

УДК 616.33-002.44-089.87

*І.М. Тодуров, Ю.А. Діброва, Б.С. Полінкевич, Л.С. Білянський***ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ
З ВИРАЗКОЮ ШЛУНКА II ТИПУ***Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, Київ*

Питання щодо вибору способу оперативного втручання при виразках шлунка II типу лишається відкритим, так як до цього часу остаточно не визначено пріоритетне значення тих чи інших морфо-функціональних змін шлунка за якими визначається хірургічна тактика, недостатньо вивчені типологічні особливості поєднаних гостро-дуоденальних виразок. Остаточно не визначена ефективності різних видів оперативних втручань при даній патології. Метою роботи було обґрунтування тактики хірургічного лікування пацієнтів з виразками шлунка II типу та визначення ефективності різних методів оперативних втручань. Матеріал та методи. Проведено детальний аналіз анамнестичних даних та комплексне обстеження 185 пацієнтів з виразками II типу, яким були виконані різні види оперативних втручань. Результати та обговорення. На основі особливостей клінічного перебігу захворювання та враховуючи локалізацію, розміри та характер ускладнення виразки шлунка, особливості шлункової кислотопродукції, наявність моторно-евакуаторних розладів шлунка та дванадцятипалої кишки, дуодено-гастрального рефлюксу, а також стану поєднаної дуоденальної виразки обґрунтовано покази до застосування органо- та пілорозберігаючих втручань, ваготомії в поєднанні з резекцією шлунка, а також до класичних резекцій шлунка. Показано, що в віддаленому періоді краші функціональні результати були одержані після органо- та пілорозберігаючих втручань.

Ключові слова: виразки шлунка II типу, хірургічне лікування

Виразки шлунка II типу (поєднані гастро-дуоденальні виразки) за класифікацією H.D. Johnston [15] по багатьом параметрам близькі до дуоденальних. Для них характерне послідовне чи одночасне ураження шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) виразковим процесом. Серед хворих виразкою шлунка ця патологія зустрічається у 23,3%, а серед пацієнтів з виразковою хворобою ДПК – у 6,1% [3-6].

Виразки шлунку II тип в 61-67% випадків виявляються при неактивній дуоденальній виразці. Поєднана активна виразка шлунка та ДПК зустрічається в 22-28% випадків, активна виразка ДПК та неактивна виразка шлунка – в 6% випадків і в 5% спостережень – неактивні обидві виразки [7, 10].

Залежно від стадії виразкового процесу в ДПК [12] виділяють два підтипи виразок. Зокрема, при поєднанні активної виразки шлунка та ДПК виділяють II-A тип, а при неактивній виразці ДПК – II-B тип. [4] класифікують поєднані гастро-дуоденальні виразки в залежності від наявності чи відсутності виразкового пілоро-дуоденального стенозу (ПДС). Так, виразку шлунка без ПДС автори класифікують як поєднану чи виразку подвійної локалізації. При наявності ПДС, виразка шлунка розцінюється як вторинна. Характерно, що вираз-

ки шлунка на тлі виразкового ПДС виникають в 4-8 разів частіше, ніж без стенозу. Такі виразки характеризуються високими показниками шлункової кислотопродукції та резистентністю до консервативного лікування [3, 6].

Питання щодо вибору способу оперативного втручання при виразках шлунка II типу лишається відкритим. Це пов'язано з тим, що до цього часу остаточно не визначена причина їх виникнення, а найбільш поширена теорія антрального стазу також не відповідає на всі питання щодо їх патогенезу [6, 9, 14, 16].

Таким чином, з огляду на те, що дотепер немає єдиної теорії етіопатогенезу виразок шлунка II типу, а існує лише припущення щодо можливих причин їх виникнення, то ідеальним є те оперативне втручання, яке б усувало причину виразкоутворення та запобігало б її рецидиву [1-4, 6, 10].

Мета роботи — обґрунтування тактики хірургічного лікування виразок шлунка II типу на основі аналізу особливостей клінічного перебігу захворювання та результатів обстеження.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилося 185 хворих з виразками шлунка II типу. Чоловіків було 160 (86,5%), жінок – 25 (13,5%).

