Н.Э. Куртсеитов, Г.Ц. Дамбаев, А.П. Кошель

ОРИГИНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

N.E. Kurtseitov, G.Ts. Dambayev, A.P. Koshel

ORIGINAL STRATEGY OF MANAGING PATIENTS HAVING OPERATED STOMACH DISEASE

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск

Представлен анализ результатов обследования и лечения 218 пациентов с симптомами болезни оперированного желудка, в том числе 135 (61,5%) мужчин и 84 (38,5%) женщины в возрасте от 34 до 72 лет (средний возраст $56,8 \pm 13,7$ года). Окончательный диагноз заболевания должен выставляться только после проведения полного комплекса инструментальных и функциональных обследований, который поможет верифицировать диагноз, создать полноценное представление о характере послеоперационной патологии и позволит выбрать оптимальный вариант оперативного лечения.

Ключевые слова: болезни оперированного желудка, демпинг-синдром, редуоденизация.

The analysis of examination and treatment results of 218 patients having symptoms of operated stomach disease including 135 (61.5%) men and 84 (38.5%) women aged from 34 to 72 (median age 56.8 ± 13.7) years is presented in the article. An ultimate diagnosis of the disease should be set only after performing entire complex of instrumental and functional investigations which will help to verify the diagnosis, to create complete picture of post-operative pathology character and to allow choosing optimal variant of surgical treatment.

Key words: operated stomach disease, dumping-syndrome, reduodenization.

УДК 616.33-089-06-07
doi 10.17223/1814147/60/08

ВВЕДЕНИЕ

Проблема своевременной диагностики и выбор адекватного объема реконструктивной операции при болезнях оперированного желудка не теряет своей значимости не только для общехирургических, но специализированных стационаров. Функциональные и органические синдромы, возникающие в послеоперационном периоде, чаще всего носят сочетанный характер, взаимно отягощают клинические проявления и значительно затрудняют дифференциальную диагностику и выбор способа реконструкции [2–5].

Цель исследования: оценить информативную и прогностическую ценность объема обследования и эффективность использования реконструктивных операций, предусматривающих включение в пассаж двенадцатиперстной кишки (ДПК) с формированием арефлюксных анастомозов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клинические результаты оценивались посредством анализа историй болезни 218 пациентов (135 (61,5%) мужчин и 84 (38,5%) женщины) с симптомами болезни оперированного

желудка. Возраст больных варьировал от 34 до 72 лет (средний возраст $56,8 \pm 13,7$ года).

При постановке диагноза придерживались клинико-патогенетической классификации, которая включает демпинг-синдром (ранний и поздний), синдром приводящей петли, послеоперационный «щелочной» рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, пептическую язву тощей кишки.

Демпинг-синдром различной степени тяжести был выявлен у 117 (57,1%) пациентов, пептические язвы гастроэнтероанастомоза – у 59 (28,8%). Явления рефлюкс-гастрита или рефлюкс-энтерита преобладали у 23 (11,2%) больных, в 6 случаях (2,9%) отмечались признаки синдрома Roux.

Показания к хирургическому лечению по поводу болезни оперированного желудка были выявлены у 58 (28,3%) пациентов (39 мужчин (67,2%) и 19 женщин (32,8%)) в возрасте от 35 до 69 лет (средний возраст $48,2 \pm 13,1$ года). Среди причин выполнения первичных операций были гастродуоденальные язвы – у 41 больного (70,7%), рак желудка – у 16 (27,6%) пациентов и химический ожог желудка – у одного больного (1,7%).

В качестве первоначального объема хирургического лечения дистальная резекция желудка по Billroth II в модификации Гофмейстера-Финстерера выполнена у 39 (67,2%) пациентов (1-я группа), гастрэктомия по Гиляровичу – у 19 (32,8%) больных (2-я группа).

