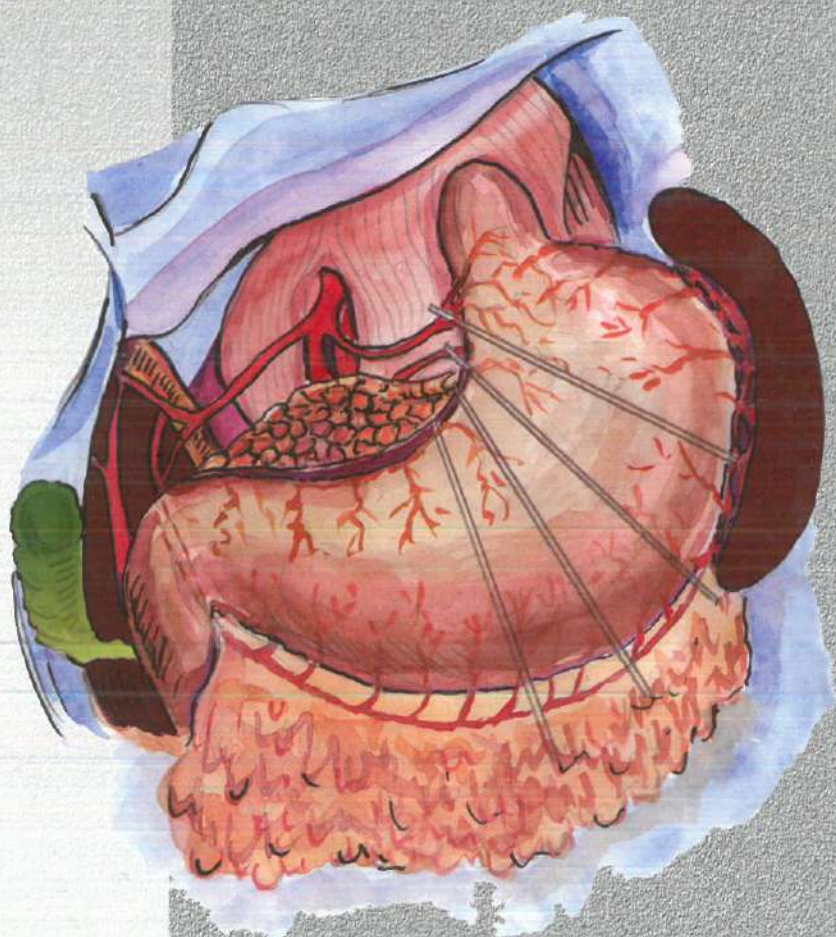


*J. H. Camalov*

**M**ƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ  
BAĞIRSAGIN XORA  
XƏSTƏLİYİ



**Mədə və onikibarmaq  
bağırsağın xora  
xəstəliyi**

i  
ə  
r  
,  
-  
li  
-  
-  
ri  
ə  
yi  
r-  
n  
b  
ə  
i-  
h  
lə  
ih  
n  
ər  
ik



C-70

Rəyçilər: professor Ş. B. Quliyev  
professor H. B. İsayev  
professor Ç. M. Cəfərov  
professor H. A. Sultanov  
tibb elmləri doktoru Axundov İ.T.

Elmi redaktoru: əməkdar elm xadimi professor M.Y.Nəsirov

---

Azərbaycan Tibb Universitetinin  
Cərrahi xəstəliklər kafedrasının assistenti,  
tibb elmləri namizədi  
Akad. M.Ə.Mirqasımov  
ad. Respublika Kliniki Xəstəxanasının  
I cərrahiyyə şöbəsinin müdiri  
Camalov Fariz Hidayət oğlu

**Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi.**  
Dərs vəsaiti. Bakı. Təbib 2003.

---

Bu kitabda mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliklərinə aid müxtəlif patologiyaların etiologiya və patogenezi nəzərdən keçirilmiş, xəstələrin müayinə olunması üsulları və cərrahi müdaxiləyə göstərişlər öz əksini tapmışdır.

Kitabda xəstəliklərin yayılma səviyyəsi, etiologiyası, patogenezi, klinikası, diaqnostikası ilə bərabər cərrahi müdaxilələrin texnikası, baş verə biləcək fəsadlar, rekonstruktiv əməliyyatlar və əməliyyatlardan sonrakı dövrdə xəstələrin müalicəsi ətraflı izah edilmişdir.

Kitab sadə və anlaşılıqlı yazılmış və çoxlu rəngli şəkillərlə zənginləşdirilmişdir.

Bu dərs vəsaitindən subordinatorlar, internalar, cərrahiyyə ixtisası seçmiş gənc həkimlər və abdominal cərrahiyyə ilə maraqlanan mütəxəssislər istifadə edə bilərlər.

C-70  $\frac{4108040800}{Y-07 (120) 2003}$  sifarişlə

İSBN - 5 - 552 - 00269 - 8

© OŞCAR - 2003

## Ön söz

Uzun illərdən sonra müstəqilliyimizi yenidən bərpa etmişik. İndi doğma Azərbaycanımız özünün keçid dövrünü yaşayır. Belə bir şəraitdə dövlətimizin daha da möhkəmləndirilməsi və çiçəklənməsi üçün onun təhsil sistemi inkişaf etdirilməlidir. Buna isə təhsildə aparılan islahatlarla, elmin yeni nailiyyətlərini mənimsəməklə, tədrisin səviyyəsini yüksəltməklə nail olmaq olar.

Yeni əsr cərrahiyyə qarşısında ciddi tələb və vəzifələr qoyur. İndi ali məktəb müəllimləri öz tələbələrini elə hazırlamalıdır ki, onlar gələcəkdə üzleşəcəkləri problemləri uğurla həll edə bilsinlər, tanınmış mütəxəssis olsunlar.

Klinik təbabətdə elə bir problem yoxdur ki, o, xora xəstəliyi problemi qədər diqqəti özünə cəlb etsin. Geniş yayılmasına, xronik gedişinə və təhlükəli fəsadlarına görə mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi əsrlər boyu intensiv öyrənilməkdədir. İldən ilə xəstəliyin artması, müalicənin qənaətbəxş olmaması, çox vaxt əlilliklə nəticələnməsi və insan ömrünün ən məhsuldar dövrünü əhatə etməsi bu problemi dövrün vacib problemləri sırasına çıxarır.

Bu baxımdan bu tədris vəsaiti çox çətin bir problemin izahına və həllinin müasir vəziyyətinə yönəlmişdir.

Əsərdə xəstəliyin yayılma səviyyəsi, etiologiyası, patogenezi, kliniki, diaqnostikası, müalicəsi və fəsadları müasir səviyyəyə uyğun şərh edilmişdir. Əsərin üstün cəhəti birdə ondan ibarətdir ki, orada mədə üzərində aparılan operativ müdaxilə növlərinin texnikası sadə dildə izah edilməklə bərabər gözəl işlənmiş şəkillərlə müşayiət edilir. Güman edirəm ki, bu elmi, tədris metodiki vəsaiti gənc cərrahlar və tələbələr üçün mədə patologiyasının öyrənilməsində çox əhəmiyyətli elmi metodik tövsiyyə olacaqdır.

*Müəllif*

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

«BƏYƏNİLMİŞDİR»

Azərbaycan Respublikası  
Səhiyyə Nazirliyinin  
Elmi-Tibbi Şurası  
tərəfindən Elmi-Tibbi  
Şuranın sədri



S.K.Musayev

07 may 2003-cü il

Protokol № 56

«TƏSDİQ EDİRƏM»

Azərbaycan Respublikası  
Səhiyyə Nazirinin birinci  
müavini



S.İ.Kərimov

“MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ  
BAĞIRSAĞIN XORA XƏSTƏLİYİ”

(DƏRS VƏSAİTİ)

BAKİ 2003-CÜ İL

## I Fəsil

### Mədə və onikibarmaq bağırsaq

#### MƏDƏ (GASTER)

Mədənin çox hissəsi sol qabırğaaltı, az hissəsi qarınüstü nahiyədə yerləşir.

Mədənin başlanğıcı - kardial hissə (*pars kardiaca*), əks tərəfi, qurtaracağı - pilorik hissə (*pars pilorica*), kardial və pilorik hissə arasında yerləşən böyük hissə - mədənin cismi (*korpus ventriculi*) və kardiadan yuxarı, solda, mədə cisminin ən yuxarı hissəsi - mədənin dibi (*fundus ventriculi*) adlanır.

Mədənin kardial hissəsi, dibi və cismi birgə - həzm kisəsi (*saccus digestoricus*), pilorik hissə - evokuator kanal (*canalis egestoricus*) adlanır.

Mədənin ön (*paries anterior*) və arxa divarı (*paries posterior*) vardır. Ön divar arxa divara nisbətən həmişə qabarmış olur. Bir divar digərinə keçdikdə mədənin yuxarı və aşağı kənarını əmələ gətirir. Yuxarı kənar qısa və əyri olub kiçik əyrilik (*curvatura ventriculi minor*), aşağı qabarıq nəzərəcarpacaq uzun kənar mədənin böyük əyriliyi (*curvatura ventriculi major*) adlanır.

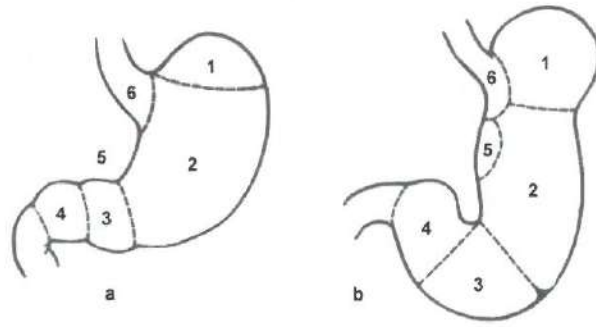
Mədə dolu olduqda qarının ön divarına, epigastral nahiyəyə və böyük hissəsi sol qabırğaaltına proyeksiya edir. Mədənin girəcəyi, *cardia* VI-VII qabırğa qığırdağının döş sümüyünə birləşən yerinə uyğun qəlibir. Mədə çıxacağı orta xətdən 2-2,5 sm sağa VIII qabırğa qığırdağının proyeksiyasına uyğun gəlir. Mədə dolu olduqda *pilorus* yerini orta xətdən 3-5 sm sağa dəyişir.

Rentgenoloji müayinədə mədənin dibi nahiyəsində sol qabırğaaltı nahiyədə yarımaypara şəklində görünən mədənin qaz qabarcığı (Traube sahəsi) vardır.

Mədənin forması içərisində olan möhtəviyyatın miqdarına, funksional vəziyyətinə, onda olan patologiyaya, bədən və ətraf orqanların vəziyyətinə uyğun olaraq dəyişir (şək.1).

Fərdi olaraq mədə müxtəlif formada olur və formasını dəyişə bilər. Rentgen - anatomik olaraq mədə: corab formalı, qarmaq formasında (Rider formalı), buynuz formasında (Qolçknex formalı) və s. olur.

Yeni doğulmuşlarda mədə iyvari formada olur. Patologiyadan asılı olaraq mədənin vəziyyəti nəzərə carpacaq dəyişilə bilər. Bir neçə patoloji forma ayırd edilir: "qum saati" formasında "ilbizəbənzər mədə", "kaskad" mədə və s.



Şəkil 1. Mədə nahiyələrinin anatomik və rentgenoloji nomenklaturaları.

a - anatomik nomenklatura: 1 - fundus ventrikuli; 2 - corpus ventrikuli; 3 - vestibulum pyloricum; 4 - canalis pyloricum; 5 - pars pylorica; 6 - pars cardiaca; b - rentgenoloji nomenklatura: 1 - fornix ventrikuli; 2 - corpus ventrikuli; 3 - sinus ventrikuli; 4 - pars antropylorica; 5 - pars subcardiaca; 6 - pars cardiaca.

Mədə divarında 4 qat vardır:

1. Selikli qişa;
2. Selikaltı qat;
3. Əzələ qatı (əzələ qatıda 3 qat əzələdən təşkil olunub - boylama, dairəvi və çəp);
4. Seroz qişa.

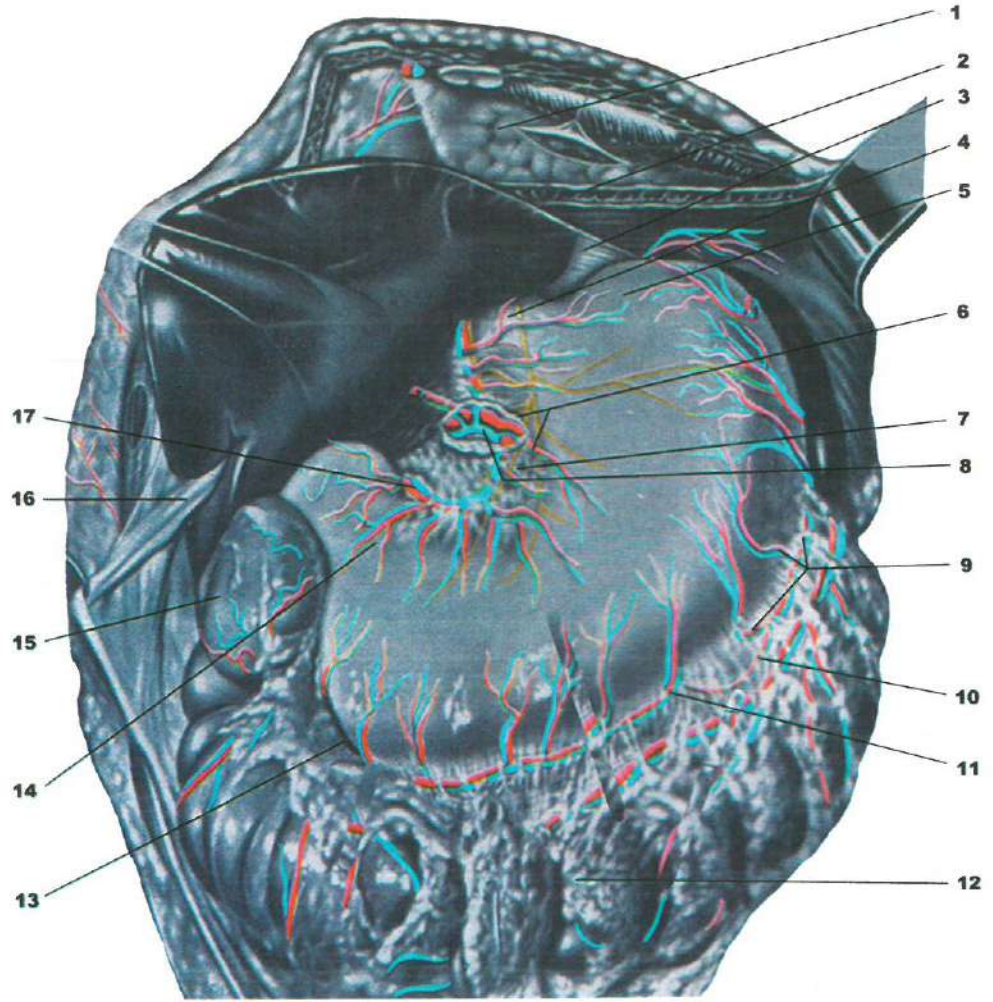
Mədənin həcmi individualdır. Orta həcm 1,5-2,5 litrdir.

**Mədənin bağları.** Mədə, qida borusunun diafraqma dəliyinə, çıxacağına qarın arxa divarına və ətraf orqanlara fiksasiyası, qarın boşluğunun tonusu, həmçinin bağı aparatı hesabına öz vəziyyətini saxlayır (şəkl.2).

Mədənin səthi və dərin bağları vardır. Səthi bağlar üfüqi, dərin bağlar vertikal yerləşir. Mədənin səthi bağları bir-birinə keçərək bağı sahəsi əmələ gətirir (areola ventriculi liqamentosa).

**Mədə-çəmbər bağırsağı bağı** (*liq.gastrocolicum*) mədənin böyük ayrılığını (mədənin çıxacağından, dalağın aşağı qütbünə qədər) köndələn çəmbər bağırsaqla birləşdirir. Bu da böyük piyiliyin başlanğıcı sayılır. Bağı köndələn çəmbər bağırsağın ön səthi ilə boş birləşir ki, bu da mədə xərçəngində mədənin böyük piyliklə birlikdə rezeksiyası zamanı onun bağırsaqdan qansız ayrılmasına kömək edir.

Mədənin böyük ayrılığı boyunca bağı səhifələri arasında bir-birinə qarşı sağdan - sağ mədə-piylik arteriyası (*a.gastroepiploica dextra*), soldan - sol mədə-piylik arteriyası (*a.gastroepiploica sinistra*) gedir.



Şəkil 2. Mədə və onun bağı aparatının topoqrafiyası (A.A. Travinə görə).  
Qara ciyərin sol payı asılqan saplarla yuxarı sağa çəkilib.

1. pulmo sinister; 2. diafraqma; 3. liq.trianqulare; 4. esophaqus (pars abdominalis); 5. fundus ventriculi; 6. curvatura ventriculi minor; 7. liq. hepatoqastricum; 8. a.qastrica sinistra; 9. curvatura ventriculi major; 10. a.qastroepiploica sinistra; 11. liq.gastrocolicum; 12. colon transversum; 13. a.qastroepiploica dextra; 14. pars pylorica ventriculi; 15. flexura coli dextra; 16. liq.teres hepatis et v. umbilicalis; 17. a.qastrica dextra.

**Mədə-dalaq bağı** (*liq.qastrolienale*) mədənin böyük əyriliyinin yuxarı hissəsini, damar ayaqcıqlarını örtərək onu dalağın qapısı ilə birləşdirir. Bağın dərinliyində a.et v.qastricae breves gedir.

**Mədə-diafraqma bağı** (*liq.qastrophrenicum*) parietal peritonun diafraqmadan mədə dibinə və nisbətən onun kardial hissənin ön səthinə



keçməsinə əmələ gəlir. Burada damarlar çox az olduğundan mədəni mobilizə etdikdə onları liqaturaya almağa ehtiyac olmur.

**Diofraqma-qida borusu bağı** (*liq.phrenicooesophageum*) peritonun diafraqmadan qida borusuna və mədənin kardial hissəsinə keçməsinə əmələ gəlir. Bu bağı əsasından boş birləşdirici toxumanın arası ilə qida borusunun ön səthinə *a.gastrica sinistra* şaxəsi olan *ramus oesophaqus* və sol azan sinirin kötüyü keçir.

**Qara ciyər-mədə bağı** (*liq.hepatoqastricum*) enli əsaslı trapesəbənzər formada olub, qara ciyərin aşağı səthini mədənin kiçik əyriliyi ilə birləşdirir. Bu bağı toxumasının arası ilə kiçik əyrilik böyünca sol və sağ mədə arteriyası və həmçinin limfa damarları keçir. Limfa düyünləri də burada yerləşir. Kiçik əyrilikdən qara ciyər qapısına getdikcə piy toxuması tədricən azalır.

**Mədənin dərin bağları** (*liq.gastrocolicum*) kəsildikdən və mədə yuxarı çəkildikdən sonra görsənir. Bu vəziyyətdə mədəaltı vəzin yuxarı kənarından mədənin kardial və pilorik hissəsinə gedən iki periton büküşü görünür.

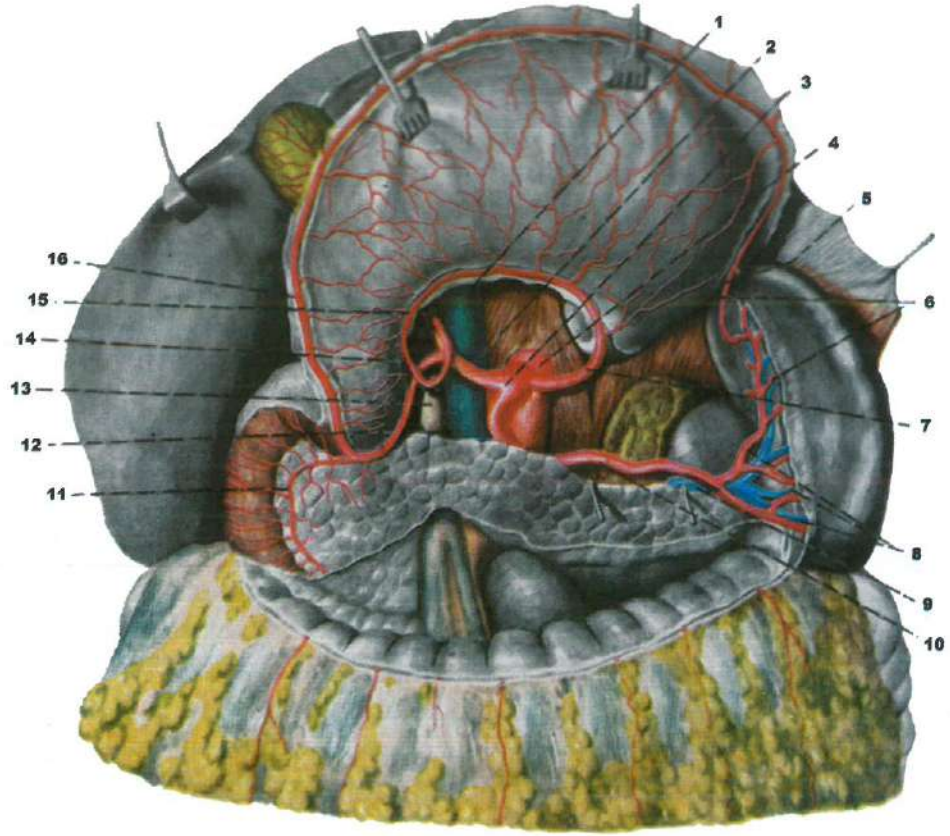
**Mədə-mədəaltı vəzi bağı** - *liq.gastropancreaticum* mədənin pilorik hissəsi ilə mədəaltı vəzin cisminin sağ tərəfi arasında yerləşir. Mədə - mədəaltı bağı səhifələri arasında sol mədə arteriyası və venası (*a.et v. gastrica sinistra*) gedir.

**Mədə çıxacağı-mədəaltı vəzi bağı** (*liq.pyloropancreaticum*) mədənin pilorik hissəsi ilə mədəaltı vəzi cisminin sağ tərəfi arasında yerləşir. Bu bağı üçbucaq formasında olur və səhifələri arasında piy toxuması ilə əhatə olunmuş limfa düyünləri yerləşir ki, bunlar da mədə xərçənginə görə rezeksiya etdikdə mütləq çıxarılmalıdır.

**Mədənin arterial qanla təchizi** - *truncus coeliacus* sistemindən olan *aa.gastrica sinistra et dextra, gastroepiploica dextra et sinistra* həmçinin *aa.gastrica breves* vasitəsilədir.

**Sol mədə arteriyası** (*a.gastrica sinistra*) qarın kötüyündən (75%), nadir hallarda ümumi qara ciyər, dalaq arteriyasından və bilavasitə aortadan başlayır (şək. 3).

Yaşlı adamlarda sol mədə arteriyasının uzunluğu 3-7 sm, diametri isə 2-5 mm olur. *A.gastrica sinistra* mədə-mədəaltı bağıla kardial nahiyəsində mədənin kiçik əyriliyinə keçir. Mədəyə keçən yerdə haçalanaraq qalxan (ön qidaborusu - kardial) və enən şaxələrə bölünür. Enən şaxə kiçik əyrilikdə soldan sağa keçərək mədənin divarlarına uyğun olaraq ön və arxa şaxələrə bölünür. Sağ mədə arteriyası (*a.gastrica dextra*) çox vaxt qara ciyərin xüsusi arteriyasından, nadir hallarda ümumi qara ciyər və ya



Şəkil 3. Qarın boşluğu üzvləri arteriyalarının öndən görünüşü (3/5).

1 - v.cava inferior; 2 - arteriya hepatica communis; 3 - truncus coeliacus; 4 - aorta; 5 - a.gastroepiploica sinistra; 6 - aa.gastricae brevis; 7 - a.gastrica sinistra; 8 - rr.lienalis a.lienalis; 9 - v.lienalis; 10 - a.lienalis; 11 - a.supraduodenalis superior; 12 - a.gastroduodenalis; 13 - v.porta; 14 - a.gastrica dextra; 15 - a.hepatica propria; 16 - a.gastroepiploica dextra.

mədə-onikibarmaq bağırsağ arteriyasından başlayır. Bu arteriyanın uzunluğu 2-5 sm, diametri 1-2 mm olur. Sağ mədə arteriyası qara ciyər-onikibarmaq bağırsağ bağına içəri ilə gedərək mädənin pilorik hissəsinə çatır və kiçik piyliyın səhifələri arasında sağdan sola keçir, mädəyə şaxə verərək sol mədə arteriyası ilə anastomozlaşır.

Beləliklə mädənin kiçik əyriliyi boyunca güclü anatomik arterial qövs əmələ gəlir ki, buradan da mädəyə çoxsaylı şaxələr qədir.

**Sol mədə-piylik arteriyası** (*a.gastroepiploica sinistra*) dalaq arteriyasının şaxəsidir. Bu arteriya dalaq-mədə bağına səhifələri arasında yerləşərək, mädənin böyük əyriliyinə qədər gedir. Diametri 0,5-1,5 mm,

uzunluğu 3-25 sm, (orta hesabla 9-14 sm) olur.

Sol mədə piylik arteriyasından sol piylik arteriyası ayrılır və böyük piyliyə istiqamətlənir.

**Sağ mədə-piylik arteriyası** (*a.gastroepiploica dextra*) onikibarmaq bağırsağın yuxarı horizontal hissəsinin aşağı kənarında mədə-onikibarmaq bağırsaq arteriyasından başlayaraq mədənin böyük əyriliyinə istiqamətlənir. Uzunluğu 9-38 sm (orta hesabla 20-27 sm), diametri 1,5-3 mm olur.

**Sağ və sol mədə-piylik arteriyaları** mədənin böyük əyriliyində birləşərək arterial qövs əmələ qətirlər ki, buradanda mədənin ön və arxa divarlarına çoxlu şaxələr gedir və həmçinin 4-8 piylik arteriyası ayrılır. Mədənin kiçik arteriyaları (*aa.gastricae breves*) 1-6 ədəd olub, dalaq arteriyasından ayrılır. Dalaq-mədə bağında bu arteriyalar mədəyə yaxınlaşaraq sol mədə-piylik və sol mədə arteriyaları ilə anastomozlaşır. Yuxarıda adları sadalanan arteriyaların şaxələri mədə divarına keçərək, onun müxtəlif qatlarında orqandaxili arteriya şəbəkəsi əmələ gətirir. Serozaltı, əzələarası, selikaltı və selikli qisadaxili arterial şəbəkə ayırd edilir.

**Mədənin venaları**, orqandaxili və orqanxarici olmaqla iki qrupa bölünür. Orqandaxili venoz şəbəkə mədə divarının qatları arasındakı venoz kələflərdən əmələ qəlir: selikli qişanın, selikaltı qatın, əzələ qatının və seroz qişanın venoz kələfləri ayırd edilir. Selikaltı venoz kələf mərkəzi venoz kələf kimi baxılır. Selikaltı qatın iri venaları üzvün oxuna nisbətə köndələn yerləşərək, böyük və kiçik əyrilik boyunca gedərək sol və sağ mədə, sol və sağ mədə-piylik, həmçinin mədənin kiçik venalarını əmələ gətirir. Bəzən selikaltı qatın venaları, xüsusən qida borusu venaları - kardial nahiyədə kəskin genişlənir.

Varikoz genişlənmələr zamanı baş verən qida borusu - mədə qanaxması xəstənin həyatı üçün ciddi təhlükə törədir.

**Sol mədə venası** (*v.gastrica sinistra*) mədə-mədəaltı vəzi bağı ilə sağdan sol mədə arteriyası və mədəaltı vəzin başının arxasından keçərək qapı venasına və ya onun əmələ gəlməsində iştirak edən venalardan (*v.lienalis* və ya *v.mesenterica superior*) birinə açılır.

**Sağ mədə venası** (*v.gastrica dextra*) mədənin kiçik əyriliyi boyunca eyni adlı arteriya ilə gedərək qara ciyər-onikibarmaq bağırsaq bağı səviyyəsində qapı venasına və ya onun sol şaxəsinə açılır.

**Sağ mədə-piylik venası** (*v.gastroepiploica dextra*) qapı venasının formalaşdığı yerə yaxın hissədən yuxarı müsariqə venasına, nadir hallarda bilavasitə qapı venasına açılır. *Pulorusun* ön səthində sağ mədə-piylik və sağ mədə venaları birləşərək pilorik venanı (Meyo venası) əmələ

gətirirlər ki, bu da, cərrahi əməliyyat vaxtı mədə çıxacağı ilə onikibarmaq bağırsağın hüdudunu dəqiqləşdirən əsas orientir hesab edilir.

**Sol mədə-piylik venası** (*v.gastroepiploica sinistra*) mədənin aşağı kənarından 0,5-3,5 sm aralı böyük piylik səhifələri arasında dalaq qapısına doğru gedərək, dalaq venasına açılır.

**Mədənin kiçik venaları** (*vv.gastricae breves*) eyniadlı arteriyanı müşayət edərək dalaq venasına və ya onun şaxəsinə açılır.

**Mədənin limfa sistemi** intramural (üzvdaxili) və ekstraorqan (üzvxarici) limfa damarları ilə limfanı regional limfa düyünlərinə aparırlar.

Üzvdaxili limfa damarları mədə divarının bütün qatlarında selikli qişada, selikaltı qatda, əzələ və seroz qişalarda yerləşərək kapilyar şəbəkə əmələ gətirirlər. Adları çəkilən şəbəkələr bir-birləri ilə çoxsaylı anastomozlaşaraq çıxarıcı limfa damarını əmələ gətirirlər.

Mədə cisminin kardial hissəsinin və kiçik əyriliyin üzvdən xaric limfa damarları mədənin qan damarlarına paralel gedərək kiçik piylikdə yerləşən birinci sıra limfa düyünlərinə birləşir. Bu düyünlərdən başlayan damarlar qarın kötüyü nahiyəsində ikinci sıra düyünlərə birləşir.

Böyük əyriliyin limfa damarları mədə-piylik bağı və mədənin kiçik qan damarları istiqamətində gedərək dalaq qapısı nahiyəsində birinci sıra limfa düyünlərinə, sonra mədəaltı vəzin cismi və quyruğundan, pilorusun altından keçərək yuxarı müsariqə limfa düyününə açılır.

**Qarın limfa düyünləri** (*nodi limfatici coeliacae*) 1-3 ədəd olub bilavasitə qarın kötüyünün üstündə olur. Mədə, qara ciyər, mədəaltı vəzi, dalaq qapısı və onikibarmaq bağırsağ üçün ikinci sıra regional limfa düyünləri əsas hesab edilir. Limfa qarın düyünündən aortal və kaval limfa düyünlərinə axır.

Mədə xərçənginə görə, mədənin rezeksiyası əməliyyatında şişin yerləşdiyi yerdən limfanı yığıldığına görə həm birinci, həm də ikinci sıra limfa düyünləri mütləq çıxarılmalıdır.

**Mədənin innervasiyası** azan sinir, qarın kötüyü və onun törəmələri, yuxarı və aşağı mədə, qaraciyər, dalaq və yuxarı müsariqə kələfi vasitəsilədir.

**Sağ azan sinir** qida borusunun qarın hissəsinin arxa səthində yerləşir, kardial nahiyəsində bir neçə şaxəyə bölünür, əsas hissəsi isə qarın kötüyünə, 1-3 şaxə kardiyaya və 1 şaxə mədənin kiçik əyriliyinə gedir.

**Sol azan sinir** qida borusunun ön səthində yerləşir, mədəyə çatdıqda 1-4 iri şaxəyə ayrılır. Sol azan sinir kardial nahiyəsində, 3-10 qısa kötküklərə ayrılır və mədə dibinə, kiçik piylik səhifələri arasında 1-3 şaxə qara ciyərə ayrılır, qalan hissəsi isə mədənin kiçik əyriliyinin ön sə-

hində çoxsaylı şaxələrə paylanır.

Hər iki azan sinir şaxələri mədənin kardial hissəsində və kiçik əyriliyi nahiyəsində bir-birləri ilə çoxsaylı şaxələrlə birləşirlər. Azan sinir parasimpatik, qarın kötüyü simpatik innervasiyanı icra edir. Mədənin sinirləri ilə ətraf orqanların sinirləri arasında geniş əlaqə olduğundan (qara ciyər, onikibarmaq bağırsağ, mədəaltı vəzi və s.) bu orqanların birində funksional pozğunluq olarsa, digər qonşu orqanlarda da uyğun dəyişikliklər baş verir və ağrıların irradiasiasında da uyğunluq olur.

## ONİKİBARMAQ BAĞIRSAQ (DUODENUM)

Onikibarmaq bağırsağ həzm sistemində mədədən nazik bağırsağa keçid hissəni təşkil edir.

Onikibarmaq bağırsağ 3 hissəyə bölünür:

1. yuxarı (*pars superior*);
2. enən (*pars descendens*);
3. aşağı (*pars inferior*).

Yuxarı horizontal hissə mədə çıxacağı ilə bağırsağın yuxarı əyriliyi arasında (*flexura duodeni superior*) hepatoduodenal bağına sərbəst kənarında yerləşir. Uzunluğu 3-5 sm, diametri 4 sm-ə yaxındır. *Pars superiorun* 3/4-ü peritonla örtülüdür, buna görə də nisbətən hərəkətli olduğundan mədə rezeksiyası zamanı, mədə güdülü ilə anastomoz qoymaq üçün istifadə edilir.