Основна кількість хворих була в віці від 41 до 60 років (63,2 %).

В значній більшості випадків (173 пацієнтів – 93,5%) виникненню виразки шлунка передувало розвиток виразки ДПК. У 4 хворих (2,2%) спочатку виникала виразка шлунка, а вже потім, через 2-5 років – виразка ДПК. Синхронні гастро-дуоденальні виразки мали місце у 8 пацієнтів (4,3%). Це в свою чергу свідчить, що виразки шлунка II типу за етіопатогенезом стоять ближче до дуоденальних.

Виразки шлунка виникали в середньому через $13,2 \pm 1,3$ років після виразок ДПК. У хворих, які перенесли ушивання перфоративної виразки ДПК цей термін був значно коротший, ніж у не оперованих пацієнтів і складав відповідно $5,5 \pm 1,5$ років та $16,1 \pm 11,3$ років. До поступлення в клініку 26 (14,1%) хворих перенесли оперативні втручання з приводу перфорації виразки шлунка чи то виразки ДПК. Виразкова кровотеча в анамнезі спостерігалась у 31 хворого (16,8%).

Всім хворим проводилось комплексне обстеження, яке включало в себе ендоскопічне та рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунку та кишечника, визначення шлункової кислотопродукції, вивчення особливостей морфологічних характеристик виразки та пептичної слизової оболонки шлунка.

Результати та обговорення

Рентгенологічне обстеження було проведене 142 пацієнтам (82,2%). При цьому рентгенологічні виразки шлунка мали місце у 5,6% пацієнтів. Ознаки виразкового ПДС були виявлені у 35 пацієнтів (24,6%). Зокрема, компенсований ПДС був діагностований у 21 хворого (14,8%), а субкомпенсований – у 14 пацієнтів (9,8%). Причому, компенсований ПДС в переважній більшості випадків (у 17 із 21 пацієнта) був на фоні активної дуоденальної виразки, в той час як субкомпенсована форма ПДС частіше всього спостерігалась у пацієнтів з рубцево-виразковою деформацією ампули ДПК (у 10 із 14 хворих).

За даними ендоскопічного обстеження в верхній третині тіла шлунка активні виразки локалізувались у 25 пацієнтів (13,5%), в середній третині – в 45 випадках (24,4%), а в нижній третині та області кутової виразки – у 109 хворих (58,9%). У 6 пацієнтів мав місце післявиразковий рубець шлунка, який у 4 із них ло-

калізувались в нижній третині тіла та по одному випадку – в верхній та в середній третині тіла шлунка. Серед виразок шлунка, які локалізувались в проксимальній частині тіла шлунка переважали виразки більшого розміру в порівнянні з виразками, локалізованими в дистальній частині його тіла.

При визначенні стану дуоденальної виразки було встановлено, що у 30 хворих (16,2% випадків) активна виразка шлунка поєднувалась з активною виразкою ДПК. У 29 пацієнтів (15,7%) активна виразка шлунка була поєднана з активною виразкою ампули ДПК, ускладненою ПДС стенозом. ПДС був діагностований у 14 пацієнтів (7,6%) з активною виразкою шлунка. Рубцево-виразкова деформація ампули ДПК без порушення її прохідності мала місце у 106 хворих (57,2%) з активною виразкою шлунка. У 4 випадках (2,2%) післявиразковий рубець шлунка був поєднаний з активною дуоденальною виразкою та ще в двох випадках (1,1%) післявиразковий рубець шлунка поєднувався з субкомпенсованим ПДС.

Ендоскопічні ознаки дуодено-гастрального рефлюксу (ДГР) були виявлені у 26 (14,1%) пацієнтів. Зокрема, тяжкий ступінь ДГР мав місце у 12 випадках (46,1%), середній ступінь ДГР був – у 8 пацієнтів (30,8%) та легкий ступінь ДГР – у 6 спостереженнях (23,1%). При цьому майже у всіх пацієнтів ДГР був поєднаний з гастро-езофагеальним рефлюксом, що в деякій мірі, свідчить про спільність причин порушення функції пілоричного сфінктера та кардіального жому.

