Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*На правах рукопису*

Ігнат Володимир Іванович

УДК 616.33-089.87-036.86:614.253.8

**ВПЛИВ СПОСОБУ ГАСТРЕКТОМІЇ НА ПОДОВЖЕННІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ**

14.01.03. - хірургія

**Дисертація**

на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Науковий керівник:

РУСИН Андрій Васильович

доктор медичних наук,

професор

Ужгород – 2008

**ЗМІСТ**

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ.................................................4

ВСТУП..................................................................................................................................5

**РОЗДІЛ 1** Постгастректомічні синдроми –

механізми виникнення та шляхи

профілактики (огляд літератури)...... ............................................................11

1.1. Загальні патофізіологічні зміни після гастректомії......................................11

1.2. Реконструкція шлунково-кишкового тракту після гастректомії.................16

# 1.3. Клінічні прояви постгастректомічних синдромів ........................................19

1.3.1. Демпінг-синдром.................................................................................22

1.3.2. Гіпоглікемічний синдром...................................................................24

1.3.3. Анемія...................................................................................................25

1.3.4. Агастральна астенія.............................................................................27

1.3.5. Мальабсорбція.....................................................................................27

1.3.6. Рефлюкс-езофагіт................................................................................29

1.3.7. Хронічний постгастрорезекційний панкреатит................................30

**РОЗДІЛ 2.** МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ...........................................32

2.1.Контингент обстежених хворих.......................................................................32

2.2.Клінічна характеристика обстежених хворих................................................34

2.3.Методи обстеження хворих.............................................................................36

2.4.Техніка найбільш уживаних езофагоентероанастомозів

після гастректомії....................................................................................................40

**РОЗДІЛ 3.** КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ..........................47

3.1.Клінічне протікання раку шлунка....................................................................47

3.2.Окремі рентгенологічні ознаки раку шлунка.................................................50

3.3.Результати ендоскопічної діагностики............................................................53

3.4.Результати лабораторної діагностики.............................................................56

3.5. Клінічні прояви патологічних синдромів після гастректомії......................57

3.6. Рентгенологічне дослідження езофагоєюноанастомозу...............................59

3.7. Ендоскопічні ознаки ділянки езофагоєюноанастомозу................................62

3.8. Аналіз копрограми...........................................................................................63

**РОЗДІЛ 4.** МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ..................................................66

4.1. Реконструкція травного тракту після гастректомії за Г.В. Бондарем…….66

4.2.Реконструкція травного тракту із

створенням езофагоєюнодуоденоанастомозу……...………………………...71

4.3. Езофагоєюноанастомоз із виключеною за Ру петлею тонкої кишки……..77

4.4. Реконструкція травного тракту після комбінованої гастректомії

 із панкреатодуоденальною резекцією….……………………………………….80

**РОЗДІЛ 5.** НАЙБЛИЖЧІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ..........................................91

5.1.Післяопераційні ускладнення..........................................................................91

5.2.Віддалені результати лікування.......................................................................94

5.3. Вивчення якості життя хворих, в залежності від способу

реконструкції шлунково-кишкового тракту.......................................................107

**РОЗДІЛ 6.** АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ..................114

ВИСНОВКИ.....................................................................................................................126

Додаток А. АНКЕТА-ОПИТУВАННЯ ДЛЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ..............................................................................................................128

ДОДАТОК Б. РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТИ ОПИТУВАННЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ..............................................................................................................132

Додаток в. Акти впровадження.....................................................................141

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ........................................................................150

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ**

АлАТ аланінамінотрансфераза

АсАТ аспартатамінотрансфераза

ДПК дванадцятипала кишка

ЕЄДА езофагоєюнодуоденоанастомоз

Ж життєздатність

ЗЗ загальне здоров’я

ЗОКОД Закарпатський обласний клінічний онкологічний диспансер

КТ комп’ютерна томографія

ОКЛ обласна клінічна лікарня

ОЦК об’єм циркулюючої крові

ПДР панкреатодуоденальна резекція

ПЗ підшлункова залоза

ПсЗ психологічне здоров’я

РШ рак шлунка

СР соціальна роль

УЗД ультразвукове дослідження

ФБ фізичний біль

ФЕГДС фіброезофагогастродуоденоскопія

ФР фізична роль

ФФ фізична функція

ЦВТ центральний венозний тиск

ШКТ шлунково-кишковий тракт

ЯЖ якість життя

**Вступ**

**Актуальність теми.** Шлунок людини є органом із багатогранними функціями, найважливіші з яких належать до області травлення. Ферментативна, хімічна і механічна обробка їжі в шлунку має надзвичайно важливе значення для всього травного процесу. Шлунок, знаходячись в корелятивному функціонально-морфологічному зв’язку з іншими органами травного тракту, значною мірою керує діяльністю інших травних органів [27, 31, 36, 46, 48, 57, 58, 94].

Не дивлячись на сучасні досягнення онкології, загальне число хворих на рак шлунка, смертність від цього захворювання залишається високою, а можливості ранньої діагностики пухлин не повністю реалізовані [1, 40, 41,42, ].

Єдиним радикальним методом лікування раку шлунка є хірургічний, що включає видалення частини або всього шлунка разом із регіонарними лімфовузлами [2, 4, 7, 11, 18, 35, 43, 61, 64, 82]. Гастректомію слід вважати основною операцією, яка дозволяє лікувати рак шлунка [24, 35, 43, 44, 49, 103, 104].

Гастректомія – складна травматична операція, яка супроводжується значною частотою післяопераційних ускладнень і летальністю, у подальшому спричиняючи виникнення різноманітних постгастректомічних патологічних станів [9, 29, 33, 37, 45, 88, 117].

Завдяки сучасним досягненням діагностики, все більшу частину хворих оперують радикально на ранніх стадіях захворювання, коли показники 5-річного виживання сягають 70-85% і вище [1, 4, 5, 10, 40, 41, 42, 91, 96]. Проте значна кількість радикально оперованих хворих стає інвалідами не тільки з причини пухлинного процесу, а й в результаті наслідків операцій – так званих постгастректомічних синдромів [4, 10, 11, 45, 52, 64, 65, 67,70, 73, 108].