Накопленный практический и научный опыт позволяет нам определить твердые позиции по многим аспектам диагностики и хирургического лечения болезней оперированного желудка. В клинике разработаны четкие критерии к выбору способа оперативного лечения, при этом особое внимание уделяется максимальному сохранению, восстановлению, а при необходимости и созданию искусственных сфинктерно-клапанных структур желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Эти критерии явились результатом многолетней клинической работы по изучению и лечению пациентов с болезнью оперированного желудка, на основании критериев разработаны и внедрены операции, предусматривающие восстановление утраченных функций желудка [4, 6].

Необходимость разработки подобных положений основывается на следующих требованиях, предъявляемых к оперативным вмешательствам:

- восстановление пассажа по ДПК, так как выключение из пищеварения ДПК с богатыми рефлексогенными и гормональными зонами является ключевым звеном в патогенезе болезней оперированного желудка. Кроме того в ней расположен пейсмейкер, организующий моторную функцию ЖКТ;

- уменьшение пептического фактора – кислотности желудочного сока, который является одним из важнейших факторов агрессии в ulcerogenesis;

- восстановление утраченных в ходе операции резервуарной и моторно-эвакуаторной функций желудка;

- защита слизистой оболочки пищевода и культи желудка от агрессивного воздействия дуоденального содержимого;

- защита слизистой оболочки пищевода от воздействия желудочного сока;

- сохранение на адекватном уровне секреторной функции оперированного желудка.

Фактические данные обрабатывали методами математической статистики в среде электронных таблиц Excel. Для каждого вариационного ряда определяли среднюю арифметическую величину M , ошибку средней арифметической m . Достоверность различий средних арифметических величин определяли по абсолютному показателю точности p по таблице процентных точек распределения Стьюдента в зависимости от коэффициента достоверности t и числа степеней свободы n . На основании коэффициента t по таблице Стьюдента определяли вероятность различия p .

Различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$, т.е. в тех случаях, когда вероятность различия составляла более 95%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При эндоскопическом исследовании рефлюкс-эзофагит или рефлюкс-гастрит культи желудка различной степени выраженности наблюдался у всех пациентов. Дистальный рефлюкс-эзофагит I степени в соответствии с классификацией Savary–Miller выявлен у 9 (23,1%) и 2 (10,5%) пациентов, II степени – у 16 (41,0%) и 3 (15,8%) пациентов, III степени – у 9 (23,1%) и 6 (31,6%), IV степени – у 5 (12,8%) и 8 (42,1%) пациентов 1-й и 2-й групп соответственно.

При эндоскопическом исследовании у 12 (20,7%) пациентов 1-й группы с синдромом приводящей кишки отмечено зияние желудочно-кишечного анастомоза до 2,5–3 см.

Органическая несостоятельность пищевода-желудочного перехода выявлена у 14 (35,9%) пациентов 1-й группы, органическая несостоятельность пищевода-кишечного перехода – у всех (100%) пациентов 2-й группы.

Функциональное состояние желудочно-кишечного анастомоза у пациентов 1-й группы оценивали по характеру содержимого культи желудка, степени изменения ее слизистой. У всех представителей этой группы отмечалось зияние гастроэнтероанастомоза, у 8 (20,5%) в содержимом культи имелась примесь желчи как признак еюногастрального рефлюкса.

Для подтверждения или исключения органического характера несостоятельности традиционную фиброгастроэноскопию (ФГДС) дополняли эндоскопической ультрасонографией (ЭУС). У 33 (84,6%) пациентов 1-й группы и у 19 (100%) больных 2-й группы помимо традиционного эндоскопического исследования была выполнена ЭУС проксимальных отделов ЖКТ.