Таким чином, проведення ретельного рентгенологічного та ендоскопічного обстеження давало можливість одержати детальну інформацію не лише про стан як самої виразки шлунка та виразкового процесу ДПК, а також про наявні моторно-евакуаторні розлади цих органів.

При вивченні характеру шлункової кислотопродукції було встановлено, що показники базальної кислотопродукції (БКП) коливались в межах від 1,7 до 20,5 ммоль/год, (БКП= $9,3 \pm 0,9$ ммоль/год), а максимальної кислотопродукції (МКП) – від 3,0 до 39,4 ммоль/год, (МКП= $22,8 \pm 4,2$ ммоль/год). У 51 пацієнта була визначена гіперацидність в обидві фази шлункової секреції. Причому, так званий “гіперсекреторний стан шлунка”

(БКП > 10 ммоль/год, а МКП > 30 ммоль/год) спостерігався у 34 (18,4%) випадках, а у решти 17 хворих (9,2%) показники БКП та МКП були відповідно в межах 5-7 ммоль/год та 23-27 ммоль/год.

Обґрунтування вибору способу оперативного втручання визначалося результатами доопераційного обстеження, а також результатами гастробіопсії (наявності чи відсутності вогнищ мета- чи диспластичних змін перульцерозної та віддалених ділянок слизової оболонки шлунка). При цьому ми враховували, що сучасні тенденції в хірургічній гастроентерології спрямовані на більш широке застосування органо- та пілорозберігаючих оперативних втручань, які дозволяють максимально зберегти орган та його функцію. Однією із обов'язкових умов виконання ваготомії є повне висічення виразки шлунка. Тому, при наявності пенетруючої виразки шлунка виконання селективної проксимальної ваготомії (СПВ) було неможливим з технічних причин. СПВ ми проводили в тих випадках, коли виразка не проникала за межі серозно-м'язової оболонки стінки шлунка та не пенетрувала в суміжні органи та анатомічні структури. Саме за таких умов була можливість візуальної ідентифікації нервів Латарже і їх збереження, а також проведення висічення виразки шлунка після гастротомії з боку його просвіту, що має переваги перед клиноподібною чи крайовою резекцією малої кривини шлунка, після якої може виникати деформація шлунка з евакуаторними розладами.

СПВ була виконана 34 пацієнтам (18,4%). У 10 із них мала місце рубцево-виразкова деформація ампули ДПК, у 3 – активна виразка ДПК, у 13 – активна виразка ДПК була поєднана з ПДС та ще у 8 пацієнтів був виразковий ПДС. Виразки шлунка локалізувались у 4 пацієнтів в верхній третині тіла шлунка, у 7 хворих – в середній третині та ще у 23 – в нижній третині та області куткової вирізи шлунка. 10 пацієнтам, у яких виразка шлунка була поєднана з рубцево-виразковою деформацією ампули ДПК була проведена СПВ з висіченням виразки з боку просвіту шлунка після гастротомії. 3 пацієнтам, у яких виразка шлунка була поєднана з активною дуоденальною виразкою, не ускладненою стенозом, виконана СПВ з висіченням виразки шлунка та виразки ДПК по Джаду. 13 пацієнтам, у яких

активна виразка шлунка поєднувалась з активною виразкою ДПК, ускладненою ПДС, була виконана СПВ, висічення виразки шлунка та ДПК з пілоропластикою. Зокрема, пілоропластика за Фіннеєм мала місце у 5 пацієнтів та ще у 8 – за Джадом. 8 пацієнтам, у яких після проведеного передопераційної підготовки виразка шлунка зарубцювалась, була виконана ізольована СПВ з пілоропластикою.