Гастректомія на сьогодні є технічно засвоєним операційним втручанням. Успіхи хірургії останніх десятиріч забезпечили задовільні безпосередні результати цієї операції [4, 7, 8, 12, 16, 18, 28, 30, 44, 45, 60, 68, 111]. Тому ще більш актуальним стало питання вивчення стану пацієнтів, що позбавлені шлунка, оскільки не викликає сумнівів той факт, що після гастректомії відбуваються серйозні порушення у всьому організмі [9, 14, 19, 20, 34, 44, 45, 46, 60]. Доведене раніше положення про „фізіологічну допустимість” операції в теперішній час не задовольняє практичного лікаря, оскільки кількість пацієнтів після гастректомії постійно збільшується [44, 45, 46, 59, 60, 62, 65, 71, 78]. Пацієнти, врятовані від раку шлунка або іншої важкої патології шляхом гастректомії, можуть вести активний спосіб життя і зберігати працездатність тільки за умови ще інтраопераційної профілактики виникнення важких післягастректомічних ускладнень, яка грунтується на розумінні патофізіологічних механізмів, що відбуваються після гастректомії [19, 45, 75, 77, 92].

Дотепер відомо близько 100 способів реконструкції шлунково-кишкового тракту (ШКТ) після гастректомії шляхом створенням стравохідно-кишкових анастомозів [6, 45, 60, 17, 36, 119]. Не викликає сумніву, що відмінності у способах впливають на характер післягастректомічних розладів. Їх частота є недопустимо високою і сягає 30-40% [4, 7, 8, 17, 22, 115]. До них відносять: рефлюкс-езофагіт, демпінг-синдром, агастральну астенію, стеноз стравохідно-кишкового анастомозу, анемію. Головні післягастректомічні ускладнення пов’язані безпосередньо із відсутністю шлунка та виключенням дванадцятипалої кишки з пасажу їжі, інші – із функціонуванням стравохідно-кишкового анастомозу та міжкишкового анастомозу [34, 104, 105, 110].

Вираженість післяопераційних порушень залежить від методу реконструкції. За даними літератури, частота езофагітів коливається від 1,3 до 100%, запалення та рубцевих звужень анастомозів – від 14,5% до 32,3%, явищ демпінг-синдрому – від 3,6% до 33%, агастральної астенії – від 3,6% до 24,3%, анемії – від 0% до 33% [4, 7, 8, 17, 65, 71, 78, 104, 111].

Пошуки способів оптимальних реконструкції ШКТ, якомога наближених до відтворення фізіологічних процесів, після гастректомії, направлені на покращання якості життя хворих, продовжують залишатись актуальними.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Представлена наукова робота виконана у відповідності до плану науково-дослідницьких робіт медичного факультету Ужгородського національного університету з держбюджетної тематики (Державна реєстрація № 0105U009068): „Концепція адекватного етіопатогенетичного, трофологічного лікування гепатогенної гастропатії та виразки при хронічних захворюваннях печінки”.

**Мета і задачі дослідження.** Метою дослідження було покращання якості та подовженності життя пацієнтів після гастректомії шляхом розпрацювання та впровадження в клінічну практику нових способів реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії.

Для вирішення мети сформульовані наступні *задачі*:

1. Вивчити вплив способу реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії на частоту виникнення та важкість проявів агастральної астенії.
2. Вивчити вплив способу реконструкції після гастректомії на частоту виникнення та важкість проявів демпінг-синдрому.
3. Визначити частоту виникнення після гастректомії органічних ускладнень та функціональних порушень у залежності від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту.
4. Розробити способи реконструкції шлунково-кишкового тракту, які б знижували частоту функціональних і органічних порушень після гастректомії.
5. Вивчити безпосередні та віддалені результати гастректомії у залежності від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту.
6. Вивчити вплив гастректомії на якість життя пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді в залежності від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту.

*Об’єкт дослідження* – пацієнти після гастректомії.

*Предмет дослідження* – постгастректомічний синдром.

*Методи дослідження:* загальноклінічне обстеження хворих; лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі, визначення глікемії, біохімічний аналіз крові (визначення загального білка та білкових фракцій, білірубіну, активності глютаміново-аспарагінової та глютаміново-аланінової амінотрансфераз (АсАТ, АлАТ), тимолової, сулемова проби, лужної фосфатази, сечовини та креатиніну)); копроскопія. Апаратно-інструментальні методи: електрокардіографія, спірографія використанні для оцінки стану та функціональних резервів дихальної та серцево-судинної систем; ультразвукове дослідження використане для виявлення супутніх захворювань, оцінки поширення пухлинного процесу; оцінка стану верхніх відділів шлунково-кишкового тракту методом фіброезофагоєюнодуоденоскопії з біопсією та рН-метрією, рентгенконтрастні дослідження травного каналу) використані з метою вивчення структурних і функціональних змін верхніх відділів ШКТ. Статистична обробка використана для оцінки вірогідності відмінностей показників у групах.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Автор вивчив частоту виникнення ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, в залежності від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту.

Автор вперше вивчив частоту виникнення органічних і функціональних ускладнень у віддаленому періоді після гастректомії в залежності від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту.

Здобувач вперше довів, що спосіб реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії безпосередньо впливає на частоту виникнення і важкість перебігу постгастректомічних синдромів.

Автор вперше довів, що включення в пасаж їжі дванадцятипалої кишки при реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії знижує частоту виникнення органічних і функціональних ускладнень в післяопераційному періоді.

Автор довів, що якість життя пацієнтів безпосередньо залежить від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії і є найкращою після застосування способів із включенням у пасаж їжі дванадцятипалої кишки

Автором вперше проведена порівняльна характеристика різних способів реконструкції шлунково-кишкового тракту з огляду на профілактику демпінг-синдрому, агастральної астенії та синдрому мальабсорбції.