Onikibarmaq bağırsağın mədəaltı vəzin başına toxunan səthi, aşağı arxa səthi, *liq.gastrocolicum* səthi, *liq.hepatoduodenale* səthi peritonla örtülməyib. Onikibarmaq bağırsağın yuxarı horizontal hissəsi dairəvi formada olduğuna görə rentgenoskopiyada burada qaz qabarcığı görünür. Bura onikibarmaq bağırsağın soğanaq hissəsi (*bulbus duodeni*) adlanır.

Onikibarmaq bağırsağın enən hissəsi yuxarı duodenal büküşdən başlayır və sağa doğru qövs şəkilində əyilərək aşağı enir və sola keçir (*flexura duodeni* və onikibarmaq bağırsağın aşağı hissəsinə keçir). Bu hissənin uzunluğu 9-12 sm, diametri isə 4,5-5 sm-dir. Enən hissənin yuxarı sahəsi mesocolondan yuxarıda yerləşir. Orta sahəsi təqribən həmin ölçüdə olub, köndələn çəmbər bağırsağın müsariqəsinin kökü arxasında yerləşir. Aşağı sahəsi 6 sm uzunluğunda olub *mesocolondan* aşağıda nazik bağırsağ müsariqəsindən sağa tərəf yerləşir. Bu hissəni (qarının aşağı mərtəbəsində) müayinə etmək üçün, köndələn çəmbər bağırsağ yuxarı, nazik bağırsağ ilgəkləri müsariqə ilə birgə sola çəkilir.

Enən hissə az hərəkətlidir, yalnız ön xarici səthi köndələn çəmbər bağırsağın üstündə peritonla örtülü olur. Peritonarxası sahənin fasiyasına və mədəaltı vəzin başına toxunan arxa və daxili səthi həmçinin ön səthinin *mesocolon transversumun* kökünün arxasındakı hissəsi periton örtüyündən azaddır.

Onikibarmaq bağırsağın enən hissəsi yarımqövs şəklində aşağı duodenal büküşdən horizontal istiqamətdə duodenal büküşə qədər gedir və öz növbəsində horizontal (*pars horizontalis*) və qalxan (*pars ascendens*) hissələrə bölünür ki, o da duodenoyeyunal büküşə keçir.

Onikibarmaq bağırsağın aşağı hissəsi *mesocolondan* aşağı yerləşir

və yalnız nazik bağırsağ kökünün arxasında yerləşən ön səthi peritonla örtülü olur. *Endoabdominal fasiyaya* toxunan arxa səthi periton örtüyündən azaddır.

Onikibarmaq bağırsağ iki horizontal: yuxarı (VIII qabırğanın ön ucundan), aşağı (göbəkədən keçən) və iki üfüqi (sol - orta xətdən 4 sm sola, sağ - 6-8 sm ondan sağa) çəkilmiş xətt üzrə qarının ön divarına proyeksiya edir.

Orta xətt üzrə göbəkədən 4-6 sm yuxarı, qarının sağ düz əzələsi enində onikibarmaq bağırsağ yerləşir. Onikibarmaq bağırsağın yuxarı sərhəddi I bel fəqərəsinin yuxarı kənarı, aşağı sərhəddi isə IV bel fəqərəsi səviyyəsindədir.

Onikibarmaq bağırsağ əsasən həlqə formasında olur. Bundan başqa U-vari, V-vari, C-vari və bükülü formalara da rast gəlinir ki, bunlara da patoloji forma kimi baxılmır. Onikibarmaq bağırsağın hissələrinin qeyri bərabər sallanmasını (ptoz), divarlarının xora mənşəli çapıqlaşmasını tipik patoloji forma kimi qəbul etmək olar.

**Onikibarmaq bağırsağın bağları.** Yaşlı adamlarda onikibarmaq bağırsağ enən hissədən flexura duodenoeyunalisə qədər birləşdirici toxuma vasitəsilə qarının arxa divarına təsbit olunur. Mədəaltı vəzin başını əhatə edən hissəsi daha sıx təsbit olunur. Bağırsağın başlanğıc *bulbus duodenalis* və qurtaracaq *flexura duodenojejunalis* hissələri isə burada onikibarmaq bağırsağın bağlarının yerləşməsinə baxmayaraq nisbətən zəif təsbit olunur.

**Qara ciyər-onikibarmaq bağırsağ bağı** (*liq.hepatoduodenale*) qara ciyərin qapısı və *bulbus duodeni*-nin yuxarı divarı arasında yerləşir.

**Onikibarmaq bağırsağ-böyrək bağı** (*liq.duodenoarenalis*) piylik dəliyini aşağıdan məhdudlaşdıraraq gərilmiş enli büküş şəklində onikibarmaq bağırsağın enən hissəsinin xarici-arxa kənarı ilə sağ böyrək arasında yerləşir və böyrəyin önündə qarın boşluğunun arxa divarının parietal səhifəsini təşkil edir.

**Treys bağı** (*liq.suspensorium duodeni s.liq. Treitz*) özünün normal vəziyyətində *flexura duodenojejunalis* əhatə edir. Bu bağı onikibarmaq bağırsağı asılı saxlayan əzələni (*m.suspensorius duodeni*) əhatə edən periton büküşündən əmələ gəlir. Nazik və möhkəm *m.suspensorius duodeni* mədəaltı vəzin arxasından *flexura duodenojejunalis*in yuxarısından qalxaraq diafraqmanın sol ayaqçığı səviyyəsində fasiyaya və əzələ liflərinə keçir. Onikibarmaq bağırsağ divarı xaricdən daxilə doğru seroz, əzələ (boylama və sirkulyar liflərdən ibarət), selikaltı, selikli qatlardan ibarətdir. (Ümumi öd axarının və mədəaltı vəzin baş axacağıının

onikibarmaq bağırsağa açılan yeri, böyük duodenal (fater) mēməcik, (*papilla diodeni major*) adlanır). Bu mēməcik bağırsağın enən hissəsinin orta və ya orta -1/3 ilə aşağı 1/3 arasında arxa-medial divarın selikli qışasında yerləşir. Selikli qışada mēməciyin hündürlüyü 2 mm-dən 2 sm-ə qədər olur. Şelikli qışadan əmələ gəlmiş 1-2 sm-lik köndələn büküş proksimal tərəfdən mēməciyin üzərini örtür.

Mēməciyin zirvəsində diametri 2-4,5 mm olan mənəfəz vardır ki, buradan da öd və mədəaltı vəzin şirəsi bağırsağa tökülür. Ümumi öd axarı və baş mədəaltı vəzi axacağı (80% hallarda) 12 barmaq bağırsağa birgə açılan zaman mēməcik bu formada olur. 20% hallarda isə böyük duodenal mēməciyə iki mənəfəz açılır: baş mədəaltı vəzi axacağı və bir az yuxarıda ümumi öd axarı. 30% hallarda böyük duodenal mēməcikdən 3-4 sm məsafədə kiçik duodenal mēməciyə əlavə mədəaltı vəzi axacağı açılır.

### **Onikibarmaq bağırsağın arteriyaları.**

Onikibarmaq bağırsağı *aa.gastroduodenalis* və *mesenterica superior* qanla təchiz edir (şək.4).

*A.gastroduodenalis*dən *a.pancreaticoduodenalis superior* ayrılaraq iki şaxəyə bölünür; *aa.pancreaticoduodenalis superior posterior*. *A.mesenterica superior* başlanğıc hissəsindən *a.pancreaticoduodenalis inferior* və *a.pancreaticoduodenalis inferior-posterior* ayrılır. İki ön mədəaltı vəzi - onikibarmaq bağırsağ arteriyası (*aa.pancreaticoduodenalis anterior superior et inferior*) bir-birinə paralel yuxarı və aşağı gedərək onikibarmaq bağırsağın daxili kənarındaki şirimda və mədəaltı vəzin başının ön kənarında biri-biri ilə anastomozlaşaraq ön arteriya qövsünü əmələ gətirirlər. Buradanda radial istiqamətdə düz kötükçüklər ayrılaraq onikibarmaq bağırsağın ön divarına daxil olurlar. Buna bənzər arxa şirimda yuxarı və aşağı mədəaltı vəzi-onikibarmaq bağırsağ arteriyasından əmələ gələn arxa arteriya qövsü yerləşir. Buradan ayrılan kiçik damarlar isə onikibarmaq bağırsağın arxa divarını qanla təchiz edir.

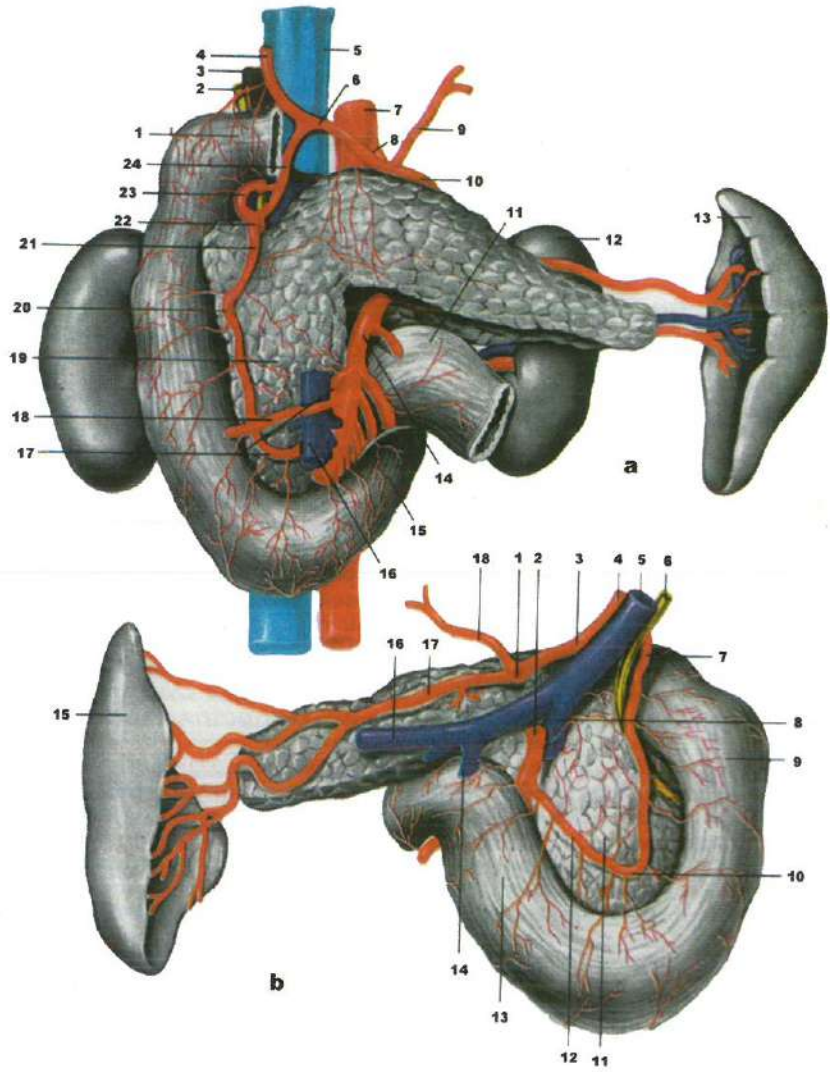
Beləliklə onikibarmaq bağırsağın başlanğıc və qurtaracaq hissəsindən başqa, digər hissələri arterial qanı ön və arxa arteriya qövsündən alır. Onikibarmaq bağırsağın soğanağı *aa.gastroduodenalis*, *gastroepiploica dextra*, *gastrica dextra et hepatica propria* şaxələrindən qidalanır.

*Flexura duodenojejunalis* isə ön və arxa aşağı mədəaltı vəzi-onikibarmaq bağırsağ arteriyasından və nazik bağırsağ arteriyalarından qidalanır. Onikibarmaq bağırsağın vena sistemi eyni adlı arteriyalarla yanaşı gedərək qapı venasına açılır.



**Limfa** onikibarmaq bağırsağın divarlarındakı qatlardan yığılaraq qan damarlarına paralel gedir və qara ciyər qapısındaki mədəaltı vəzin kənarlarındakı, həmçinin nazik bağırsağın müsarigə kötüyündəki limfa düyünlərinə tökülür.

Onikibarmaq bağırsağın **innervasiyası** simpatik və parasimpatik sinirlərlədir. Innervasiyanın mənbəyi hər iki azan sinir, qarın, yuxarı müsarigə, ön və arxa qara ciyər, yuxarı və aşağı mədə, mədə-onikibarmaq bağırsaq kələfləridir.



Şekil 4.

a) - öndən görünüş, ön arterial qövs:

1. pars superior duodeni; 2. ductus choledochus; 3. v.portae; 4. a.hepatica propria; 5. v.cava inferior; 6. a.hepatica communis; 7. aorta abdominalis; 8. truncus coeliacus; 9. a.qastrica sinistra; 10. a.lienalis; 11. flexura duodenojejunalis; 12. ren sinister; 13. lien; 14. a.mesenterica superior; 15. pars ascendens duodeni; 16. v.mesenterica superior; 17. a.pancreaticoduodenalis inferior anterior; 18. a.colica media; 19. mədəaltı vəzin başı; 20. ön arterial qövs; 21. a.pancreaticoduodenalis superior anterior; 22. a.pancreaticoduodenalis superior posterior; 23. a.gastroepiploica dextra; 24. a.qastroduodenalis;

b) - arxadan görünüş, arxa arterial qövs;

1. truncus coeliacus; 2. a.mesenterica superior; 3. a.hepatica communis; 4. a.hepatica propria; 5. v.portae; 6. ductus choledochus; 7. a.pancreaticoduodenalis superior posterior; 8. v.mesenterica superior; 9. pars descendens duodeni; 10. arxa arteriya qövsü; 11. mədəaltı vəzin başı; 12. a.pancreaticoduodenalis inferior et posterior; 13. pars ascendens duodeni; 14. v.mesenterica inferior; 15. lien; 16. v.lienalis; 17. a.lienalis; 18. a.qastrica sinistra.

## II Fəsil

### FİZİOLOJİ FUNKSİYASI HAQQINDA MƏLUMAT

Mədə və 12 barmaq bağırsağ sekretor, mator, sorucu və az dərəcədə endokrin funksiyasını icra edir. Eyni zamanda mədə qəbul olunmuş qidaları qarışdırmaq və onu bir neçə saat saxlamaqla rezervuar rolunu oynayır. Mədə və 12 barmaq bağırsağa düşən qida hidrolitik fermentlərin və duz turşusunun təsirindən kimyəvi dəyişikliyə uğrayır. İnsanda mədə şirəsi demək olar ki, fasiləsiz ifraz olur və yalnız yuxu vaxtı qısa müddətli tam dayanır və ya kəskin azalır.

Qida qəbulundan sonra mədə şirəsi ifrazı artır və qəbul olan qidalardan asılı olaraq ifraz olunan mədə şirəsinin miqdarı və tərkibi müxtəlif olur. Belə ki, ət yedikdən sonra mədə şirəsinin tərkibində duz turşusu daha çox olur. Çörək və süd qəbulundan sonra isə mədə şirəsinin tərkibində fermentlərin miqdarı artır. Qəbul olunan yağlar mədə şirəsi ifrazını bir neçə saatlıq azaldır, sonra isə onu artırır.

Mədə şirəsi ifrazında 3 mərhələ ayırd edilir;

1. mürəkkəb reflektor mərhələ - bu yemək hazırlanarkən, onun qoxusunu duyduqda və səsini eşitdikdə, gördükdə, çeynəmə və udma aktları zamanı şərti və şərtsiz reflekslərin təsirindən başlayır.

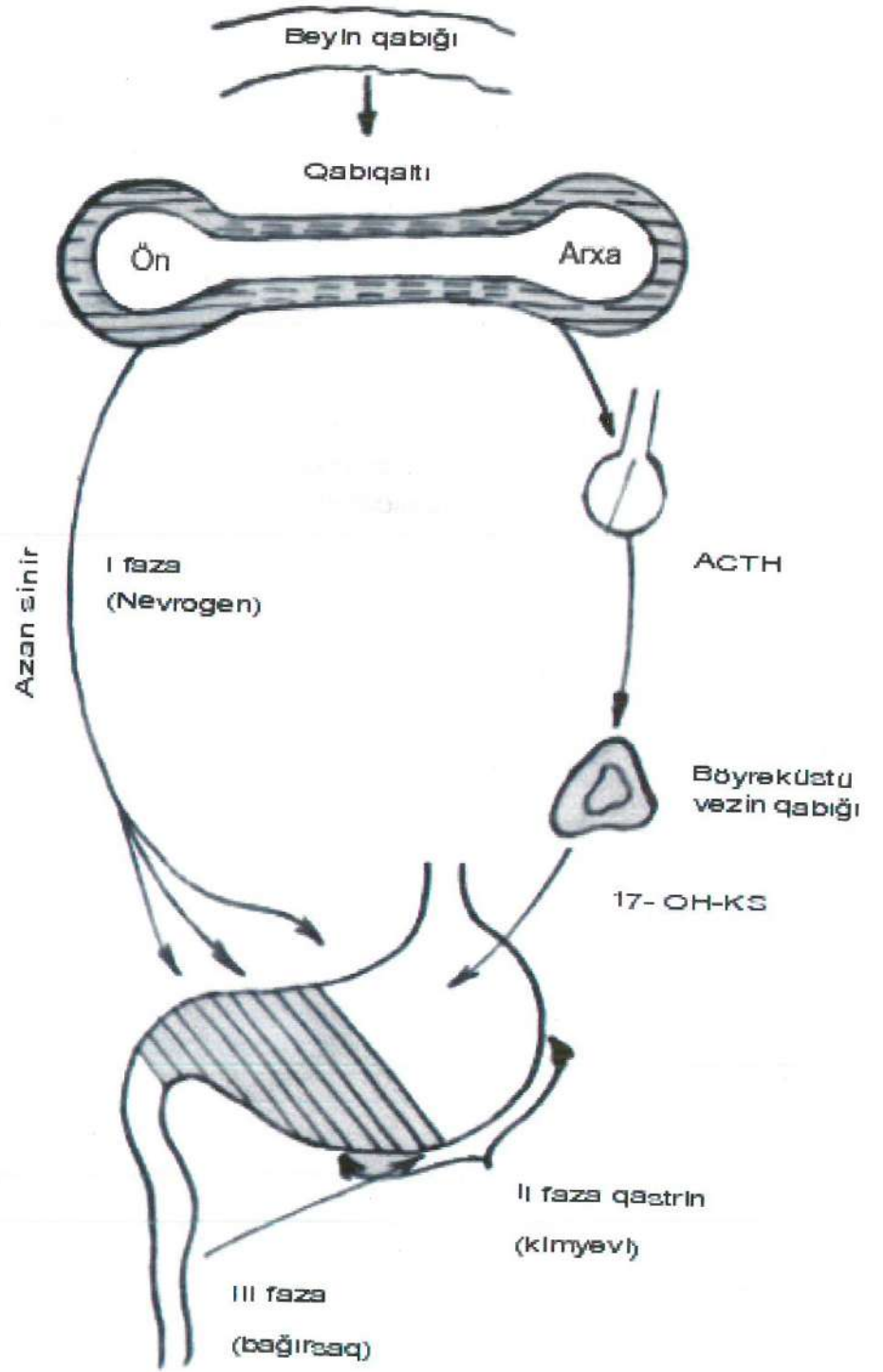
2. mədə mərhələsi - qida mədəyə düşdükdə onun selikli qişasının mexaniki və kimyəvi qıcıqlanması və həmçinin qida maddələrinin mədə şirəsinə humoral (qastrin, histamin) təsirindən başlayır.

3. mədə sekresiyasının bağırsağ mərhələsi qəbul edilmiş qida maddələrinin nazik bağırsağdan sorularkən (enteroqastrin və s.) mədə sekresiyasına qıcıqlandırıcı təsirindən başlayır. Qəbul edilmişdir ki, ilk iki mərhələnin hərəsi mədə sekresiyasının 45%-nin, üçüncü mərhələ isə 10%-nin ifrazına kömək edir.

Onikibarmaq bağırsağa kəskin turşu təsir etdikdə (pH-2,5-dən aşağı) mədənin pilorik hissəsində əmələ gələn enteroqastron və qastron mədə sekresiyasının ifrazını ləngidir.

Mədə sekresiyasının I mərhələsini yalnız azan sinir stimulyasiya etmir, burada eyni zamanda hipotalamusun arxa payı da qıcıqlanaraq hipofizin ön payının funksiyasını stimulyasiya edir. Adrenokortikotrop hormonun artması öz növbəsində böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin funksiyasına təsir edir. Nəticədə mədənin selikli qişasının funksiyasını tənzimləyən 17-hidrooksikortikosteroidlərin miqdarı artır. (şəkl. 5).

Mədə şirəsi mədənin selikli qişasında olan vəzilərdən ifraz olunur.



Şəkil 5.

Mədə vəzilərində əsas (baş), əlavə və bürüyücü hüceyrələr ayırd edilir. Əsas hüceyrələr - mukoid şirə, bürüyücü hüceyrələr - duz turşusu ifraz edirlər. Mədənin dib hissəsində olan vəzilərdə hər üç hüceyrə, mədənin kiçik ayrılıyında əsas və bürüyücü hüceyrələr, pilorik vəzilərdə isə - əsas və əlavə hüceyrələr vardır. Buna görə də mədənin kiçik ayrılıyındakı vəzilərin tərkibində pepsin və duz turşusu olan şirə, pilorik hissədəki vəzilərin isə çoxlu seliklə qarışıq qələvi tərkibli şirə ifraz edir.

Mədənin pilorik hissəsində proqastrin əmələ gəlir ki, bu da qida məhsullarının təsirindən fizioloji aktiv qastrin hormonuna çevrilərək qana sərbəst və mədə vəzilərindəki hüceyrələrin funksiyasını tənzimləyir. Qastrin çox aktiv maddədir. Ümumi bədən çəkisinin hər 1 kq-na 0,002 mq qastrin dərəcəsinə yeridildikdə maksimal mədə şirəsi ifraz olunur. Pilorik hissəyə düşən duz turşusu qastrin əmələ gəlməsini ləngidir. Qastrini əmələ gətirən mediator azan sinir qıcıqlanarkən yaranan asetilxolindir.

Mədə sekresiyasını artıran ikinci kimyəvi oyandırıcı, asetilxolinin təsirindən əmələ gələn (vaqus təsiri) histamindir (xlorid turşusunun ifrazını tənzimləyən).

Mədə şirəsinin reaksiyası turşudur. Mədə şirəsinin tərkibində xlorid turşusunun konsentrasiyası 0,4-0,5% təşkil edir. PH 0,9-1,5-dir. Mədə şirəsinin tərkibində proteazlar (pepsinlər, jelatinoza, ximozin) və lipaza vardır ki, bunlar da zülalları və piyləri parçalayır. Eyni zamanda, ağız boşluğunda ptialinin və tüpürcək maltozasının təsirindən başlayan polisaxaridlərin parçalanması mədədə davam edir.

Mədənin motor funksiyası qidanın 12 barmaq bağırsağa keçməsinə təmin edir. Mədənin yığılması mexaniki, kimyəvi və humorol təsirlərdən baş verir (qastrin, histamin və xolin mədə əzələsinin yığılmasını təmin edir, lakin enteroqastron, adrenalın və noradrenalin ləngidir).

Mədənin motor funksiyasını icra etməyi təmin edən əsasən azan (yığılmanın gücünü və tezliyini) və simpatik (əzələ yığılmasını ləngidir) sinir sistemidir. Bu da özünü mədə və 12 barmaq bağırsağın xoralarının əmələ gəlməsinin etiologiyaya və patogenezinə stres faktorunun rolu ilə göstərir.

Normal şəraitdə mədənin sorucu funksiyası çox azdır. Sorucu funksiyaya qastrinin təsirindən artır ki, bu da mədə çıxacağığının keçiriciliyinin pozulması zamanı və mədənin motor funksiyasının patoloji proseslərdən pozulması, qida kütləsinin mədədə ləngiməsi zamanı baş verir.

Qida kütləsi 12 barmaq bağırsağa düşdükdə qara ciyər, mədəaltı vəzi, öd kisəsi öz funksiyasını başlayır. Məhz elə burada qida horrası ödəyir, mədəaltı vəzi və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasındakı vəzilərdən ifraz olunan şirənin təsirinə məruz qalaraq tezliklə nazik bağırsağa keçir.

A.M. Uqolevin (1973) müşahidələri göstərir ki, 12 barmaq bağırsağ mədədə başlayan həzm prosesinin davamçısı olmaqla yanaşı, onun özünün selikli qişasındakı vəzilərdən ifraz olunan hormonların qida kütləsinə təsirindən də maddələr mübadiləsi nəticəsində qida horrası ciddi dəyişikliyə məruz qalır. A.M. Uqolev dəqiqləşdirmişdir ki, 12 barmaq bağırsağın həzm prosesindən çıxarılması azot, mineral və lipid mübadiləsinin pozulması ilə nəticələnir.

Mədədə xora xəstəliyinin olmasını hələ Hipokrat, Halen, Sels söyləmişdir. Mədə xorasının morfoloji xarakteristikasını XVIII əsrdə G. B. Morqani yazmışdır. Bununla belə xora xəstəliyinin öyrənilməsinin banisi J. Cruveilhier hesab edilir. O, 1829 - 1835 - ci illərdə mədənin xroniki xorasının klinika, diaqnostika, morfolojiya və müalicəsi haqqında məqalələr nəşr etdirmişdir. Kryuvel xora xəstəliyini müalicə etmək üçün sakitliyi, süd və yandırılmış maqnezium içməyi məsləhət görmüşdür. Xora xəstəliyinin əmələ gəlməsində gastrit nəzəriyyəsi Kryuvelin adı ilə bağlıdır.

Xora xəstəliyinin etiologiyasında əsas nəzəriyyələrdən biri R. Virchow-un (1853) damar nəzəriyyəsidir. Onun fikrincə damarların ateroskleroza və trombozu nəticəsində qan dövranı pozulur ki, bu da selikli qişanın məhvəyə və özünün həzminə gətirib çıxarır. Virxov nəzəriyyəsi klinik və eksperimental olaraq özünün çoxsaylı təsdiq və inkarını tapdı. Hal-hazırda Virxov nəzəriyyəsi özünün ikinci dövrünü yaşayır ki, burada da əsas üstünlük mədə divarında qan dövranının mikrosirkulyator səviyyədə pozulmasına verilir.

Xora xəstəliyinin əmələ gəlməsində infeksiyanın rolu göstərilən, infeksiya nəzəriyyədə geniş yayılmışdır. Labert (1851), dovşanların venasına irin yeridərək xora xəstəliyi əmələ gətirmişdir. M. Letull (1888), sepsis olan xəstələrdə mədə xorası əmələ gəlməsini müşahidə etmişdir. XX əsrin əvvəllərində gastroduodenal xoraların, qarın boşluğu üzvlərində olan iltihabi prosesin, xüsusən də xroniki appendisitə nəticəsində inkişaf etməsi fərziyyəsi geniş yayılmışdır. Nəticədə çoxlu miqdarda günahsız olaraq soxulcanvari çıxıntı xaric edilmişdir (appendektomiya edilmişdir).

1983-cü ildə V. Marshall və J. Warreh xora xəstəliyi və sekretor funksiyası aşağı olan xroniki gastritlərdə, mədənin antral hissəsinin və oniki-barmaq bağırsağın selikli qişasında çoxluq təşkil edən spiralvari qram-mənfi bakteriyaları - *Compylobacter pilori* aşkarladıqdan sonra Virxovun damar nəzəriyyəsi kimi, infeksiya nəzəriyyədə yenidən populyarlaşdı. Müxtəlif antibiotiklərin qəbulundan sonra xoraların sağalmasını, bu bakteriyaların selikli qişa hüceyrələrinə bilavasitə zədəliyi təsir göstərməsi ilə izah etdilər.

Xora xəstəliyində uzun müddət mexaniki nəzəriyyəyə üstünlük verildi. A. Förster (1854), Rutter (1887), Rassmussen (1887), Libelli (1909) qarının müxtəlif növ əzilmələrinin, sıxılmasının (məs, uzun müddət enli kəmərlə bağlamaq), xora əmələ gətirməsinə üstünlük verirdilər. Dekker (1887) xoranın əmələ gəlməsində üstünlüyü güclü termiki qıcığa verirdi. L. Aschoff mexaniki nəzəriyyəsində, xoranın qida travmasına ən çox məruz qalan mədənin kiçik əyriliyi və onikibarmaq bağırsağın soğanağında əmələ gəlməsini göstərərək bu nəzəriyyənin üstünlüyünü əsaslandırır. J.F. Cohnheim (1881) eksperimentdə xora yaradıb və tezliklə onun epitelizasiyasını müşahidə etdikdən sonra ilk dəfə mədə divarında sadə xoralaşmanı xora xəstəliyindən ayırdı. O, ilk dəfə xora xəstəliyinin xronizasiyasında naməlum mexanizmlərin olduğunu söylədi;

Xora xəstəliyinin əmələ gəlməsində nisbətən fizioloji hesab edilən və təcrübədə müvəffəqiyyətlə istifadə edilən peptiki nəzəriyyədir. İlk dəfə 1843-cü ildə Prant mədə şirəsində xlorid turşusu olduğunu qeyd etdi, 1836-cı ildə T. Schwann pepsini kəşf etdi.

1843-cü ildə Claud Bernard mədənin selikli qişa epitelinin regenerasiya xüsusiyyətini və müdafiə mexanizminin olmasını söylədi. Sonralar Harley (1860) müdafiə xüsusiyyətini, intensiv selik əmələ gəlməsi ilə əsaslandırır. 1863 - cü ildə Paru normal qan dövranı və qələvi reaksiyası olan selikli qişanın özünü həzm etməsini inkar etdi.

Xora xəstəliyinin əmələ gəlmə səbəblərini öyrənməyə perspektiv istiqamət verən mərkəzi sinir sistemidir. 1845-ci ildə Schiff talamusu kəsərək mədənin selikli qişasında xora xəstəliyinə uyğun dəyişikliklər getdiyini nümayiş etdirdi. 1889-cu ildə W. Ebstein, eksperimentdə uzunsov beyinin strukturunu pozaraq mədə xorası yaratdı. Bu fakt klinik olaraq, beyin qan dövranı pozulmuş (insult) xəstələrdə təsdiqləndi. G. Bergmann (1913) gastroduodenal xoraların əmələ gəlməsini, mədənin vegetativ innervasiyasının pozulması nəticəsində, əzələ qatının spazmı, qidalandırıcı damarların sıxılması və selikli qişada lokal nekroz yaranması ilə izah etdi.

A. D. Speranski (1930), mərkəzi, vegetativ və periferik sinir sisteminin müxtəlif növ qıcıqlanmaları zamanı nəinki mədə-bağırsaq, həmçinin bütün orqanizmdə ciddi distrofik dəyişikliklər baş verə biləcəyini qeyd edirdi.

N.D. Strajesko (1994) xora əmələ gəlməsində, mərkəzi sinir sisteminə baş verən pozğunluqları əsas faktor kimi qeyd edirdi. Məhz elə bundan sonra xora xəstəliyini əmələ gətirən neyrotrofik nəzəriyyə formalaşmışdır. Bir müddət orqanizmdə əmələ gələn patoloji dəyişikliklərə bu

yönümdən baxılırdı. Lakin anlaşılmaz qalan o idi ki, nə üçün mövcud halda digər xəstəliklər (məs. hipertoniya) yox məhz elə xora əmələ gəlir. Bu sualın cavabı öz əksini K.M. Bıkov və J.T. Kurçin tərəfindən irəli sürülən kortiko-visseral nəzəriyyədə tapdı. Müəlliflərin fikrincə xora əmələ gəlməsinə təkan verən amil, böyük beyin qabığının funksional vəziyyətinin pozulması nəticəsində, onun qabıqaltı struktura göstərdiyi tormozlayıcı təsirin zəifləməsidir. Onlarda yaranan "tormozlayıcı" oyanma ocaqları orqanizmdə müxtəlif endokrin və biokimyəvi dəyişikliklərə gətirib çıxarır. Bu dəyişikliklər mədə və onikibarmaq bağırsağın funksional vəziyyətinə təsir göstərərək son nəticədə xora əmələ gətirir. Q.J. Burçinski və E.V. Kuşnir (1973) qeyd edirdilər ki, xora əmələ gəlməsində mədənin funksional və trofiki fəaliyyətini tənzimləyən hipotalamusda baş verən pozğunluqlar böyük rol oynayır.

Selyenin insan orqanizminə təsir edən stress nəzəriyyəsi bu hipotezə uyğun gəlir. Bu nəzəriyyəyə əsasən mənfi emosiyalar, hipofiz-böyrək-üstü vəzin qabıq maddəsi sistemi ilə orqanizmə təsir edərək onda müdafiə reaksiyası törədir ki, bu da üç - həyəcan, ehtiyat (rezistensiya) və tükənmə mərhələsi keçir. Qıcıqlandırıcı amil həddən artıq güclü olduqda, müdafiə reaksiyası qeyri adekvat olur ki, bununda nəticəsində gastro-duodenal xora əmələ gələ bilər.



### III Fəsil

#### XORA XƏSTƏLİYİNİN TƏSNİFATI

Müasir gastroenterologiyanın inkişafına qədərki dövrlərdə xora xəstəliyinə dair çox müxtəlif təsnifatlar yazılmışdır.

Bütün müəlliflər öz təsnifatlarında xəstəliyin etioloji və patogenetik aspektlərinə, lokalizasiyasına, kliniki gedişinə, funksional dərəcələrinə və ağırlaşmalara geniş yer vermişlər ki, bu da praktik istifadədə az əhəmiyyət kəsb edir.

