивного варианта «по требованию», осуществлении профилактического антихеликобактерного курса лечения в случаях реинвазии *Helicobacter pylori*, а также дифференцированном применении препаратов, влияющих на моторно-эвакуаторную функцию верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Реабилитационные мероприятия у пациентов II группы также носили индивидуализированный характер и определялись, прежде всего, видом выполненной операции, а также морфо-функциональным состоянием гастродуоденального комплекса. Стратегия реабилитационных программ в отношении больных после хирургической коррекции выраженных нарушений моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса заключалась в осуществлении следующего комплекса мероприятий.

Во-первых, проведение антисекреторной терапии в ранний реабилитационный период пациентам, перенесшим оперативные вмешательства, направленные на коррекцию моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса, но без выполнения антацидной операции – с целью создания условий для скорейшего заживления язвы, а в случаях формирования пилорусмоделирующих гастродуоденоанастомозов – с целью профилактики развития анастомозитов и купирования воспалительных изменений слизистой оболочки желудка.

Во-вторых, проведение терапии препаратами группы прокинетиков, направленной на скорейшую нормализацию моторно-эвакуаторных расстройств, связанных с вагосимпатической денервацией желудка, пациентам, перенесшим селективную проксимальную ваготомию.

В-третьих, проведение в ранние реабилитационные сроки десятидневного эрадикационного курса лечения хеликобактериоза, с последующим контролем элиминации *Helicobacter pylori* и назначением по показаниям эрадикационной терапии «второй линии». И, наконец, медикаментозное снижение кислотопродукции до безопасного уровня в плане развития рецидива язвенного процесса у

пациентов, перенесших изолированную коррекцию хронической дуоденальной непроходимости, с последующим их переводом на пролонгированную антисекреторную терапию, а в последующем на терапию «по требованию».

С целью осуществления постоянного мониторинга течения язвенной болезни, оценки полноты и качества ремиссии, а также сравнения эффективности предложенных лечебно-реабилитационных программ и своевременной их коррекции проводилось динамическое изучение качества жизни пациентов в течение всего периода наблюдения.

При этом средние параметры уровня качества жизни пациентов I и II групп после проведенного лечения существенно между собой не различались и приближались к аналогичным показателям здоровых лиц (рис. 4). Некоторое снижение интегральных значений качества жизни пациентов основных групп, наблюдаемое с увеличением срока позднего реабилитационного периода, было связано со случаями обострения язвенной болезни, при которых отмечались максимальные отклонения величины гастроинтестинального индекса от показателей популяционной нормы.

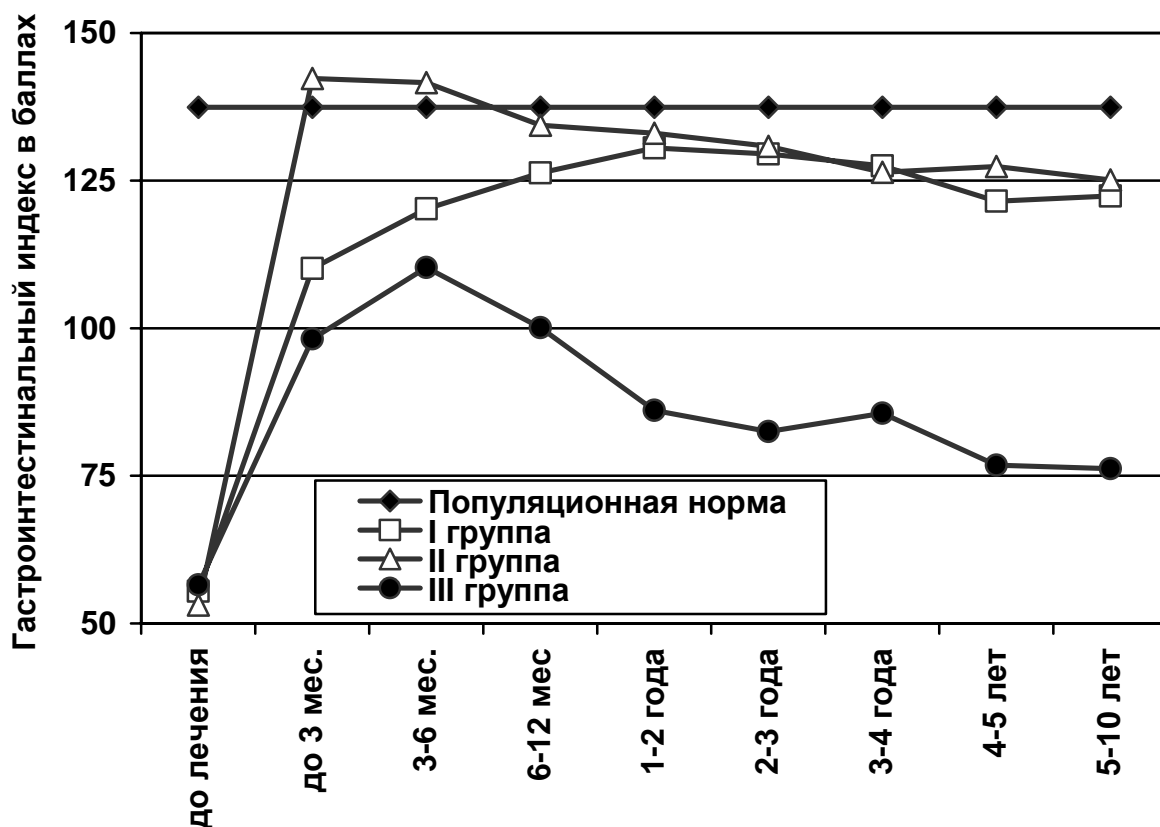


Рис. 4. Динамика уровня качества жизни пациентов по расчету гастроинтестинального индекса.