**Практичне значення одержаних результатів**. З метою профілактики ускладнень у ранньому післяопераційному періоді після гастректомії рекомендовано створювати гастроєюноанастомоз з клапанним антирефлюксним механізмом за Г.В. Бондарем.

З метою покращання якості життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді після гастректомії рекомендовано при реконструкції включати в пасаж їжі дванадцятипалу кишку.

Розроблено новий спосіб реконструкції після гастректомії з включенням у пасаж їжі дванадцятипалої кишки (Пат. України на корисну модель № 30164, Пат. України на корисну модель № 301163).

Розпрацьовано та впроваджено в клінічну практику апаратний спосіб реконструкції після гастректомії у хворих на висоті кровотечі.

Використання розпрацьованого автором способу реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії із апаратним створенням езофагоєюноанастомозу при пухлинах шлунка, ускладнених кровотечею, скорочує тривалість операції і покращує безпосередні та віддалені результати.

Розпрацьовано новий спосіб реконструкції після комбінованої гастректомії з панкреатодуоденальною резекцією (Пат. України на корисну модель № 24144, Пат. України на корисну модель № 30062).

**Особистий внесок здобувача**. Автор здійснив літературний та патентний пошук за темою дисертації. Розпрацював основні теоретичні та практичні положення роботи. Внесок автора полягає у виборі напрямку і методів дослідження, підборі груп порівняння за різними методами хірургічного лікування. Автор особисто брав участь у обстеженні та лікуванні хворих. Більше ніж 2/3 хворих прооперував самостійно. Здійснював лікування у післяопераціййному періоді та диспансерне спостереження після виписки із клініки. Дисертант самостійно здійснив аналіз і узагальнення результатів дослідження, сформулював основні положення та висновки, оформив дисертацію. У наукових роботах, що опубліковані у співавторстві не використано ідеї співавторів.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення роботи викладено на: засіданнях Асоціації хірургів Закарпаття у 2004, 2006 рр.; науково-практичній конференції викладачів медичного факультету УжНУ (Ужгород, 2007); ІІ з’їзді онкологів СНД (Київ, 2000); ІІІ з’їзді онкологів і радіологів СНД (Мінськ, Білорусь, 2004); міжнародній конференції „Гепатоспленомегалія як синдром: механізми розвитку, клінічні прояви, шляхи корекції (Ужгород, 2007).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 9 наукових праць, з них 4 – у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 – у матеріалах наукового з’їзду. За темою дисертаційного дослідження отримано 4 патенти України.

 **ВИСНОВКИ**

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання покращання якості життя пацієнтів, з метою лікування яких була застосована гастректомія, в результаті обгрунтування, розробки і впровадження у клінічну практику нових способів реконструкції шлунково-кишкового тракту, які суттєво зменшують кількість післяопераційних ускладнень.