При проведении ЭУС в области эзофагоэнтероанастомоза у 16 (84,2%) пациентов 2-й группы и гастроеюноанастомоза у 23 (59,0%) пациентов 1-й группы выявлена фиброзная трансформация структур стенки анастомозируемых органов. Так, в отличие от выявленного по данным традиционного исследования рефлюкс-эзофагита, воспалительные изменения пищевода легкой и средней степени наблюдались у 10 (25,6%) и 3 (15,8%) обследованных пациентов 1-й и 2-й групп, тогда как тяжелая степень наблюдалась у 23 (60,0%) и 16 (84,2%) больных, соответственно. Это наблюдение подтверждает более глубокие структурные изменения в стенке проксимальных отделов ЖКТ у пациентов с болезнью оперированного желудка, которые

остаются невыявленными при традиционной эндоскопии, но требуют оперативного лечения.

Рентгенологическое исследование, как и углубленная эндоскопическая диагностика, проведено соответственно 33 (84,6%) и 19 (100%) пациентам 1-й и 2-й групп, оперированным в плановом порядке. Недостаточность кардии или пищеводно-кишечного анастомоза выявлена у 24 (72,7%) и 19 (100%) больных соответствующих групп.

Прямой признак недостаточности кардии – регургитация (рефлюкс) бариевой взвеси из желудка в пищевод – выявлен в 23 (59,0%) и 19 (100%) случаях для 1-й и 2-й групп в горизонтальном положении обследуемых. В большей степени он определялся не уровнем расположения пищеводно-желудочного и пищеводно-кишечного перехода относительно уровня диафрагмы, а степенью расширения дистального отдела пищевода и недостаточностью данного перехода. В вертикальном положении этот признак определяется несколько реже – у 21 (58,3%) и 18 (94,7%) пациентов соответственно. Однако при нагрузочной пробе Вальсальвы частота гастроэзофагеального и энтероэзофагеального рефлюкса приближалась к значениям таковых в положении Тренделенбурга.

Для рентгенологической характеристики моторно-эвакуаторной деятельности культи желудка использованы общепринятые критерии скорости (время опорожнения) и ритма. Эвакуацию длительностью менее 30 мин от начала исследования называют ускоренной, от 30 до 60 мин – нормальной, а более 60 мин – замедленной). По ритму различают порционную или ритмичную и непрерывную эвакуацию. На основании полученных данных признаки демпинг-синдрома выявлены у 21 (53,8%) пациентов 1-й группы.

Во время обследования пациентов 1-й группы обращали внимание на поступление бариевой взвеси в приводящую петлю и ДПК, их тонус, перистальтику, размеры, наличие жидкости, газа и т.д. У 21 (53,8%) больных контрастное вещество не поступало в приводящую петлю. Затекание его в приводящую петлю на расстояние 4–5 см от желудочно-кишечного анастомоза отмечено у 6 (15,4%) пациентов, прохождение сульфата бария до нижней горизонтальной ветви ДПК – у 4, на всю длину ДПК – у 2 больных с клинически установленным диагнозом синдрома приводящей петли.

Таким образом, проведение рентгеноскопии проксимальных отделов ЖКТ позволило получить документальное подтверждение таких патологических нарушений у пациентов с болезнью оперированного желудка, как рефлюкс содержимого из нижележащих отделов в пищевод, демпинг-синдром и синдром приводящей кишки.

На первом этапе ультразвукового исследования выполнялась трансабдоминальная эхография абдоминального отдела пищевода и гастроэзофагеального перехода или пищеводно-кишечного анастомоза, выделяли прямые и косвенные ультрасонографические признаки недостаточности его замыкательной функции.

Нормальные размеры абдоминального отдела пищевода (длина 15,7 мм, наружный диаметр 9,1 мм) выявлены у 9 (23,1%) и 4 (21,1%) пациентов 1-й и 2-й групп соответственно. Прямым признаком недостаточности замыкательной функции кардии или сформированного анастомоза является расширение абдоминального отдела пищевода более ($17,0 \pm 2,3$) мм, что было выявлено у 24 (61,5%) и 10 (52,6%) пациентов исследуемых групп, более ($21,0 \pm 1,8$) мм – у 6 (15,4%) и 5 (26,3%). Желудочно-пищеводный и кишечно-пищеводный рефлюксы зарегистрированы в 18 (46,2%) и 11 (57,9%) случаях.