Следует отметить, что у пациентов I группы наблюдалось постепенное приближение величины гастроинтестинального индекса к показателям популяционной нормы на фоне проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий. Такая динамика самооценки больных, получавших консервативное лечение, по-видимому, обусловлена необходимостью соблюдения ими определенных положений, регламентирующих образ жизни (режим труда и отдыха, питания и т.п.), а также проведением пролонгированной противорецидивной антисекреторной терапии в сочетании с препаратами, нормализующими моторику гастродуоденального комплекса. Все вышперечисленное не позволяет пациентам ощутить себя полностью здоровыми людьми достаточно долгий промежуток времени.

У пациентов II группы, напротив, отмечался резкий подъем показателей самооценки в ближайшее время после операции – «гиперсамооценка» с последующим плавным снижением параметров качества жизни в поздний реабилитационный период, что связано, в первую очередь, с изменением межличностных отношений с окружающими, оказывающими повышенное внимание больному, перенесшему хирургическое вмешательство, а также отказом от необходимости проведения многократных длительных курсов противоязвенной терапии.

Вместе с тем, количественные параметры составляющих (шкал) качества жизни пациентов I и II групп, зафиксированные в период проведения лечения и последующей реабилитации, значительно превосходят аналогичные исходные показатели до лечения. При этом следует отметить, что предложенные лечебно-реабилитационные технологии не в состоянии полностью восстановить качество жизни, утраченное за время болезни, до уровня популяционной нормы.

Динамика средней величины гастроинтестинального индекса у пациентов III (контрольной) группы свидетельствует о статистически достоверном ($p < 0,05$) снижении показателей качества жизни в сравнении со значениями уровня качества жизни больных основных групп (таблица 3).

Низкие показатели гастроинтестинального индекса у пациентов, получавших традиционную консервативную терапию, можно объяснить сохранением в большинстве случаев диспептических расстройств на фоне некупированных дисмоторных проявлений при проведении противорецидивного лечения. Это еще более усугубляет течение заболевания в короткие межрецидивные периоды и подтверждается существенным снижением таких показателей

качества жизни, как «общее субъективное восприятие своего здоровья», «физическое состояние» и «ролевое функционирование».

Таблица 3

Динамика интегральных показателей качества жизни пациентов основных и контрольной групп.

Сроки наблюдения	Интегральный показатель гастроинтестинального индекса (в баллах)			
	Популяционная норма	I группа	II группа	III группа
до 3 мес.	137,4	110,1*	142,3	98,2*
3–6 мес.	137,4	120,2	141,6	110,3*
6–12 мес.	137,4	126,3	134,4	100,1*
1–2 года	137,4	130,5	133	86,1*
2–3 года	137,4	129,5	130,8	82,5*
3–4 года	137,4	127,5	126,4	85,6*
4–5 лет	137,4	121,5	127,4	76,8*
5–10 лет	137,4	122,4	125,1	76,2*
Показатель за весь период наблюдения	137,4	123,5	132,6	89,5*

* $P < 0,05$ достоверность различий с показателями популяционной нормы.

Вместе с тем, следует отметить, что предложенные лечебно-реабилитационные технологии не в состоянии полностью восстановить качество жизни, утраченное за время болезни, до уровня популяционной нормы, что подтверждается данными таблицы 4. Индекс предотвращенной потери здоровья у пациентов основных групп значительно между собой не различился, однако был достоверно ($p < 0,05$) выше аналогичного показателя контрольной группы, что свидетельствует о более высокой эффективности разработанных лечебно-реабилитационных мероприятий, основанных на индивидуализированном подходе к коррекции моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса, в сравнении с

традиционной терапией.

Таблица 4

Сравнительная оценка эффективности проведенного лечения у пациентов основных и контрольной групп (по данным гастроинтестинального индекса).

Показатели эффективности проведенного лечения	Группы наблюдения		
	I группа	II группа	III группа (контрольная)
Индекс предотвращенной потери здоровья в баллах (%)	68,1±4,8* (83,1%)	79,3±5,2* (94,3%)	36,6±3,6 (43,3%)

* $P < 0,05$ достоверность различий с показателями контрольной группы.

Таким образом, по итогам анкетирования, 90,2% пациентов из опрошенных I группы оценили свое общее состояние как «хорошее», а 9,8% – как «удовлетворительное». Из обследованных II группы «хорошую» оценку своему самочувствию дали 93,7% опрошенных, «удовлетворительную» – 6,3%. При этом «неудовлетворительных» оценок отмечено не было, что объясняется, с одной стороны, длительной ремиссией язвенной болезни, а с другой стороны, достаточно высоким уровнем компенсации пищеварительной функции желудочно-кишечного тракта на фоне купирования моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса.

В контрольной группе «хорошо» чувствовали себя 43,2% пациентов, «удовлетворительно» – 40,4% и «неудовлетворительную» оценку своему самочувствию дали 16,4% обследованных. Низкие показатели субъективной оценки результатов традиционного лечения среди опрошенных контрольной группы связаны, в первую очередь, с частыми обострениями язвенной болезни и развитием у ряда пациентов хирургических осложнений, такими как стеноз (7,3%), кровотечение (17%) и перфорация (2,4%).

Наряду с мониторингом качества жизни больных, большинству пациентов в сроки раннего и позднего реабилитационного периода проведены лабораторные и инструментальные методы исследования, оценивающие процессы компенсации морфо-функциональных показателей верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При этом стандартные диагностические методы дополнялись трансабдоминальным ультразвуковым исследованием гастродуоденального комплекса с использованием разработанных

технологий.