1. У віддаленому післяопераційному періоді у хворих після гастректомії з використанням езофагоєюностомії за типом „кінець в кінець” в різних модифікаціях із виключеною за Ру петлею тонкої кишки у 87% хворих спостерігали демпінг-синдром, агастральну астенію та ознаки хронічного панкреатиту спостерігали практично у всіх хворих, синдром мальабсорбції – у 66,7%, рефлюкс-езофагіт – у 9,5%, стеноз анастомозу – у 4,8%, анемію – у 76,2%.
2. Після езофагоєюностомії за Г.В. Бондарем такі порушення, як рефлюкс-езофагіт, стенозування анастомозу ми не спостерігали. Агастральну астенію відмічено у 48% хворих, синдром мальабсорбції – у 72%, хронічний панкреатит – у 88%, демпінг-синдром – у 8%, гіперглікемічний синдром – у 4%, гіпохромну анемію – у 52% хворих.
3. Після езофагоєюнопластики за типом „кінець в бік” за Г.В. Бондарем з одночасним включенням у пасаж дванадцятипалої кишки в нашій модифікації рефлюкс-езофагіту, стенозування анастомозу не розвинулися. Синдром мальабсорбції відзначили у 40% пацієнтів, агастральну астенію – у 48%, хронічний панкреатит – у 16%, демпінг-сидром – у 4%, гіпохромну анемію – у 40% пацієнтів.
4. Після комбінованих гастректомій із панкреатодуоденальною резекцією рефлюкс-езофагіт, стеноз анастомозу не діагностовано. Агастральну астенію, синдром мальабсорбції, ознаки хронічного панкреатиту, гіпохромну анемію діагностували у всіх хворих, демпінг-синдром та гіперглікемічний синдром – практично у половини пацієнтів.
5. Кількість органічних ускладнень після гастректомії не перевищує 19,0% після езофагоєюностомії із виключеною за способом Ру петлею тонкої кишки та 8,0% – після езофагоєюностомії за Г.В. Бондарем. Функціональні порушення, більш або менш виражені, спостерігали у всіх хворих незалежно від способу реконструкції ШКТ, і тільки при включенні у пасаж дванадцятипалої кишки їх частка зменшується до 48,0%.
6. При вивченні основних видів обміну речовин у віддаленому періоді після операції виявлено, що відновлення стравохідно-кишкової безперервності включенням дванадцятипалої кишки у пасаж їжі менше порушує розщеплення та всмоктування білків, жирів та вуглеводів і позитивно впливає на дефіцит маси тіла пацієнтів.
7. Загальна післяопераційна летальність на 260 гастректомій склала 5% після планових втручань і 6,7% – на висоті кровотечі. Серед безпосередніх причин летального наслідку найчастішими були: неспроможність швів стравохідно-кишкового анастомозу – 2,3%, неспроможність швів кукси дванадцятипалої кишки – 1,15%, гострий панкреатит – 0,8%, емболія легеневої артерії – 0,4%, гострий мезентеріальний тромбоз – 0,4%. Перераховані ускладнення відбулись в групі хворих після езофагоєюностомії із виключеною за способом Ру петлею тонкої кишки в різних модифікаціях.
8. П’ятирічне виживання оперованих хворих склало 21,2% при погіршенні якості життя у вигляді демпінг-синдрому та синдрому мальабсорбції приблизно у 70% хворих після езофагоєюностомії із виключеною за Ру петлею тонкої кишки; після включення у пасаж дванадцятипалої кишки частота демпінг-синдрому зменшилася до 4%, мальабсорбції – до 40%.
9. Самооцінка якості життя пацієнтів після гастректомії з включенням у пасаж їжі дванадцятипалої кишки є найвищою за всіма показниками. Після гастректомії з езофагоєюностомією із виключеною за Ру петлею тонкої кишки якість життя хворих є значно нижчою.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Аксель Е. М. Статистика рака легкого желудка и пищевода: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность / Е.М. Аксель, М.И. Давыдов, Т.И.Ушаков // Вестник Российской Акад. мед. наук. – 2001. – №9. – С.61-65.
2. Атлас онкологических операций / [ред. Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Пачес А.И.]. – М. : Медицина, 1987. – 536 с.
3. Бардаков Г. Г. Формирование инвагинационного пищеводно-кишечного анастомоза при реконструктивной экстирпации культи желудка / Г. Г. Бардаков, И. П. Ерко // Клінічна хірургія. – 2005. – №7. – С.9-11.
4. Бондарь Г.В. Современные тенденции в хирургии рака желудка и функциональные результаты хирургического лечения / Г.В. Бондарь, Ияд Джамиль Бакер // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2004. – Т. 13, № 1-2. – С. 112-116.
5. Валецький В. Л. Застосування регіонарної хіміотерапії при лікуванні поширеного раку шлунка / В. Л. Валецький // Хірургія України. – 2006. – №2(18). - С.26-31.
6. Василенко Л. І. Класифікація (номенклатура) трубчастих резекцій шлунка / Л. І. Василенко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2007. – Т. 7, Випуск 1-2 (17-18). – С. 67-71.
7. Віддалені результати гастректомії з приводу раку шлунка, ускладненого кровотечею / В. І. Русин, В. І. Ігнат, А. В. Русин [та ін.] // Науковий вістник Ужгородського університету, серія “Медицина”. – 2007. – №30. – С.157-160.
8. Гастрэктомия с созданием тонкокишечного резервуара / В.Н. Репин, О.С. Гудков, М.В. Репин // Хирургия. – 2000. – №1. – С. 35-36.
9. Горбунов В.А. Качество жизни онкологических больных / В. А. Горбунов, В. В. Бредер // ІV ежегодная Рос. онколог. конф.: труды конф. – М., 2000. – С.125-127.
10. Давыдов М. И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка / М. И. Давыдов, М. Д. Тер-Ованесов // Современная онкология. – 2000. - Т. 2, № 1. – С. 4-12.
11. Давыдов М.И. Современная стратегия онкохирургии / М. И. Давыдов // Вестник Рос. Акад. мед. наук. – 2001. – №9. – С. 43-46.
12. Давыдов М.И. Хирургическое лечение рака желудка: современные аспекты проблемы / М. И. Давыдов, М. Д. Тер-Ованесов // “50 лекций по хирургии” / [ред. проф. Савельев В.С.]. – М.: Медиа Медика, 2003. – С.65-178.