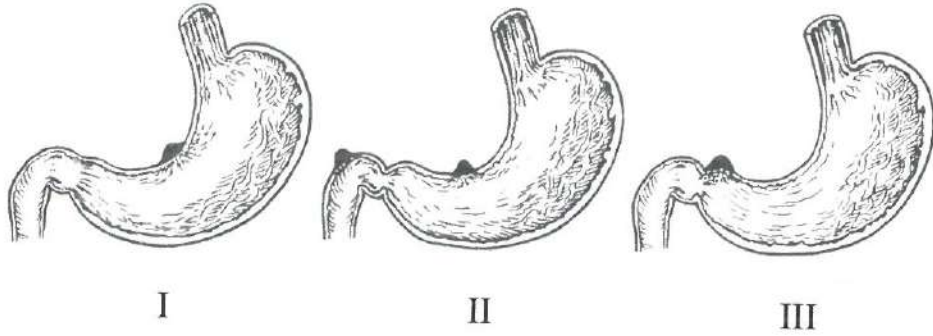
Qastroenteroloqların böyük əksəriyyəti mədə və 12 barmaq bağırsağın xora xəstəliyinə etiologiya və patogenezinə görə ayrı-ayrı xəstəlik kimi baxdıqlarından bu xəstəliklərin təsnifatının da ayrı-ayrılıqda verilməsi məqsədəuyğundur.

Bugünkü gün mədə xorası üçün nisbətən əsaslandırılmış və cərrahi praktikaya yararlı hesab edilən H.D. Johnson (1957,1965) təsnifatıdır. Bu təsnifata əsasən mədə xoraları üç tipə ayrılır:

I tip - mədə cisminin kiçik ayrılığının xorası;

II tip - mədə xorası onikibarmaq bağırsağ xorası ilə birgə (müştərek xoralar);

III tip - mədə çıxacağına yaxın yerləşən xoralar (axırıncıdan 3 sm-ə qədər yuxarını əhatə edən sahədə).



Mədə xoralarının Conson təsnifatı.

I tip - medioqastral xoralar; II tip - mədə və onikibarmaq bağırsağın müştərek xoraları; III tip - pilorusönüxoralar.

Bu təsnifatın müəllifi I tip mədə xorasının mədənin turşuəmələgətirmə funksiyasının aşağı və ya normal olması ilə müşahidə olunduğunu göstə-

rir. II-III tip xoralar zamanı mēdēnin turşuēmēləgētirmē funksiyası "hipersekretor" olur və klinik - patofizioloji tēbiētinə gōrē onikibarmaq bağırsağ xoralarına yaxın olur.

A.G. Johnson 1990-cı ildē, bu tēsnifata əsaslanaraq, mēdē xoralarını 5 tipē ayırmağı tēklif etdi:

I tip - mēdēnin kiçik əyriliyinin xroniki xorası;

II tip - onikibarmaq bağırsağ xorası, o cümlēdən çapıqlaşmış duodenal xora ilə müştərək xroniki mēdē xorası;

III tip - mēdē çıxacağının xroniki xorası;

IV tip - kəskin sēthi mēdē xorası;

V tip - Zollinger - Ellison sindromu nəticəsində inkişaf edən (duodenal xora ilə müştərək və ya onsuz) mēdē xorası;

Bizim fikrimizcə hər iki tēsnifat mēdē xoralarının müalicəsində düzgün cərrahi taktikanın seçilməsinə çox yaxşı imkan verir. Bir çox müəlliflər tərəfindən tēklif olunmuş kardial və subkardial xoralar, böyük əyriliyin xorası, həmçinin mēdədə çoxlu xoralar xəstəliyə taktiki yanaşma planına, əməliyyata və üsulun seçilməsinə göstərişə və onun tətbiqinə təsir etmədiyindən biz öz işlərimizdə klassik H.D. Johnson tēsnifatına üstünlük veririk.

Onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin klinik gedişatı xora defektinin lokalizasiyasından və mēdēnin sekretor funksiyasının pozulma dərəcəsiindən asılı olduğuna gōrē, fikrimizcə elə bu əlamətlər də onikibarmaq bağırsağ xoralarının tēsnifatını tēyin etməlidir. Buna gōrē də biz mēdēnin sekretor funksiyasının tiplərinə əsaslanaraq müalicədə patogenetik cərrahi müdaxilə (*vaqotomiya*) variantlarının seçilməsinə əsaslanan onikibarmaq bağırsağ xoralarının funksional tēsnifatını tēqdim etməyə üstünlük veririk.

#### **Duodenal xoralar bölünür:**

##### **I. Lokalizasiyasına (yerləşməsinə) gōrē:**

1. Onikibarmaq bağırsağ soğanağının xorası (ön, arxa, yuxarı və aşağı divar);
2. Onikibarmaq bağırsağın soğanaqarxası xorası.

##### **II. Mēdē cisminin sekretor aktivliyinə gōrē:**

1. Mēdē cisminin sekresiyasının artması fonunda olan xoralar;
2. Mēdē cisminin sekresiyasının azalması fonunda olan xoralar.

III. Mədənin antral hissəsinin funksional xüsusiyyətlərinə görə:

1. Mədənin antral hissəsinin qələviləşdirməni kompensasiya edən funksiya fonunda olan xoralar;

2. Mədənin antral hissəsinin qələviləşdirməni dekompensasiya edən funksiya fonunda olan xoralar.

IV. Mədənin sekretor funksiyasının tipinə görə duodenal xoralar bölünür:

1. Mədə cisminin turşu ifrazının fasiləsiz tipində olan xoralar;

2. Mədə cisminin turşu ifrazının periodik tipində olan xoralar.

**Xoralar klinik formalarına görə bölünür:**

1. Kəskin və ya ilkin aşkar edilən xoralar;

2. Xroniki xoralar.

**Prosesin dövrünə görə:**

1. Kəskinləşmə;

2. Natamam remisiya;

3. Remisiya.

**Klinik gedişinə görə:**

1. Latent (gizli) gedişli xora xəstəliyi;

2. Yüngül (nadir residiv verən) xora xəstəliyi;

3. Orta ağır (ildə 1-2 dəfə residiv verən) xoralar;

4. Ağır (ildə 3 və daha çox residiv verən) və ya fasiləsiz residiv verən, fəsad törədən xoralar.

**Morfoloji olaraq:**

1. Kiçik ölçülü xoralar (diametri 0,5 sm-dən aşağı olan);

2. Orta ölçülü (diametri 0,5-1,0 sm olan);

3. Böyük xoralar (diametri 1-3 sm olan);

4. Gıqant xoralar (diametri 3 sm-dən böyük olanlar).

**Ağırlaşmasına görə:**

1. Qanaxma ilə ağırlaşan xoralar;

2. Perforasiya (deşilmə) ilə ağırlaşan xoralar: açıq, qapalı;

3. Penetrasiya edən (yaxın üzvlərə sirayət edən) və kallyoz xoralar;

4. Mədə və onikibarmaq bağırsağı çapıq deformasiyası ilə (ağırlaşan, mədə çıxacağıni) stenozlaşdıran (daraldan) xoralar: kompensə olunmuş, subkompensə olunmuş, dekompensə olunmuş;

5. Malignizasiya olunmuş xoralar.

## IV Fəsil

### XORA XƏSTƏLİYİ VƏ ONUN AĞIRLAŞMALARININ KLİNİKA VƏ DİAQNOSTİKASI

#### 4.1 Xəstəliyin klinikası və diaqnostikası.

Xəstənin şikayətlərinin, anamnestik məlumatların və fizikal müayinənin nəticələrinin ətraflı öyrənilməsi, xora xəstəliyi, onun lokalizasiyası və ağırlaşmaları barədə müfəssəl fikir yürütməyə imkan yaradır. Bütün bunlar müvafiq müayinə və müalicə planı hazırlanmasına istiqamət verir.

Ağrı sindromunun qida qəbulu ilə əlaqəsi xora xəstəliyi üçün xarakter klinik əlamətdir. Belə ki, qida dəbulundan 30 dəqiqə-1 saat sonra başlayan ağrılar mədə xorası üçün xarakterikdir. Ağrılar tədricən artır, 1,5-2 saat çəkir, mədə möhtəviyyatı evakuasiya olunduqdan sonra sakitləşir. Ağrılar qida qəbulundan 1,5-2 saat sonra, həzmin yüksək mərhələsində və 6-7 saat sonra "aclıq ağrıları" olarsa bu duodenol xoralar üçün xarakterikdir.

Adətən belə ağrılar qida qəbulundan sonra tezliklə keçib gedir. Bir çox xəstələrdə qida qəbulundan, süd, çay sodası və ya bir stəkan isti su qəbulundan sonra keçən axşam ağrılarına da rast gəlinir. Soda, atropin və qida qəbulundan sonra keçən ağrılar xora xəstəliyi üçün xarakterikdir. Onikibarmaq bağırsağın xorası olan xəstələrdə qida qəbulu ağrını götürdüüyü üçün bir çox xəstələr çox yeyərək bədən çəkirlərini artırır. Xora xəstəliyinə xas olan arıqlama halına, iştahı azaldan mezoqastral xoralarda və mədə çıxacağıının xoralı çapıq deformasiyasında rast gəlinir.

Ağrı yalnız qida qəbulu vaxtının pozulması zamanı yox, həmçinin qida məhsulunun keyfiyyətindən də asılı olur. Xora xəstəliyindən əziyyət çəkən xəstələr, pəhrizi tədricən özləri seçirlər. Ancaq, hərdən yağlı, qızardılmış, acı, duzlu və xüsusən də spirtli içki ilə qida qəbulu çox kəskin ağrılar verir.

Xora xəstəliyi üçün ağrı sindromu ilə yanaşı müxtəlif dispeptik əlamətlər də xarakterikdir. Tez-tez ürəkbulanma və qusma olur. Adətən qusma ağrının ən kəskinləşdiyi vaxtda olur və bu xəstəni sakitləşdirir. Epiqastral nahiyədə ağırlıq və şişkinlik hissənin olması, uzun sürən ürəkbulanma və iyli gəyirmə, öncədən qəbul edilmiş qida qarışığı ilə qusma mədə çıxacağıının xoralı-çapıq stenozu üçün xarakterikdir. Qan qusma (*hematomezisal* və ya qəhvə xiltına bənzər) adətən mədə xoralarında olur. Duodenal qanaxmalarda isə melena (qətran rəngli nəcis) olur. Bir çox xəstələr vəziyyətlərini yüngülləşdirmək məqsədi ilə özlərini qusdururlar.

Xora xəstəliyi zamanı mədədə tez-tez qıçqırma olur. Qıçqırma müddətinə və təzahürünə görə müxtəlif olur. Yüngül nəzərəçarpmaz dərəcədə, əzabverici, hətta xəstəni süd, soda məhlulu, atropin qəbul etməyə və özünü qusdurmağa vadar edən dərəcəyə qədər ola bilər. Qeyd edirəm ki, qıçqırma yalnız xora xəstəliyi üçün deyil, eyni zamanda kardianın çatmamazlığı və reflyuks ezofagit üçün də xarakter simptomdur. Xora xəstəliyi olanlarda, xüsusən onikibarmaq bağırsağ xorasında, qida borusu-mədə keçəcəyinin funksiyasının (sfinktor və klapan funksiyasının çatmamazlığında) pozğunluğuna tez-tez rast gəlinir. Mədə çıxacağıının stenozu (daralması) nəticəsində mədədaxili təzyiq artdığına görə qıçqırma daha çox (gəyirmə və qusmağa görə) olur. Xora ilə yanaşı gedən uzun müddətli ezofagit, disfagiya ilə nəticələnən qida borusunun peptiki xorasına gətirib çıxara bilər. Struktura özü gastroezofaqeal reflüks üçün şərait yaratdığından disfagiya dərinləşir (və qıçqırma tədricən azalır, sonra itir). Bu əlamət qida borusunun (peptiki) **strukturası üçün xarakter simptomlardandır**. Bir çox hallarda çoxlu və davamlı qusma nəticəsində striktura və disfagiya (çox tez) bir neçə həftə ərzində inkişaf edə bilər. Qıçqırma qida qəbulundan, xüsusən yağlı və qızardılmış yemək yedikdən bir az sonra başlayır və hətta ağrıya da keçə bilər.

Xora xəstəliyi zamanı gəyirmə turş qida kütləsinin ağız boşluğuna qayıtması ilə müşayət olur. Mədə çıxacağıının stenozu zamanı xəstələrdə iyli gəyirmə olur. Yüksək turşuluq və mədə şirəsinin hipersekresiyası olan xəstələrdə ən çox turş gəyirmə olur.

Xora xəstəliyi olanların çoxunda qəbizlik olur. Bu əlamət bəzən xəstəliyin kəskinləşmə dövründə olur və xəstəni ağrıdan daha çox qəbizlik narahat edir.

Fəslı gediş xora xəstəliyi üçün xarakterikdir. Xəstəliyin kəskinləşmə dövründə yaz və payız aylarında (ilin istənilən fəslində olması istisna edilmir) bütün xarakter simptomlar özünü birüzə verir. Xora xəstəliyinin fəslı xarakter daşmasını ilk dəfə 1912-ci ildə G.A. Moynihan söyləmişdir. Xəstəliyin kəskinləşmə müddəti bir neçə gündən 6-8 həftəyə qədər davam edə bilər. Sonra xəstəliyin remisiya (sakitləşmə) dövrü başlayır. Bəzən belə "sakit, ağrısız dövr" 2-3 il davam edir və zaman keçdikcə bu müddət, xüsusən pəhrizi pozduqda azalır. Tipik simptomatikaya ən çox pilorik və duodenal xoralarda rast gəlinir. Qarının sağ yuxarı kvadrantında və epıgastral nahiyədə olan ağrı (xəstələr çox vaxt həkimə müraciət edərkən öd kisəsinin ağrıdığını deyirlər), xora penetrasiya edibsə ağrının kürək nahiyəsinə irradiasiya etməsi, onun qida qəbulu ilə əlaqəsi, ürəkbulanma, qusma, gəyirmə və hıçqırma diaqnozun səhvsiz qoyulmasına

kömək edir. Əksinə, mezoqastral nahiyədə yerləşən xora xəstəliyində ağrıdan çox dispeptik əlamətlər olduğundan, xəstələr uzun müddət həkimə müraciət etmirlər.

Mədənin proksimal xoralarında klinik simptomatika atipik gedir. Belə ki, atipik lokalizasiyalı və irradiasiyalı ağrı olur. Ağrı xəncərəbənzər çıxıntı və döş sümüyü nahiyəsindən başlayıb, ürək nahiyəsinə, sol çiyinə və kü-rəyə irradiasiya edərək stenokardiya tutmasını xatırlada bilər. Səhv qo-yulmuş ürək xəstəliyi diaqnozu uzun müddət xəstənin qeyri adekvat mü-alicəsinə və mədə qanaxması kimi ağır fəsadlaşmaya gətirib çıxarar. Xəstə İsayeva Nabat Səlim qızı 1949-cu il təvəllüdü, xəstəlik tarixi №1403, 27.03.02 tarixdə klinikamıza 12 barmaq bağırsağın xroniki kall-yoz xorası, subkompensə olunmuş stenoz diaqnozu ilə daxil olub. 01.04.02 tarixdə EKG olunub. Nəticə; Sol mədəciyin miokardında ön di-var və zirvə nahiyəsində koronar qan dövranı pisləşmişdir və arxa divar nahiyəsində çapıq inkar edilmir.

09.04.02 tarixdə kardioloq xəstəyə baxıb ÜİX sol mədəcikdə kiçik ocaqlı infarkt (intramural) yarım kəskin mərhələ, xəstəni kardiologiya şö-bəsinə köçürüblər. 12.04.02 kardioloq xəstəyə təkrari baxır və ÜİX; İnfarktdan sonrakı kardioskleroz, stabil gərginlik stenokardiyası II faza. Simptomatik arterial hipertoniya diaqnozu qoyulur. 20.04.02 tarixdə xəstədə qanaxma olduğuna görə təcili I cərrahiyyə şöbəsinə köçürülür. 23.04.02 tarixdə endotroxeal narkoz altında xəstə əməliyyat olunub; mə-dənin 2/3 hissəsinin Bilrot II üsulu ilə rezeksiyası Hofmeyster-Finsterer modifikasiyası ilə gastroenteroanastomoz qoyuldu. Xəstə 01.05.02 tarix-də sağalma ilə eve yazılıb.

Mədə çıxacağıının xorasında ağrı sindromu müxtəlif ola bilər. Xəstələ-rin bir hissəsində gün ərzində bir neçə dəfə təkrarlanan qısamüddətli tut-maşəkili ağrılar olur. Digər xəstələr ağrıların tədricən güclü artmasından və tədricən azalmasından şikayət edirlər. Bəzən ağrı qida qəbulu ilə əla-qədar olmur. Xəstələrin bir hissəsində ağrı fəslı xarakter daşımır.

Mədə və onikibarmaq bağırsağın müştərək xoralarına xas əlamətlər, ağrının güclü və uzun müddət olması, kəskinləşməsinin fəslı xarakter da-şımamasıdır. Belə xəstələrdə xəstəliyin klinikası xoranın hansının öncə baş verməsindən asılıdır. Çox vaxt onikibarmaq bağırsağ xorası mədə xorasını qabaqlayır. Bir çox xəstələrdə ağrı sindromununun xarakteri nəzə-rəcarpacaq dərəcədə dəyişilmir.

Soğanaqarxası xoralarında simptomatikası onikibarmaq bağırsağın soğanaq xoralarına uyğundur, lakin fərqləndirici əlamətlər də vardır. So-ğanaqarxası xoralar bütün duodenal xoraların 3-10%-də rast gəlinir. Bu

xoralar tez-tez qanaxma və stenozla, nadir hallarda perforasiya ilə ağırlaşır. Perforasiya atipik olaraq retroduodenal sahəyə açılar və abses əmələ gətirə bilər. Soğanaqarxası xoralar ən çox onikibarmaq bağırsağın yuxarı ayrılığının arxa divarında yerləşir. Bəzən aşağıda da yerləşə bilər. Soğanaqarxası xoralar konservativ müalicəyə davamlıdır və ağrılar nadir hallarda periodik xarakter daşıyır. Belə xoralarda sarılığın inkişaf etməsi (stenoz olduqda) inkar olunmur. Soğanaqarxası xoralarda ağrı qarının yuxarı sağ kvadrantından başlayaraq, sağ çiyinə və kürəyə irradiasiyaya edir. Bəzən ağrılar qara ciyər və ya böyrək sancısına oxşar tutmaşəkilli olur. Soğanaqarxası xoralarda ağrı qida qəbulundan sonra tez bir zamanda keçmir, əksinə bir müddətdən sonra, tədricən azalır.

Giqant xoralar da öz atipik klinik gedişatı ilə fərqlənir. Belə ki, bu xəstələrdə ağrı sindromu kəskin və daimi xarakter daşıyır. Giqant xoralar onikibarmaq bağırsağda olduğu kimi mədədə də ola bilər. Mədənin giqant xoraları ən çox yaşlı şəxslərdə olur və bəzən perforasiya ilə ağırlaşır.

Xora xəstəliyi yeniyetmə və gənclərdə atipik gedə bilər. Bəzən xora latent (qizli) gedə bilər və yalnız ağırlaşma (perforasiya və ya qanaxma) olduqda klinik təzahür edir. Bəzən klinik olaraq neyrovegetativ dəyişiklik və dispeptik əlamətlər üstünlük təşkil edir. Gənclik xoralarında dayanıqlı ağrı və qusma xarakter əlamət sayılır. Mədə şirəsinin yüksək turşuluğu qeyd edilir. Əksər xəstələrdə xora mədə çıxacağında və onikibarmaq bağırsağda yerləşir, xəstəliyin ilkin dövrlərində penetrasiya və stenoz baş verir. Ahıl və ya qocalarda xora xəstəliyi süst gedişatı ilə fərqlənir. Bu özünü kəskin ağrı sindromunun, fəslə kəskinləşmənin olmaması, mədə sekresiyasının normal və ya azalması ilə biruzə verir. Belə xəstələrdə ən çox anemiya və arıqlama olur. Böyük ölçülərə çatan və tez kallyozlaşan mədə xoraları yaşlılarda üstünlük təşkil edir və mədədə kobud deformatsiya yaradır. Bu xoralar tez-tez qanaxma və malignizasiya ilə ağırlaşır.

Qadınlarda xora xəstəliyinə kişilərə nisbətən az rast gəlinir. Endokrin funksiyası normal olan gənc qadınlarda xəstəliyin klinik gedişi çox yumşaq keçir. Belə xəstələr zəif ağrıdan şikayət edirlər, qanaxma və perforasiya bunlar üçün xarakterik deyil. Çox vaxt çapıq-sklertorik daralma qeyd edilir. Klimakterik dövrdə və cinsiyət vəzilərinin disfunksiyası olan gənc qadınlarda xəstəlik nisbətən ağır gedişli olur.

#### 4.2 Xora xəstəliyinin paraklinik diaqnostikası

Ən çox yayılmış rentgen müayinə üsuludur. Bu üsul təhlükəsiz və obyektiv olması ilə yanaşı, həm də üzvün anatomik, funksional vəziyyəti haqqında məlumat almağa imkan verir. Müasir rentgen aparatları elektron-optik gücləndiricilər, televizion, kompüter və şəkilçəkən qurğularla zənginləşdirilərək daha geniş məlumat almağa şərait yaradır. Stenozlu, mədə matorikası pozulan, anomaliya şübhəsi, qida borusunun diafraqma dəliyinin yırtıldığı, fistula, divertikulyoz və həmçinin endoskopiya riski yüksək olan xəstələrdə rentgen diaqnostikasının geniş imkanlarına baxmayaraq, qastroduodenal zonanın selikli qişasının xoralaşmasını dəqiqləşdirmək 75-85% hallarda çətinlik törədir (F.Y. Komarov, M.M. Salman və s., 1979; A.N. Kiskovski, 1984).

Əməliyyat olunmuş mədədəki patoloji dəyişiklikləri, qanaxmanın mənbəyini, selikli qişada çox da böyük olmayan dəyişikliyi rentgen müayinə ilə dəqiqləşdirmək olmur.

Rentgenoloji olaraq xora diaqnozunu qoymağa əsas verən, "taxça", "konvergensiya" simptomudur. Xorada "taxça" dedikdə dəqiq konturlu, düzgün formalı, "struktursuz" bariyum kütləsi yığıntısı başa düşülür. Səthi xoralaşmada, mədə və onikibarmaq bağırsağın dərin olmayan, (iltihabi həlqəsiz) kəskin xoralarda taxça simptomu qeyd edilmir.

Qanaxan xoralarda krater (yaranın dibi) qan kütləsi ilə trombotik dolduğundan, iltihabi həlqə kəskin azaldığından, selikli qişadakı defekt səthi görsəndiyindən "taxça" simptomu rentgen vasitəsilə nadir hallarda qeyd edilir.

Xora xəstəliyinin remisiya fazasında rentgenoloji müayinədə periqastral, periduodenal bitişmələr, həmçinin xora yerləşən divarın və ona yaxın üzvlərin deformasiyası qeyd edilir. Bu dəyişikliklər xroniki residivverən xoralarda daha çox özünü biruzə verir. Xoradan sonrakı deformasiyanın xarakteri, xoranın yerləşməsindən, onun ölçüsündən və periviserit prosesindən asılıdır. Deformasiyanın topoqrafik yerləşməsi, xoradansonrakı deformasiyanı ekstraqastral və ekstraduodenal deformasiyadan fərqləndirən əsas əlamətdir. Belə ki, onikibarmaq bağırsağın tiş divarında olan deformasiya, onun öd kisəsinin arxa divarına söykənən ön divarına uyğun gəlir. Mədə çıxacağıının və onikibarmaq bağırsağın medial divarının deformasiyası mədəaltı vəzin ilkin zədələnməsi ilə əlaqədar ola bilər. Deformasiya nahiyəsində selikli qişadakı büküşlərin konvergensiyasının olmaması da onun xora mənşəli olmamasına dəlalət edir. Belə hallarda mütləq əlavə müayinələrdən istifadə etmək lazımdır. Belə nəti-



cəyə gəlirik ki mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyində rentgen müayinəsi öz aktuallığını itirməmişdir.

Mədə və onikibarmaq bağırsağ matorikasının pozulmasında, stenozlarda, ezofaçoqastral selikli qişanın xoralı defektlərinin aşkarlanması məqsədi ilə anomal yerləşmələrdə, selikaltı törəmələrdə, diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtıqlarında, fistulalarda divertikulyozlarda və həmçinin endoskopik müayinənin aparılması riski yüksək olan xəstələrdə rentgen müayinə edilməsi məsləhət görülür. Əgər xəstə rentgen müayinəni, endoskopik müayinədən daha asan keçirirsə, öncə rentgenoloji sonra məqsədyönlü endoskopik müayinə aparılması qənaətbəxş hesab edilir. Mədənin üzvü dəyişiklikərinə şübhə olarsa onda (əgər xəstə hər iki müayinəni yüngül keçirirsə) öncə endoskopik müayinənin aparılması məsləhət görülür.

### 4.3 Endoskopik və histoloji müayinə

Müasir lifli optik endoskopların praktikaya tətbiqinin qida borusunun, mədə və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasının iltihabi, eroziv dəyişikliklərinin öyrənilməsində və diaqnostikasının təkmilləşməsində böyük əhəmiyyəti vardır.

Mədə və onikibarmaq bağırsağ xoralarının diaqnozunun qoyulmasında (və ya təkzib edilməsində) ən etibarlı müayinə əyilgen (elastik) endofibroskoplara icra edilən ezofaçoqastroduodenoskopiyadır.

Müasir endoskopik müayinə yalnız xora defektini deyil, eyni zamanda xoranın çapıqlaşmasına nəzarəti, patalogiyanın histoloji müayinəsi üçün məqsədyönlü biopsiyanın götürülməsini, həzm traktının ezofaçoqastroduodenal hissəsinin selikli qişasındakı dəyişikliklərin öyrənilməsini təmin edir və dəqiq morfoloji, hətta morfofunksional səviyyədə diaqnoz qoyulmasına etibarlı şərait yaradır.

Endoskopik olaraq xora xəstəliyinin kəskinləşməsi xora defektinin və selikli qişanın iltihablaşması ilə aşkarlanır. Mədə və onikibarmaq bağırsağ xoralarının görünüşü xoranın yerləşməsindən, inkişaf dərəcəsindən və kəskinləşmə tezliyindən asılıdır. Endoskopik müayinə zamanı xoraların ölçü və formaları müxtəlif olur, ancaq kəskinləşmə dövründə xora çox vaxt dairəvi, nadir hallarda çoxbucaqlı görünür. Xoranın kənarı yüksək, bərabər, dəqiq həddüdlü, kraterinin dibi qırıq (kəsik) olur. Kəskin iltihabi periulseroz nəticəsində xoraya yaxın selikli qişa ətraf selikli qişalardan fərqlənərək ödemli, hiperemiyalaşmış, dairəvari qalxmış görünür. Xora ətrafı selikli qişa tez yaralanan və qanayan olur. Xoranın dərinliyi müxtəlif

ola bilər, dibi ağrımtıl və ya sarı - gümüşü erplə örtülü olur. Qanaxan xoralarda ərp tam və ya hissəvi hemorragik ola bilər. Dərin xora defekti çox vaxt qıfabənzər formada olur. Səthi, dərin olmayan xoraların dibi hamar olur, ağ və ya sarımtıl erplə örtülür. Səthi xoraların kənarları da ətraf selikli qışadan seçilir. Bəzən endoskopik əlamətlərlə xroniki xoranı kəskin xoradan fərqləndirmək olmur. Buna baxmayaraq kəskin xora xroniki xoradan fərqli olaraq, çoxsaylı və bir qayda olaraq erroziyalarla müşayiət olunur.

Kəskin xoralar xarakterik iltihabi periulseroz əlamətlərlə xroniki xoralardan fərqlənir. Diferensial diaqnostika periulseroz nahiyədən və xora kənarından götürülmüş biopstatın histoloji müayinəsinə əsasən aparılır. Xoranın dibindən və kənarından götürülmüş biopstatda dağılmış leykosit və eritrosit qarışıqlı selikşəkilli detrit və altında nekrozlaşmış kollogen liflər görsənir. Xoranın kəskinləşmə fazalarında periulseroz zonadan götürülmüş biopstatda qanla dolu damarlar və kəskin iltihabi ödem qeyd edilir. İnfiltratın tərkibində neytrofil və eozinofil leykositlər, çoxlu miqdarda limfositlər, tosqun hüceyrələr, histiositlərin və fibroblastların proliferasiyası, həmçinin xoraya yaxın yerləşən damarların divarında mukoid ödem və fibrinoid nekroz aşkarlanır. Xroniki xora ətrafındakı selikli qışada, kəskin xoradan fərqli olaraq vəzilərin atrofiyası, xora defektinin dibində və kənarında birləşdirici toxumanın inkişafı, endovaskulit və metaplaziya ocaqları müşahidə edilir. Sinir lifləri, qanqlioz hüceyrələr dağıntı və distrofik dəyişikliyə məruz qalır.

#### **4.4 Mədə şirəsinin müayinəsinin diaqnostik əhəmiyyəti**

Mədə xorası olan xəstələrin mədə şirəsinin müayinəsi, diaqnostikadan çox, onun neyruhuoral tənziminin pozğunluğu və vəzili aparatda struktur dəyişikliyin baş verməsi nəticəsində, mədənin funksional pozğunluğunun aşkarlanması üçün xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Sekretor pozğunluğa gətirən üzvü və funksional faktorların rolunun aşkarlanması, xəstələrdə rasional müalicə taktikasının seçilməsini təmin edir. Xoralı xəstələrdə mədə sekresiyasının əsas göstəricilərindən - mədə şirəsinin həcmi, möhtəviyyətin turşu tərkibini, xlorid turşusunun və pepsinin debitini öyrənmək məqsədəuyğundur. Mədə şirəsinin ümumi turşuluğunu, sərbəst və qarışıq xlorid turşusunu təyin etmək məsləhət görülür. Ümumi mədə şirəsinin təyini, fəaliyyət göstərən turşu əmələ gətirən bürüyücü hüceyrələrin miqdarını və turşu əmələ gətirmə səviyyəsini qiymətləndirməyə imkan verir. Qarışıq xlorid turşusunun təyini mədə şirəsində bufer

xüsusiyyətinə malik selik və zülal substratının miqdarını təyin etməyə zəmin yaradır. Fizioloji və fizikokimyəvi əsasını tapmayan "sərbəst" xlorid turşusu termininin son vaxtlar tənqiddə məruz qalmasına baxmayaraq, bu göstərici geniş öyrənilir.

Bu termin, müvafiq şəraitdə qida borusunun, mədə və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasını zədələmək xüsusiyyətinə malik olan xlorid turşusunun bir hissəsi olan H<sup>+</sup> ionlarının aktiv dissosiasiyasını ifadə edir.

Mədənin turşuəmələgətirmə funksiyasını qiymətləndirmək üçün müəyyən zaman vahidində (debit) istehsal olunan xlorid turşusunun miqdarını bilmək lazımdır. Praktikada debit müayinədən 1 saat öncə təyin edilir və ümumi turşuluğun, sərbəst və qarışıq xlorid turşusunun debiti hesablanır. Bu göstəricilər millimolla sayılır (mmol).

Debiti hesablamaq üçün müəyyən zaman daxilində mədə şirəsinin həcmi turşuluğun titr vahidi aşağıdakı formula ilə təyin edilməlidir:

$$D = \frac{V \cdot E}{1000} ;$$

D - xlorid turşusunun debiti millimolla (müəyyən vaxt ərzində ifraz olunan xlorid turşusu).

V - mədə şirəsinin həcmi millilitrlə.

E - xlorid turşusunun konsentrasiyası titr vahidi ilə.

Mədə sekresiyasını müayinə etmək üçün sekresiya tsiklinin müəyyən mərhələlərində mədə vəzilərinin fəaliyyətini öyrənmək lazımdır. Xüsusən də sekresiyanın bazal və stimulyasiya fazasında.

Mədənin turşuəmələgətirmə funksiyasını qiymətləndirməyə imkan yaradan göstəricilər aşağıdakılardır:

- həzmin bazal fazalarında xlorid turşusunun debiti (BAO - bazal acid output, bazal turşu istehsalı).

- azan sinirin mədə şirəsi ifrazına təsiri (MAO - maximal acid output, maksimal turşu istehsalı).

Son illərdə mədənin turşu və fermentəmələgətirmə funksiyasını qiymətləndirmək üçün sekresiyanın bazal və stimulyasiya fazasında xlorid turşusunun və pepsinin debit - saatını nəzərə almaq məsləhət görülür.

Mədə şirəsinin götürülmə metodikası: mədə zəndü yeridildikdən sonra 5-7 dəqiqə müddətində mədə möhtəviyyəti xaric edilir (müayinə olunmayan porsiya). Sonra 1 saat müddətində mədə möhtəviyyəti evakuasiya olunub bir qaba yığılır, bu bazal sekresiya hesab olunur. Mədə şirəsini götürməyə başlayandan 30 dəqiqə sonra dərialtına 2 ml 1%-li suprastin məhlulu yeridilir. Mədə vəzilərini submaksimal stimulyasiya məq-

sədi ilə, mədə möhtəviyyatını evakuasiya etdikdən sonra (saatlıq bazal sekresiya), bədən çəkisinin hər 10 kq-na dərəcəsinə 0,08 mq histamin dihidroqlorid, mədə vəzilərini maksimal stimulyasiya məqsədi ilə - 0,024 mq/kq histamin dihidroqlorid və ya 6 mq/kq pentoqastrin dərəcəsinə yeridilir.

İnyeksion stimulyatorlar (pentoqastrin, histamin) vurulduqdan sonra 1 saat müddətində digər qaba yığılan mədə möhtəviyyatı - stimulyasiya olunmuş sekresiya adlanır.