У 12 пацієнтів, у яких виразковий дефект виходив за межі м'язової оболонки шлунка та пенетрував в малий сальник, було можливим висічення виразки через всі шари стінки шлунка та проведення селективної (СВ) чи стовбурової ваготомії (СтВ). Обов'язковою умовою проведення такого виду ваготомії була відсутність виразкового ПДС. Загалом, двостороння СВ була виконана 7 пацієнтам, у яких виразки шлунка локалізувались в середній (6 випадків) чи в нижній третині його тіла (1 спостереження). Двостороння СтВ проведена 5 пацієнтам з локалізацією виразок в верхній третині його тіла. Методика висічення виразки шлунка визначалася її локалізацією. У 6 пацієнтів, у яких виразка шлунка локалізувались в середній третині його тіла було застосована “закрита” клиноподібна резекція малої кривини шлунка з виразкою апаратом УКЛ. При локалізації виразки шлунка в верхній (5 хворих) чи в нижній його третинах (1 пацієнт) його тіла була застосована методика відкритого висічення виразки шлунка, після якої дефект стінки шлунка ушивався в довільному напрямку, не деформуючи при цьому його контури. Ваготомію доповнювали геміпілоректомією за А.А. Шалімовим [13].

Серед 34 пацієнтів з “гіперсекреторним” станом шлунка, у 24 із них (70, 6%) виразки локалізувались в нижній третині та області куткової вирізи шлунка, а у решти 10 пацієнтів (29,4%) – в середній третині його тіла. У 4 пацієнтів мали місце гігантські виразки шлунка в нижній третині тіла шлунка, розмір яких перевершував 2,5 см. Активна дуоденальна виразка спостерігалась у 17 випадках (50,0%), активна дуоденальна виразка, ускладнена ПДС – у 6 хворих (17,6%) та ще у 11 пацієнтів (32,4%) мала місце рубцево-виразкова деформація ампули ДПК. Операцією вибору в таких ситуаціях була ваготомія з дистальною гемігастректомією чи антрумектомією, яка забезпечувала адекватне зниження продукції соляної кислоти.

Двостороння СВ з резекцією шлунка за Більрот-I була проведена 15 пацієнтам, а ще 8 пацієнтам, у яких дуоденальні виразки мали значні розміри та периульцерозний набряк – за Більрот-II. Двостороння СтВ була виконана 11 пацієнтам. У 8 із них була проведена резекція шлунка за Більрот-I та ще у 3 – за Більрот-II. Зокрема, у 4 пацієнтів, яким була виконана резекція шлунка за Більрот-I мала місце рубцево-виразкова деформація ампули ДПК, у 3 – активна дуоденальна виразка, а ще у 1 пацієнта активна дуоденальна виразка була ускладнена ПДС. Дуоденальні виразки мали розміри до 1,0 см без значного перульцерозного набряку. Це, в свою чергу, давало можливість накладати гастро-дуоденоанастомоз. Двостороння СтВ з резекцією шлунка за Більрот-II була виконана 2 пацієнтам, які мали дуоденальні виразки великих розмірів, та ще 1 хворому, у якого дуоденальна виразка була ускладнена ПДС.

Доцільність застосування пілорозберігаючої резекції шлунка (ПЗРШ) в хірургічному лікуванні виразки шлунка II типу визнається не всіма дослідниками. Це пояснюється тим, що до цього часу не визначені покази до проведення даного втручання та не вивчена його ефективність при виразках II типу [8, 11-13, 17, 18].

ПЗРШ була застосована нами в випадках, коли виразка шлунка локалізувалася не ближче 4-6 см від пілоруса, не мала глибокої пенетрації в малий сальник, були відсутні виразковий ПДС чи активна дуоденальна виразка, а пілоричний сфінктер був функціонально спроможний. Однією із умов проведення ПЗРШ був також норм- чи гіпоацидний стан шлункової секреції. Протипоказом до застосування ПЗРШ була наявність дизрегуляторних змін в віддалених від виразки ділянках слизової оболонки шлунка. Технічно ПЗРШ при виразках шлунка II типу не відрізнялася від техніки виконання цього втручання у пацієнтів з I типом виразки. Загалом, ПЗРШ була виконана 25 пацієнтам.