13. До питання про гастректомію при раку шлунка у хворих похилого віку / Л. Я. Петах, В. І. Русин, В. І. Ігнат [та ін.] // Экспериментальная онкология: Онкология 2000: ІІ съезд онкологов стран СНГ, Киев, 23-26 мая 2000 г. – К., 2000. – Vol.22. – P. 631.
14. Езофагоєюнодуоденальна пластика після виконання тотальної гастроектомії / В. І. Русин, Є. С. Готько, Р. І. Шніцер // Клінічна хірургія. – 1996. – №1. – С.49.
15. Еюногастропластика при гастрэктомии / А. П. Кошель, А. В. Максимов, Д. В. Зыков [и др.] // Актуальные вопросы клинической медицины: науч.-практ. конф.: тезисы докл.. – Иркутск, 1997. – С. 389-390.
16. Жерлов Г.К., Влияния способа гастропластики после гастрэктомии по поводу рака желудка на обменные процессы / Г. К. Жерлов, А. П. Кошель // Российский онкологический журнал. – 1999. – №2. – С. 42-44.
17. Жерлов Г.К., Еюногастропластика в хирургии рака желудка / Г. К. Жерлов, Д. В. Зыков, А. П. Кошель // Актуальные вопросы реконструктивной хирургии пищевода и желудка: республиканская науч.-практ. конф. “Вахидовские чтения-98”, 29-30 окт. 1998г.: труды конф. – Ташкент, 1998. – С. 220.
18. Карпов А.Б. Динамика и научный прогноз заболеваемости раком желудка / А. Б .Карпов, Н. Н. Павлов // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2003. – №3. – С. 47-49.
19. Качество жизни в хирургической гастроэнтерологии / Г. К. Жерлов, Д. В. Зыков, С. А. Мельников [и др.] // Качество стратегия ХХІ века: Международнаяя науч.-практ. конф.: труды конф. – Томск, 1998. – С. 122-123.
20. Клименков А.А. Опухоли желудка/ Ю. И. Патютко, Г. И. Губина. – М. : Медицина, 1988. – 256 с.
21. Клименков А.А. Результаты лечения больных раком желудка при наличии опухолевых клеток по линии резекции / А. А.Клименков, А. В. Юдин // І съезд онкологов СНГ: тезисы докладов. – Москва, 1996. – С. 313-314.
22. Клинические особенности рака желудка, осложненного кровотечением / Г. Е. Хапатько, Н. Г. Безрук, С. Н. Куриляк [та ін.] // ХХІ з’їзд хірургів України: тези доп. – Запоріжжя, 2005. – Т.1. – С. 367-369.
23. Метод профилактики рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии / Г. К. Жерлов, А. П. Кошель, В. В. Нестеров [и др.] // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 2005. – №164(5). – С.68-71.
24. Минимальные клинические рекомендации Европейского Общества Клинической Онкологии (ESMO) / [ред. Тюляндин С.А., Переводчикова Н.И. Носов Д.А.]. – М. : Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2004. – 117 с.
25. Моргошня Т. Ш. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения рака культи желудка / Т. Ш. Моргошня, А. В. Гуляев // Вопросы онкологии. – 2003. – Т.49, №6. – С. 752-754.
26. Неотложная хирургия рака кардиального отдела желудка и нижней трети пищевода / В. В. Булынин, Д. П. Трофимов, А. С. Брежнев [та ін.] // ХХІ з’їзд хірургів України: тези доп. – Запоріжжя, 2005. – Т.1. – С. 318-320.
27. Непосредственные результаты D3 лимфодисекции при раке желудка / М. И. Давыдов, И. Н. Туркин, И. С. Стилиди [и др.] // ІІІ съезд онкологов и радиологов: труд конф. – Минск, 2004. – С. 138.
28. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка / Е. С. Петельникова, Т В. Ким, Е. Г. Ким // Вопр. онкологии. – 2003. – №3. – С. 373-374.
29. Новые технологии гастрэктомии при раке желудка / А. В. Мун, Д. И. Демин, А. Д. Тарасевич [и др.] // ІV ежегодная Рос. онколог. конф.: тезисы докл. – М., 2000. – С. 59.
30. Новые хирургические технологии при лечении рака желудка / Г. К. Жерлов, С. А. Превезенцев, А. П. Кошель [и др.] // Современная онкология. – 2000. – №1. – С.4-10.
31. Опыт применения радикальных расширенных операций в хирургическом лечении рака желудка / Р. А. Хвастунов, О. В. Широков, Т. Б. Бегретов [и др.] // ІV Съезд онкологов и радиологов СНГ: тезисі докл. – Баку, 2006. – С. 178.
32. Панфилов С.А. Диагностика заболеваний печени, билиарного тракта, поджелудочной железы, селезенки и надпочечников с курсом патологической анатомии / С. А. Панфилов, Е. В. Панфилова. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – С. 173-186.
33. Парадигма в лечении гастроэзофагальной рефлюксной болезни / В. Ричардс, Х. Хьюстон, А. Торквит [и др.] // Мед. реферат. обзорный журнал. – 2003. – №3. – С.47-48.
34. Порівняльна оцінка методів гастректомії при раку шлунка Р. В. Сенютович, В. П. Унгурян, Е. В. Олійник [та ін.] // Х Конгр. Світової федерації українських лікарських товариств: праці конгресу. – Чернівці, Київ, Чикаго, 2004. – С. 459.
35. Пред- и интраоперационная лучевая терапия в комбинированном лечении рака желудка / Б. А. Бердов, Ю. С. Бардынский, В. Ю. Скоропад [та ін.] // V ежегодн. Рос. онкол. конф.: тезисы докл. – М.,2001. – С.73.
36. Профилактика и лечение осложнений резекции желудка с анастомозом по Ру / Г. К. Жерлов, Д. В. Зыков, Т. Я. Кучерова [и др.] // Хирургия. – 2004. – №10. – С. 9-13.
37. Профилактика постгастрэктомических осложнений у больных раком желудка / Г. В. Бондарь, Ю. В. Думанский, А. Ю. Попович [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2005. – №3. – С. 15-17.
38. Профилактика рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии / Кошель А.П., Зыков Д.В., Лебединская Е.И., Черных А.А.// Материалы 4-ой научно-практической конференции «Актуальные вопросы гастроэнтерологии» (октябрь, 2-4 1996, Томск). – Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. - №2-3. – 1996. – С.128.
39. Пути улучшения непосредственных результатов хирургического лечения юкстакардиального рака / Р. А. Хвастунов, А. Ю. Шерешков, А. И. Иванов [и др.] // Клиническая онкология. – 2006. – №4. – С. 8.
40. Рак в Україні, 2000-2001 // Бюлетень Національного Канцер-реєстру України. – Київ, 2002. – С. 17-18.