Mədə sekresiyasının əsas normativ göstəriciləri aşağıdakı cədvəldə verilmişdir.

Kişilər üçün mədə sekresiyasının normativ göstəriciləri (qadınlarda bu göstərici 25-30 % aşağı olur).

Göstəricilər	Sekresiya		
	Bazal	Stimulyasiya olunmuş	
		submaksimal	maksimal
Mədə möhtəviyyatının həcmi, ml-lə	50 - 100	100 - 140	180 - 220
Ümumi turşuluq, titr vahidi ilə	40 - 60	80 - 100	100 - 120
Sərbəst xlorid turşusu, titr vahidilə	20 - 40	65 - 85	90 - 110
Qarışıq xlorid turşusunun debit-saati, mmol-la	1,5 - 5,5	8 - 14	18 - 26
Sərbəst xlorid turşusunun debit-saati, mmol-la	1 - 4	6,5 - 12	16 - 24
Tuqolkova görə pepsinin debit-saati	10 - 40 mq	50 - 90 mq	90-160 mq

Mədənin sekretor funksiyasının qiymətləndirilməsində pepsinin müayinə olunması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bunu aşağıdakı formula ilə hesablayırlar:

$$D = \frac{V \cdot P}{100} ;$$

Dp - pepsin debiti, milliqramda;

V - mədə sekresiyasının həcmi, millilitrdə;

P - pepsinin konsentrasiyası milliqram faizlə.

Mədə şirəsinin tərkibinə xlorid turşusu və pepsindən əlavə, selikdə həll olan və həll olmayan irimalekullu birləşmələr də daxildir. Bu birləşmələr mədənin selikli qişasının bürüyücü epitelinin, kardial və pilorik vəzilərin, əlavə və aralıq hüceyrələrin, əsas vəzilərin məhsulları hesab olunur. Bufer xüsusiyyətinə malik irimalekullu birləşmələr, artıq xlorid turşusunu və pepsini birləşdirərək onların aktivliyini fizioloji həddə saxlayır.

Son zamanlar mədənin turumlgtirm turubirldirm (neytral-ladirm) funksiyasını oyrnmk üçün intraqastral pH - metriya meto-  
dundan istifadə olunur. Bu iki ya  dyml zond vasitəsilə aparılır.  
Zondun ucuna mədənin v onikibarmaq barsan müxtəlif hissələrində  
sərbəst hidrogen ionunu təyin edən elektrod birləşdirilir. Mədənin cismi  
v pilorik hissəsində pH göstəricisinin nisbətlərini mühakimə edərək  
onun turumlgtirm v turuneytralladirm qlvildirm funksi-  
yas haqqında mülahizə yürütmək olar.

Mədənin turumlgtirm funksiyası bazal sekresiya fazasında m-  
də cismind pH - 1,6-2,0, stimulyasiya fazasında 1,21-2,0 olarsa nor-  
mal hesab edilir.

Turşu istehsalının bazal fazasında pH - 1,5 və aa, stimulyasiya fa-  
zasnda - 1,2 v aa olarsa turşuluq artır.

Bazal sekresiyada pH 2,1-5,9 və stimulyasiya sekresiyasnda pH  
2,1-3,0 olarsa mədə sekresiyasının hipoasid, pH - 6,0 və 5,0 olarsa (Li-  
nar E.Y 1968; Pançirev Y.M 1972) anasid olduğunu göstərir.

## V Fəsil

### XORA XƏSTƏLİYİNDƏ CƏRRAHİ ƏMƏLİYYATI İCRA ETMƏYİN TEXNİKASI

#### 5.1. Ümumən əməliyyatın təşkili

Əməliyyatı təşkil edərkən ilk növbədə ağrısızlaşdırmanın növünü seçmək məqsədə uyğundur. Hazırkı halda birmənalı olaraq müasir, çox-komponentli endotraxeal narkozdan istifadə edilir.

Mədədə əməliyyat aparən briqadanın tərkibinə üç həkim - cərrah (operator və iki assistent) daxil edilir. Cərrah xəstədən sağda dayanır, assistent əksinə, həm də birinci assistent əməliyyat stolunun ayaq tərəfinə yaxın, ikinci birincidən sağa dayanır. Xəstə əməliyyat stolunda arxası üstə qolları stolun qoltuqaltısı üzərində açılmış, kürekaltına diyircək qoyulmuş vəziyyətdə uzanır. Kürekaltı diyircəyin düzgün qoyulması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. O, diafraqma səviyyəsində yerləşdirilməlidir. Xaricdən kürekaltı diyircəyin yerləşdirilən yeri kürek bucaqları səviyyəsində dayanmalıdır. Əməliyyat stoluna bərkidilən Siqal tipli yaragenişləndiricilərdən istifadə etmək məsləhət görülür. Bu tip yaragenişləndiricilərin köməkliyi ilə həm əməliyyat aparılan yaranın kənarları geniş açılır, həm də yaranın kənarları qaldırılaraq diafraqmaaltı sahə aydın görünür.

Traxeyanın intubasiyasından sonra xəstənin mədəsinə yoğun zond yeridilir. Bu zond qida borusunun yerləşmə yerini dəqiqləşdirməyə və ezofaqofundoplikasiya zamanı keçiriciliyin dərəcəsini yoxlamağa imkan verir (şəkil 6). Əməliyyat stolundakı xəstənin vəziyyəti, kürekaltı diyircəyin qoyulması, yaragenişləndiricilərin bərkidilmə yeri və əməliyyat aparən briqadanın dayanma yerləri göstərilmişdir.

#### 5.2. Mədə və onikibarmaq bağırsaqda əməliyyat icra etmək üçün aparılan kəsiklər.

Mədədə əməliyyat aparmaq üçün ən çox orta, köndələn, transrektal və çəp kəsiklərdən istifadə edilir.

**Orta kəsik.** Bu kəsik az travmatik olur, mədənin bütün hissələri yaxşı görünür, qanaxma az olur və əməliyyatın müddəti qısa olur. Ən çox yayılan kəsikdir. Kəsik xəncərvəri çıxıntıdan göbəyə qədər aparılır (şək.7). Mədənin yuxarı hissələrində və kardiada əməliyyat aparmaq üçün kəsiyi xəncərvəri çıxıntının üzərindən 1-2 sm yuxarı döş qəfəsinə tərəf uzatmaq olar (şək.7).



Şəkil 6. Mədə və onikibarmaq bağırsağ əməliyyatlarında xəstənin əməliyyat masasında uzanma vəziyyəti və əməliyyatda iştirak edən briqadanın yerləşmə qaydası (1 - cərrah, 2 - birinci assistent, 3 - ikinci assistent, 4 - əməliyyat tibb bacısının yeri, 5 - yaragenişləndiricilərin dayaq yeri, 6 - anestezioloqun yeri).

Dəri, dərialtı toxuma, qarının ağ xəttinin aponevrozu qat-qat açılır (şək.8). Dərini periton boşluğundan izolə etmək üçün yaranın kənarları steril parçalarla örtülür.

Yara boyunca periton peritonönü toxumadan azad edildikdən sonra pinsetlə ehtiyatla qarın boşluğu üzvləri götürülməmək şərtilə tutulub kəsilir. Mədənin yuxarı və ya kardial hissəsində əməliyyat aparmaq məqsədilə aponevrozun kəsiyini xəncərəbənzər çıxıntının sol tərəfini keçməklə qabırğa qövsünün döş sümüyünə birləşən yerinə qədər uzatmaq olar (şək.9).

Daxili döş arteriyasından xəncərvəri çıxıntıya gedən damar şaxələri kəsilir. Qanaxmanı saxlamaq məqsədilə sümüküstlüyü götürülməklə bu damarlar tikilib bağlanır və ya koaqulyasiya edilir. İki barmağın müşayəti ilə periton qaldırılaraq yuxarı və aşağı kəsilir (şək.10-11).

Peritonun kənarları yaranın kənarlarını örtən steril parça ilə birlikdə

Mikuliç sıxıcısı ilə tutulur. Peritonla, peritondaxili üzvlər arasında birləşmə olduqda öncə peritonun bitişmədən azad yerindən kəsik aparılır, sonra iti üsulla üzvlər periondan ayrılır. Yaraya yaragenişləndirici qoyulur.

**Şprenqelin köndələn kəsiyi.** Bu kəsik mədə və onikibarmaq bağırsaqla yanaşı sağ və solda yerləşən yaxın üzvlərdə də cərrahi əməliyyat icra ediləcəyi halda aparılır.

Bu kəsik göbəkdən 4-6 sm yuxarı qarının sağ düz əzələsinin tış kənarından qarının sol düz əzələsinin tış kənarına qədər aparılır. Dəri, dərialtı toxuma, qarının düz əzələsinin xarici apanevrozu kəsilir (şək.12). Əgər ehtiyac olarsa kəsiyin kənarları qabırğa qövsələrinə qədər uzadılır. Qarının düz əzələsi və onun apanevrozunun arxa səhifəsi kəsilir (şək.13). Qarının çəp əzələsi küt üsulla ayrılır və sonra yara boyunca periton açılır.

Orta kəsikdən fərqli olaraq bu kəsikdə əzələlər kəsildiyindən qanaxma çox olur ki, bunu da saxlamağa vaxt itirildiyindən və mədənin görünüşündə elə bir fərq olmadığından hazırda Şprenqel kəsiyindən çox az istifadə edilir.

**Transrektal kəsik** çox az hallarda, adətən mədə fistulası qoyan zaman istifadə edilir. Digər əməliyyatlarda bu kəsik heç bir üstün əhəmiyyət kəsb etmir. Qabırğa qövsündən 4 sm aşağı düz əzələdən keçməklə 6 - 8 sm uzunluğunda kəsik aparılır, sonra dəri, dərialtı toxuma, apanevroz kəsilir. Küt üsulla əzələ ayrılır, əzələnin arxa yatağı kəsilir, sonra periton kəsilir (şək.14-15).

**Çəp kəsik** gastrostomiya qoyulmasında və torakolaparotomiya zamanı istifadə edilir. Bu kəsik sol tərəfdə aparılır. VII qabırğadan başlayaraq göbəyə qədər qat - qat dəri, dərialtı toxuma, xarici çəp və düz əzələnin apanevrozu kəsilir, qarının köndələn əzələsi küt üsulla ayrılır. Yara boyunca qabırğa qövsündən göbəyə qədər periton açılır.

Ehtiyac olarsa bu kəsik orta xətt üzrə aşağı və qabırğaarasına tərəf yuxarı uzadıla bilər.

### 5.3. Mədə-bağırsaq traktında istifadə olunan tikişlər.

Mədə bağırsaq traktında ən çox istifadə edilən tikişlər: Lambertin düyünlü sero-seroz (iyne seroz və əzələ qatından keçirilir) (şək.16); bağırsağın divarının bütün qatlarından keçən düyünlü tikişər (şək.17); anastomozun arxa dodağına qoyulan bağırsağın divarının bütün qatlarından keçən fasiləsiz sıyırıcı tikişlər (şək.18); bağırsağın divarının bütün qatlarından



keçən anastomozun ön dodağına qoyulan, Mikuliç üsulu ilə içəriyə bağırsağın selikli qişasına doğru çəkilən fasiləsiz sıyrııcı tikişləri (şək.19); anastomozun ön dodağına qoyulan, bağırsağ divarının bütün qatlarından keçən sadə fasiləsiz sıyrııcı tikişləri (şək.20); düyünlərin mədə bağırsağ traktında qoyulan anastomozun mənfəzində bağlanması ilə qoyulan tikişlər (şək.21); fasiləsiz çevirici tikişlər (şək.22); pribramın fasiləsiz çevirici döşək tikişləri (şək.23); fasiləsiz çevirici Şmidən tikişləri (şək.24); anastomozun ön dodağına qoyulan, sapın içindən keçən fasiləsiz ilmələnen tikiş (şək.25); Konelin fasiləsiz çevirici döşək tikişləri (şək.26); anastomozun arxa dodağına qoyulan "sapın içindən keçən" bütün qatlardan keçən fasiləsiz tikişlər (şək.27); anastomozun içindən, selikli qişa tərəfə dartılan Mikuliçin sıyrııcı tikişi (şək.28); anastomozun ön dodağına qoyulan düyünlü sero-seroz tikiş (şək.29).

#### 5.4. Rezeksiyanın həcmnin təyini.

Bu gün üçün mədə rezeksiyasının həcmni dəqiqləşdirməyə imkan verən sxemlərdən ən çox istifadə olunanı *K.P.Sapezko* (1952), *Czembirek* (1966), *Holl* (1968), *A.A.Şalimov* (1972) tərəfindən təklif edilmiş sxemlərdir. Bizim fikrimizcə mədə rezeksiyasında istifadə olunan sxemlərdən ən sadəsi və optimalı *A.A.Şalimovun* təklif etdiyi sxemdir (şək.30). Bu sxemə uyğun olaraq "yarısı" dedikdə mədənin onikibarmaq bağırsaqdan, kiçik əyriliyində qida borusundan 4 sm aşağı hissədən, böyük əyrilikdən orta xətt üzrə mədədən keçən xətdən kəsilməsi başa düşülür.

Mədənin 2/3 hissəsinin rezeksiyası dedikdə - mədənin onikibarmaq bağırsaqdan və qida borusundan 2-3 sm aşağı məsafədə kiçik əyrilikdə kəşən xətdən kəsilməsi, böyük əyrilikdə orta xətdən 6 - 8 sm sola kəsilməsi qeyd edilir.

Mədənin 3/4 hissəsinin rezeksiyası zamanı kəsmə xətti kiçik əyrilikdə qida borusundan 1-1,5 sm aşağı, böyük əyrilikdə mədənin qısa arteriyaları saxlanmaqla dalağın aşağı qütbündən keçən xətdən aparılır.

Mədənin subtotal rezeksiyasında kəsmə xətti kiçik əyrilikdə düz qida borusu səviyyəsində (ondan 0,5-0,8 sm), böyük əyrilikdə mədənin bir qısa arteriyası kəsilməklə dalağın aşağı qütbünün proyeksiyasından aparılır.

### 5.5. Mədənin mobiliziyası

Periton boşluğu açıldıqdan sonra yara defekti təftiş edilir, rezeksiyanın həcmi təyin olunur və mədənin mobilizasiyası başlanır. Mədə və köndələn çəmbər bağırsağ yara səthinə çıxarılır. Dartılmış mədə-çəmbər bağırsağ bağı damarsız yerdən kəsilir. Böyük piyliyi qidalandıran mədə-çəmbər bağırsağ arteriyasını və şaxələrini zədələməmək üçün mobilizasiya mədə divarına yaxın aparılır. Mədə-çəmbər bağırsağ bağı sıxıcılar arasında hissə-hissə kəsilib bağlanır (şək.31-37). Kiçik piylikdən keçirilmiş barmağın nəzarəti altında sağ mədə arteriyası sıxıcı ilə tutulub kəsilir, tikilib bağlanır (şək.38). Kiçik piylik kardiya qədər kəsilir (şək.39). Nəzərə almaq lazımdır ki, çox vaxt bu sahədən sol mədə arteriyasından qara ciyəre gedən damar keçir. Ona görə də bu sahədə iri damarlar gördükdə ehtiyatlı davranmaq lazımdır. Əgər sol mədə arteriyasından ayrılan bu anomal damar bağlanarsa qara ciyərin nekrozu və xəstənin ölümü baş verə bilər.

Sol mədə arteriyasının proyeksiyasından yuxarı mədənin kiçik əyriliyində seroza kəsilir. Mədənin kiçik əyriliyindən arxa divarına keçirilmiş barmağın nəzarəti ilə Fyodorov sıxıcısı serozanın kəsilmiş yerindən salınaraq sol mədə arteriyası tutulub bağlanır və kəsilir (şək.40). Biz hesab edirik ki, sol mədə arteriyasının bağlanması mədə xərçənginə görə aparılan əməliyyatlarda olduğu kimi I seqmentdə icra edilməlidir.

### 5.6. Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyasının texnikası.

Xora xəstəliyində Bilrot II üsulu ilə mədənin rezeksiyası hal-hazırda geniş yayılmışdır və texniki cəhətdən çox səlis işlənmişdir. Bununla yanaşı olaraq bir çox cərrahlar xora xəstəliyində orqansaxlayıcı əməliyyatlardan da (mədənin Bilrot I üsulu ilə rezeksiyası, mədə çıxacağıının saxlanması ilə rezeksiya, boruvarı rezeksiya və s.) istifadə edirlər.

Bizim klinikada son 12 ildə ən çox mədə rezeksiyasının Bilrot II üsulundan istifadə edilib. Buna baxmayaraq hesab edirəm ki, əməliyyat aparən cərrah digər üsulları da müfəssəl bilməlidir və əməliyyat zamanı xəstənin xeyrinə olan əməliyyat növünü sərbəst seçib tətbiq etməlidir.

Mədənin mobilizasiyası qurtardıqdan sonra anastomoz qoymaq üçün nazik bağırsağ hazırlanır. Bunun üçün köndələn çəmbər bağırsağ yaraya çıxarılır və assistent onu hər iki tərəfdən yuxarı qaldırır, bu zaman müsarifə kötüyü, duodenoyeyunal keçid və nazik bağırsağın başlanğıc ilgəyi çox yaxşı görünür. Elə burada *a.colica mediadan sola* damarsız sahədə

müsariqədə 5-6 sm uzunluğunda kəsik aparılır (şək.41a). Yaradılan pəncərədən nazik bağırsağın başlanğıc hissəsi keçirilir və köndələn çəmbər bağırsağ qarın boşluğuna salınır (şək.41b-42).

Əməliyyatın sonrakı mərhələsi mədənin kəsilərək onikibarmaq bağırsaqdan ayrılması və axırncının güdülünün işlənməsidir. Onikibarmaq bağırsağ güdülünün ideal işlənmə variantı UKL-40 və UKL-60 aparatının köməyi ilə mexaniki tikişlərin qoyulmasıdır. Bundan sonra ikinci sıra sero-seroz düyünlü tikişlər qoyulur.

Onikibarmaq bağırsağın güdülü əl tikişləri vasitəsilə də işləne bilər. Bunun üçün mədə çıxacağından 0,5 sm aşağı onikibarmaq bağırsağa kiçik Payr sıxıcısı, kəsilən hissəyə isə Koxer sıxıcısı qoyulur (şək.43). Onikibarmaq bağırsağ göstərilən sıxıcıların arasında kəsilir və kənarı yod və ya betadin məhlulu ilə işlənir, sonra tikilir. Yuxarı kənarından başlayaraq Payr sıxıcısının üstündən keçməklə, aralarındakı məsafə 5-6 mm olmaqla sıyrııcı ketqut tikişləri qoyulur (şək.44-45). Tikib qurtardıqdan sonra onikibarmaq bağırsağın aşağı kənarında, fasiləsiz tikişin arasından sıxıcı çıxarılır. Ketqut saplarının qurtaracağı kənara dartılaraq onikibarmaq bağırsağın ön və arxa divarları yaxınlaşdırılır. Selikli qişanın daha da sıx yaxınlaşması üçün ketqut sapının çıxdığı yerlərdən sap yuxarı dartılır və dibinə tənzifdən düzəldilmiş diyircək qoyularaq sıxılır. Bu manipulyasiya zamanı bağırsağın divarı daha çox sıxılır və yığılır (şək.46). Sonra ketqut liqaturası bağlanır və üzərinə S-vari bürməli tikiş qoyularaq güdül bağırsağ mənfəzinə yüklənir (şək.47). Əgər yer qalarsa kiset tikişin üstündən 3-4 düyünlü sero-seroz tikişlər qoyulur (şək.48).

Onikibarmaq bağırsağ güdülünün işlənməsi çox vacib və əməliyyatın ən çətin mərhələsi hesab edilir. Əməliyyatın nəticəsi bilavasitə ondan asılı olduğuna görə onikibarmaq bağırsağın güdülünün işlənməsinin bir neçə variantını təqdim etmək istəyirəm.

Onikibarmaq bağırsağ güdülünün işlənməsinə dair verilən bütün üsulları anatomik xüsusiyyətinə və patoloji prosesin lokalizasiyasına görə dörd qrupa bölmək olar:

- 1) Onikibarmaq bağırsağın güdülü uzun olduqda;
- 2) Aşağıda yerləşən penetrasiya edən xora olduqda;
- 3) Aşağıda yerləşən çıxarıla bilməyən xora olduqda;
- 4) Daxili fistulalarda.

Uzun duodenal güdülün işlənməsində ən geniş yayılan *Duayen-Bir*, *Moyniqan-Toprover* üsullarıdır.

**Duayen-Bir üsulu.** İynə onikibarmaq bağırsağ güdülünün hər iki divarının ortasından keçmək şərtilə tikilib bağlanır, aşağıdan büzməli tikiş qoyularaq güdül mənfəzə yüklənir. Güdül daha da etibarlı olsun deyə mədəaltı vəzin kapsulası onikibarmaq bağırsağa tikilir (şək.49a-q).

**Moyniqan-Toprover üsulu.** Onikibarmaq bağırsağın hər iki divarını tutan sıxıcının üzərindən ikinci sıxıcı qoyulur. Hər iki sıxıcının üzərindən keçməklə onikibarmaq bağırsağ ketqut sapla fasiləsiz sıyrııcı tikişlərlə tikilir. Öncə yuxarıdakı, sonra aşağıdakı sıxıcı çıxarılır. Yuxarıdakı sıxıcı ona görə qoyulur ki, fasiləsiz sıyrııcı tikişlər qoyulduqdan sonra aşağıdakı sıxıcı açıla bilsin. Saplar dartıldıqda güdül hermetik sıxılır. Sonra ketqut sapın ucları bir-birinə bağlanır. Tikişin əsasına 3№-li ipək sapla büzməli tikiş qoyulur və Duayen-Bir üsulundakı kimi güdül bağırsağ mənfəzinə yüklənir. Hermetikliyi artırmaq üçün büzməli tikişin üzərindən sero-seroz tikişlər qoyulur (şək.50-51).

Aşağıda yerləşən penetrasiya edən xoralarda ən çox *Nissen*, *Sapejko*, *Yudin* üsullarından istifadə edilir.

**Nissen üsulu** (1932). Mədəaltı vəzə penetrasiya edən xora səviyyəsində onikibarmaq bağırsağ köndələn kəsilir. Yaranın distal kənarına və onikibarmaq bağırsağın ön divarına bütün qatlardan keçməklə düyünlü tikişlər qoyulur. Onikibarmaq bağırsağ güdülünün divarı düyünlü seroz-əzələ tikişlərilə mədəaltı vəzin kapsulası götürülməklə penetrasiya edən xoranın proksimal kənarına tikilir. Beləliklə, xora onikibarmaq bağırsağın ön divarı hesabına tamponada edilir (şək.52).

**Sapejkonun "manjet" üsulu.** Mədə mobilizasiya edildikdən sonra onikibarmaq bağırsağın divarı mədəaltı vəzin başına penetrasiya edən xoranın kənarından köndələn kəsilir. Onikibarmaq bağırsağın selikli qişası iti üsulla 2-3 sm məsafədə ayrılır. Bağırsağın seroz-əzələ qatından əmələ gələn manjet çevrilir. Selikli qişaya büzməli tikiş qoyulub dartılıb bağlanır. Manjetin kənarları 3№-li ipək saplarla düyünlü tikilir. Onikibarmaq bağırsağın güdülü seroz-əzələ tikişlərilə penetrasiya edən xoranın kənarına və mədəaltı vəzin kapsulasına tikilir (şək.53).

**Yudin "ilbiz" üsulu.** Mobilizə olunmuş onikibarmaq bağırsağ ön divarının çox hissəsinin saxlanması şərtilə xora səviyyəsində çəpinə kəsilir. Aşağı bucaqdan başlayaraq onikibarmaq bağırsağın güdülünə fasiləsiz çevirici tikişlər qoyulur və güdülün yuxarı bucağında bağlanır. "İlbiz" yaratmaq üçün qoyulmuş tikiş tərəfdən güdülün bütün qatlarından keçən ikinci tikiş qoyulur. "İlbiz" yaradan tikiş dartılır və "ilbiz" penetrasiya edən xoranın dibinə yüklənir, sonra tikiş xoranın proksimal kənarından keçirilərək bağlanır. "İlbiz" in xoranın kənarına toxunan kənarı düyünlü seroz-

əzələ tikişləri ilə 3№-li ipək sapla və ya vikril sapla tikilir (şək.54).

Aşağıda yerləşib çıxarıla bilməyən xoralarda ən çox ilk dəfə *Eiselsberg* (1910) tərəfindən təklif olunmuş xoranın təcrid edilməsi ilə mədənin rezeksiyasından istifadə edilir. Antral güdülün selikli qişasında qalan qastrin peptiki xoraların əmələ gəlməsinə (Eiselsbergə görə 50%) səbəb olur. Buna görə də *Finsterer* (1918), *Wilmans* (1926), *Yakoboviç* (1932), *B.V.Kekalo* (1961) onikibarmaq bağırsağ güdülünün işlənməsinin yeni metodikalarını verdilər. Hal-hazırda xoranın təcrid edilməsi ilə icra edilən mədənin rezeksiyalarında, qastrin istehsal edən antral hissənin selikli qişası tamam çıxarılır.

**Finsterer üsulu.** Mədəni mobilizasiya edərkən onikibarmaq bağırsağın yuxarı hissəsinin və mədə çıxacağından 2-3 sm yuxarı antral hissənin qidalanması saxlanılır. Mədə çıxacağından 3-4 sm yuxarıda mədə kəsilir. Mədə güdülü bütün qatlardan keçən ketqut sapla fasiləsiz tikişlərlə tikilir. İkinci sıraya düyünlü sero-seroz tikişlər qoyulur (şək.55).

**Wilmans üsulu.** Mədənin antral hissəsi mədə çıxacağından 4-5 sm məsafədə sıxacla sıxılır. Sonra sıxıcının altından seroz-əzələ qatı selikli qişaya qədər kəsilir. Selikli qişa sıxıcı ilə tutulur və mədə çıxacağına qədər seroz-əzələ qatından ayrılır, elə burada da selikli qişa liqaturaya alınıb bağlanır, kəsilir. Seroz-əzələ qatı güdül üzərində П - vari tikişlə tikilir.

**Yakoboviç üsulu.** Mədənin antral hissəsi mədə çıxacağından 4 sm məsafədə kəsilir. Mədənin antral hissəsinin ön divarı mədə çıxacağı istiqamətində kəsilir. Mədə loskutunun selikli qişası kəsilir. Sonra loskutun kənarları bərk sıxıcı ilə tutularaq bir-birinə qarşı istiqamətdə diyircək kimi fırladılır. Sonra diyircəklər birləşdirilərək üzəri sero-seroz tikişlərlə tikilir və sıxıcılar çıxarılır (şək.56).

B.V.Kekalo güdülün seroz-əzələ qatının mədə çıxacağının kiçik və böyük əyriliyi boyunca kəsilməsini təklif edib. Ön loskut selikli qişanın güdülünü örtməklə düyünlü tikişlərlə arxa loskutun əsasına tikilir. Axırncı (arxa loskut) ön dodağın üzərindən düyünlü seroz-əzələ tikişlərlə güdülün əsasına tikilir (şək.57).

Sonda xora xəstəliyinin nadir rast gəlinən ağırlaşmalarından olan xoledoxoduodenal fistulalarda onikibarmaq bağırsağ güdülünün işlənməsindən bir neçə söz yazmaq istəyirəm. Belə hallarda cərrahların çoxu xora təcrid edilməklə rezeksiya etməyi təklif edirlər. Bəzi cərrahlar isə xoranın təcrid edilməsi ilə mədənin rezeksiyasını və xoledoxostomiyanı (Hutchings), xolesistoduodenostomiyanı (Graihead, Raymond) təklif edirlər (şək.58).

Onikibarmaq bağırsağın güdülü işləndikdən sonra mədənin rezeksi-

yasına başlanılır. Bunun üçün mädənin mobilizasiya olunmuş distal hissəsi periton boşluğundan yara səthinə çıxarılır. Əməliyyat sahəsi steril salfet ilə örtülür. Kəsiləcək xətt üzrə mädəyə iki sıxıcı qoyulur. Birinci Payr və Koxer sıxıcısı saxlanılacaq anastomoz qədər qoyulur (şək.59); ikinci Payr sıxıcısı kiçik əyrilik tərəfdən ucu birinci sıxıcıya tərəf qoyulur (şək.60). Sıxıcıların ucları bir-birinə toxunmalıdır. Öncədən böyük və kiçik əyriliyə tutacaq saplar qoyulmalıdır. Mädənin kəsiləcək mənəfi boyu mädə möhtəviyyatının periton boşluğuna tökülməməsi üçün mädəyə uzun, bağırsağ sıxıcısı qoyulur. Qoyulmuş sıxıcılar arasından mädə skalpelle kəsilir (şək.61). Kəsilmiş mädə güdülü yod və ya betadinlə işləndikdən sonra mädə güdülü tikilməyə başlayır.

Kiçik əyrilikdən başlayaraq Payr sıxıcısı altından ketqutla hemostatik tikişlər qoyulur (şək.62-63). Payr sıxıcısını çıxardıqdan sonra həmin sapla mädənin bütün qatlarından keçməklə əks istiqamətdə yenidən fasiləsiz tikiş qoyulur (şək.64). Ketqut saplarının ucları bağlanır. Kiçik əyrilik boyunca ön divardan başlayıb arxa divara keçməklə yarım büzməli tikişlə mädə bücağı hemostatik tikişlə birgə içəri yüklənir. Sonra bir-birindən 0,8 sm aralı düyünlü sero-seroz tikişlər qoyulur (şək.65). Bundan başqa mädənin kiçik əyriliyini tikmək üçün UKL tipli aparatdan da istifadə edilə bilər.

Əməliyyatın sonrakı mərhələsi gastroenteroanastomozun qoyulmasıdır. Mezokolonun pəncərəsindən keçirilən nazik bağırsağ ilgəyi, mädə möhtəviyyatının gətirici ilgəyə düşməməsi üçün mädənin kiçik əyriliyinin güdülünə tikilir.

Bağırsağ ilgəyini kiçik əyrilik boyunca tikdikdən sonra anastomozun arxa divarı tikilir. Bunun üçün bağırsağ ilgəyi çəp istiqamətdə müsariqə tərəfdən bağırsağ müsariqəsinin əks qütbünə doğru düyünlü seroz-əzələ tikişləri ilə mädəyə tikilir (şək.66-67). Əməliyyat sahəsi izolə edildikdən sonra qoyulacaq anastomoz xətti üzrə öncə nazik bağırsağ, sonra isə mädənin mənəfi açılır (şək.68). Qanayan damarlar ya liqaturaya alınır ya da koaqulyasiya edilir. Arxa divar qurtardıqdan sonra sıxıcı ilə əzələn mädə güdülü təzələnir. Fasiləsiz ketqut sapı ilə bütün qatlardan keçməklə anastomozun ön dodağı tikilir (şək.69). Anastomozun ön dodağına ikinci sıra düyünlü seroz-əzələ tikişləri qoyulur (şək.70). Köndələn çəmbər bağırsağın kəsilmiş müsariqəsi anastomozdan 1,5-2 sm yuxarıda mädə güdülünə tikilir (şək.71-72). Anastomozun keçiriciliyi yoxlandıqdan sonra əməliyyat qurtarır.

### 5.7. Bilrot I üsulu ilə mədə rezeksiyasının texnikası.

Mədə və onikibarmaq bağırsağ mobilizasiya edildikdən sonra anastomozun necə qoyulacağı düşünülür. Əgər qərara alınarsa anastomoz mədə ilə onikibarmaq bağırsağ arasına qoyulsun, onda onikibarmaq bağırsağ sıxıcılar arasında elə kəsilir ki, sıxıcının üstündə və altında azacıq sahə qalsın. Selikli qişanın artıq qalan hissəsi anastomoz qoyulan zaman kəsilib atılır. Hələlik isə selikli qişa salfetlə örtülür. Preparatda (mədədə) olan selikli qişa da salfetlə örtülür. Assistent mobilizə olunmuş mədəni elə qaldırır ki, sıxıcı qoymaq rahat olsun. Əsas odur ki, sıxıcılar mədənin ön və arxa divarını bərabər miqdarda tutsun. Mədənin böyük əyriliyindən düz bücaq altında Koxer sıxıcısı qoyulur və mədə divarından mədə-bağırsağ anastomozu qoyulacaq qədər (onikibarmaq bağırsağın diametrinə uyğun) götürülür.

Koxer sıxıcısının ikincisi kiçik əyrilik tərəfdən küt bucaq altında qoyulur. Qoyulan sıxıcıların ucları bir-birinə toxunmalıdır. Kəsilən mədənin möhtəviyyatının periton boşluğuna tökülməsinin qarşısını almaq məqsədilə Koxer sıxıcılarından aşağı yumşaq bağırsağ sıxıcısı qoyulur. Preparat böyük əyrilik tərəfdən kəsilir. Preparat kəsildikdən sonra sıxıcıların uclarının toxunan yerindən başlayaraq kiçik əyriliyə doğru ketqut sapı ilə fasiləsiz tikiş qoyulur. Sonra həmin tikişin üzərindən gastroduodenal anastomoz qoyulacaq yerə qədər düyünlü seroz-əzələ tikişləri qoyulur. Fasiləsiz ketqut tikişlərinin üzərindən 3№-li ipək sapla yarım büzməli tikiş qoyularaq mədənin kiçik əyriliyi içəri yüklənir, sonra üzərindən (3№-li ipək sapla) böyük əyrilikdən qoyulmuş Koxer sıxıcısının ucuna qədər seroz-əzələ tikişləri qoyulur. Koxer sıxıcısının ucu nahiyəsində qoyulan axırncı sap asılqan tutacaq kimi saxlanır, digər saplar kəsilir. Mədənin böyük əyriliyində sıxıcının altından 1,5 sm yuxarı 3№-li ipək sapla digər asılqan qoyulur. Asılqanlar oriyentir məqsədi daşıyır. Mədə ilə onikibarmaq bağırsağın arxa divarı arasında biri-birində 1 sm aralı 3№-li ipək sapla seroz-əzələ tikişləri qoyulur. Bu saplar bağlanmadan sıxıcılara alınır. İstər kiçik, istərsə də böyük əyrilik tərəfdən birinci və sonuncu tikişlər qoyularkən iynə mədənin və onikibarmaq bağırsağın hər iki divarının seroz-əzələ qatından keçirilir. Birinci və sonuncu saplar sıxıcılara alınıb saxlanır, digər saplar isə bağlanıb kəsilir (şək.73).