Класичні резекції були застосовані у 78 пацієнтів (42,2%). Зокрема, резекція шлунка за першим способом Більрота була виконана 45 пацієнтам (24,3%), у 6 із яких (13,3%) виразки локалізувались в верхній третині тіла шлунка, у 7 (15,6%) – в середній третині тіла шлунка та ще у 32 пацієнтів (71,2%) – в нижній третині та області кутової вирізки.

У цих хворих поєднаний виразковий процес в ДПК перебував на різних стадіях активності. Зокрема, у 30 пацієнтів (66,7%) мала місце рубцево-виразкова деформація ампули ДПК, активна виразка ампули ДПК була у 7 хворих (15,6%), активна виразка ампули ДПК, ускладнена ПДС мала місце у 2 пацієнтів (4,4%) та у 6 хворих (13,3%) були ознаки ПДС. Показники шлункової базальної кислотопродукції у цих хворих були в межах від 5,0 до 12,5 ммоль/год (в середньому – $9,4 \pm 1,7$ ммоль/год), що відповідало помірній гіперацидності, а МКП – від 11,8 до 26,7 ммоль/год (в середньому – $22,6 \pm 2,8$ ммоль/год – нормацидність).

За даними результатів гастробіопсії периульцерозної слизової оболонки шлунка (СОШ) у 4 випадках (8,9%) мала місце кишкова метаплазія, у 2 (4,4%) із них – в поєднанні з атрофічними процесами СОШ. Загалом, епітеліальна дисплазія була виявлена у 5 спостереженнях (11,1%). Причому, у 3 (6,7%) із них епітеліальна дисплазія поєднувалася з вогнищами атрофії перульцерозної СОШ. Вогнища атрофії СОШ були виявлені у 5 випадках (11,1%). У решти, 31 спостереженнях (68,9%) гістологічна картина відповідала помірно вираженому гастриту.

За даними інтраопераційної ревізії пенетрація виразки шлунка в підшлункову залозу була у 13 пацієнтів. Поєднані дуоденальні виразки були незначних розмірів та не були ускладнені пенетрацією, що сприяли проведенню резекції шлунка саме за Більрот-I. У решти пацієнтів, у яких виразковий процес в ДПК перебував в не активній стадії, технічних труднощів для проведення резекції шлунка за Більрот-I не виникало. Гастро-дуоденоанастомоз накладали “кінець в кінець”. Двом хворим, у яких була виражена схильність до демпінг-синдрому гастро-дуоденоанастомоз виконали за Томода.

Резекція шлунка за Більрот-II була виконана 33 пацієнтам (17,8%). У 10 із них (30,3%) виразки шлунка локалізувались в верхній третині його тіла, у 13 (39,4%) – в середній третині тіла та ще у 10 (30,3%) – в нижній третині тіла шлунка.

Поєднана дуоденальна виразка у 18 пацієнтів (54,5%) перебувала в не активній стадії – рубцево-виразкова деформація ампули ДПК мала місце у 16 хворих та ще у 2 пацієнтів були ознаки ПДС. Активна дуоденальна вираз-

ка мала місце у 15 хворих (45,5%). Причому, у 8 (24,2%) із них активна дуоденальна виразка була ускладнена ПДС. Ендоскопічні ознаки ДГР середнього та важкого ступеню були виявлені у 20 пацієнтів (60,6%). За даними гастробіопсії периульцерозної слизової оболонки морфологічні ознаки епітеліальної дисплазії мали місце у 5 випадках (15,2%), ознаки клітинної метаплазії з вогнищами атрофії слизової оболонки були виявлені у 4 спостереженнях (12,1%). В одному із цих випадків при плановому гістологічному обстеженні були виявлені ознаки малігнізації виразки. Причому, в даному випадку результати експрес-гістологічного дослідження не виявили ознак малігнізації виразки. Таким чином, морфологічні ознаки дизрегуляторних процесів в периульцерозній СОШ були виявлені у 9 пацієнтів (27,3%) і, в тому числі, один випадок малігнізації виразки.

За даними інтраопераційної ревізії пенетрація виразки шлунка в тіло підшлункової залози мало місце у 10 пацієнтів (30,3%), у 4 хворих (12,1%) – в ліву долю печінки та ще у 8 хворих (24,2%) – одночасно в два органи.