41. Рак в Україні, 2003-2004 // Бюлетень Національного Канцер-реєстру України. – Київ, 2006. – №6. – С. 31-32.
42. Рак в Україні, 2004-2005 // Бюлетень Національного Канцер-реєстру України. – Київ, 2006. – №7. – С.19-20.
43. Рак желудка – проблемы и возможности хирургии / Г. В. Бондарь, Ю. В. Думанский, А. Ю. Попович [та ін.] // Журнал Академії мед. наук України. – 1999. – Т.5., № 3. – С. 589-595.
44. Рак желудка. 30 лет поиска: успехи и проблемы / Г. В. Бондарь, Ю. В. Думанский, А. Ю. Попович [та ін.] // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2000. – Т. 9., № 4. – С. 520-522.
45. Рак желудка. На пути к решению проблемы / Г. В. Бондарь, А. Ю. Попович, В. Г. Бондарь [та ін.] // Хірургія України. – 2006. – №1(17). – С. 8-12.
46. Рак желудка: Профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г. В. Бондарь, Ю. В. Думанский, А. Ю. Попович [та ін.]// Онкология. – 2006. – Т.8., №2. – С.171-175.
47. Расширенные D3-хирургические вмешательства при раке желудка / Р. А. Хвастунов, О. В. Широков, А. Ю. Шерешков [и др.] // Современная онкология. – 2004. – №1. – С.6.
48. Результаты применения различных методов реконструкции после гастрэктомии по поводу рака / М. И. Давыдов, И. С. Стилиди, В. Ю. Бохян [и др.] // ІІІ съезд онкологов и радиологов СНГ: труды съезда. – Минск, 2004. – С. 138.
49. Субтотальная дистальная резекция желудка при раке – показания и непосредственные результаты / Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Воронов М.Е. [и др.] // Хирургия. – 2004. – №10. – С.4-8.
50. Технические особености и отдаленные результаты одномоментной реконструктивной еюногастропластики после гастрэктомии по поводу рака желудка, осложненного острым кровотечением / Е. Н. Шепетько, П. Д. Фомин, С. Н. Козлов [и др.] // Клін. хірургія. – 2006. – №9. – С. 157-159.
51. Тюляндин С.А. Химиотерапия рака желудка / С. А. Тюляндин // Практическая онкология. – 2001. – №7(7). – С.44.
52. Функциональные аспекты хирургии рака желудка / Г. К. Жерлов, Д. В. Зыков, С. С. Клоков [и др.] // Рос. онкол. журн. – 2003. – №4. – С.27-31.
53. Хвастунов Р.А. Гастропанкреатоспленэктомии – результаты комбинированых резекций при раке желудка / Р. А. Хвастунов, А. Ю. Шерешков // ІV Съезд онкологов и радиологов СНГ: тези доп. – Баку, 2006. – С. 178.
54. Хвастунов Р.А. Способ формирования эзофагогастро- и эзофагоэнтероанастомоза в условиях недостатка пластического материала / Р. А. Хвастунов, А. Г. Чухнин, А. Ю. Шерешков // ІV Съезд онкологов и радиологов СНГ: тези доп. – Баку, 2006. – С. 178.
55. Хирургические болезни: [учебн. для мед. вузов, в 2 т.] / [ред. Савельев В.С., Кириенко А.И.]. – М.:ГЭОТАР-Медицина, 2006. – Т.1. – С. 608-610.
56. Черноусов А.Ф. Расширенная лимфаденэктомия в хирургии рака желудка / А. Ф. Черноусов, С. А. Поликарпов – М. : ИздАТ, 2000. – 160 с.
57. Черноусов А.Ф. Техника гастрэктомии с расширенной лимфаденэктомией при раке желудка / А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов // Хирургия. – 1994. – №2. – С. 3-10.
58. Черноусов А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей / Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. – М. : Медицина, 1996. – 256 с.
59. Шелешко П.В. Профилактика пострезекционных растройств при хирургическом лечении рака дистального отдела желудка / П. В. Шелешко, Г. В. Артюх // Высокие технологии в онкологии. – Ростов-на Дону, 2000. – Т.2. – С. 3-5.
60. Щепотин И.Б. Рак желудка: Практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И. Б. Щепотин, С. Р. Эванс. – К.: Книга Плюс, 2000. – 227 с.
61. Akbaba S., Kayaalp C., Savkilioglu M. Nasogastric decompression after total gastrectomy // Hepatogastroenterology. – 2004. – 51(60). – P.1881-1885.
62. Armbrecht U., Lundell L., Lindstedt G., Stockbruegger R.W. Causes of malabsorption after total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction // Acta Chir Scand. – 1998. - №154(1). – P.34-41.
63. Armbrecht U., Lundell L., Lindstedt G., Stockbruegger R.W. The benefit of pancreatic enzyme substitution after total gastrectomy // Aliment Pharmacol Ther. – 1988. - №2(6). – P.493-500.
64. Bonenkamp Y.J., Hartgrink H.H., van de Velde C.J. Influence of surgery on outcomes in gastric cancer // Surg. Onkol. Clin. N. Am. – 2000. - №1. – P.97-117.
65. Borie F., Plaisant N., Millat B., Hay J.M., Fagniez P.L., De Saxce B. Associations for Surgical Reseaarch. Treatment and prognosis of early multiple gastric cancer // Eur.J. Surg. Onkol. – 2003. -№29(6). – P.511-514.
66. Brägelmann R., Armbrecht U., Rosemeyer D., Schneider B., Zilly W., Stockbrügger R.W. The effect of pancreatic enzyme supplementation in patients with stetorrhoea after total gastrectomy // Eur J Gastroenterol Hepatol. – 1999. - №11(3). – P.219-221, P.231-237.
67. Chen Y.P., Yang J.S., Liu D.T., Chen Y.Q., Yang W.P. Long-term effect on carcinoma of esophagus of distal subtotal gastrectomy // World J Gastroenterol. - 2004. – 10(5). – P.626-629.
68. Davydov M.I., Stilidi I.S., Konjuhov G.V., Malihova O.A., Kolomin V.G., Odgharova A.A., Ter-Ovanesov M.D. Quality of life and functional results after total gastrectomy: comparison of different reconstruction procedures // 7-th International Gastric Cancer Congres, Suppl. Journal of the Brazilian Medical Association. – 2007. – PO-11-143. – P.178.
69. Furukawa H., Imamura H., Kodera Y. The role of surgery in the current treatment of gastric carcinoma //Gastric Cancer. – 2002. – 5 Suppl 1. – P.13-16.
70. Gockel I., Pietzka S., Junginger T. Quality of life after subtotal resection and gastrectomy for gastric cancer // Chirurg. – 2005. – 76(3). – P.250-257.