Общепризнанным критерием состоятельности кардии является величина угла Гиса. Среди пациентов 1-й группы угол Гиса был в пределах нормы у 14 человек (35,9%), тупой (от 90 до 110°) – у 17 (43,6%), более 110° – у 8 (20,5%).

Укорочение абдоминального отдела пищевода менее 15 мм отмечено у 29 (74,4%) больных, расширение внутреннего просвета этого отдела более 5 мм – у 21 (53,8%), размытость, потеря дифференцировки стенки пищевода по слоям и утолщение стенки пищевода в абдоминальном отделе более 3 мм – у 18 (46,2%) пациентов, ослабление перистальтики пищевода – у 12 (30,8%).

В зависимости от времени начала эвакуации жидкости из культи желудка выделено три степени нарушений эвакуации:

1) компенсация эвакуации (эвакуация жидкости начиналась через ($17,0 \pm 2,4$) мин и завершалась к концу первого часа) выявлена у 2 (5,1%) пациентов 1-й группы;

2) ускоренная эвакуация (начало первичной эвакуации составила ($9,0 \pm 2,2$) мин, при этом уже через час у большинства пациентов желудочное содержимое не превышало тощачевого объема) выявлена у 6 (15,4%) пациентов;

3) демпинг-синдром (эвакуация содержимого начинается одновременно с его поступлением в культю желудка и происходит непрерывно и завершается полностью за 20–30 мин). Данный признак наблюдался у абсолютного большинства пациентов I группы – 31 (79,5%).

У 12 (30,8%) пациентов отмечены ультразвуковые признаки дуоденостаза в виде расширения просвета культи ДПК (более 30 мм), вялой, замедленной перистальтики с застоем содержимого в ее просвете более 2 мин.

Наиболее надежным прогностическим признаком и одним из ведущих критериев выбора оперативного вмешательства является исследование секреторной активности сохраненной культи желудка. В 1-й группе краткосрочная внутрижелудочная рН-метрия была выполнена у 32 (82,1%) пациентов. Основными показателями, на которые обращали при этом внимание, являлись базальная и стимулированная секреция, результат медикаментозного теста ваготомии.

Несмотря на объем первичного хирургического вмешательства, по результатам проведенного исследования у 21 (53,8%) пациентов преобладала базальная нормацидность. Гипоацидное состояние на фоне базальной секреции обнаружено у 9 (23,1%) больных, а у 2 (5,1%) пациентов выявлена гиперацидность. Напротив, анацидности не отмечено ни у одного из обследованных пациентов.

При субмаксимальной стимуляции гистамином наиболее частым результатом явилась гиперацидность, которая выявлена у 17 (43,6%) пациентов, а наименее редким вариантом оказалась гипоацидность, отмеченная у 3 (7,8%) больных. Стимулированная нормацидность имела место у 12 (30,8%) пациентов.

У 19 (48,7%) больных выявлен положительный тест медикаментозной ваготомии: в течение 15 мин после внутримышечного введения 1 мл 0,1%-го раствора атропина сульфата значение внутрижелудочного рН повышалось до уровня гипоацидности, а иногда (у 9,4% пациентов) и до анацидности. Полученные результаты исключают наличие гастриномы или синдрома «оставленного антрума» у обследованных и прогнозируют высокий лечебный эффект пересечения блуждающих нервов.

Продолжительность исследования от 1,5 до 2 ч позволила выявить гастроэзофагеальный рефлюкс у 27 (69,2%) пациентов, из них единичные рефлюксы на фоне нагрузочных тестов отмечены у 8 (20,5%) больных, множественные частые рефлюксы – у 19 (48,7%). По уровню рН забрасываемого в пищевод содержимого интенсивнокислый рефлюкс обнаружен у 6, кислый – у 13, слабокислый – у 8 пациентов.