Результаты проведенных исследований моторно-эвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта свидетельствовали о высокой степени компенсации перистальтической функции желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов основных групп на фоне дифференцированного подхода к коррекции дисмоторных нарушений. Обеспечению порционно-ритмичной эвакуации желудочного содержимого у подавляющего большинства больных I и II групп способствовало восстановление сдерживающей и арефлюксной функции привратника и пилороподобного соустья (в случаях его формирования), функциональная активность которых в поздний реабилитационный период приближалась к физиологической норме.

Исключение составили 32 (13,9%) и 5 (7,4%) пациентов I и II группы соответственно, у которых в отдаленные сроки наблюдения был зарегистрирован рецидив язвенной болезни, сопровождающийся выраженной гастродуоденальной дисмоторикой. Проведение повторных лечебно-реабилитационных мероприятий у данной категории больных способствовало заживлению рецидивной язвы с купированием моторно-эвакуаторных нарушений и последующей длительной ремиссией заболевания.

Вместе с тем у пациентов III (контрольной) группы, как в ранний, так и в поздний период наблюдения, продолжали регистрироваться различные по степени выраженности явления гастродуоденальной дисмоторики, которые имели полиморфный характер, без тенденции к самопроизвольному купированию. Это, по-видимому, явилось одним из факторов значительного уменьшения продолжительности периодов ремиссии у данной категории больных в сравнении с пациентами основных групп. При этом у всех пациентов контрольной группы, находившихся под нашим наблюдением в сроки до 10 лет, отмечено рецидивирующее течение язвенной болезни, а в ряде случаев – развитие хирургических осложнений, потребовавших у 5 (12,2%) больных выполнения оперативных вмешательств.

Результаты морфологической оценки верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов основных групп свидетельствовали о постепенном снижении (до 14,3%) частоты встречаемости атрофических изменений слизистой оболочки желудка на фоне нормализации тонической и двигательной функции гастродуоденального комплекса, восстановления функциональной активности привратника и сформированного пилороподобного анастомоза.

У больных III (контрольной) группы морфологические изменения слизистой оболочки желудка на протяжении всего периода наблюдения характеризовались выраженными атрофическими и воспалительными явлениями. При этом, если в ранние сроки достоверных различий частоты встречаемости гастритических проявлений в сравнении с результатами первичного обследования выявлено не было, то в поздние сроки отмечено снижение числа случаев верификации поверхностного гастрита за счет увеличения атрофических и смешанных форм гастритических изменений ($p < 0,05$).

Результаты изучения кислотопродуцирующей функции желудка у больных I группы свидетельствовали об адекватном снижении секреторной активности на фоне проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий с медикаментозной коррекцией моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса. При этом с увеличением срока наблюдения отмечено незначительное увеличение содержания соляной кислоты в желудочном соке в пределах, исключающих в большинстве случаев рецидивирующее течение пилородуоденальных язв.

Анализ динамики показателей кислотопродукции желудка пациентов II группы свидетельствовал, что проведенная парасимпатическая денервация привела к значительному снижению в подавляющем большинстве случаев концентрации свободной соляной кислоты в желудочном содержимом, интенсивность сокоотделения и протеолитическую активность желудочного сока до уровня, адекватного, с точки зрения профилактики рецидива язвенной болезни. Следует отметить, что как в ранние, так и в поздние сроки наблюдения, кислотообразующая функция желудка полностью не утрачивается, что способствует ранней компенсации пищеварительной функции желудочно-кишечного тракта у данной категории больных.

Изучение кислотопродуцирующей функции желудка у больных III (контрольной) группы, показало стабильно высокий уровень секреторной активности после отмены антисекреторной терапии на фоне сохраняющихся выраженных моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса, постоянно оказывающих опосредованное стимулирующее влияние на продукцию соляной кислоты.

В заключение следует подчеркнуть, что результаты оценки морфо-функционального состояния верхних отделов желудочно-кишечного тракта свидетельствуют о высокой эффективности

проведенного лечения пациентов основных групп, позволяющего добиться стойкой эндоскопической ремиссии у 86,1% пациентов после медикаментозной коррекции моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса и у 92,6% пациентов после выполнения пластических и дренирующих оперативных пособий органосберегающего и антирефлюксного характера.

Кроме того, отмечена тенденция снижения частоты встречаемости атрофических изменений слизистой оболочки гастродуоденального комплекса на фоне нормализации тонической и двигательной функции желудочной стенки, восстановления функциональной активности привратника и сформированного пилороподобного анастомоза.

Результаты комплексного обследования больных контрольной группы показали несостоятельность традиционной противоязвенной терапии без дифференцированного подхода к коррекции моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса, что проявилось у большинства пациентов часто рецидивирующим течением язвенной болезни и развитием в 26,7% случаев хирургических осложнений пилородуоденальных язв.

Таким образом, на основании проведенного диссертационного исследования можно утверждать, что разработанный комплекс диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий, основанный на дифференцированном подходе к коррекции моторно-эвакуаторных расстройств верхних отделов желудочно-кишечного тракта, позволяет значительно повысить уровень качества жизни больных с рецидивирующим течением язвенной болезни пилородуоденальной области.