Mədə-onikibarmağ bağırsağ anastomozunun ön və arxa dodaqları bütün qatlardan keçməklə 2-3№-li ketqut sapla tikilir (şək.74). anastomozun ön dodaqları tikilərkən mədə və onikibarmaq bağırsağın selikli qişası anastomozun mənfəzinə yüklənməlidir (şək.75). Bu tikişin üzərin-

dən 3№-li ipək sapla seroz-özələ tikişləri qoyulur və *lig.gastrocolicumun* defekti bərpa edilməklə Bilrot I əməliyyatı sona çatdırılır (şək.76-77).

### **5.8. Mədənin boruvari rezeksiyasının texnikası.**

Mədənin boruvari rezeksiyası Bilrot I üsulu ilə rezeksiyadan mədənin mobilizasiyası ilə fərqlənir (şək.78). Bu zaman mədənin kiçik ayrılığı demək olar ki, tam kəsilib götürülür. Böyük ayrilik boyunca mobilizasiya isə mədə bucağına qədər aparılır. Bu mərhələləri bitirdikdən sonra kiçik ayrılık tərəfdən mədə güdülü ikiqat tikişlərlə tikilir (əllə və ya aparatla tikilə bi-lər), boru isə 3,5-4 sm-dən az olmamaq şərti ilə (onikibarmaq bağırsağın eninə uyğun) böyük ayrılık hesabına düzəldilir. Borunun uzunluğu 5 sm-dən artıq olmamalıdır. Əgər boru bundan artıq olarsa onda mədədə evakuasiyanın davamlı pozğunluğu yaranar. Borunun mədə piylik damarları hesabına yaxşı qidalanmasına xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Mədə güdülünü hazırladıqdan sonra adi gastroenteroanastomoz qoyulur.

Mədənin boruvari rezeksiyasının üstünlüyü ondadır ki, bu əməliyyatdan sonra anastomoz sahəsində gərginlik olmur; həmçinin mədənin çox hissəsi saxlanılır; mədə və onikibarmaq bağırsağ qidanın pasajında və həzmdə iştirak edir.

### **5.9. Mədə çıxacağıının saxlanması ilə mədə rezeksiyasının texnikası**

Bilrot I üsulu ilə mədə rezeksiyasının modifikasiyalarından biri də mədə çıxacağıının saxlanması şərti ilə əməliyyatın keçirilməsidir (şək.79). Əməliyyatın əhəmiyyəti ondadır ki, mobilizasiya kiçik və böyük ayrilik boyu aparılaraq mədə çıxacağıından 2-3 sm yuxarıda başa çatdırılır. Beləliklə də həm kiçik piylikdə, həm də mədə köndələn çəmbər bağırsağ bağında damar-sinir dəstəsi saxlanılır. UKL-60 aparatının köməyi ilə mədə çıxacağıından 2 sm yuxarıdan mədə rezeksiya olunur. Yuxarıda göstərilən üsul vasitəsilə kiçik ayrılık tərəfdən mədə çıxacağıından 1,5 sm aralıdan güdül ətrafındakı seroz-özələ qişası kəsilir, damarlar tikilir və bağlanılır. Beləliklə mədə güdülündə nəzərdə tutulmuş anastomoz boyu seroz-özələ qişası kəsilir. Bundan sonra anastomozun arxa dodağına birinci sıra seroz-özələ tikişləri qoyulur (şək.80-81). Mədə və onikibarmaq bağırsağ boşluqları açılaraq ketqut sapı ilə arxa və ön dodaqların selikli, selikaltı qişalarına tikişlər qoyulur. Anastomozun ön divarına se-



roz-əzələ tikişi qoyulur (şək.82).

Bu əməliyyatı icra etdikdə mədə çıxacağı saxlanılır və anastomoz xəttinin invaginasiyası baş vermir. Bununla bərabər mədə çıxacağının saxlanması ilə mədə rezeksiyasını yerinə yetirərkən mədə çıxacağı klapının öz funksiyasını yerinə yetirdiyinə mütləq əmin olmaq lazımdır.

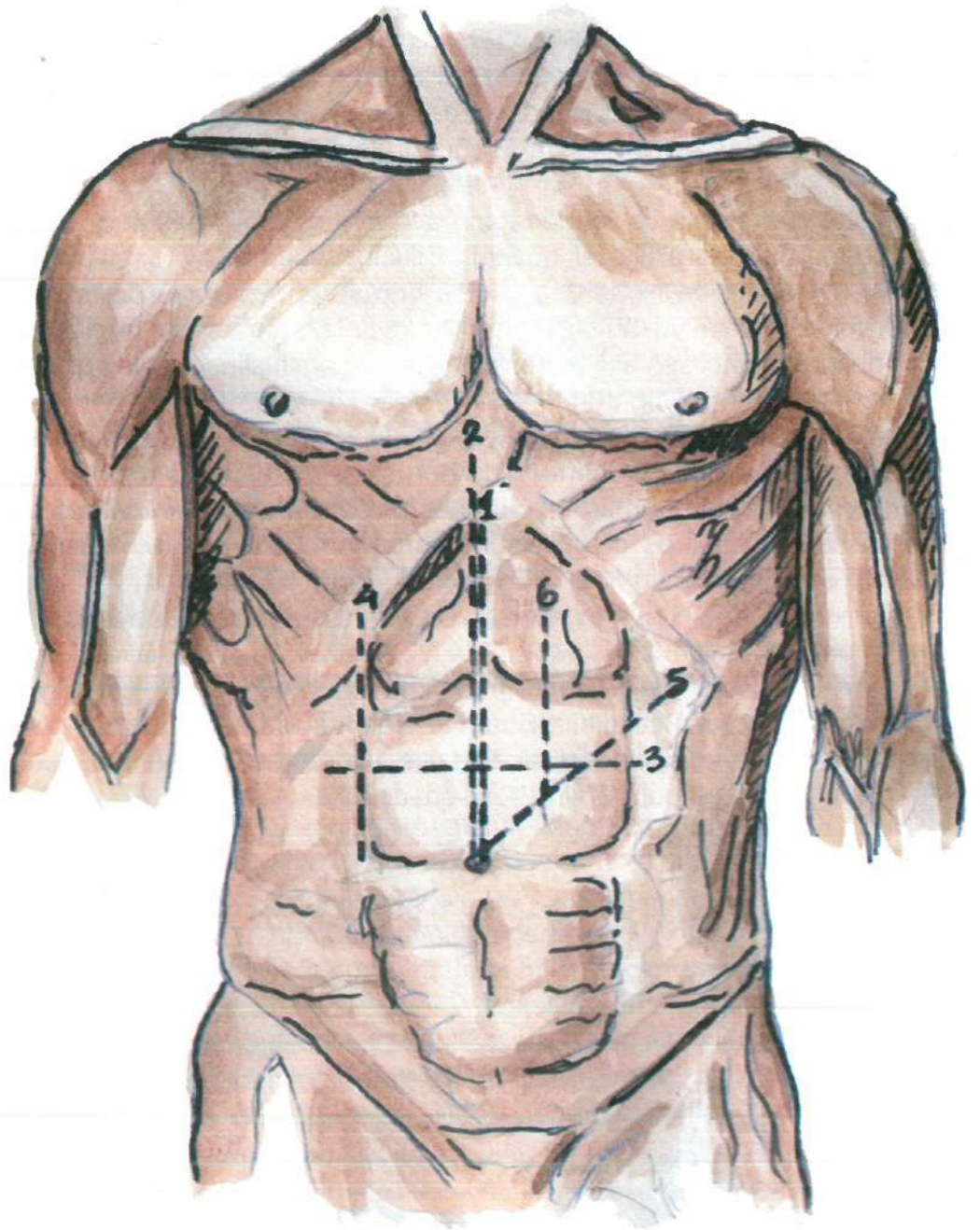
#### **5.10. Nadir lokalizasiyalı xoralar zamanı mədə rezeksiyasının texnikası.**

Nadir lokalizasiyalı mədə xoralarına mədə dibinin xoralarını və kardial xoraları göstərmək olar ki, bu zaman infiltrat və ya xora krateri qida borusuna yayılır. Belə xoralar zamanı aparılacaq operativ müalicə metodlarına xüsusi yanaşma tələb olunur. Bu zaman ezofaqoqastroanastomozun qoyulması ilə mədənin proksimal rezeksiyası daha məqsədəuyğun hesab olunur (şək.83-84).

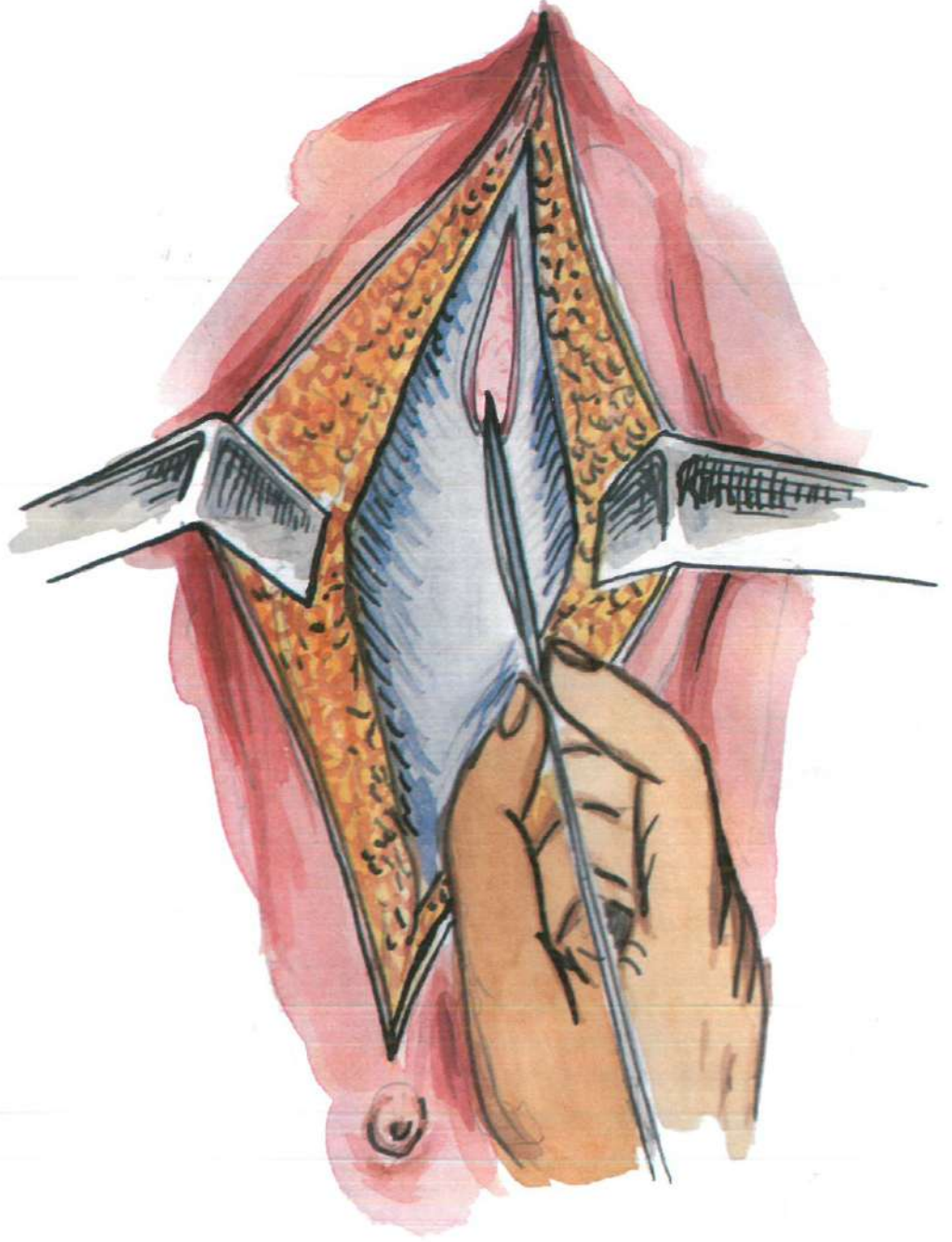
Beləliklə, kiçik əyrilik boyu mobilizasiyaya mədə çıxacağı üzərindən başlanır. Qida borusuna qədər mərhələli olaraq kiçik əyriliyin damarları kəsilir və bağlanır. Diafraqma altında, qida borusu-mədə keçəcəyindən 2-3 sm yuxarıda periton köndələn kəsilir və ayrılır. Sonra qida borusunun abdominal hissəsi tutacağa götürülür. Qida borusunda zond olduqda əməliyyat təhlükəsiz yerinə yetirilir. Zondun müşayəti ilə qida borusu diafraqmadan ayrılır. Sonra n.vaqus - ön və arxa kötökləri kəsilir və bağlanır (kötük vaqotomiyasının texnikası 6-ci fəsildə göstərilmişdir), I seqmentdə sol mədə damarları bağlanır. Daha sonra isə mədəalti kardial bağ damarları ilə birlikdə bağlanır. Mədənin subkardial və kardial hissələri peritonarxası toxumadan ayrılır, mədə-diafraqma bağı və dalağın yuxarı qütbündən mədə dibinə gedən qısa damarlar bağlanıb kəsilir. Adətən mədə-dalaq bağının içərisində gedən iki yuxarı damarı bağlamaq kifayət edir. Əməliyyatın bu mərhələlərini icra edərkən dalağı zədələməmək üçün mədə arxasında aparılan traksiyalar mütləq qida borusu oxunun aşağısında aparılmalıdır. Mobilizasiya yekunlaşdırdıqdan sonra mədə çıxacağından başlayaraq mədə güdülü formalaşdırılır. Bu əl tikişləri və tikən aparat vasitəsilə icra edilir. Mədənin proksimal (çıxacağına) hissəsinə Payr və ya Koxer sıxıcısı qoyulur. Mədə kəsildikdən sonra aparat tikişlərinin üzəri adi üsulla peritonizasiya edilir. Qida borusunun nəzərdə tutulmuş kəsiləcək yerinə Fyodorov sıxıcısı qoyulur və kəsilir. Mədənin mobilizasiya olunmuş proksimal hissəsi və qida borusunun abdominal hissəsi kəsilib götürülür. Qida borusunun arxa divarı (Fyodorov sıxıcısından 2,5-3 sm yuxarı) və mədənin ön divarı arasında (mədənin kiçik və

böyük əyriliyi arasında güdüldən 3 - 4 sm aşağı) tək-tək tikişlər qoyulur. Tikişlər çəp istqamətdə qida borusunun əzələ qatından və mədənin seroz-əzələ qatından keçməlidir. Göstərilən tikişlərdən aşağı (1-1,5 sm) qida borusunun əzələ qatı selikaltı - selik futlyarına qədər dairəvi kəsilir. Əzələ qatı 0,5-0,6 sm yığıldıqdan sonra selikaltı-selik futlyarı kəsilir. Birinci sıra tikişlərdən 1,5-2 sm aşağı köndələn kəsiklə mədə mənəfəzi açılır.

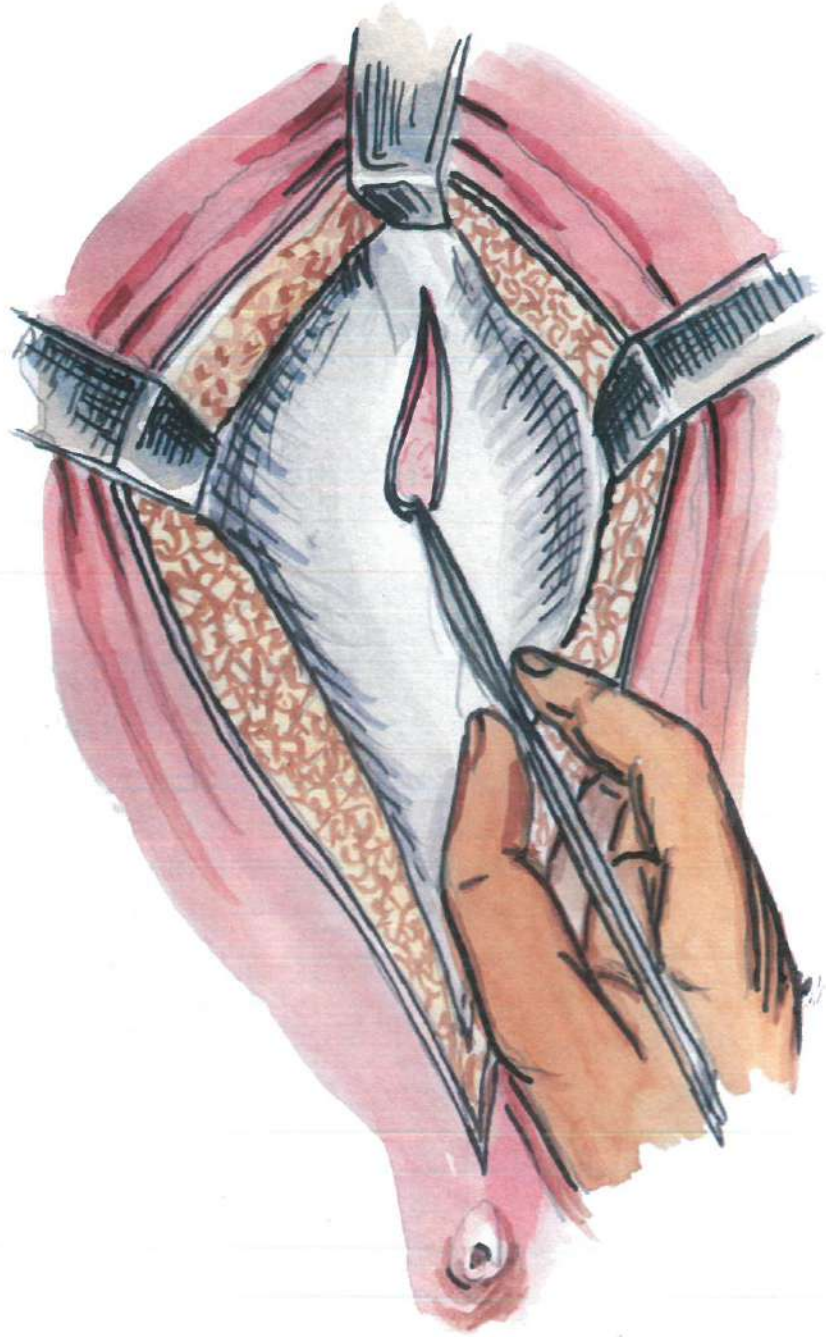
Anastomozun arxa və ön dodağına ayrı-ayrı düyünlü tikişlər qoyulur. Ön dodağa ikinci sıra tikişlər qoyulur. Tikişlər İ-vari və ya kirşəbənzer qoyulur. Belə tikişləri tikmək üçün qida borusuna qoyulmuş birinci sıra tikişlərdən 1,5-2 sm yuxarı sap köndələn keçirilir, sonra sapın hər iki ucu mədədə olan birinci sıra tikişlərdən 1,5-2 sm aşağı tikilir. Qoyulan tikişlər bağlanmadan tutacağa götürülür. Adətən dörd, maksimum beş belə tikiş kifayət edir. Sonra küncdən başlayaraq saplar bağlanır. Bu zaman mədənin divarı giriş kimi sürüşərək qida borusuna qoyulmuş birinci sıra tikişləri sıx örtür. Qida borusu-mədə anastomozunu qoyarkən nəzərə almaq lazımdır ki, qida borusunu həddən artıq mobilizasiya etmək olmaz. Qida borusunun anastomoz üçün ayrılan kənarı 2-2,5 sm-dən artıq olmamalıdır. Mədənin divarını ayrı-ayrı tikişlərlə diafraqmanın ayaqcıqlarına fiksə etmək lazımdır. N.vaquus kötüyü kəsilərkən mədə çıxacağıının spazmı və kobud mator-evakutor pozğunluq baş verdiyindən əməliyyat piloroplastika ilə yekunlaşdırılır. Bütün xəstələrdə enteral qidalandırmaq üçün mütləq burun deşiyindən keçirilməklə, piloroplastik zonadan keçən 0,4-0,5 sm diametrlı polixlorvinil boru qoyulmalıdır.



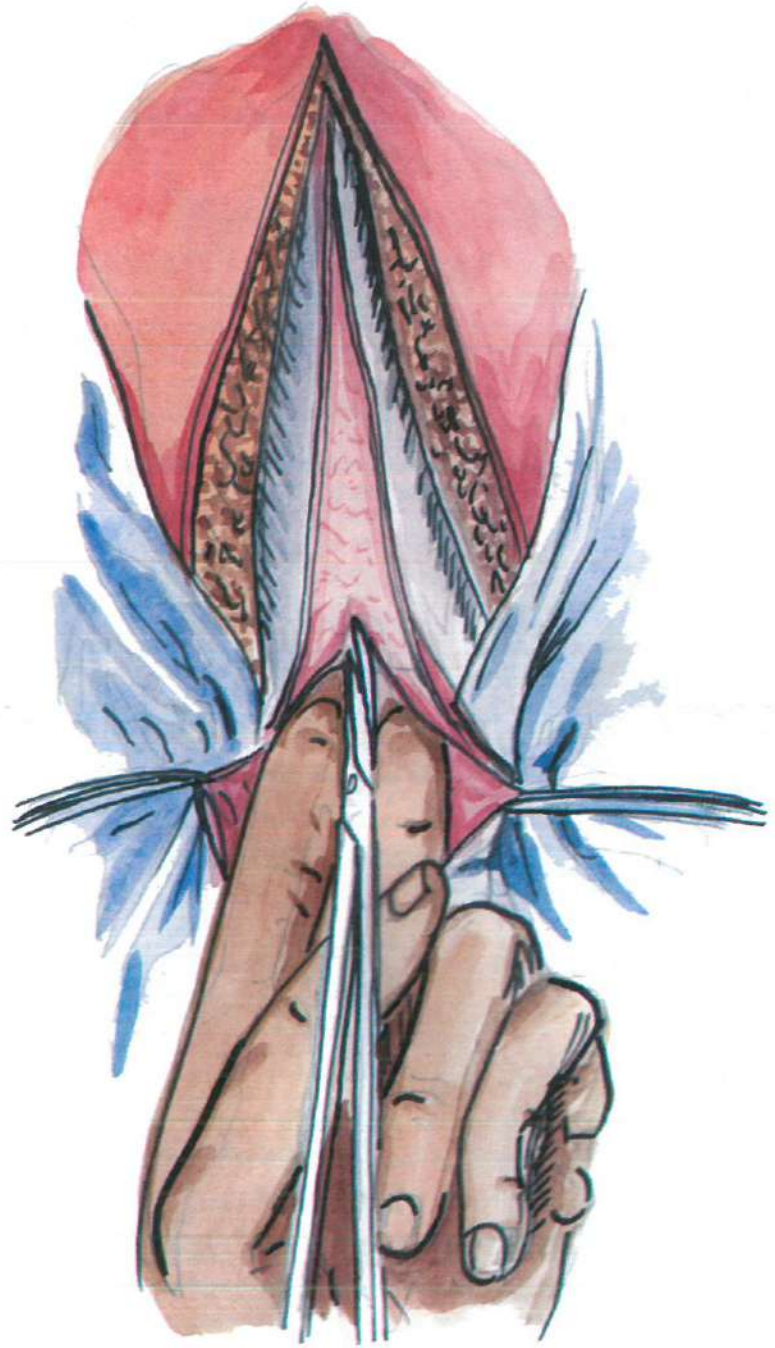
Şəkil 7. Qarın boşluğu üzvlərində əməliyyat aparmaq üçün dəridə aparılan kəsiklər. 1 - 6 rəqəmləri kəsik xətlərini göstərir.



Şekil 8. Apanevrozun kəsilmesi.



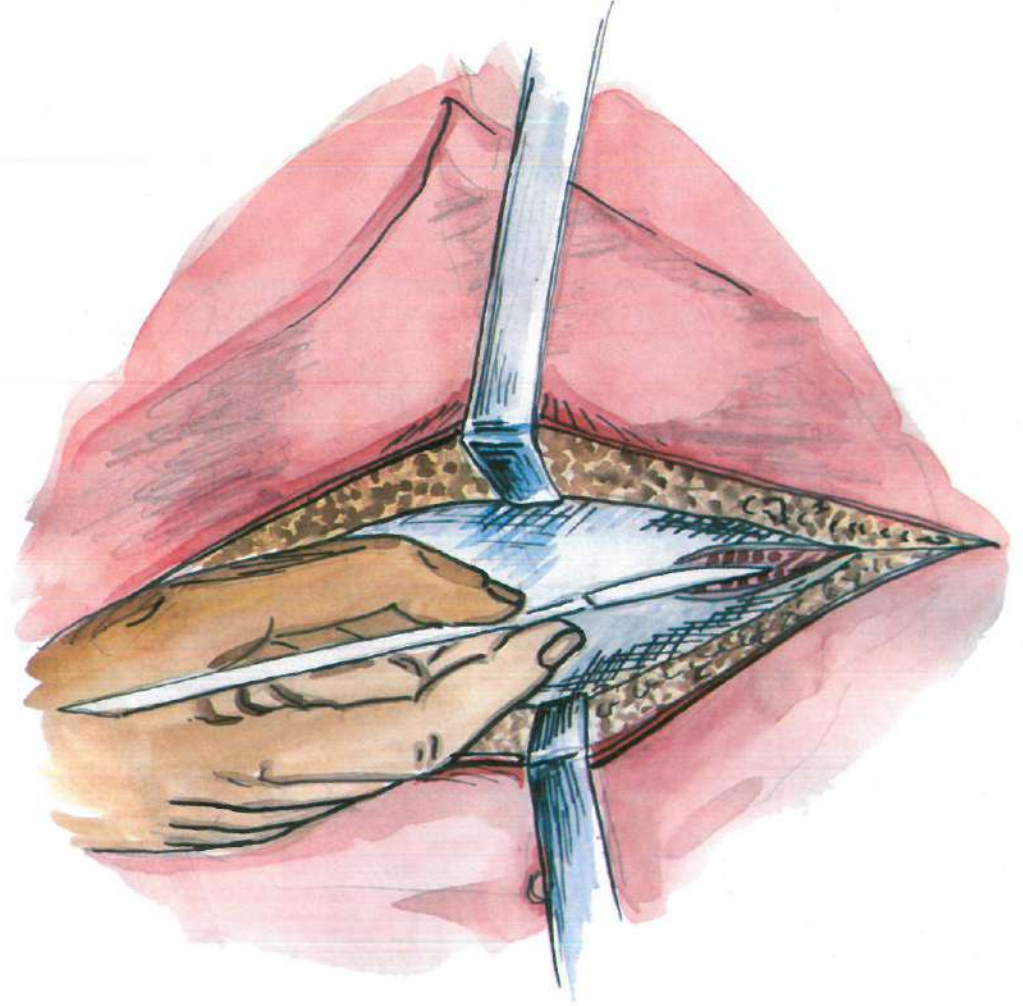
Şekil 9. Xəncərəbənzər çıxıntını soldan keçməklə aponevrozun kəsilməsi.



Şekil 10. Peritonun xəncərəbənzər çıxıntıya doğru kəsilməsi.

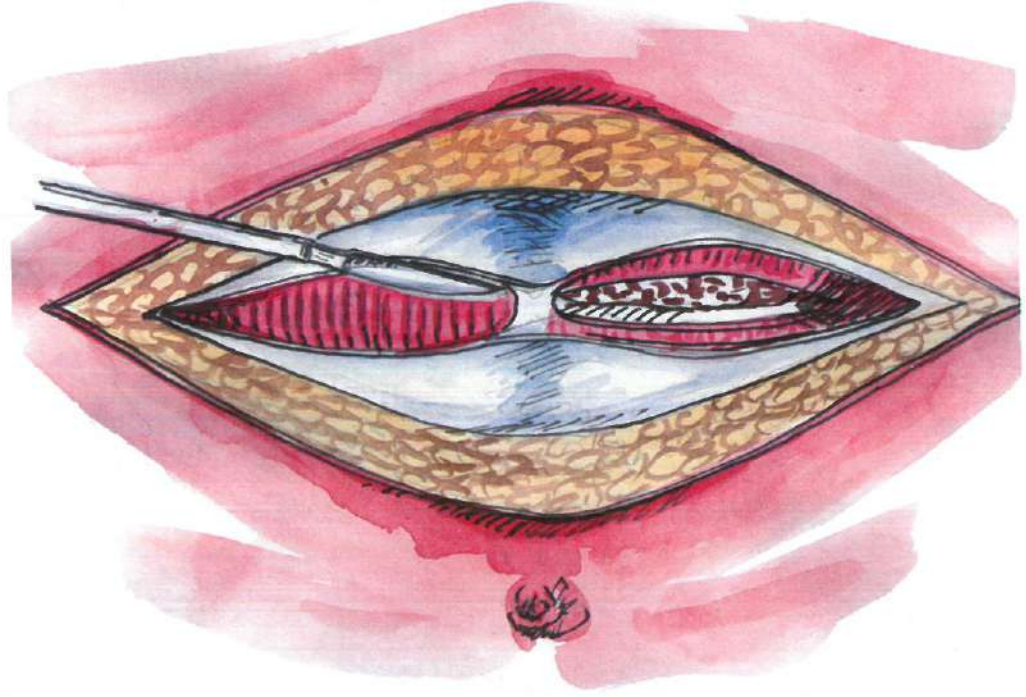


Şekil 11. Peritonun göbeye doğru kesilmesi.

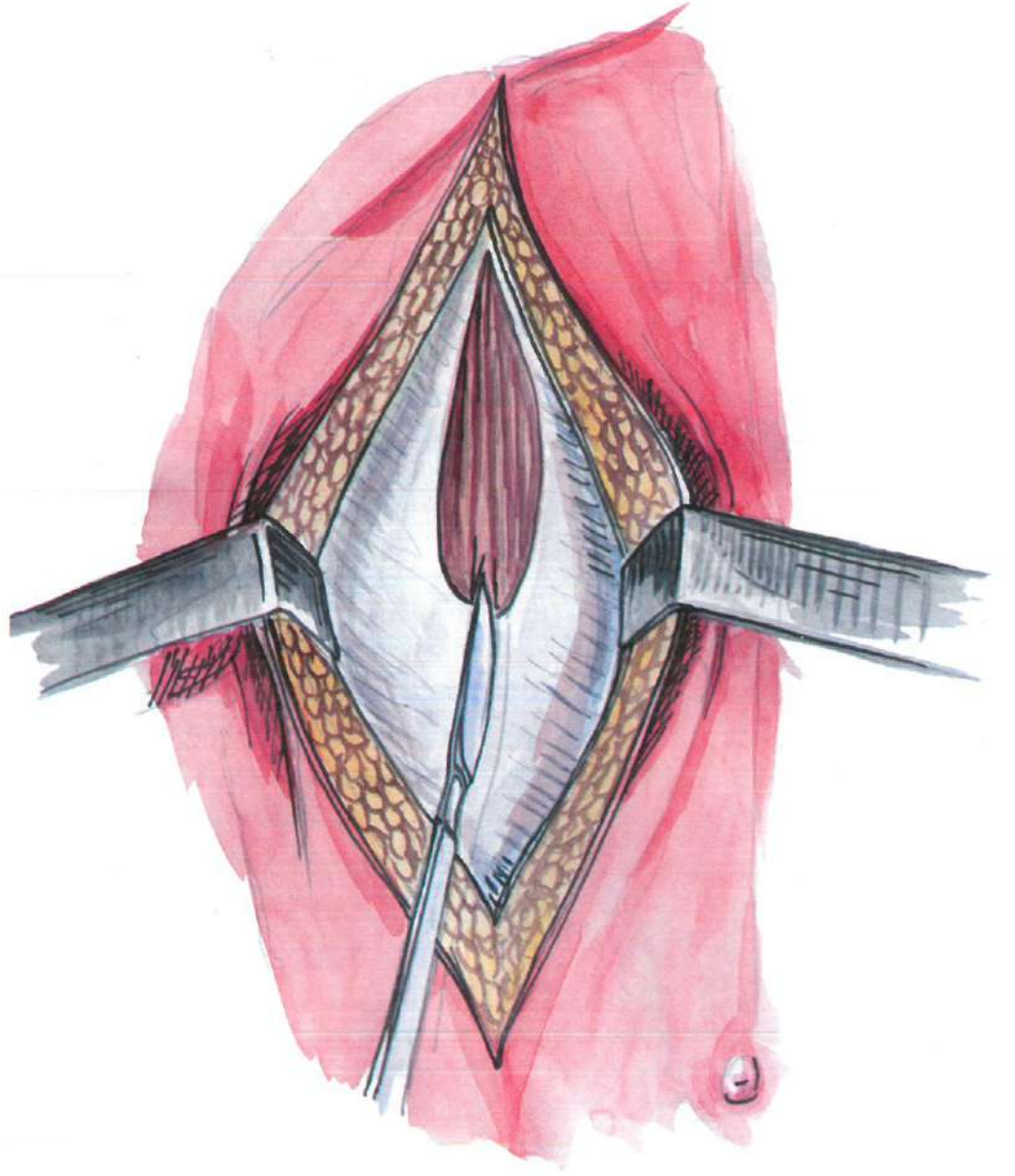


Şekil 12. Köndölen laparatomiya. Qarın əzələsi yatağının kəsilməsi.