Для уточнения частоты, продолжительности и причины возникновения рефлюксов 31 пациенту (79,5%) 1-й группы дополнительно был проведен суточный мониторинг рН.

Патологический гастроэзофагеальный рефлюкс был выявлен у всех обследованных больных. Патологический рефлюкс на фоне гиперацидного состояния наблюдался у 18 (46,1%) пациентов, гипоацидного состояния – у 4 (10,2%) и нормацидного – у 9 (23,1%) пациентов.

Таким образом, по данным исследования секреторной функции культи желудка пациентов

1-й группы, у 53,1% обследованных выявлена стимулированная гиперацидность, что в сочетании с отсутствием ощелачивающей функции антрального отдела указывает на неадекватность объема первичной резекции. Положительный результат теста медикаментозной ваготомии у 59,4% больных свидетельствует о необходимости выполнения проксимальной селективной ваготомии при планировании у них реконструктивной операции. Наличие гастроэзофагеальных рефлюксов у 84,4% обследованных, по данным краткосрочной рН-метрии, и у 100% обследованных, по данным суточного мониторинга, требует коррекции зоны эзофагокардиального перехода для лечения и профилактики развития рефлюкс-эзофагита в послеоперационном периоде.

Рентгенологические исследования в отдаленные сроки после операции проведены 58 пациентам. При этом из 39 представителей 1-й группы у 1 больного (2,6%), обследованного спустя 1 год после реконструкции анастомоза по Бильрот II в анастомоз по Бильрот I, отмечено ускоренное опорожнение желудка на фоне зияющего анастомоза и непрерывного типа эвакуации бариевой взвеси, начинавшейся сразу после приема первых глотков контраста. У 8 (20,5%) пациентов в сроки от 1 до 1,5 лет после редуоденизации регистрировалось замедленное опорожнение культи желудка, при этом тип эвакуации был порционно-ритмичным и смешанным. У остальных пациентов 1-й группы отмечены нормальные сроки опорожнения культи желудка, а по сравнению с ранними сроками наблюдения отмечено значительное увеличение больных с порционно-ритмичным характером эвакуации. Так, в сроки от 1 до 7 лет порционная эвакуация наблюдалась у 24 (61,5%) больных с формированием дуоденогастрального соустья. Смешанный характер эвакуации встретился у 9 (23,1%), непрерывный – у 2 (5,1%) обследованных.

При наблюдении за условиями пассажа рентгеноконтрастной пищевой взвеси у пациентов после редуоденизации получены следующие результаты. Время пребывания рентгеноконтрастной пищевой взвеси во вновь сформированном желудке составило ($69,5 \pm 2,9$) мин в первой группе и ($73,7 \pm 1,9$) мин – во второй.

Время продвижения по тонкой кишке составило ($203,5 \pm 12,2$) мин в первой группе и ($217,7 \pm 10,5$) мин – во второй. При этом у пациентов обеих групп отмечалось равномерное продвижение по всей тонкой кишке. Поступление контраста в подвздошную кишку происходило, соответственно, на ($78,5 \pm 5,2$) и ($81,4 \pm 4,7$) мин от начала исследования. Первая порция контраста поступала в слепую кишку

через ($195,5 \pm 14,4$) мин у пациентов 1-й группы и через ($207,7 \pm 9,6$) мин – во 2-й.

При ультразвуковом исследовании клапанные структуры выглядели как образования средней эхогенности высотой 14–18 мм. Ультрасонографическое исследование позволило определить механизм арефлюксной функции клапанных структур. При возникновении антиперистальтической волны ДПК сформированные клапанные структуры смещались в сторону просвета гастродуоденоанастомоза и полностью его закрывали.

В раннем послеоперационном периоде (6–10-е сут) эндоскопическое исследование было выполнено всем 58 пациентам.