ВЫВОДЫ

1. Стандартные методы диагностики морфо-функционального состояния гастродуоденального комплекса должны дополняться проведением ультразвуковой оценки перистальтической активности привратника, состояния антродуоденальной координации и природы хронической дуоденальной непроходимости, что позволяет осуществить индивидуализированный подход к проведению лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с пилородуоденальными язвами.
2. Комплекс терапевтических мероприятий в отношении больных, страдающих пилородуоденальными язвами, осложненными функциональной дисмоторикой гастродуоденального комплекса, наряду с антисекреторной и антихеликобактерной терапией, должен включать в себя дифференцированную коррекцию нарушений антродуоденальной координации, а также купирование явлений пилороспазма, что позволяет добиться стойкой ремиссии у 86,1% пациентов, уменьшить сроки временной утраты трудоспособности и избежать развития острых хирургических осложнений.
3. Показаниями к оперативной коррекции моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса являются необратимая (рубцовая) несостоятельность привратника и дуоденостаз органического генеза, сопровождающиеся развитием выраженного дуоденогастрального рефлюкса. Выполнение пластических и дренирующих оперативных пособий органосберегающего и антирефлюксного характера с сохранением дуоденального пассажа пищи, сочетающихся (по показаниям) с антацидной операцией, позволяет в 92,6% случаев добиться у данной категории больных отличных и хороших результатов лечения.
4. К приоритетным направлениям реабилитационных программ в отношении больных с пилородуоденальными язвами следует отнести поддержание безопасного в плане развития рецидива язвенного процесса уровня кислотопродукции, эрадикацию хеликобактериоза (в случае его реинвазии), а также купирование сохраняющихся в ранние сроки наблюдения дисмоторных расстройств гастродуоденального комплекса, с обязательным динамическим мониторингом уровня качества жизни пациентов на протяжении всего реабилитационного периода.
5. Высокая эффективность разработанных лечебно-

реабилитационных мероприятий подтверждается приближением показателей уровня качества жизни пациентов к параметрам самооценки практически здоровых людей. Индекс предотвращенной потери здоровья пациентов, в отношении которых применялся индивидуализированный выбор лечебно-реабилитационных мероприятий с медикаментозной и хирургической коррекцией гастродуоденальной дисмоторики, составил соответственно 83,1% и 94,3%, что значительно превосходит значение данного показателя (43,3%) у больных, получавших традиционную консервативную терапию.

6. Дифференцированный подход к коррекции выраженных моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса позволил добиться высокой степени компенсации морфо-функциональных характеристик верхних отделов желудочно-кишечного тракта: восстановления функциональной активности привратника (или сформированного пилороподобного анастомоза); нормализации антродуоденальной координации с купированием явлений дуоденостаза и дуоденогастрального рефлюкса; снижения частоты (до 14,3%) и выраженности рефлюкс-гастрита и его морфологических проявлений на фоне подавления кислотопродукции до безопасного уровня, что в отличие от традиционного варианта лечения привело к значительному снижению частоты рецидивирования язвенной болезни и исключило риск развития ее осложненных форм.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Ультразвуковое сканирование поперечного среза привратника в состоянии его максимального раскрытия и смыкания с последующим расчетом индекса функциональной активности привратника позволяет точно оценить степень нарушения его сократительной способности.
2. Определение индекса функциональной активности привратника до и после проведения фармакологической пробы с прокинетиками позволяет дифференцировать функциональный или органический характер поражения пилорического жома.
3. Проведение ультразвуковой амплитудной гистографической оценки акустических параметров стенок гастродуоденального перехода в области его наибольшего сужения и деформации позволяет дифференцировать преобладание воспалительного или рубцового компонента альтерации.
4. Ультразвуковая визуализация перистальтической активности

выходного отдела желудка и верхне-горизонтальной части двенадцатиперстной кишки с последующим расчетом коэффициента антродуоденальной координации позволяет провести дифференциальную диагностику состояния синхронизации моторной активности гастродуоденального отдела.

5. При сохранении сократительной способности привратника, диагностирующейся на фоне функциональной дисмоторики двенадцатиперстной кишки, необходимо включение в состав базисной противоязвенной терапии средств, нормализующих антродуоденальную координацию: при гипокинетическом варианте – прокинетики из группы блокаторов дофаминовых рецепторов, при гиперкинетическом – спазмолитические средства в сочетании с седативными / психотропными препаратами.
6. При диагностировании пилороспазма, сопровождающего в большинстве случаев язвы пилорического канала и начальных отделов луковицы двенадцатиперстной кишки, показано проведение комплексной антисекреторной и противовоспалительной терапии, дополненной приемом центрального холинолитика (эглонила).
7. В случае верификации необратимой (рубцовой) несостоятельности привратника, сопровождающейся выраженным дуоденогастральным рефлюксом, показана оперативная коррекция рубцово-измененного пилородуоденального перехода с последующим формированием пилорусмоделирующего гастродуоденоанастомоза.
8. При диагностировании органической причины хронической дуоденальной непроходимости показана ее хирургическая коррекция посредством выполнения пластических и дренирующих операций органосберегающего и антирефлюксного характера с сохранением дуоденального пассажа пищи.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. К вопросу о «качестве жизни больных», оперированных по поводу пилоробульбарных язв // Экология, здоровье, человек: Тезисы докладов Всероссийской научной конференции, посвященной 70-летию военного полигона г. Шиханы. –Шиханы, 1998. –С. 120. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
2. Экспериментально-клиническое обоснование жомно-клапанного гастродуоденоанастомоза в хирургии язвы желудка // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. –1998. –№ 6. –С. 74–76. (Соавт. Жерлов