Відновний етап операції також визначався наявністю чи відсутністю ДГР, а також способом ушивання кукси ДПК. В усіх випадках, коли мали місце ознаки ДГР (20 спостережень), а також при атиповому ушиванні кукси ДПК (4 випадки) накладали гастроентероанастомоз на довгій петлі з міжкишковим співустям за Брауном. У решти 9 хворих, у яких були виявлені дизрегуляторні зміни СОШ був накладений гастроентероанастомоз на короткій петлі по Фінстереру.

З а к л ю ч е н н я

При обґрунтування показів до вибору способу оперативного втручання у пацієнтів з виразками шлунка II типу слід враховувати їх типологічні особливості, а також функціональний стан шлунка та ДПК. Вивчення віддалених результатів показало, що рецидив виразки шлунка виник у 2 пацієнтів. Одному із них була проведена Ств з «закритим» висіченням виразки шлунка та геміпілоректомією. Причиною рецидиву була післяопераційна деформація шлунка з моторно-евакуаторними розладами. У іншого хворого рецидивна виразка шлунка виникла після резекції шлунка за Більрот-I на підґрунті ДГР. Кращі функціо-

нальні результати спостерігалися у пацієнтів, яким були виконані органо- та пілорозберігаючі оперативні втручання.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА II ТИПА

И.М. Тодуров, Ю.А. Диброва, Б.С. Полинкевич, Л.С. Билянский

Вопрос относительно выбора способа оперативного вмешательства при язвах желудка II типа остается открытым, так как до настоящего времени окончательно не определено приоритетное значение тех или иных морфо-функциональных изменений желудка, согласно которым определяется хирургическая тактика, недостаточно изучены типологические особенности сочетанных гастро-дуоденальных язв. Окончательно не определена эффективность разных видов оперативных вмешательств при данной патологии. Целью работы было обоснование тактики хирургического лечения пациентов с язвами желудка II типа и определение эффективности разных способов оперативных вмешательств. Проведен детальный анализ анамнестических данных и комплексное обследование 185 пациентов с язвами II типа, которым были выполнены разные виды оперативных вмешательств. На основании особенностей клинического течения заболевания, а также учитывая локализацию, размеры и характер осложнения язвы желудка, особенностей желудочной кислотопродукции, наличия моторно-эвакуаторных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки, дуодено-гастрального рефлюкса, а также состояния сочетанной дуоденальной язвы обоснованы показания к применению органо- и пилоросохраняющих вмешательств, ваготомии в сочетании с резекцией желудка, а также к классическим резекциям желудка. Показано, что в отдаленном периоде лучшие функциональные результаты были получены после органо- и пилоросохраняющих вмешательств.

Ключевые слова: язвы желудка II типа, хирургическое лечение

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS AFFECTED BY GASTRIC ULCER TYPE II

I.M. Todurov, Yu. A. Dibrova, B.S. Polinkevich, L.S. Bilyanskiy

Choosing the method of surgical treatment for gastric ulcer type II remains challenging problem because of to date priority of morphological and functional stomach abnormalities (changes) determines surgical management is not fully determined and typical characteristics of combined gastro-duodenal ulcers are not well-studied. Effectiveness of different surgical approaches for such pathology is not conclusively determined as well. The aim was to substantiate surgical management for stomach ulcer type II and the determination of effectiveness of different surgical approaches. We performed detailed analysis of anamnestic data and comprehensive survey of 185 patients affected by ulcers type II which were underwent different kinds of operations. Based on the specificities of characteristic of disease's clinical course, ulcer localization, ulcer size, kind of complications due to stomach ulcer, the

specificity of acid secretion, existences of motor-evacua-tive distortion of stomach and duodenum, duode-nogastral reflux, condition of combined duodenal ul- cer we substantiated indications to organ-preserving and pylorus-preserving operations, vagotomy com- bined with stomach resection and the classic stomach resection.