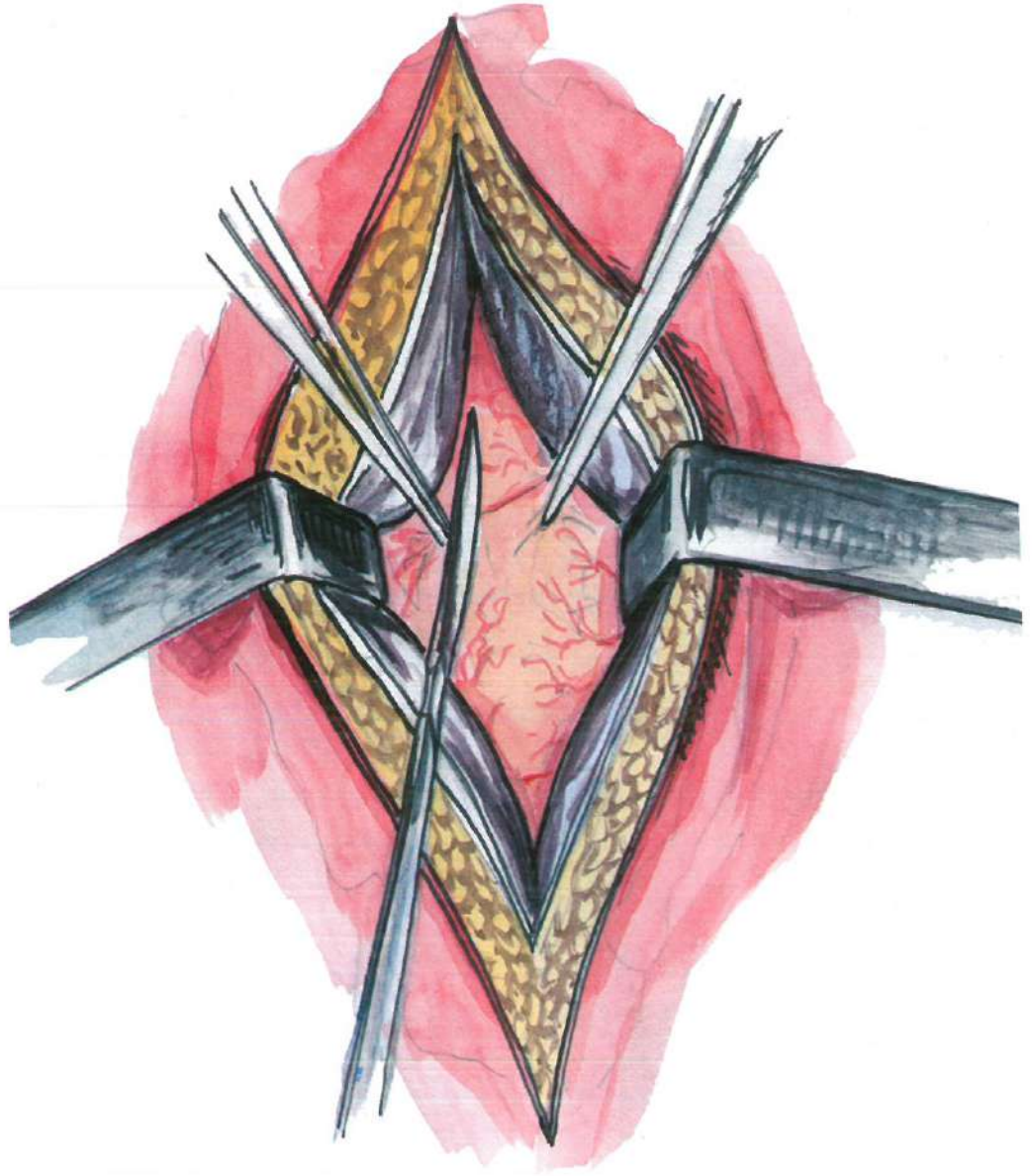




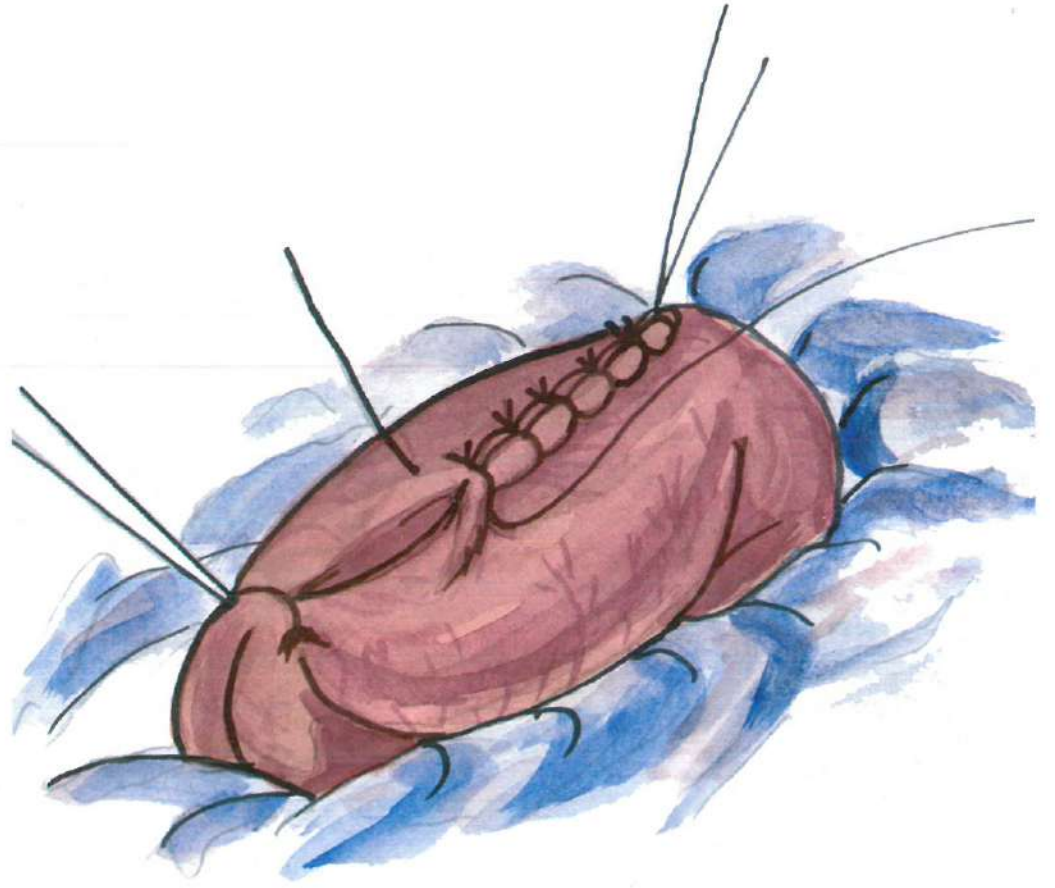
Şekil 13. Köndəlen laparotomiya. Qarının düz əzələsinin kəsilməsi.



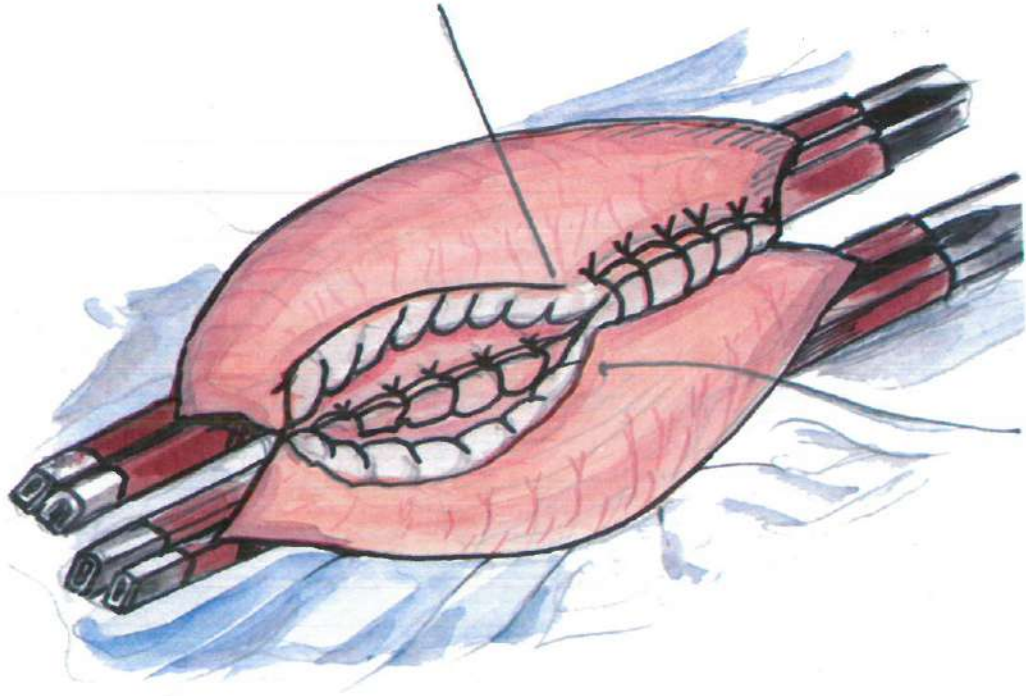
Şekil 14. Transrektal kəsik. Qarının düz əzələ yatağının ön divarının kəsilməsi.



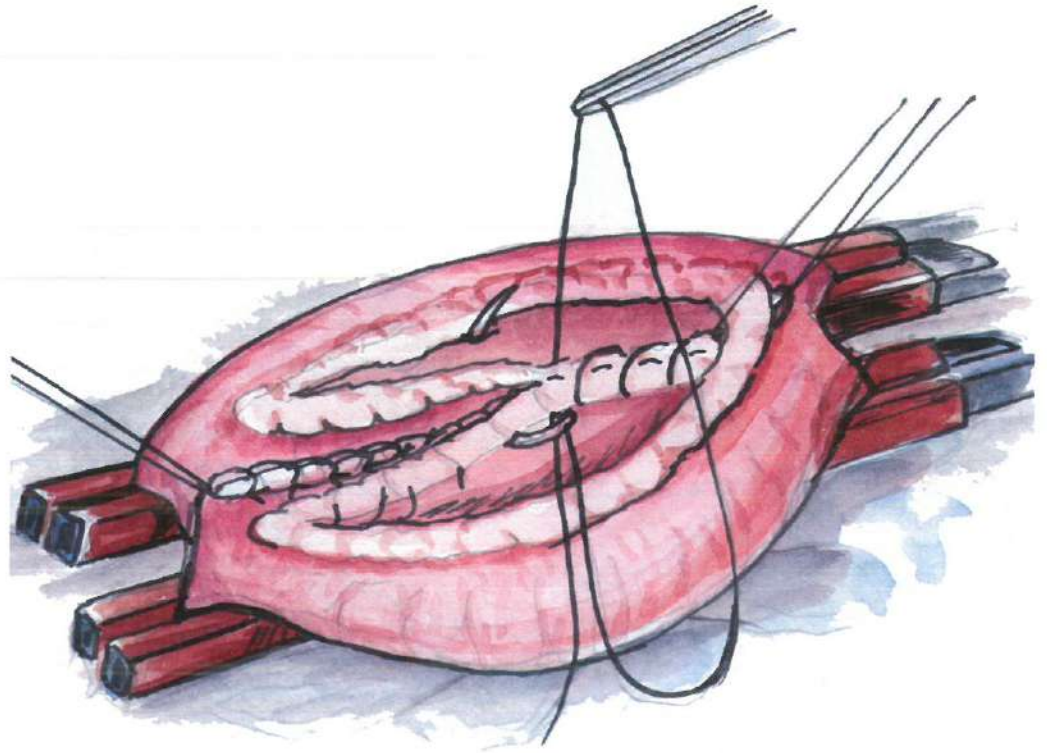
Şekil 15. Transrektal kəsik . Peritonun kəsilməsi.



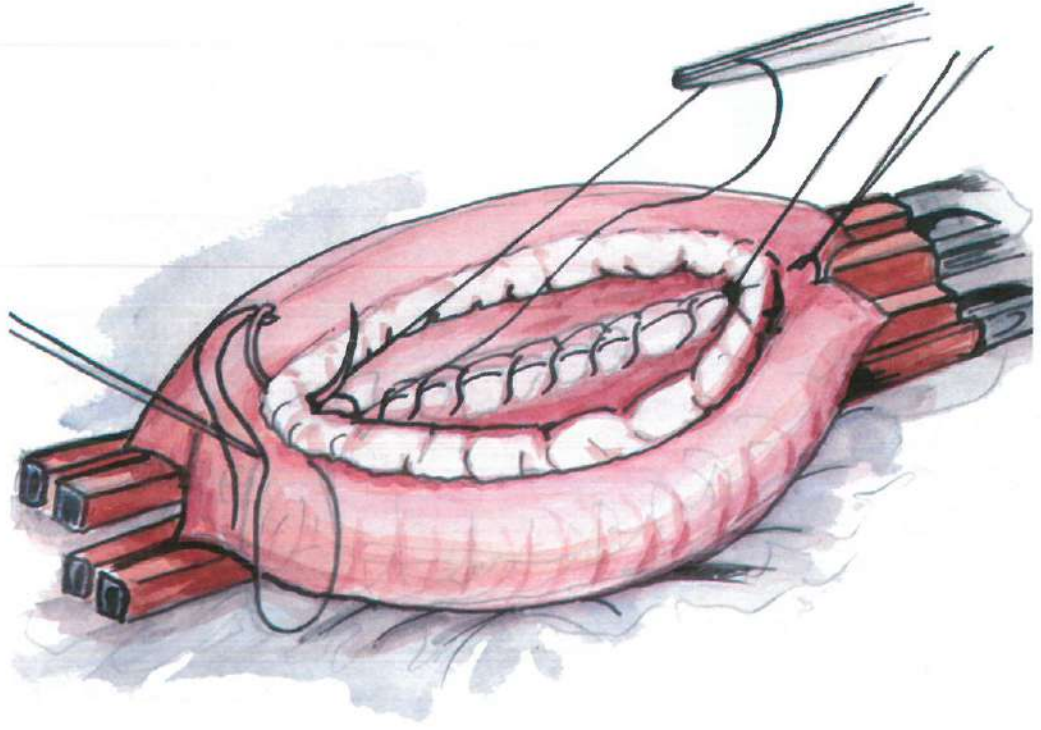
Şekil 16. Lambertin bağırsağ tikişleri.



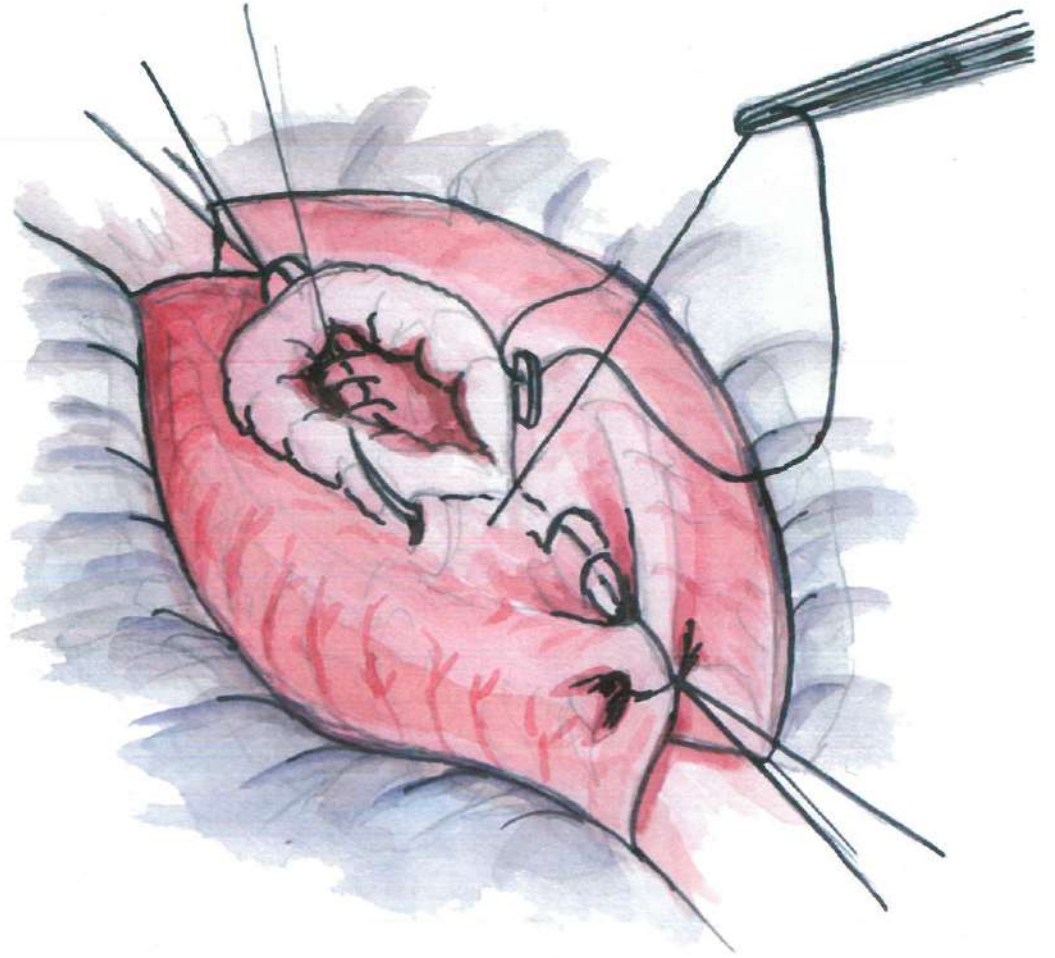
Şekil 17. Bağırsağ divarının bütün qatlarından keçən düyünlü tikişlər.



Şekil 18. Anastomozun arxa dodağına qoyulan bağırsağ divarının bütün qatlarından keçən fasilesiz tikiş.

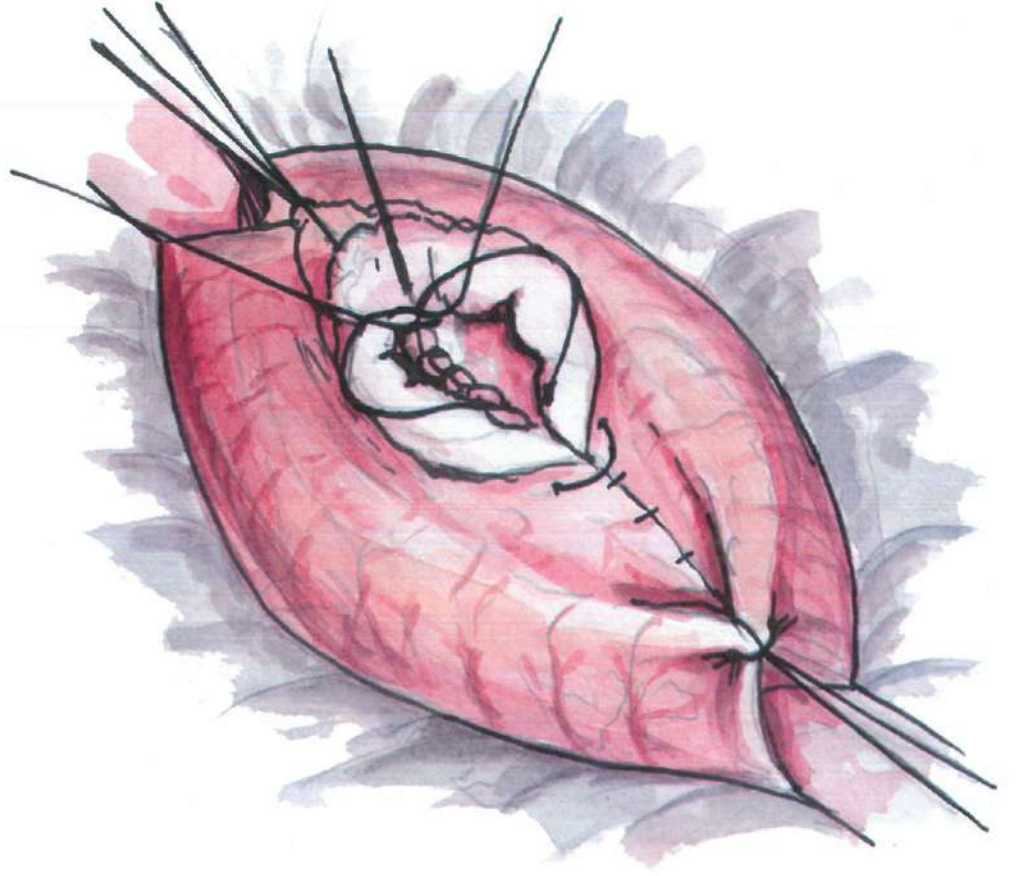


Şekil 19. Anastomozun ön dodağına qoyulan Mikuliç tikişi.

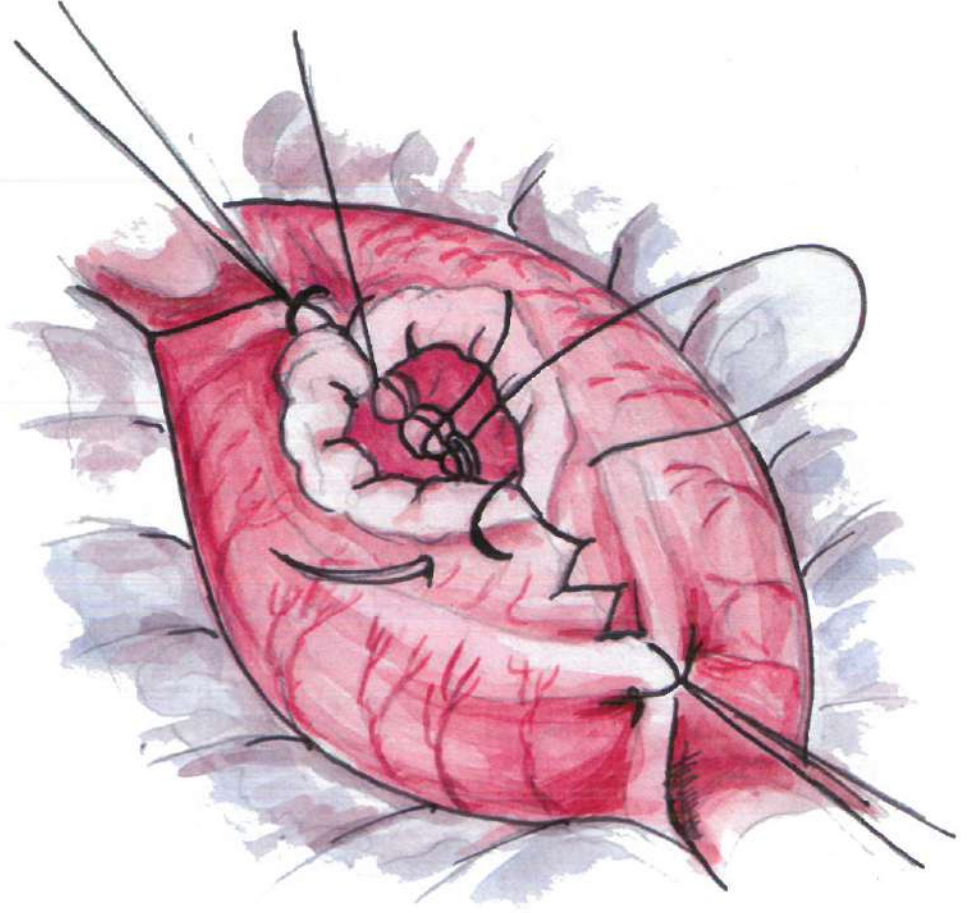


Şekil 20. Anastomozun ön dodağına qoyulan bütun qatlardan keçen sadə sıyırıcı tikiş.

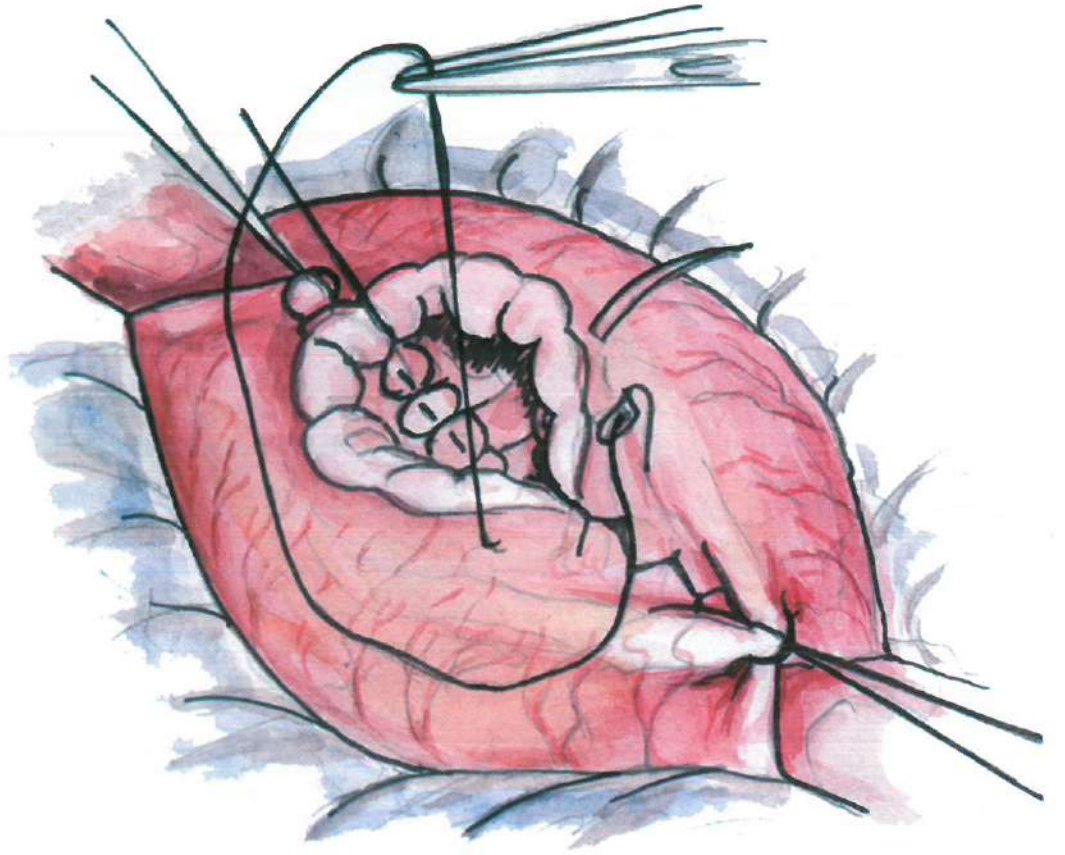




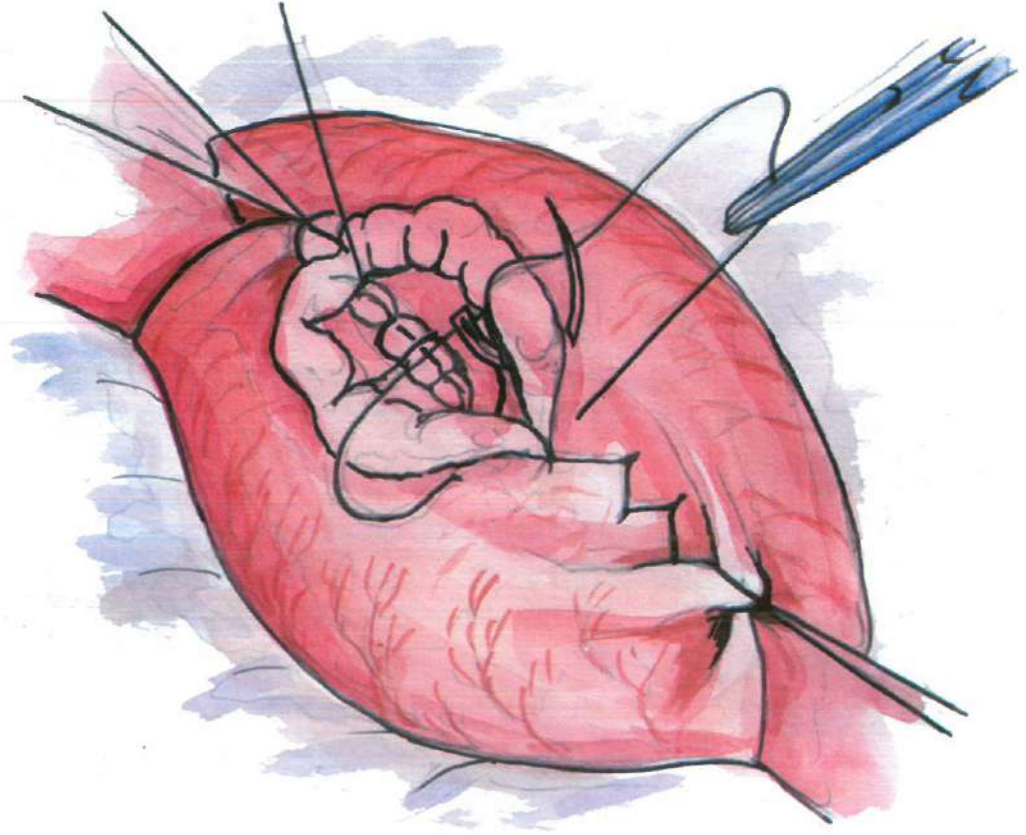
Şekil 21. Anastomozun mənəzində bağlanan düyünlü tikiş.



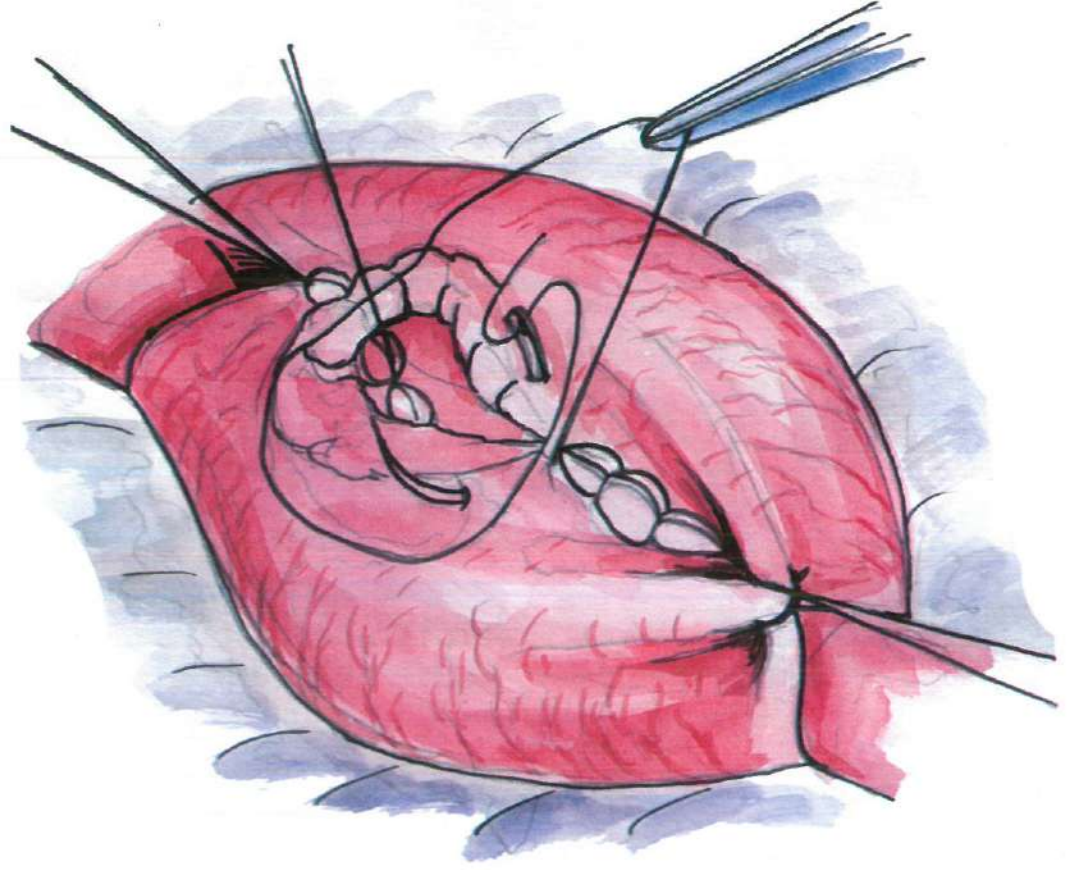
Şekil 22. Fasilésiz çevirici tikiş.