- Г.К., Гибадулин Н.В., Гагарин А.А., Рудая Н.С.).
3. К вопросу комбинированного лечения больных с пилоробульбарными язвами, сочетающимися с дуоденогастральным рефлюксом // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. –1998. –№6. –С. 312–313. (Соавт. Белобородова Э.И., Жерлов Г.К., Рудая Н.С.).
 4. Выбор способа формирования арефлюксного гастродуоденоанастомоза в хирургии гастральных язв // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. –1998. –№6. –С. 339–340. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Баранов А.И.).
 5. Опыт применения комбинированного лечения больных с пилоробульбарными язвами, сочетающимися с дуоденогастральным рефлюксом // Актуальные вопросы реконструктивной хирургии пищевода и желудка: Материалы республиканской научно-практической конференции «Вахитовские чтения – 98». –Ташкент, 1998. –С. 218–219. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Гагарин А.А.).
 6. Морфологическая оценка состояния инвагинационного гастродуоденоанастомоза в различные сроки после операции // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы IV межрегиональной научно-практической конференции врачей-патологоанатомов Урала, Сибири и Алтайского края. –Омск, 1998. –С. 30–32. (Соавт. Гагарин А.А., Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
 7. Основные принципы комбинированного лечения больных с пилоробульбарными язвами, сочетающимися с дуоденогастральным рефлюксом// Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии: Тезисы итоговых научных работ. –Иркутск, 1999. –С. 208–211. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Краснова В.Н.).
 8. К обоснованию комбинированной терапии препаратами селективного действия в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* // Современные проблемы фундаментальной и клинической медицины: Сборник статей молодых ученых. –Томск, 1999. –С. 60. (Соавт. Афонин П.Б., Молотобойцева О.В., Юркевич Е.В.).
 9. Морфо-функциональная характеристика слизистой оболочки культи желудка после комплексного лечения больных с пилоробульбарными язвами // Современные проблемы фундаментальной и клинической медицины: Сборник статей молодых ученых. –Томск, 1999. –С. 77–78. (Соавт. Гибадулин Н.В., Гагарин А.А.).

10. Эхографическая модель арефлюксного соустья у пациентов после комплексного лечения по поводу пилоробульбарной язвы // Современная лучевая диагностика в клинической практике. –Томск, 1999. –С. 11–12. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
11. Оценка качества жизни пациентов после комплексного лечения по поводу пилоробульбарной язвы // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма: Материалы IV Международного симпозиума и V Чуйской научно-практической конференции. –Бишкек, 1999. –Т. I – С. 164–166. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
12. Особенности персистенции *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке культи желудка у пациентов после комплексного лечения по поводу пилоробульбарной язвы // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии –1999. –№9. –С. 92–93. (Соавт. Белобородова Э.И., Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
13. Способ профилактики послеоперационного рефлюкс-гастрита, ассоциированного с хеликобактериозом при лечении больных с пилоробульбарными язвами // Актуальные вопросы военной медицины. –Томск, 1999. –Вып. VII, Т. II. –С. 238–239. (Соавт. Гибадулин Н.В.).
14. Клинико-рентгенологические аспекты комплексного способа лечения пилоробульбарных язв // Актуальные вопросы военной медицины. –Томск, 1999. – Вып. VII, Т. II. –С. 239–240. (Соавт. Гибадулин Н.В.).
15. Комбинированная терапия антисекреторными препаратами в лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы военной медицины. –Томск, 1999. –Вып. VII, Т. II. –С. 337–338. (Соавт. Афонин П.Б.).
16. Оценка отдаленных результатов комплексного лечения больных с пилоробульбарными язвами, сочетающимися с дуоденогастральным рефлюксом // Актуальные вопросы военной медицины. –Томск, 1999. –Вып. VII, Т. II. –С. 362–363.
17. Эхографические аспекты изучения функциональной полноценности арефлюксного гастродуоденоанастомоза после комплексного лечения пациентов с пилоробульбарными язвами // Актуальные вопросы военной медицины. –Томск, 1999. –Вып. VII, Т. II. –С. 364–365.
18. Клинический опыт применения тактивина в терапии язвенной болезни // Актуальные вопросы военной медицины. –Томск, 1999. – Вып. VII, Т. II. –С. 368–370. (Соавт. Молотобойцева О.В.).
19. Выбор способа резекции желудка в хирургии гастральных язв //

- Материалы научно-практической конференции к 75-летию Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко. –Улан-Удэ, 1999. –С. 98. (Соавт. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Гибадулин Н.В.).
- 20.Использование функционально активных анастомозов в хирургии язвенной болезни желудка // Материалы научно-практической конференции к 75-летию Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко. Улан-Удэ, 1999. –С. 119–120. (Соавт. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Гибадулин Н.В.).
- 21.Комплекс лечебных мероприятий в терапии больных с осложненным течением пилоробульбарных язв // Клиническая медицина. –2000. –№2. –С. 31–33. (Соавт. Белобородова Э.И., Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
- 22.Рентгено- и эхографическая оценка функциональной активности «искусственного привратника» в хирургии язвенного пилоробульбарного стеноза // Достижения современной лучевой диагностики в клинической практике: Материалы региональной конференции. –Томск, 2000. –С. 112–114. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Соколов С.А.).
- 23.Способ лечения больных с пилоробульбарными язвами, сочетающимися с дуоденогастральным рефлюксом // Официальный бюллетень Российского агентства по патентам и товарным знакам. –2000. –№14. –С. 167. (Соавт. Белобородова Э.И., Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
- 24.Совершенствование способов лечения больных со стенозирующими гастродуоденальными язвами // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии –2000. –№10, 11. –С. 149–150. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Кошевой А.П.).
- 25.Новые технологии и тактика хирургического лечения больных с рубцово-язвенным пилоробульбарным стенозом // Современные аспекты организации, диагностики и лечения больных хирургического профиля: Материалы научно-практической конференции хирургов Федерального управления «Медбиоэкстрем». –Москва, 2000. –С. 48–49. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Дурас Е.В.).
- 26.Рациональный подход к сочетанию консервативного и оперативного лечения осложненных форм пилоробульбарной язвы // Современные аспекты организации, диагностики и лечения больных хирургического профиля: Материалы научно-практической конференции хирургов Федерального управления «Медбиоэкстрем». –Москва, 2000. –С. 50–51. (Соавт. Жерлов Г.К.,