Key words: gastric ulcer type II, surgical treatment

ЛІТЕРАТУРА

1. Бачев И.И. Хирургическое лечение множественных и сочетанных гастродуоденальных язв / И.И. Бачев // Клинич. хирургия – 1991. – №8. – С. 37-39.
2. Бондаренко Н.М. О гигантских язвах желудка / Н.М. Бондаренко, В.П. Крышень, Л.Д. Лебедь // Клин. хирург. – 1986. – №10. – С. 68-68.
3. Калиш Ю.И. Сочетанные язвы желудка / Ю.И. Калиш, А.А. Турсуметов // Анн. хирург. – 2007. – № 4. – С. 26-28.
4. Калиш Ю.И. О природе вторичных язв желудка / Ю.И. Калиш, А.А. Турсуметов // Вестн. хирург. – 2007. – № 6. – С. 15-17.
5. Маят В.С. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки ваготомией / В.С. Маят // Клин. мед. – 1990. – № 8. – С. 31-36.
6. Михайлов А.П. Индивидуализированный выбор спо-соба операции в плановой хирургии язвенной болез- ни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.П. Ми- хайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков, В.П. Акимов // Вестн. хирург. 1998. – № 4. – С.111-115.
7. Нечай А.И. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / А.И. Нечай, О.А. Меркулов // Вестн. хирург. – 1988. – № 10. – С. 19-22.
8. Никульшин С.С. Возникновение рецидива язвы по- сле пилоросохраняющей резекции у пациентов с яз- венной болезнью желудка и двенадцатиперстной ки- шки / С.С. Никульшин // Клин. хирург. – 1995. – № 3. – С. 16-18.
9. Обратная диффузия ионов водорода при язвенной бо- лезни желудка и двенадцатиперстной кишки / И.В. Кли- минский, В.А. Ступин, Е. Г. Мелентьева, А.В. Федоров [и др.] // Сов. мед. – 1985. – № 9. – С. 8-12.
10. Самохвалов В.И. Сочетанные язвы желудка и двенад- цатиперстной кишки / В.И. Самохвалов, Н.М. Кузин // Клин. мед. – 1984. – № 5. – С. 14-20.
11. Способ пилоруссохраняющей резекции желудка при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / А.Е. Бо- рисов, Ю.Е.Веселов, В.П.Акимов, А.А.Коваленко // Вестн. хирург. – 2006. – № 6. – С. 44-46.
12. Чернышев В.Н. Классификация язв желудка и выбор способа операции / В.Н. Чернышев, И.К. Александров // Хирург. – 1992. – № 9-10. – С. 3-8.
13. Шалимов А.А. Операции, сохраняющие функцию пи- лороантрального отдела в хирургии доброкачествен- ных заболеваний желудка / А.А. Шалимов, В.А. Ша- лимов, В.Ф. Саенко // Клин. хирург. – 1972. – № 10. – С. 34-39.
14. Dragstedt L.R. The pathogenesis of duodenal and gastric ulcers / L.R. Dragstedt // Am. J. Surg. – 1978. – Vol. 136. – P. 288-301.
15. Johnston H.D. Gastric ulcer: Classification, blood group characteristics, secretion patterns and pathogenesis / H.D. Johnston // Ann. Surg. – 1965. – Vol. 162. – P. 996-1004.
16. Liebermann-Meffert D. Gastric hypermotility and an- tropyloric dysfunction in gastric ulcer patients / D. Lieber- mann-Meffert, C. Myller, M. Allgauer // Scand. J. Gastro- enterol. – 1981. – Vol. 16. – Suppl. 67. – P. 5-7.
17. Long-term Results of Pylorus-Preserving Gastrectomy for gastric ulcer / I. Sasaki, K. Fukushima, H. Naito [et al.] // Tohoku J. Exper. Med. – 1992. – Vol. 168. – P. 539-548.
18. Pylorus and antroseromuscular flap-preserving gastrecto- my – A new type of reconstruction after subtotal gastrecto- my for treatment of gastroduodenal ulcer: Clinical and ex- perimental study / C. Yan, H. Zhou, X. Ma, Ch. Zhang // Surgery. – 1991. – Vol. 109. – P. 756-760.

Стаття надійшла 10.03.2011