71. Harder J., Mikesch K., Mohr L., Blum H.E. [Seizures following Billroth II gastrectomy] [Article in German] //Dtsch Med Wochenschr. – 2005. – 130(11). – P.574-576.
72. Hiki N., Kaminishi M. Pylorus-preserving gastrectomy in gastric cancer surgery-open and laparoscopic approaches // Langenbecks Arch Surg. – 2005. – Vol. 390. - №5. – P.442-447.
73. Hoksch B., Ablassmaier B., Zieren J., Muller J.M. Quality of life after gastrectomy: Longmire’s reconstruction alone compared with additional pouch reconstruction // World J Surg. – 2002. – 26(3). – P.335-341.
74. Horvath O.P., Kalmar K., Cseke L., Poto L., Zambo K. Nutritional and life-guality conseguences of aboral pouch construction after total gastrectomy: a randomized, controlled study //Eur J Oncol. – 2001. – 27(6). – P.558-563.
75. Hubens A., van Hee R., van Vooren W., Peeters R. Reconstuction of the digestive tract after total gastrectomy // Hepatogastroenterology. – 1989. - №36(1). – P.18-22.
76. Hui-Min Z., Wakisaka N., Maeda O., Yamamoto T. Vitamin C inhibits the growth of a bacterial risk factor for gastric carcinoma: Helicobacter pylori // Cancer. – 1997. - №80. – P.1897.
77. Iivonen M.K., Ahola T.O., Matikainen M.J. Bacterial overgrowth, intestinal transit, and nutrition after total gastrectomy. Comparison of a jejunal pouch with Roux-en-Y reconstruction in a prospective random study // Scand J Gastroenterol. – 1998. - №33(1). – P.63-70.
78. Iivonen M.K., Mattila J.J., Nordback I.H., Matikainen M.J. Long-term follow-up of patients with jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy. A randomized prospective study // Scand J Gastroenterol. – 2000. - №35(7). – P.679-685.
79. Ilca I., Bancu S. Clinico-statistical evaluation study of the guality of life after gastrectomies for cancer // Chirurgia (Bucur). – 2005. – 100(4). – P.333-338.
80. Kalmar K., Cseke L., Zambo K., Horvath O.P. Comparison of guality of life and nutritional parameters after total gastrectomy and a new type of pouch constrution with simple Roux-en-Y reconstruction: preliminary results of a prospective, randomized, controlled study // Dig Dis sci. – 2001. - №46(8). – P.1791-1796.
81. Kato T., Akiyama N., Motoyama H., Arai F., Inayoshi J., Funakoshi K. Postgastrectomy syndrome and ist management // Nippon Naika Gakkai Zasshi. – 2005. – 94(1). – P.80-84.
82. Khatri V.P., Douglass H.O. Dissection for gastric carcinoma // Arch. Surg. – 2004. – Vol. 139. - №6. – P.662-669.
83. Kiyama T., Mizutani T., Okuda T., Fujita I., Tokunaga A., Tajiri T., Barbul A. Postoperative changes in body composition after gastrectomy // J Gastrointest Surg. – 2005. – 9(3). – P.313-319.
84. Kono K., Iizuka H., Sekikawa T., Sugai H., Takahashi A., Fujii H., Matsumoto Y. Improved guality of life with jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy // Am J Surg. – 2003. - №185(2). – P.150-154.
85. Kurihara, Kubota, Otani, Ohgami, Kumai, Sugiura, Kitajima Lymph node metastasis of early gastric cancer with submucosal invasion // British Journal of Surgery. – 1998. – Vol. 85. - №6. – P.835-839.
86. Losanoff J. Distal subtotal gastrectomy with preservation of the left gastric artery and vagal branches // The American Journal of Surgery. – 2004. – Vol. 185. - №4. – P.395-396.
87. McFarlane G.A., Munro A. Helicobacter pylori and gastric cancer // Br J Surg. – 1997. - №84. – P.1190.
88. Miyoshi K., Fuchimoto S., Ohsaki T., Sakata T., Ohtsuka S., Takakura N. Long-termm effects of jejunal pouch added to Roux-en-Y reconstruction after total gastrectomy //Gastric Cancer. – 2001. – 4(3). – P.156-161.
89. Monath T.P., Lee C.K., Ermak T.H., Gwendolyn A.M., Weltzzin R.A., Giannasca P.J. et al. The search for vaccines against H. pylori //Infect. Med. – 1998. - №15. – P.539.
90. Nakane Y., Michiura T., Sakuramoto K., Kanbara T., Nakai K., Inoue K., Yamamichi K. Evaluation of the preserved function of the remnant stomach in pylorus preserving-gastrectomy by gastric emptying scintigraphy // Gan To Kagaku Ryoho. – 2007. – 34(1). – P.25-28.
91. Nishikawa K., Kawahara H., Yumiba T., Nishida T., Inoue Y., Ito T., Matsuda H. Functional characteristics of the pylorus in patients undergoing pylorus-preserving gastrectomy for early gastric cancer // Surgery. – 2002. – 131(6). – P.613-624.
92. Nomura E., Isozaki H., Fujii K., Toyoda M., Niki M., Sako S., Mabuchi H., Nishiguchi K., Tanigawa N. Postoperative evaluation of function-preserving gastrectomy for early gastric cancer // Hepatogastroenterology. – 2003. – 50(54). – P.2246-2250.
93. Nomura E., Isozaki H., Fujii K., Toyoda M., Niki M., Sako S., Mabuchi H., Nishiguchi K., Tanigawa N. Postoperative evaluation of function-preserving gastrectomy for early gastric // Hepatogastroenterology. – 2003. – 50(54). – P.2246-2250.
94. Nozoe T., Anai H., Sugimachi K. Usefulness of reconstruction with jejunal pouch in total gastrectomy for gastric cancer in early improvement of nutritional condition // Am J Surg. – 2001. - №181(3). – P.274-278.
95. Penning C., Vecht J., Masclee A.A. Efficacy of depot long-acting release octreotide therapy in severe dumping syndrome // Aliment Pharmacol Ther. – 2005. – Vol. 15. - №22(10). – P.963-969.
96. Sakamoto, Takashi M.D.; Fujimakii, Masao M.D.; Tazawa, Kenji M.D. Advances in Surgical Techniggue // Annals of Surgery. – 1997. - №226(2). – P.139-145.
97. Schmidt-Matthiesen A., Weidmann R., Sanger P. Longitudinal study on guality of life after gastrectomy for gastric cancer and starting points for intensified care // Zentralbl Chir. – 2003. – 128(4). – P.304-308.