- Гибадулин Н.В., Дурас Е.В.).
27. Пути улучшения качества жизни больных в хирургии рубцово-язвенного пилоробульбарного стеноза // Консилиум. –2000. –№7 (17). –С. 81–84. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
 28. Вариант органосохраняющей операции с формированием функционально активного соустья в хирургии язвенных стенозов привратника // Современные методы диагностики, лечения и профилактики в медицине: Сборник тезисов научно-практической конференции, посвященной 50-летию Амурской областной клинической больницы. –Благовещенск, 2000. –С. 77. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
 29. Особенности до- и послеоперационной терапии пациентов с осложненным течением пилоробульбарных язв // Современные методы диагностики, лечения и профилактики в медицине: Сборник тезисов научно-практической конференции, посвященной 50-летию Амурской областной клинической больницы. – Благовещенск, 2000. –С. 96. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
 30. Качество жизни пациентов, как основной критерий оценки методов функциональной хирургии рубцово-язвенных пилоробульбарных стенозов // Исследование качества жизни в медицине: Материалы Всероссийской конференции с международным участием. –Санкт-Петербург, 2000. –С. 48–50. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Дурас Е.В.).
 31. Индивидуальный подход и новые технологии в хирургическом лечении больных с гастральными язвами // Опыт медицинского обеспечения локальных военных конфликтов: Сборник тезисов докладов научно-практической конференции, посвященной 300-летию военного образования. –Самара, 2000. –С. 24–26. (Соавт. Гибадулин Н.В., Новокрепленных А.С., Писецкий М.Н., Коркин Ю.Г.).
 32. Диагностика и хирургическое лечение при постбульбарных язвах // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. –2001. –№1. –С. 21–24. (Соавт. Фурсова О.Н., Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Кейян С.В.).
 33. Вариант дренирующей желудок операции в функциональной хирургии язвенных пилоробульбарных стенозов // Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики гастроэнтерологических заболеваний у военнослужащих: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Нижний Новгород, 2001. –С. 18–19. (Соавт. Гибадулин Н.В., Арсеньев Д.В., Партута А.А., Коркин Ю.Г.).
 34. Проблема хеликобактериоза культи желудка в хирургии

- пилоробульбарных язв // Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики гастроэнтерологических заболеваний у военнослужащих: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. –Нижний Новгород, 2001. –С. 14–15. (Соавт. Гибадулин Н.В., Касачев А.А.).
35. Оценка результатов комплексной диагностики хеликобактериоза у больных с гастродуоденальной патологией в условиях поликлиники // Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики гастроэнтерологических заболеваний у военнослужащих. Материалы Всероссийской научно-практической конференции 15 февраля 2001 года. –Нижний Новгород, 2001. –С.12–13. (Соавт. Юркевич Е.В., Белова Е.Ю., Касачев А.А.).
36. Некоторые аспекты восстановительной хирургии рубцово-язвенного пилоробульбарного стеноза // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. –2001. –№1. –С. 15–17. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Федоров Д.Ю., Коркин Ю.Г., Партута А.А.).
37. Комплексная диагностика хеликобактериоза у больных с гастродуоденальной патологией в условиях поликлиники // Этно-экологические особенности ассоциации инфекционных факторов и патологии органов пищеварения у взрослого и детского населения: Материалы Всероссийской конференции. –Красноярск, 2001. –С. 27–28. (Соавт. Юркевич Е.В., Белова Е.Ю., Касачев А.А.).
38. Оценка эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* при комплексном лечении больных с осложненным течением пилоробульбарных язв // Этно-экологические особенности ассоциации инфекционных факторов и патологии органов пищеварения у взрослого и детского населения: Материалы Всероссийской конференции. –Красноярск, 2001. –С. 29–30. (Соавт. Белобородова Э.И., Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
39. Опыт применения пилорусмоделирующих и пилоруссохраняющих резекций желудка у пациентов с осложненными формами гастральных язв // Этно-экологические особенности ассоциации инфекционных факторов и патологии органов пищеварения у взрослого и детского населения. Материалы Всероссийской конференции. –Красноярск, 2001. –С. 33–34. (Соавт. Гибадулин Н.В., Новокрещенных А.С., Писецкий М.Н., Партута А.А., Коркин Ю.Г.).
40. Варианты моделирования привратника в хирургии рубцово-язвенного пилоробульбарного стеноза // Бюллетень ВСНЦ Сибирского отделения РАМН. –2001. –Т.2, №3 (17). –С. 111–112.