В зоне эзофагоэюноанастомоза (2-я группа) умеренный отек и гиперемия слизистой выявлены у 4 (21,1%) обследованных. Анастомоз сомкнут, раскрывается при инсуффляции воздуха. Форма анастомоза округлая – у 10 (52,6%) пациентов, овальная – у 9 (47,4%).

Средний диаметр анастомоза варьирует от 11 до 15 мм, в среднем ($12,0 \pm 0,7$) мм. Аппарат диаметром 11 мм свободно проходил за анастомоз. Заживление эзофагоэюноанастомоза по типу первичного натяжения отмечено у 13 (68,4%) больных.

По данным ФГДС, трансплантат тощей кишки имеет длину от 11 до 20 см. Изменений со стороны слизистой трансплантата в раннем послеоперационном периоде не обнаружено. Явления гипотонии трансплантата имели место у 4 (21,1%) пациентов после гастрэктомии.

Культя желудка у пациентов 1-й группы небольших размеров, слизистая по линии шва малой кривизны умеренно гиперемирована. У 2 (5,1%) больных в зоне шва имеется щелевидный дефект размером $1,2 \times 0,4$ см. У 10 (25,6%) пациентов по линии шва малой кривизны имелся налет фибрина.

Содержимым трансплантата и культы желудка в подавляющем большинстве случаев была жидкость и слизь в объеме от 50 до 200 мл. У 6 (10,3%) пациентов в культе имелись остатки пищи, принятой накануне исследования. Следы желчи в содержимом отсутствовали. Эюнодуоденоанастомоз сомкнут. При инсуффляции воздуха анастомоз раскрывается до 20 мм. Форма его овальная – у 23 (39,7%) пациентов, округлая (29 (50%)) или щелевидная – у 6 (10,3%) больных.

Слизистая в зоне анастомоза умеренно отечная с гиперемией по линии шва у 15 (25,9%) па-

циентов. Заживление по типу первичного натяжения имело место у 49 (84,5%) пациентов. ДПК не изменена.

Эндоскопическое исследование проксимальных отделов ЖКТ, проведенное в отдаленные сроки (от 1 до 5 лет) после операции 53 пациентам, показало следующее. Изменений со стороны слизистой пищевода не выявлено. Эзофагоэюноанастомоз сомкнут, раскрывается при инсуффляции воздуха, свободно пропускает аппарат диаметром 11 мм. Максимальная ширина раскрытого анастомоза – 18 мм. Преобладающая форма анастомоза овальная – у 15 (28,3%) пациентов, реже округлая – у 2 (3,7%).

Культя желудка небольших размеров, содержимым ее является светлая слизь. Поверхностная перистальтика культы прослеживается у 20 больных. Признаков гипотонии культы в отдаленные сроки после операции не выявлено.

Длина трансплантата – от 14 до 25 см (в среднем ($16,0 \pm 2,3$) см). При осмотре изменений слизистой трансплантата не выявлено. У двоих пациентов в момент осмотра в трансплантате присутствовали следы желчи, у остальных содержимым культы желудка и трансплантата были светлая слизь в незначительном количестве. Гипотонии трансплантата не отмечено ни в одном случае. Эюнодуоденоанастомоз сомкнут у всех пациентов, активно перистальтирует, раскрывается до 15–19 мм. Отека, гиперемии по линии шва анастомоза нет. Изменений со стороны ДПК не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании жалоб пациентов и данных анамнеза рассматриваемого заболевания можно сформулировать предварительный диагноз о наличии болезни оперированного желудка. Окончательный диагноз заболевания выставляется только после проведения полного комплекса инструментальных и функциональных обследований, который поможет верифицировать диагноз, создать полноценное представление о характере послеоперационной патологии и позволит выбрать оптимальный вариант оперативного лечения. Кроме того, объективная оценка тяжести патологических синдромов необходима врачам-экспертам для определения трудоспособности пациентов с болезнью оперированного желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дамбаев Г.Ц., Кошель А.П., Соловьев М.М., Куртсеитов Н.Э., Попов А.М.. Постгастрорезекционные синдромы как проблема реконструктивной хирургии // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2012. – Т. 15, № 1. С. 51–55.
2. Кошель А.П., Куртсеитов Н.Э. Влияние редуоденизации с формированием арефлюксных анастомозов на состояние кишечного пищеварения // Хирург. – 2010. – № 10. – С. 4–8.