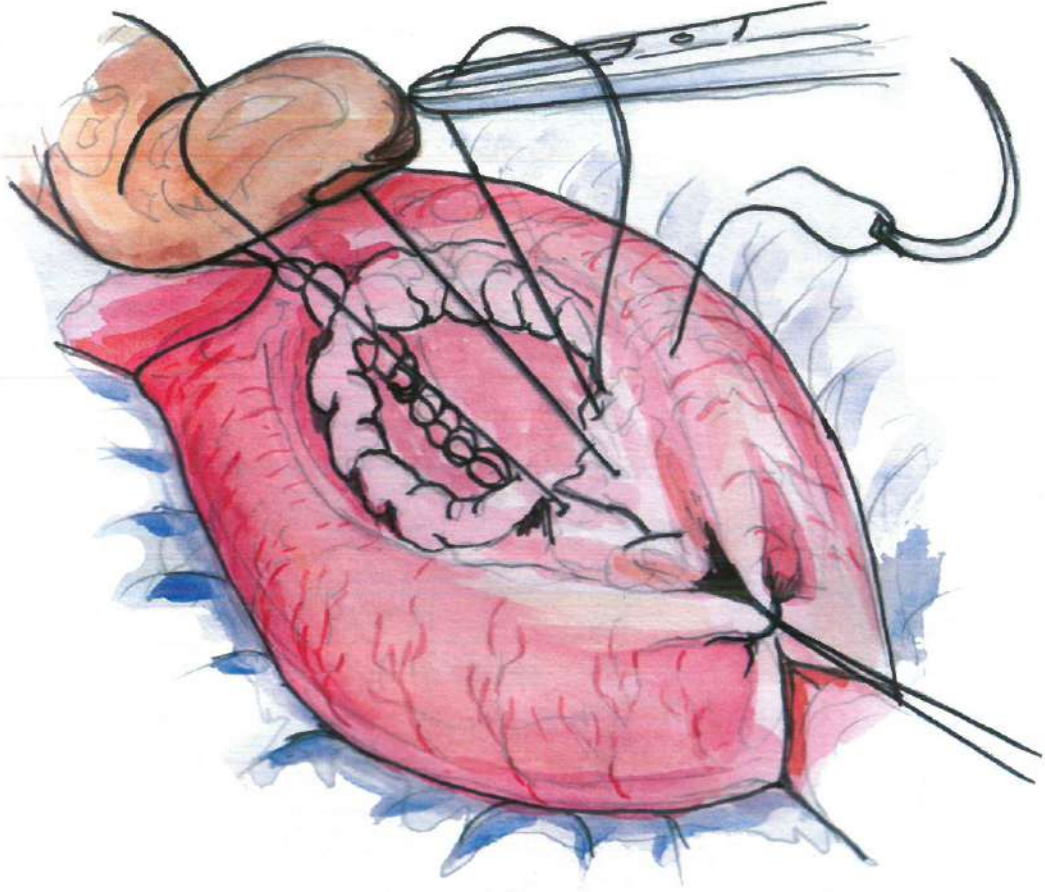
Şekil 23. Fasilesiz çevirici Pribram tikişi.



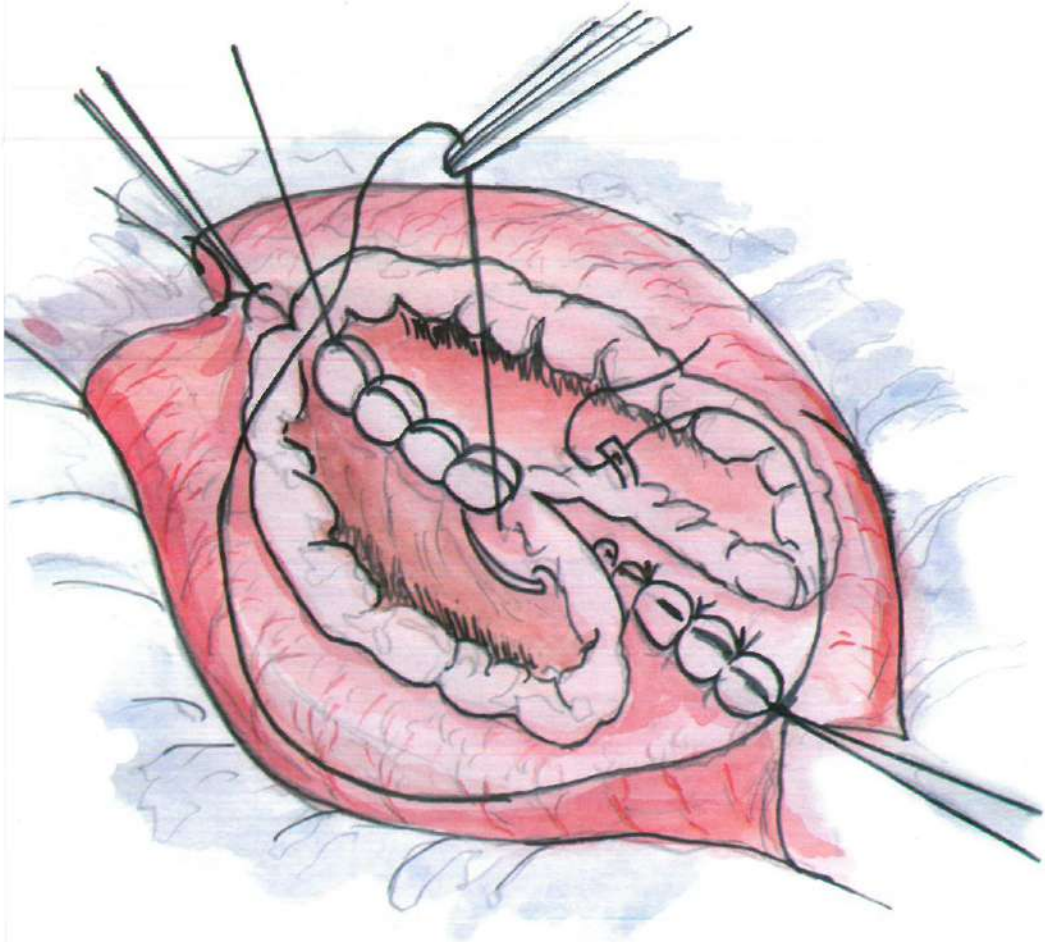
Şekil 24. Fasilésiz çevirici Şmiden tikişi.



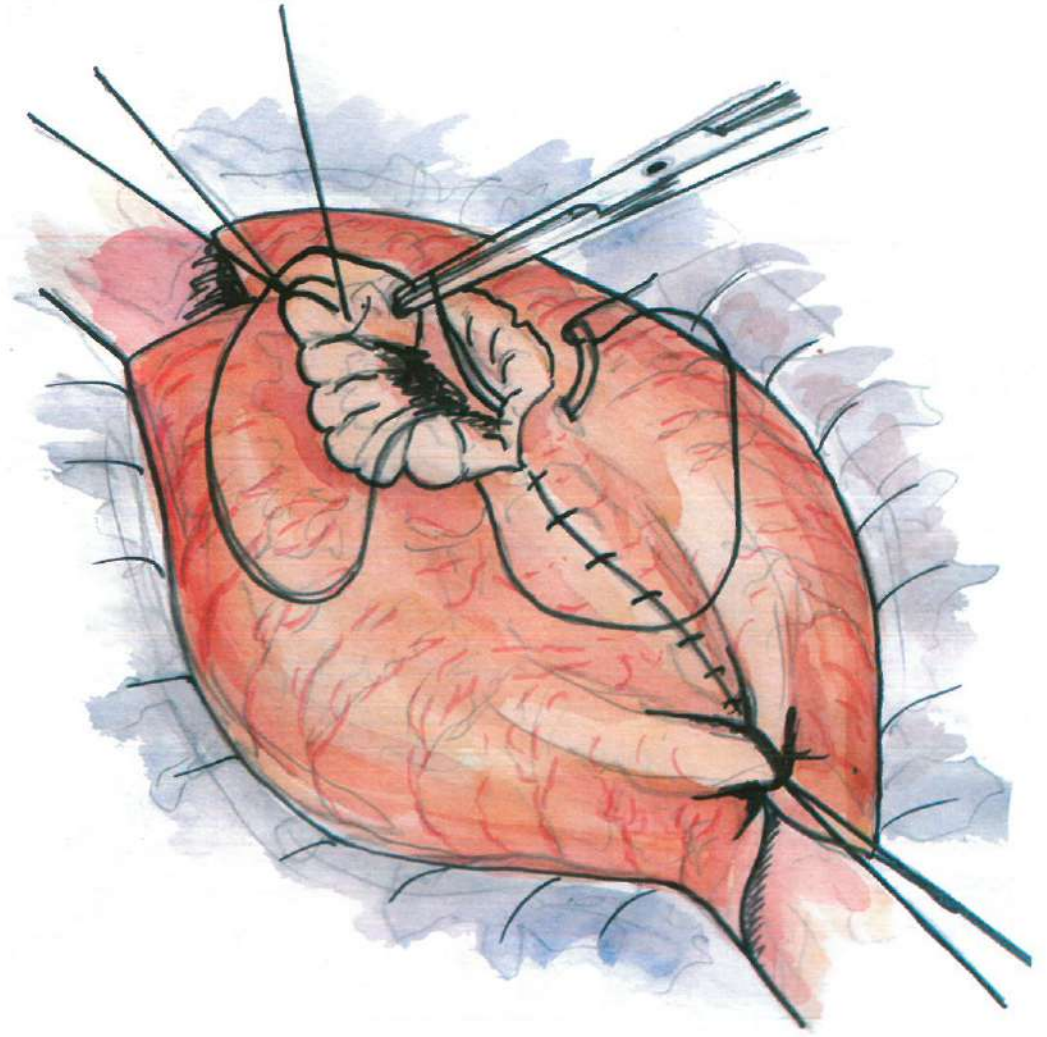
Şəkil 25. Anastomozun ön dodağına qoyulan fasilesiz "ilmələnən" tikiş.



Şekil 26. Fasilesiz çevirici Konael tikişi.

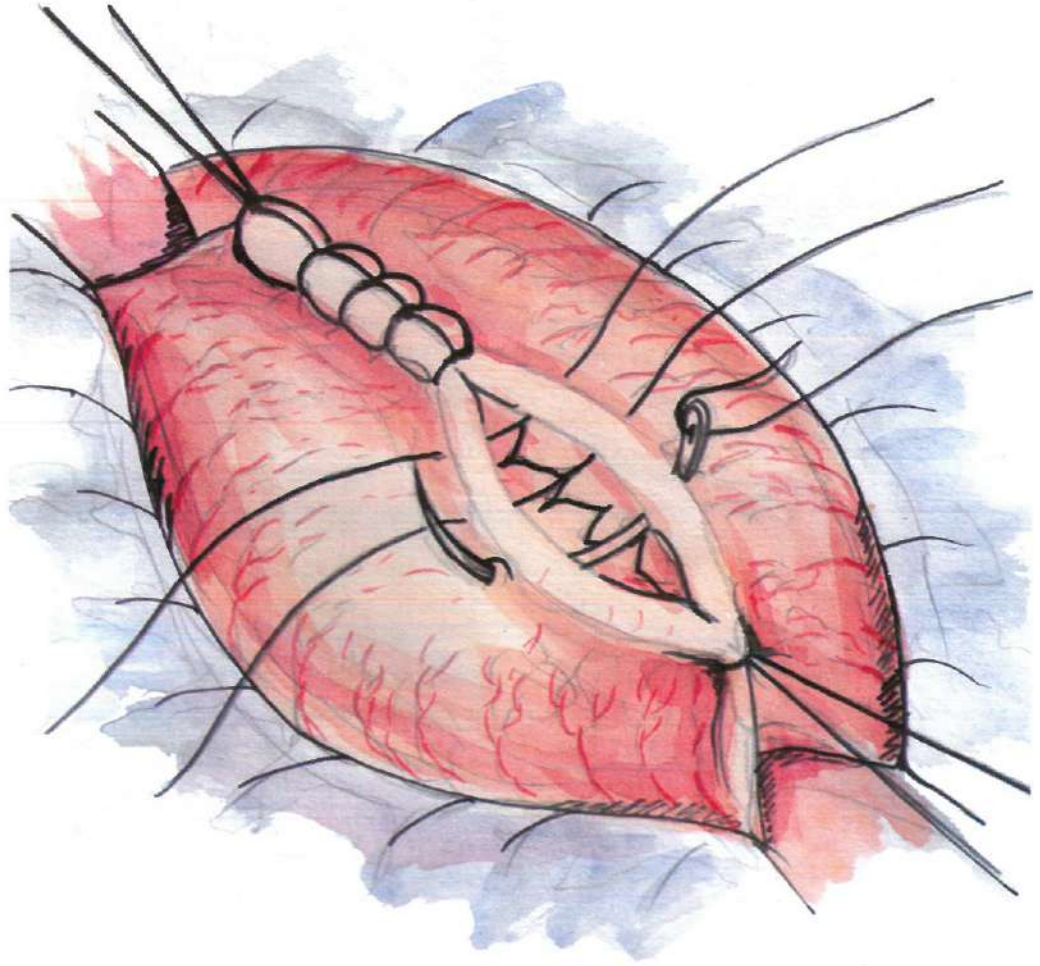


Şekil 27. Anastomozun arxa dodağına qoyulan fasilasız "ilmələnen" tikiş.



Şekil 28. Sapın anastomozun içinden dartılması ile icra edilen Mikuliç tikişi.

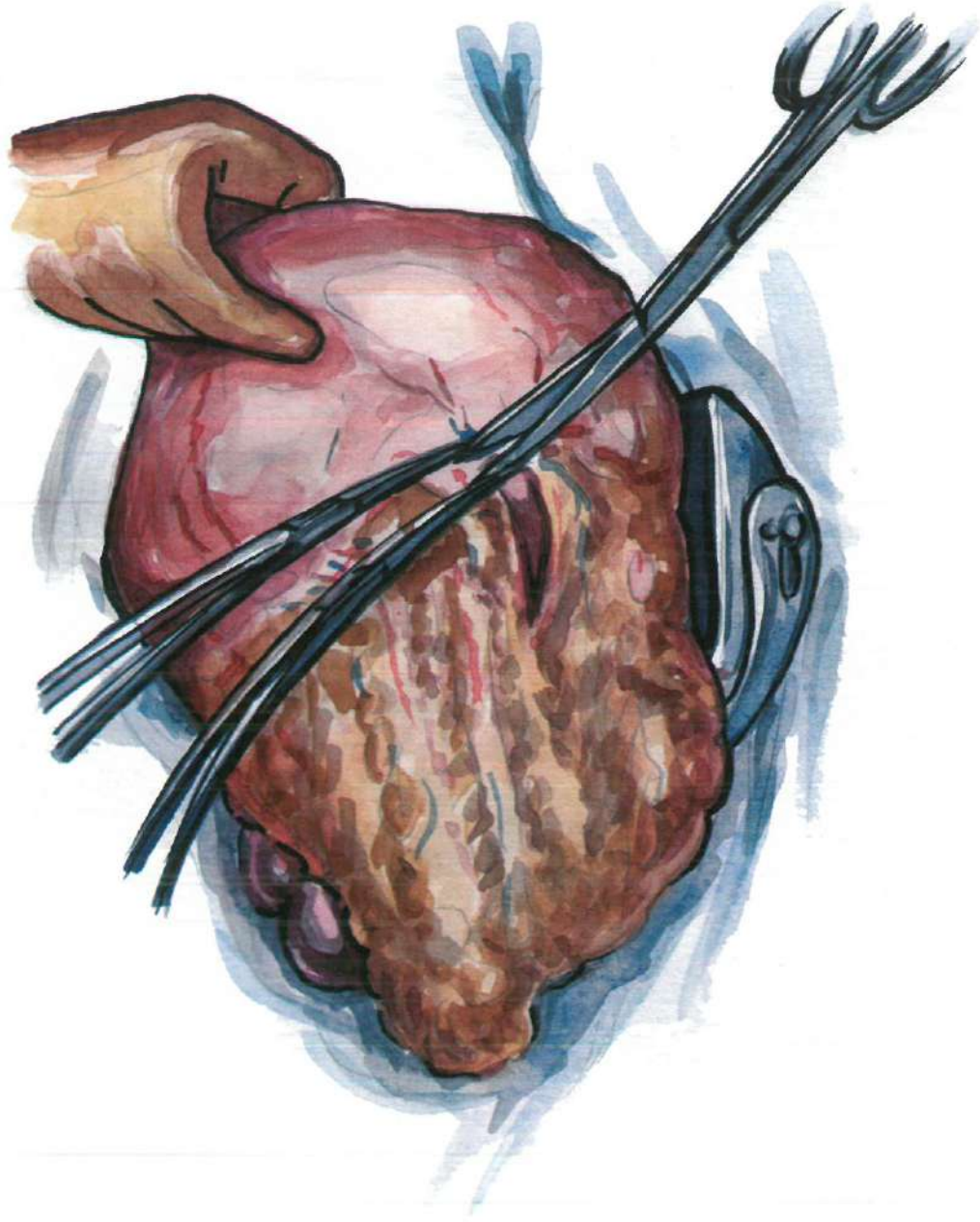




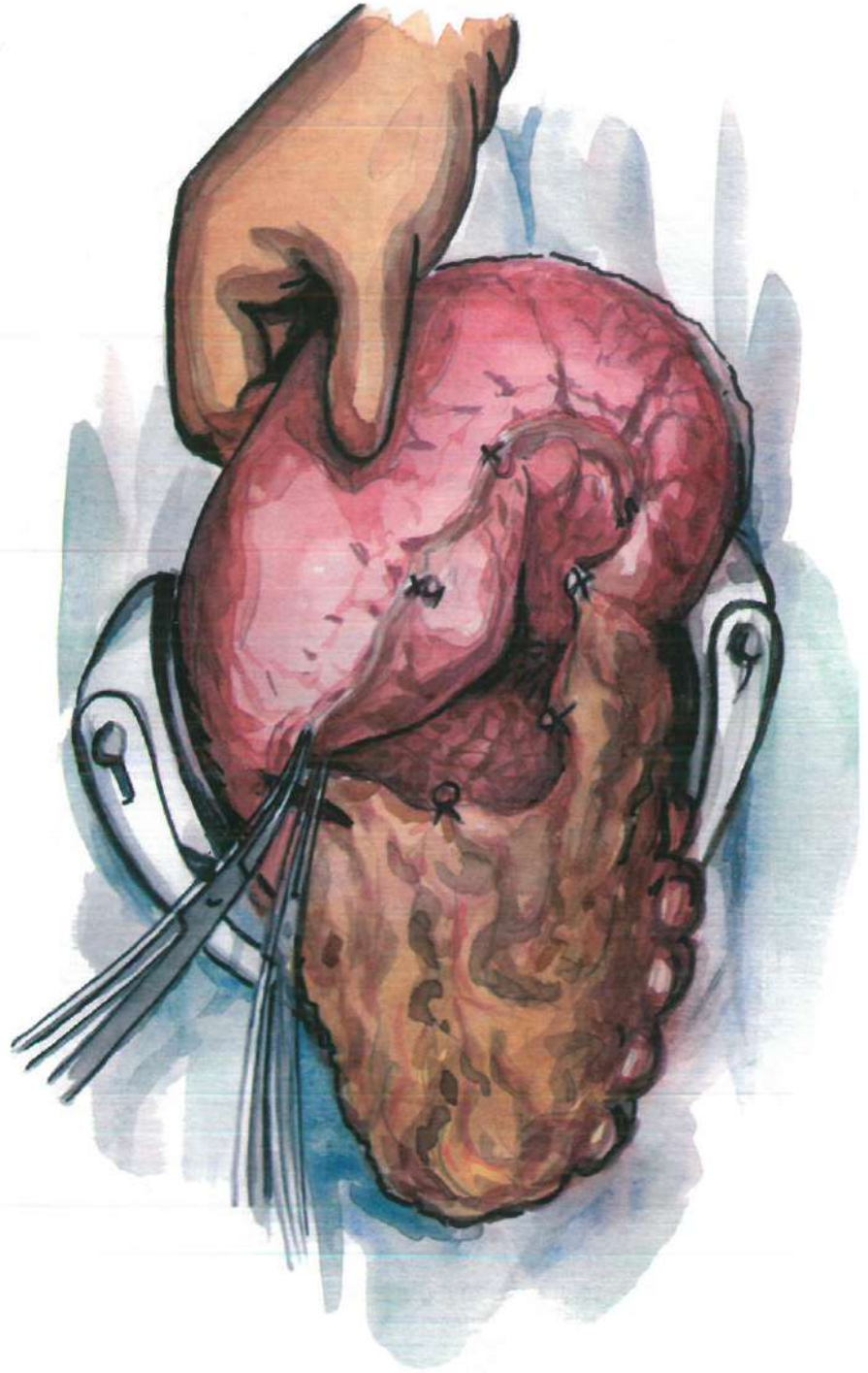
Şekil 29. Anastomozun ön dodağına qoyulan düyünlü sero-seroz tikişlər.



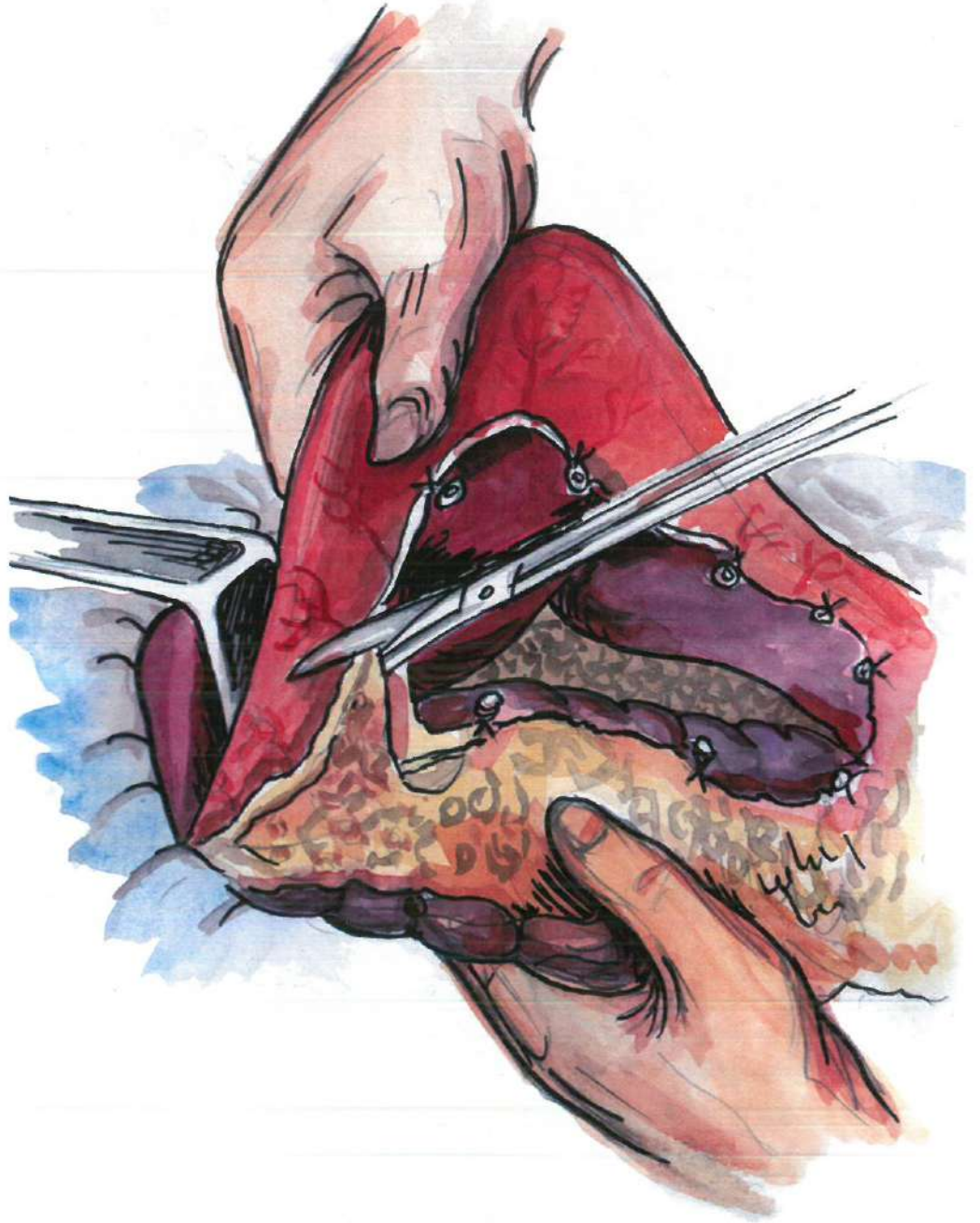
Şəkil 30. A.A.Şalimova görə mədəni kəsməyin həcmninin təyini (1 - 4 kəsmənin hədd-  
ləri: 1 - "yarısının" kəsilməsi, 2 - mədənin 2/3 - sinin kəsilməsi, 3 - mədənin 3/4 - nün  
kəsilməsi, 4 - subtotal kəsilməsi.



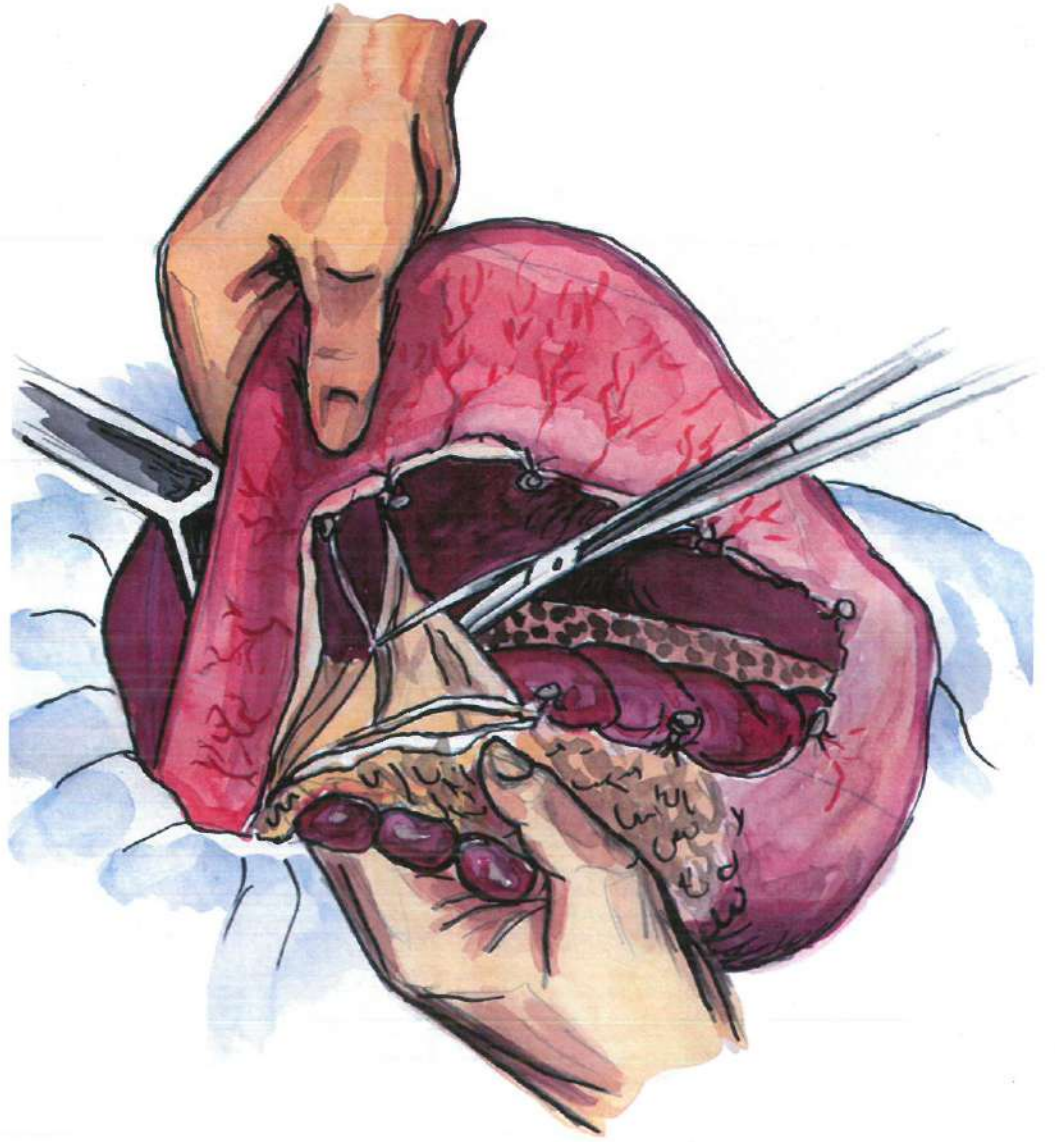
Şekil 31. Mədənin böyük əyriliyi boyunca mobilizasiyası liq. gastrocolicumun kəsilməsi.



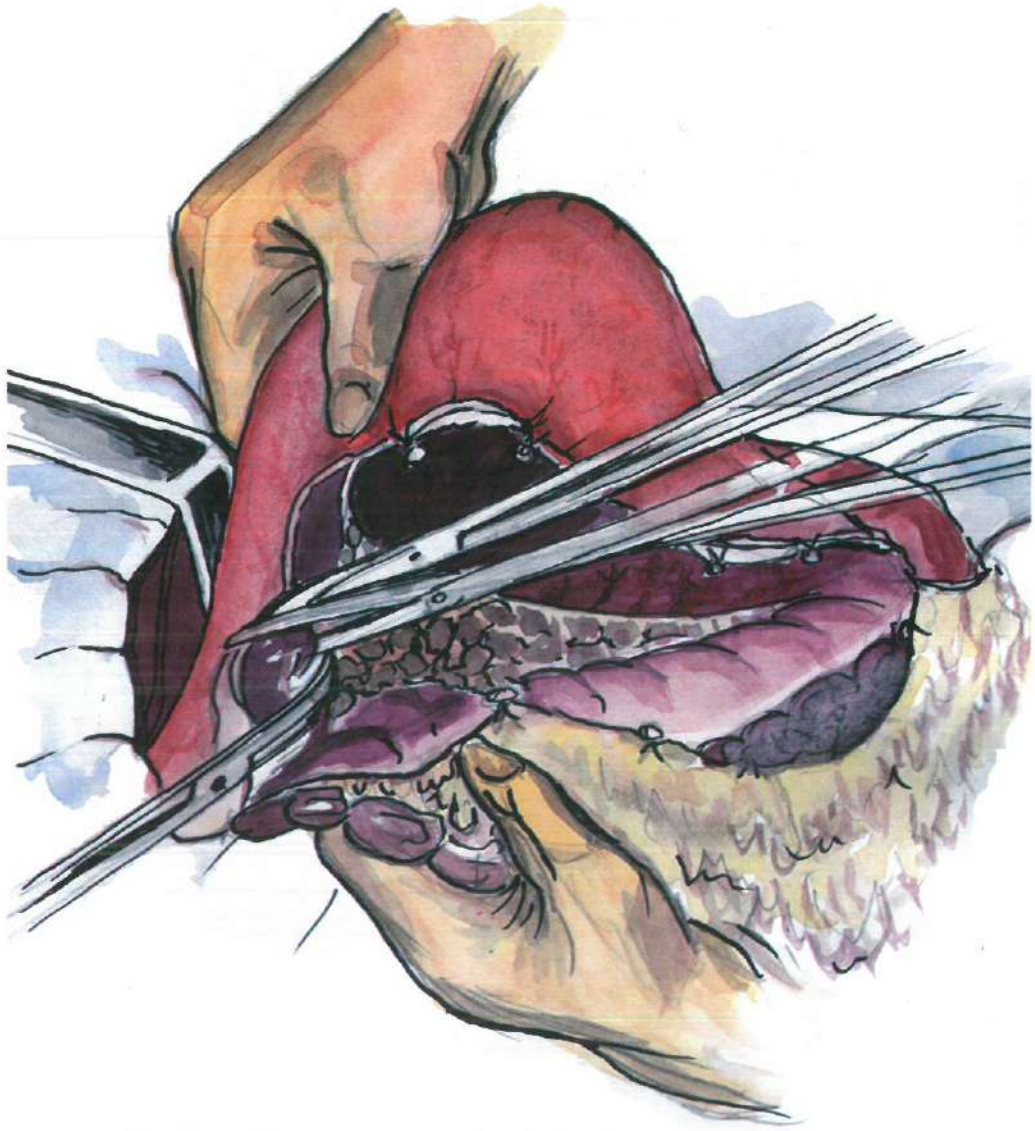
Şekil 32. Mədənin böyük əyriliyi boyunca mobilizasiyası. Sağ mədə-piylik arteriyasının sıxıcılarla tutulması.