- (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
41. Рациональная фармакотерапия в хирургии осложненных форм пилоробульбарных язв // Клиническая фармакология на Дальнем Востоке: Материалы региональной научно-практической конференции. –Хабаровск, 2001. –С. 84–87. (Соавт. Белобородова Э.И., Жерлов Г. К., Гибадулин Н.В.).
 42. К вопросу о хирургической тактике при рубцово-язвенном поражении пилоробульбарной области // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии –2001. –№12, 13.-С. 147. (Соавт. Белобородова Э.И., Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
 43. Функциональная реабилитация гастродуоденального перехода в хирургии рубцово-язвенного пилоробульбарного стеноза // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім П.Л.Шупика. –Кіев, 2001 р. –С. 30–34. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
 44. Пилорусмоделирующая резекция желудка в хирургии стенозирующих гастральных язв // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма: Материалы V Международного научного симпозиума и VI Чуйской научно-практической конференции. – Чолпон-Ата, 2001. –Т. II. –С. 16–19. (Соавт. Гибадулин Н.В., Новокрещеных А.С., Писецкий М.Н., Партута А.А., Коркин Ю.Г.).
 45. Возможность коррекции качества жизни пациентов в хирургии рубцово-язвенных пилоробульбарных стенозов // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма: Материалы V Международного научного симпозиума и VI Чуйской научно-практической конференции. –Чолпон-Ата, 2001. –Т. II. –С. 205–208. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Новокрещеных А.С., Писецкий М.Н., Коркин Ю.Г.).
 46. Оценка функциональных свойств гастродуоденального соустья в хирургии пилоробульбарных стенозов // Актуальные вопросы клинической медицины: Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию ЦМСЧ №81. –Северск. 2001. –С. 48–49. (Соавт. Гибадулин Н.В.).
 47. Способ лечения сочетанной язвенной болезни желудка, осложненной пилоробульбарным стенозом // Официальный бюллетень Российского агентства по патентам и товарным знакам. –2001. –№25. –С. 290–291. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Кейян С.В., Клоков С.С.).
 48. Клиническое обоснование пластического замещения стенозированного привратника в хирургии пилоробульбарных язв //

- Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения: Материалы Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции. –Абакан, 2002. – С. 100–101. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Гагарин А.А.).
- 49.Медико-экономическая эффективность эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*-зависимой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения: Материалы Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции. –Абакан, 2002. –С. 78–79. (Соавт. Белобородова Э.И., Гибадулин Н.В., Касачев А.А., Грязнов С.В.).
- 50.Способ хирургического лечения пилоробульбарных язв, осложненных стенозом привратника // Официальный бюллетень Российского агентства по патентам и товарным знакам. –2002. –№1. –С. 242–243. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Кейян С.В.).
- 51.Профилактика *Helicobacter pylori* - позитивного рефлюкс-гастрита в хирургии пилоробульбарных язв // Проблемы инфекционной патологии в регионах Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера: Материалы II региональной конференции. –Новосибирск, 2002. –С. 239. (Соавт. Гибадулин Н.В., Касачев А.А., Грязнов С.В.).
- 52.Пилорусмоделирующее соустье как альтернатива дренирующей желудок операции в хирургии рубцово-язвенного пилоробульбарного стеноза // Новые хирургические технологии и избранные вопросы клинической хирургии: Материалы Международного Конгресса хирургов. –Петрозаводск, 2002. –Т.II. – С. 59–60. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Нустафаева О.В., Нустафаев Р.С.).
- 53.Пилорусмоделирующие технологии в хирургии рубцово-язвенных пилоробульбарных стенозов // Материалы VI научно-практической конференции хирургов Федерального управления «Медбиоэкстрем». –Северск, 2002. –С. 47–49. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Нустафаев Р.С.).
- 54.Рациональный подход в лечении больных с пилоробульбарными язвами, сочетающимися с дуоденогастральным рефлюксом и *Helicobacter pylori*-позитивным рефлюкс-гастритом // Медико-биологические и экологические проблемы здоровья человека на Севере: Материалы международной научной конференции. – Сургут, 2002. –Ч.III. –С. 144–148. (Соавт. Гибадулин Н.В., Касачев А.А., Грязнов С.В.).
- 55.Особенности функционально корригирующих операций у пациентов с рубцово-язвенной трансформацией пилоробульбарной

- области // Медико-биологические и экологические проблемы здоровья человека на Севере: Материалы международной научной конференции. –Сургут, 2002. –Ч.III. –С. 148–151. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Коркин Ю.Г., Партута А.А.).
- 56.Современные принципы комплексного лечения больных с пилоробульбарными язвами, сочетающимися с дуоденогастральным рефлюксом // Военно-медицинский журнал. – 2002. –Т.323, №6. –С. 49–52. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Дурас Е.В.).
- 57.Пилоробульбарный стеноз. Возможности функциональной хирургической коррекции // Физиология и патология пищеварения: Материалы 18 Всероссийской научной конференции с международным участием. –Геленджик, 2002. –С. 58. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Гагарин А.А.).
- 58.Практически значимые диагностические критерии и пилорусмоделирующие технологии в хирургии рубцово-язвенных пилоробульбарных стенозов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. –2002. –Т.2, №5. –С. 80–84.(Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Соколов С.А., Нустафаев Р.С.).
- 59.Пострезекционные и постваготомические синдромы в хирургии рубцово-язвенного пилоробульбарного стеноза и методы их профилактики // Современные аспекты патогенеза, перспективы диагностики и лечения в гастроэнтерологии: Труды 30 юбилейной конференции гастроэнтерологов. –Смоленск, 2002. –С. 370–374. (Соавт. Гибадулин Н.В., Жерлов Г.К., Лапин А.Н., Касачев А.А., Грязнов С.В.).
- 60.Практическая ценность ультразвуковой диагностики функциональной полноценности привратника в хирургии рубцово-язвенных пилоробульбарных стенозов // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. –2002. –№14. –С.162–164. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Белобородова Э.И., Таранов П.А., Завальников Н.В.).
- 61.Хирургическое лечение и ранняя реабилитация пациентов с рубцово-язвенным пилоробульбарным стенозом // Паллиативная медицина и реабилитация. –2002. –№2, 3. –С. 113. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Нустафаев Р.С.).
- 62.Оперированный желудок: анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования.– Новосибирск: Наука, 2002. –240 с. (Соавт. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Клоков С.С. и др.).
- 63.Селективная проксимальная ваготомия в хирургии рубцово-язвенного пилоробульбарного стеноза // Сборник трудов ОКБ