3. Куртсеитов Н.Э., Дамбаев Г.Ц., Кошель А.П., Разаренова Т.Г., Вусик А.Н., Соловьев М.М., Неделея О.А. Моторная функция желчного пузыря у пациентов после редуоденизации // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2012. – Т. 15, № 4 (43). – С. 67–69.
4. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 139 с.
5. Пат. РФ № 2148958. Способ хирургического лечения рефлюкс-эзофагита при операции реконструктивной еюногастропластики после гастрэктомии / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Д.В. Зыков и др. – Бюл. № 8, 2000. – С. 21–27.
6. Пат. на изобретение RUS 2173094. Способ лечения болезни оперированного желудка / Г.К. Жерлов, Н.Э. Куртсеитов, В.С. Агаджанов. – 10.04.2000.

REFERENCES

1. Dambaev G.Ts., Koshel A.P., Solovyev M.M., Kurtseitov N.E., Popov A.M. Postgastrorezekcionnye sindromy kak problema rekonstruktivnoy hirurgii [Postgastroectomic syndromes as a problem of reconstructive surgery]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy hirurgii – Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*, 2012, vol. 15, no. 1 (40), pp. 51–55 (in Russian).
2. Koshel A.P., Kurtseitov N.E. Vliyaniye reduodenizatsii s formirovaniem areflyuksnykh anastomozov na sostoyaniye kishchnogo pishchevareniya [Influence of reduodenization with the formation of areflux anastomoses on the state of intestinal digestion]. *Hirurg – Surgeon*, 2010, no. 10, pp. 4–8 (in Russian).
3. Kurtseitov N.E., Dambaev G.Ts., Koshel A.P., Razarenova T.G., Vusik A.N., Solovyev M.M., Nedelya O.A. Motornaya funktsiya zhelchnogo puzyrya u pacientov posle reduodenizatsii [Motoric function of the gallbladder in patients after reduodenisation]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy hirurgii – Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*, 2012, vol. 15, no. 4 (43), pp. 67–69 (in Russian).
4. Novik A.A., Ionova T.I., Kaynd P. *Koncepciya issledovaniya kachestva zhizni v medicine* [The concept of quality of life research in medicine]. St. Petersburg, Elby Publ., 1999. 139 p. (in Russian).
5. Zherlov G.K., Koshel A.P., Zыkov D.V. et al. Patent RF no. 2148958. *Sposob hirurgicheskogo lecheniya refluks-efozagita pri operatsii rekonstruktivnoy eyunogastroplastiki posle gastrektomii* [Patent of the Russian Federation no. 2148958. Method of surgical treatment of reflux-esophagitis in the operation of reconstructive ichnogastroplastika after gastrectomy]. Bulletin no. 8, 2000. Pp. 21–27 (in Russian).
6. Zherlov G.K., Kurtseitov N.E., Agadjanov V.S. Patent na izobreteniyе RUS 2173094. *Sposob lecheniya bolezni operirovannogo zheludka* [Patent for the invention RUS 2173094. A method for treating a disease of a operated stomach]. 10.04.2000 (in Russian).

Поступила в редакцию 26.11.2016
Утверждена к печати 14.02.2017

Авторы:

Куртсеитов Нариман Энверович – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Дамбаев Георгий Циренович – д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, зав. кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Кошель Андрей Петрович – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии с курсом мобилизационной подготовки и медицины катастроф ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Контакты:

Куртсеитов Нариман Энверович

тел.: 8-903-950-7909

e-mail: nariman.tomsk@gmail.com