98. Scholmerich J. Postgastrectomy syndromes-diagnosis and treatment // Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 2004. – 18(5). – P.917-933.
99. Shiraishi N., Adachi Y., Kitano S., Kakisako K., Inomata M., Yasuda K. Clinical outcome of proximal versus total gastrectomy for proximal gastric cancer // World Journal of Surgery. – 2002. – Vol. 26. - №9. – P.1150-1154.
100. Szzucs G., Toth I., Gyani K., Kiss J.I. Effect of extending the resection on postoperative complications of total gastrectomies: experience with 161 operations // Magy Seb. – 2002. – 55(6). – P.362-368.
101. Thalhammer M., Cuk A., Palitzsch K.D. Postalimentary hypoglycaemia in post-gastrectomy late dumping syndrome // Dtsch Med Wochenschr. – 2005. – 130(8). – P.393-396.
102. Tomita R. A novel surgical procedure of vagal nerve, lower esophageal sphincter, and pyloric sphincter-preserving nearly total gastrectomy reconstructed by single jejunal interposition, and postoperative guality of life // Hepatogastroenterology. – 2005. - №52(66). – P.1895-1901.
103. Tomita R., Fujisaki S., Tanjoh K. Pathophysiological studies on the relationship between postgastrectomy syndrome and gastric emptying function at 5 years aafter pylorus-preserving distal gastrectomy for early gastric cancer // World J Surg. – 2003. – 27(6). – P.725-733.
104. Tomita R., Fujisaki S., Tanjoh K., Fukuzawa M A novel operative technigue on proximal gastrectomy reconstructed by interposition of a jejunal J pouch with preservation of vagal nerve and lower esophageal sphincter // Hepatogastroenterology. – 2001. – 48(40). – P.1186-1191.
105. Tomita R., Fujisaki S., Tanjoh K., Fukuzawa M. Operative technigue on nearly total gastrectomy reconstructed by interposition of a jejunal J pouch with preservation of vagal nerve, lower esophageal sphincter, and pyloric sphincter for early gastric cancer //World J Surg. – 2001. – 25(12). – P.1524-1531.
106. Tomita R., Fujisaki S., Tanjon K., Fukuzawa M. Operative technigue on nearly total gastr-ectomy reconstructed by interposition of a jejunal J pouch with preser-vation of vagal nerve, lower esophageal sphincter, and pyloric sphincter for early gastric cancer // World J. Surg. 2001. - №25(12). – P.1524-1531.
107. Tomita R., Fujisaki S., Tanjon K., Fukuzawa M. Relatioship between jejunal interdigestive migrating motor complex and guality of life after total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction for early gastric ccancer // World J Surg. – 2003. - №27(2). – P.159-163.
108. Tomita R., Ikeda T., Fujisaki S., Koshinaga T., Tanjoh K. Effects of mosapride citrate on patients after vagal nerve preserving distal gastrectomy reconstructed by interposition of a jejunal J pouch with a jejunal conduit for early gastric cancer // World Journal of Surgery. – 2006. – Vol. 30. - №2. – P. 205-212.
109. Tomita R., Tanjoh K., Fujisaki S. Novel operative technigue for vagal nerve- and pyloric sphincter-preserving distalgastrectomy reconstructed by interposition of a 5 cm jejunal J pouch with a 3 cm jejunal conduit for early gastric cancer and postoperative guality of life 5 years after operation // World J Surg. – 2004. – 28(8). – P.766-774.
110. Tomita R., Tanjoh K., Fujisaki S. Total gastrectomy reconstructed by interposition of a jejunal J pouch with preservation of hepatic vagus branch and lower esophageal sphincter for T2 gastric cancer without lymph node metastasis // Hepato-Gastroenterology. – 2004. – Vol. 51. - №58. – P.1233-1240.
111. Tono C., Terashima M., Nakagane A., Abe K. Ideal reconstruction after total dastrectomy by the interposition of a jejunal pouch considered by emptying time // World J Surg. – 2003. - №27(10). – P.1113-1118.
112. Ukleja A. Dumping syndrome: pathophysiology and treatment // Nutr Clin Pract. – 2005. – Vol. 20. - №5. – P.517-525.
113. Viklund P., Lindblad M., Lagergren J. Influence of surgery-related factors on guality of life after esophageal or cardia cancer resection // World J Surg. – 2005. – 29(7). – P.841-848.
114. Yamada M., Ohrui T., Asada M., Ishizawa K., Ebihara S., Arai H., Sasaki H. Acarbose attenuates hypoglycemia from dumping syndrome in an elderly man with gastrectomy // J Am Geriatr Soc. – 2005. – 53(2). – 358-359.
115. Yamaguchi T., Ichikawa D., Kurioka H., Ikoma H., Koike H., Otsuji E., Ueshima Y., Shioaki Y., Lee C.J., Hamashima T., Deguchi E., Ikeda E., Mutoh F., Yamagishi H. Postoperative clinical evaluation following pylorus-preserving gastrectomy // Hepatogastroenterology. – 2004. – 51(57). – P.883-886.
116. Yamamoto H., Mori T., Tsuchihashi H., Akabori H., Naito H., Tani T. A possible role of GLP-1 in the pathophysiology of early dumping syndrome // Dig Dis Sci. – 2005. – Vol.50. - №12. – P.2263-2267.
117. Zhang J.Z., Lu H.S., Wu X.Y., Huang C.M., Wang C., Guan G.X., Zhang X.F. Influence of different procedures of alimentary tract reconstruction after total gastrectomy for gsastric cancer on the nutrition and metabolism of patients: a prospective clinical study // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. – 2003. - №83(17). – P.1475-1478.
118. Zhang Q., Ye Z.Y., Yu J.F., Zhang R.L., Xu J., Ye S.Y., Zhang Q. Residual stomach, duodenum, and continual jejunal interposition after subtotal gastrectomy // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. – 2005. - №85(30). – P.2117-2119.
119. Zherlov G., Koshel A., Orlova Y., Zykov D., Sokolov S., Rudaya N., Karpovitch A. New tipe of jejunal interposition method after gastrectomy // World J Surg. – 2006. - №30(8). – P.1475-1480.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>