- г.Томска. –Томск, 2002. –С. 94–95. (Соавт. Гибадулин Н.В.).
64. Хирургическая коррекция заболеваний желудочно-кишечного тракта // Ден Соолук. –2002. –XXL, К–1, №1. –С. 13–16. (Соавт. Гибадулин Н.В., Жерлов Г.К., Жоомартов И.Э.).
65. Способ дуоденопилорогастропластики в хирургии гастродуоденальных язв, осложненных протяженным стенозом // Официальный бюллетень Российского агентства по патентам и товарным знакам. –2003. –№6 (II). –С. 213. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Клоков С.С., Ермолаев Ю.Д., Кейян С.В.).
66. Геликобактериоз: эпидемиология, патогенез, принципы диагностики и базисной терапии / Учебно-методическое пособие.–Томск: Издательство ТПУ, 2002. –32 с. (Соавт. Гибадулин Н.В.).
67. Оценка качества жизни и медико-экономической эффективности эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*-зависимой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы 61-ой Итоговой научно-практической конференции имени Н.И.Пирогова СГМУ. –Томск, 2002. –С. 165. (Соавт. Касачев А.А.).
68. Способ дифференциальной диагностики пилороспазма и пилоростеноза // Официальный бюллетень Российского агентства по патентам и товарным знакам. –2003. –№34 (II). –С. 382–383. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Соколов С.А.).
69. Использование гастроэзофагии в функциональной диагностике рубцово-язвенного пилоробульбарного стеноза // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения: Материалы III Восточно-сибирской гастроэнтерологической конференции. –Красноярск, 2003. –С. 143–147. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Грязнов С.В.).
70. Диагностические критерии выбора пилоруссохраняющих и пилорусмоделирующих операций у пациентов с рубцово-язвенным пилоробульбарным стенозом // Актуальные вопросы медицинского обеспечения войск, подготовки и усовершенствования военно-медицинских кадров: Материалы научно-практической конференции. –Томск, 2003. –С. 185–187. (Соавт. Гибадулин Н.В., Лапин А.Н., Арсеньев Д.В.).
71. Коррекция функциональной недостаточности стенозированный привратника при хирургическом лечении язвенной болезни // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма: Материалы VI Международного симпозиума и VII Чуйской научно-практической конференции. –Чолпон-Ата, 2003. –Т. I.–С.195–199. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Габитов А.Х.).

72. Сонографическое обоснование формирования функционально активных пилороподобных анастомозов в хирургии стенозирующих гастродуоденальных язв // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма: Материалы VI Международного симпозиума и VII Чуйской научно-практической конференции. – Чолпон-Ата, 2003. – Т. I. – С. 140–143. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).
73. Эндоэкологическая реабилитация в амбулаторно-поликлинических условиях // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма: Материалы VI Международного симпозиума и VII Чуйской научно-практической конференции. – Чолпон-Ата, 2003. – Том II. – С. 277–279. (Соавт. Бауэр В.А., Габитов А.Х., Андреева Л.А., Большакова Е.М.).
74. Экспериментальное обоснование реконструкции протяженного рубцово-язвенного стеноза // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии – 2003. – №3 (6). – С. 41–43. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Гагарин А.А., Лапин А.Н., Федоров Д.Ю.).
75. Выбор способа коррекции моторно-эвакуаторных расстройств гастродуоденального комплекса у больных с пилородуоденальными язвами // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения: Материалы IV Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции. – Красноярск, 2004. – С. 65–66.
76. Способ дифференцированной оценки степени функциональной активности привратника // Официальный бюллетень Российского агентства по патентам и товарным знакам. – 2004. – №2 (III). – С. 586. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Соколов С.А.).
77. Использование ультразвуковых технологий в функциональной диагностике нарушений моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса // Актуальные вопросы современной медицины: Материалы XIV научно-практической конференции. – Новосибирск, 2004. – Раздел IV. – С. 59–60.
78. Эффективность мероприятий эндоэкологической реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях // Актуальные вопросы экологии и здоровья человека. – Томск. – 2004. – Т. 3, №4. – С. 6. (Соавт. Бауэр В.А., Габитов А.Х., Андреева Л.А.).
79. От дренирующих соустьев к пилоруссохраняющей и пилорусмоделирующей коррекции стенозированного гастродуоденального перехода // Актуальные вопросы современной медицины: Материалы XIV научно-практической конференции. –

Новосибирск, 2004. –Раздел IV. –С. 63–64. (Соавт. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В.).

80.Эндоскопия – взгляд изнутри / Учебно-методическое пособие. – Томск: Типография «Иван Федоров», 2004. –107с. (Соавт. Анищук А.А., Бауэр В.А., Кошевой А.П.).

81.Возможности трансабдоминальной сонографии в диагностике нарушений моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса // Достижения современной лучевой диагностики в клинической практике: Материалы III региональной конференции. –Томск, 2004. –С. 57–61.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:
<http://www.gastroscan.ru/literature/>

Тираж 100. Заказ 345.
Томский государственный университет
систем управления и радиоэлектроники
пр. Ленина, 40.