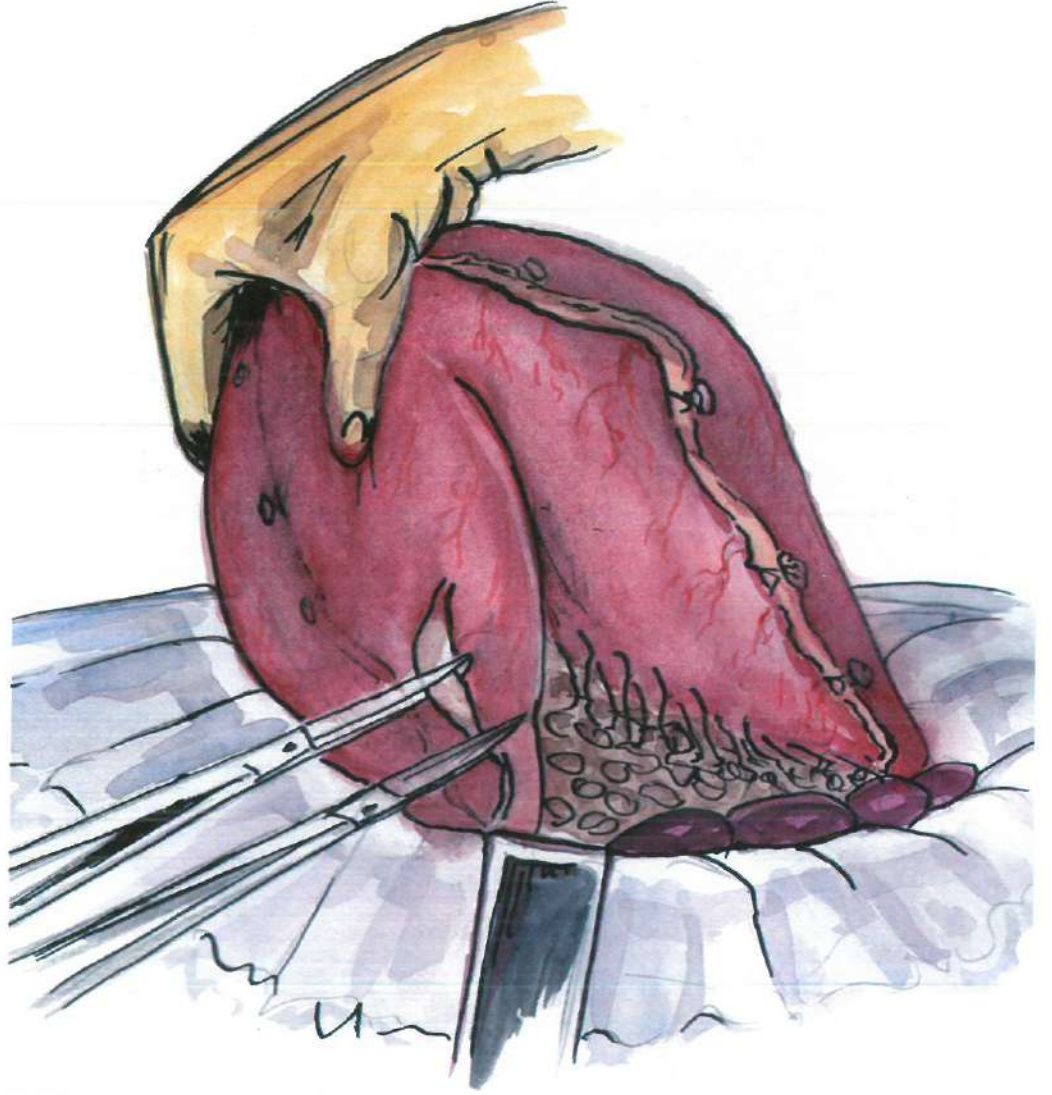
Şekil 33. Büyük ayrılık boyunca mēde çıxacađının mobilizasyonu. Lig. gastrocolicumun n sēhifesinin onikibarmađ bađırsađa keen yerine qeder kesilmesi.



Şekil 34. Mədə çıxacağıının böyük əyrilik boyunca mobilizasiyası.  
Lig. gastrocolicumun arxa səhifəsinin mədəaltı vəzə qədər kəsilməsi.

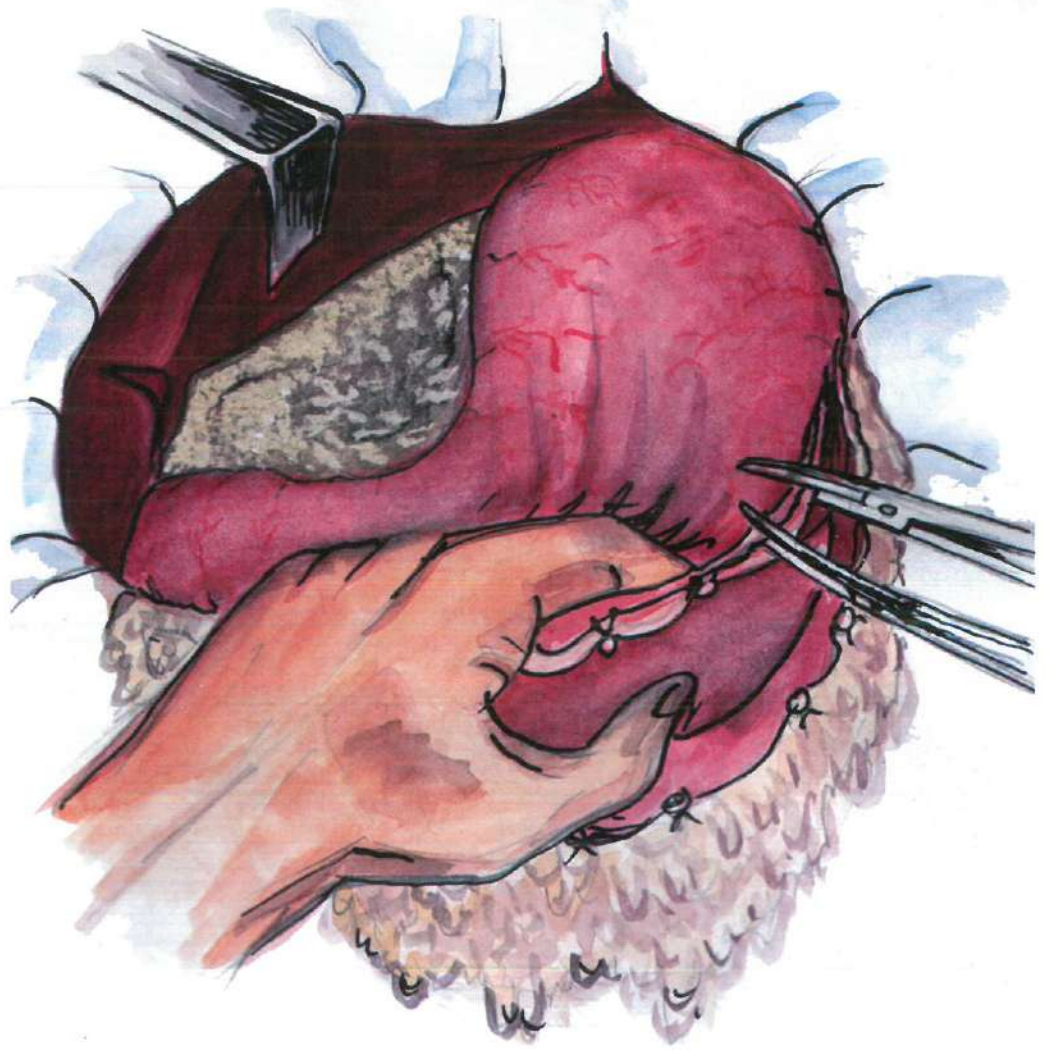


Şekil 35. Mədə çıxacağıının böyük əyrilik boyunca mobilizasiyası. Mədə-duodenal arteriyanın pilorik şaxəciklərinin kəsilməsi və bağlanması.

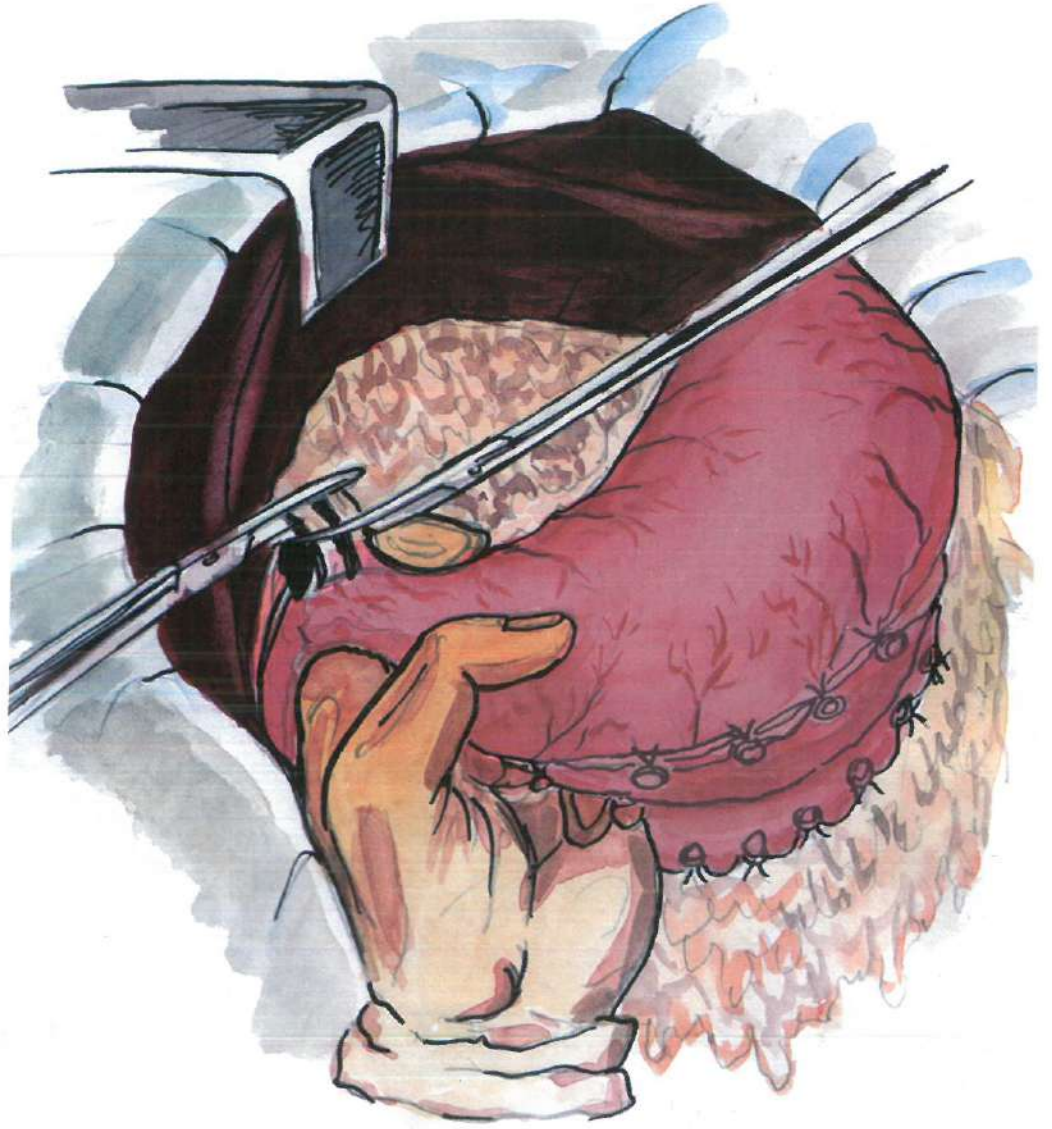


Şekil 36. Mədə çıxacağıının böyük əyrilik boyunca mobilizasiyası. Sağ mədə-piylik arteriyasının kəsilib bağlanması.

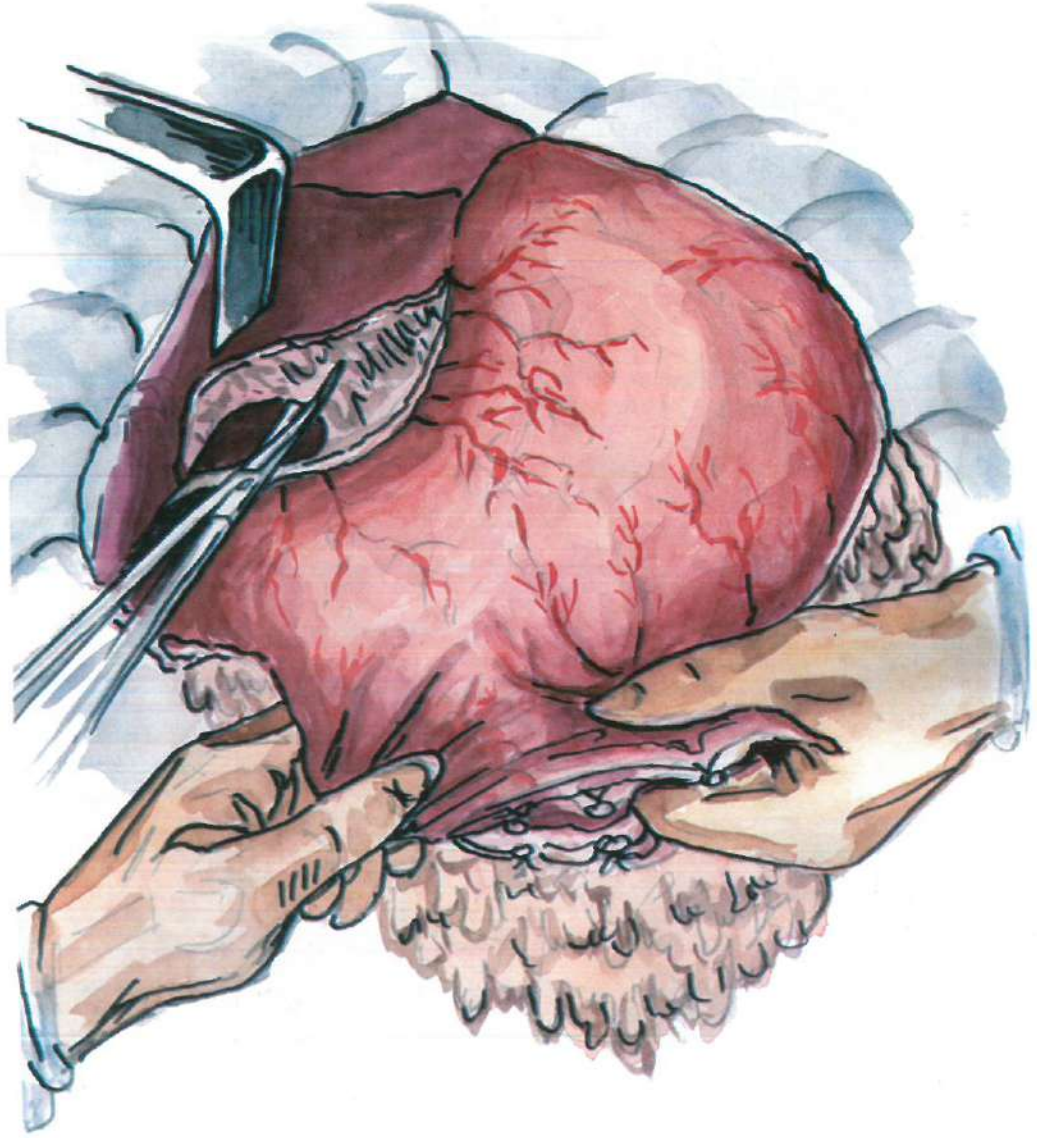




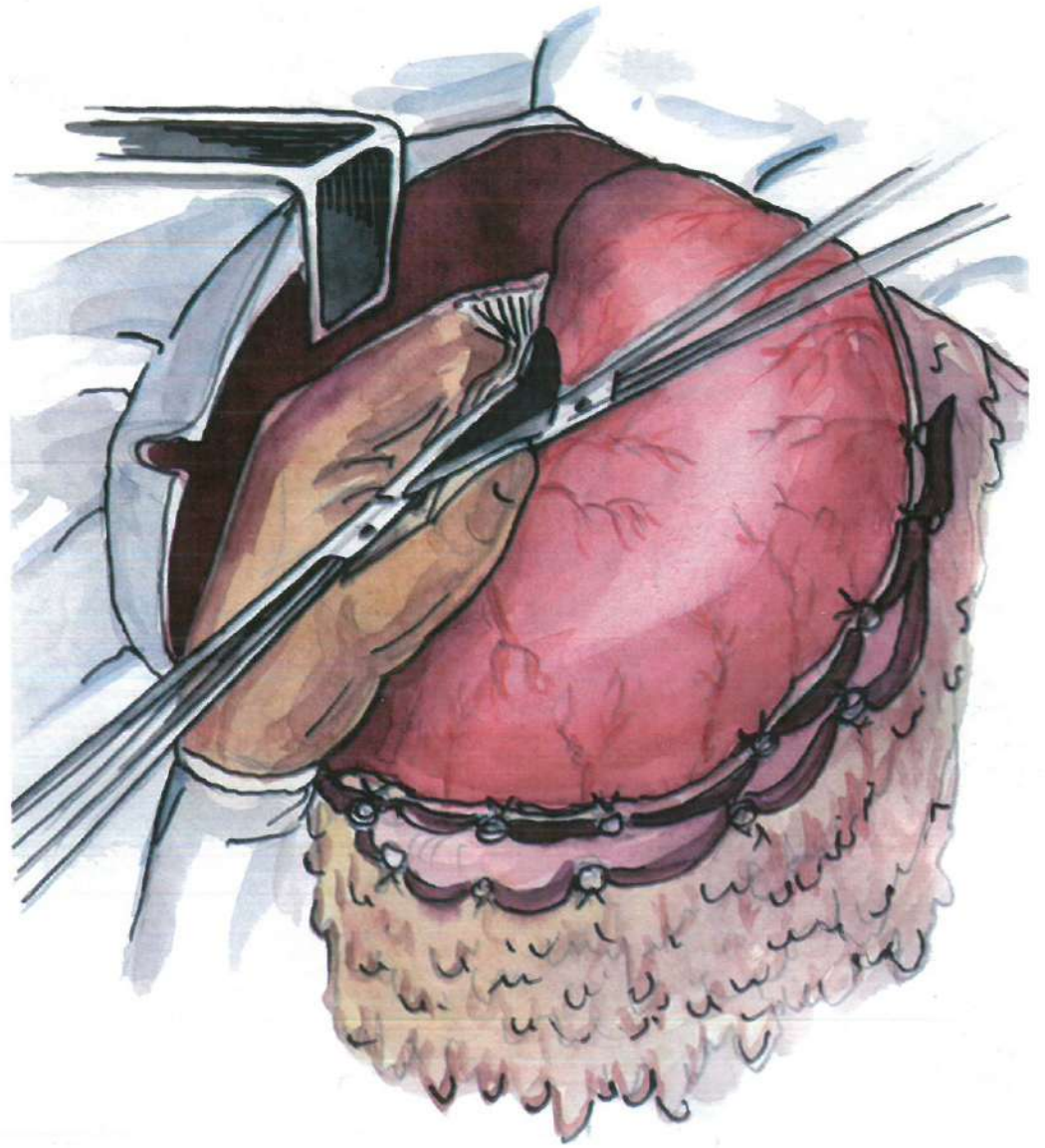
Şekil 37. Büyük ayrılık boyunca mobilizasyonun yekunlaşdırılması. Sol mada-piylik arteriyasının kesilib bağlanması.



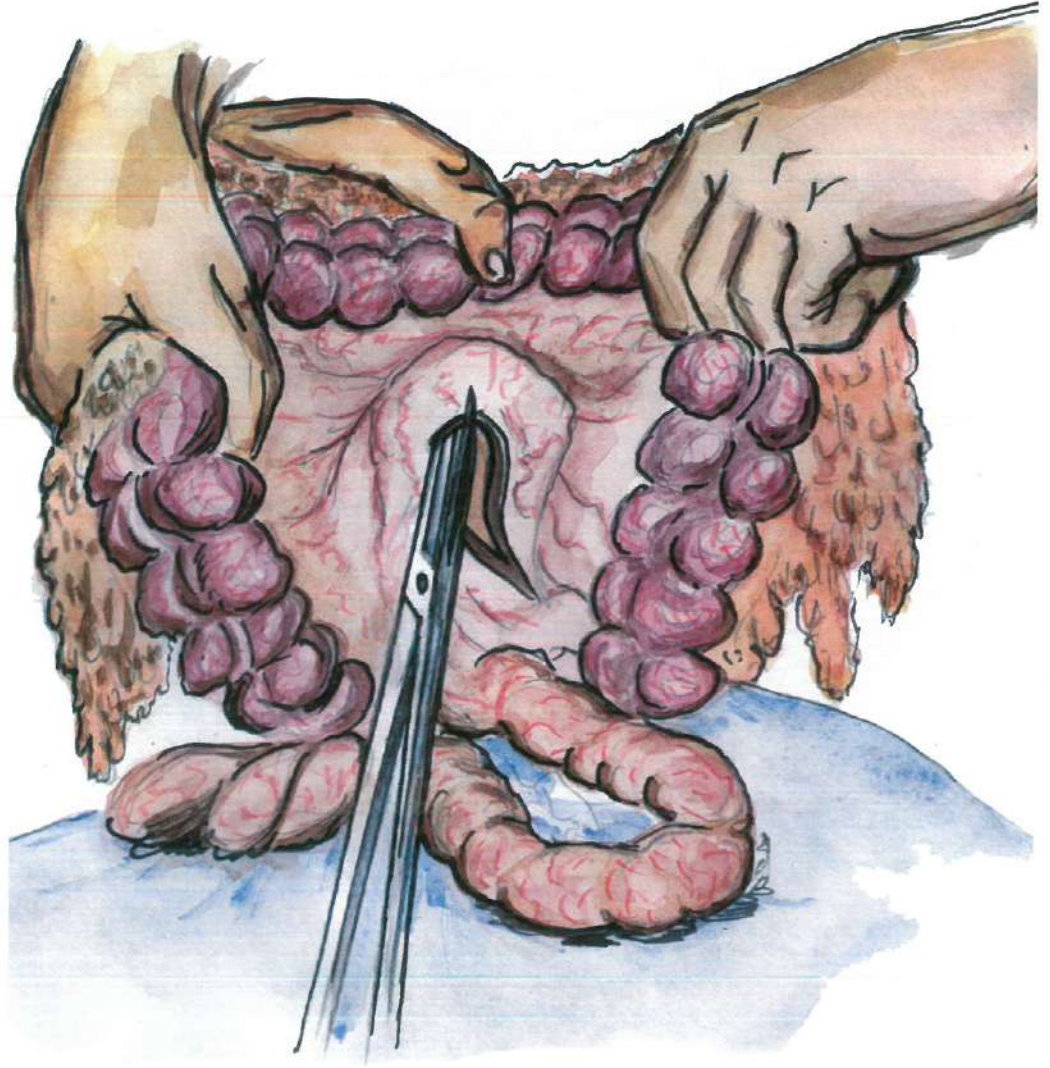
Şekil 38. Mədənin kiçik əyriliyi boyunca mobilizasiyası. Sağ mədə arteriyasının bağlanıb kəsilməsi.



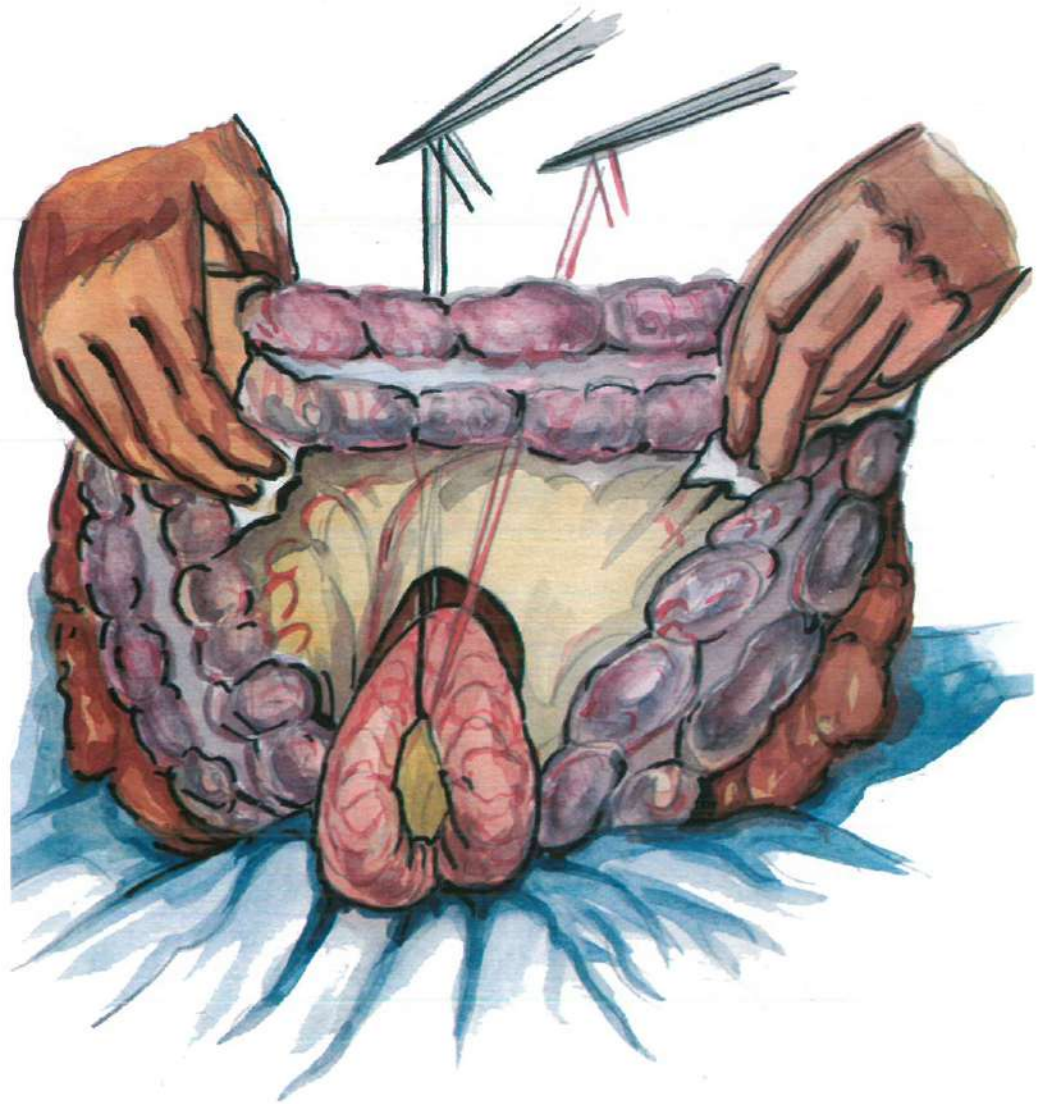
Şekil 39. Kiçik  yrilik boyunca medenin mobilizasyonu. Kiçik piyliyın kesilmesi.



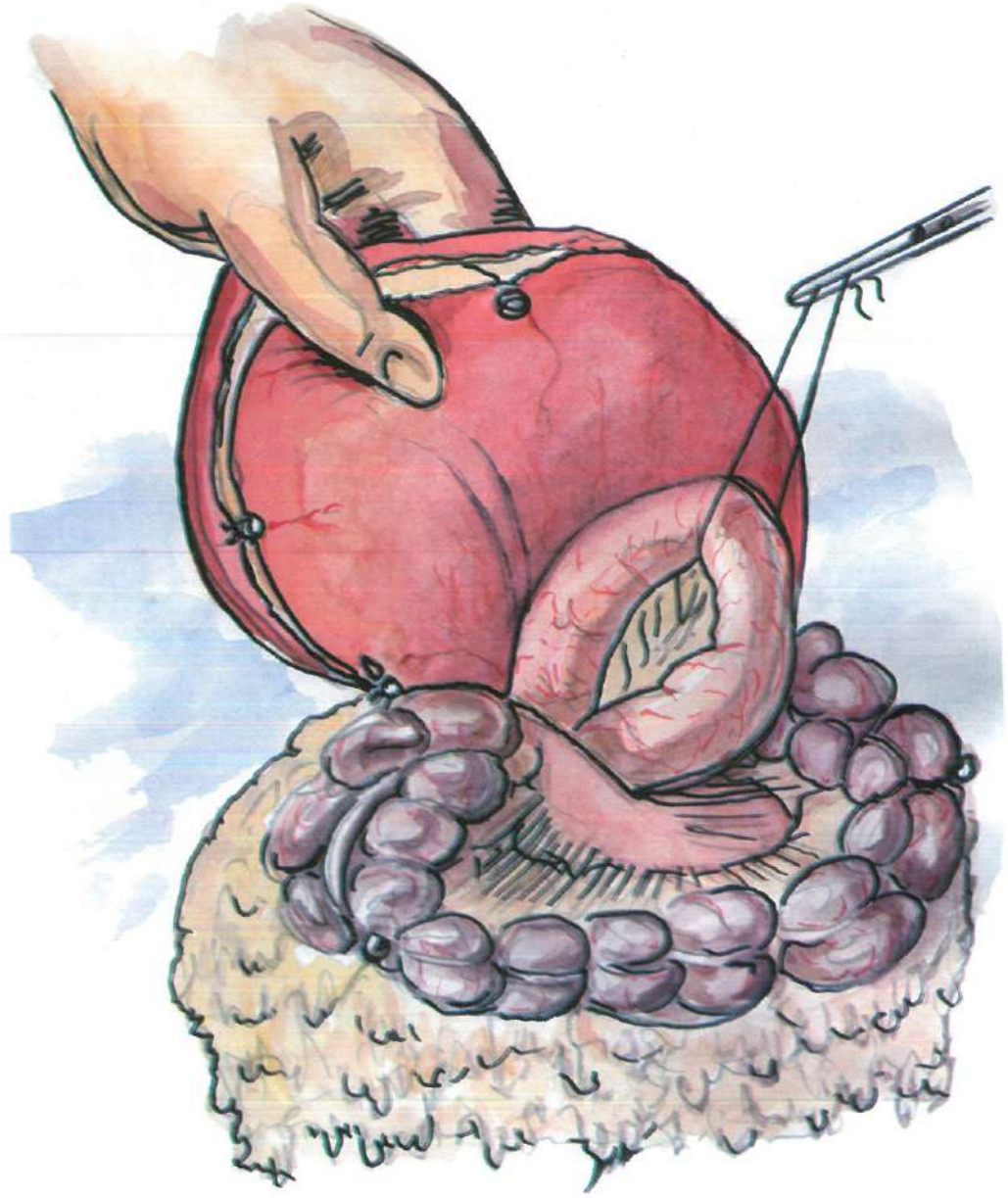
Şekil 40. Kiçik ayrılık boyunca mädenin mobilizasyonu. Sol mäden arteriyasının enen şaxesinin kesilmesi ve bağlanması.



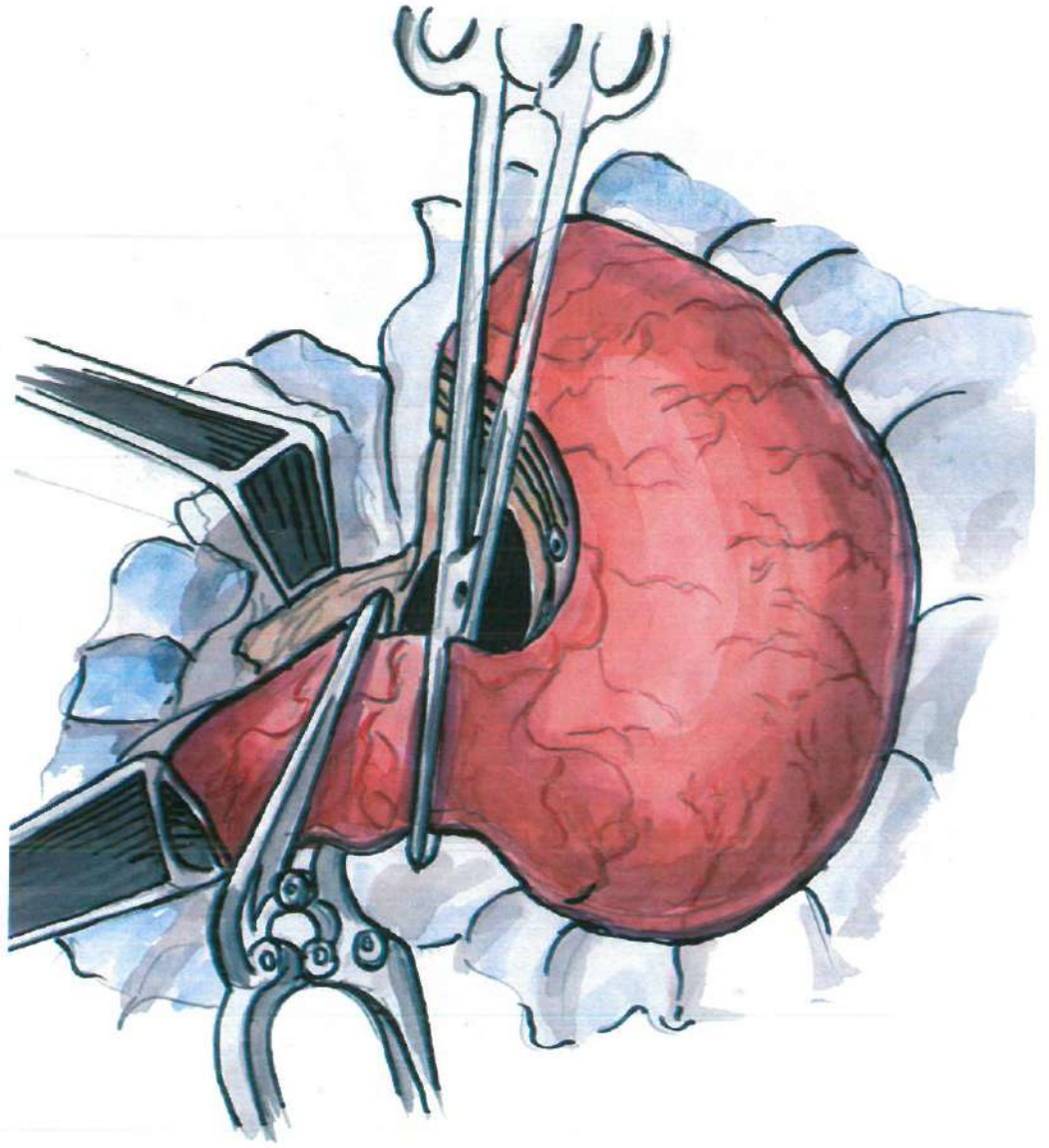
Şekil 41a. Nazik bağırsaq ilgəyini keçirtmək üçün mezakolonda aparılan kəsik.



Şəkil 41b. Mezakolon dəliyindən nazik bağırsağ ilgəyinin keçirilməsi (Bilrot II üsulu, Hofmeyster - Finsterer modifikasiyası ilə mədə rezeksiyası zamanı çəmbər bağırsağ arxası qastroenteroanastomoz qoyularkən).

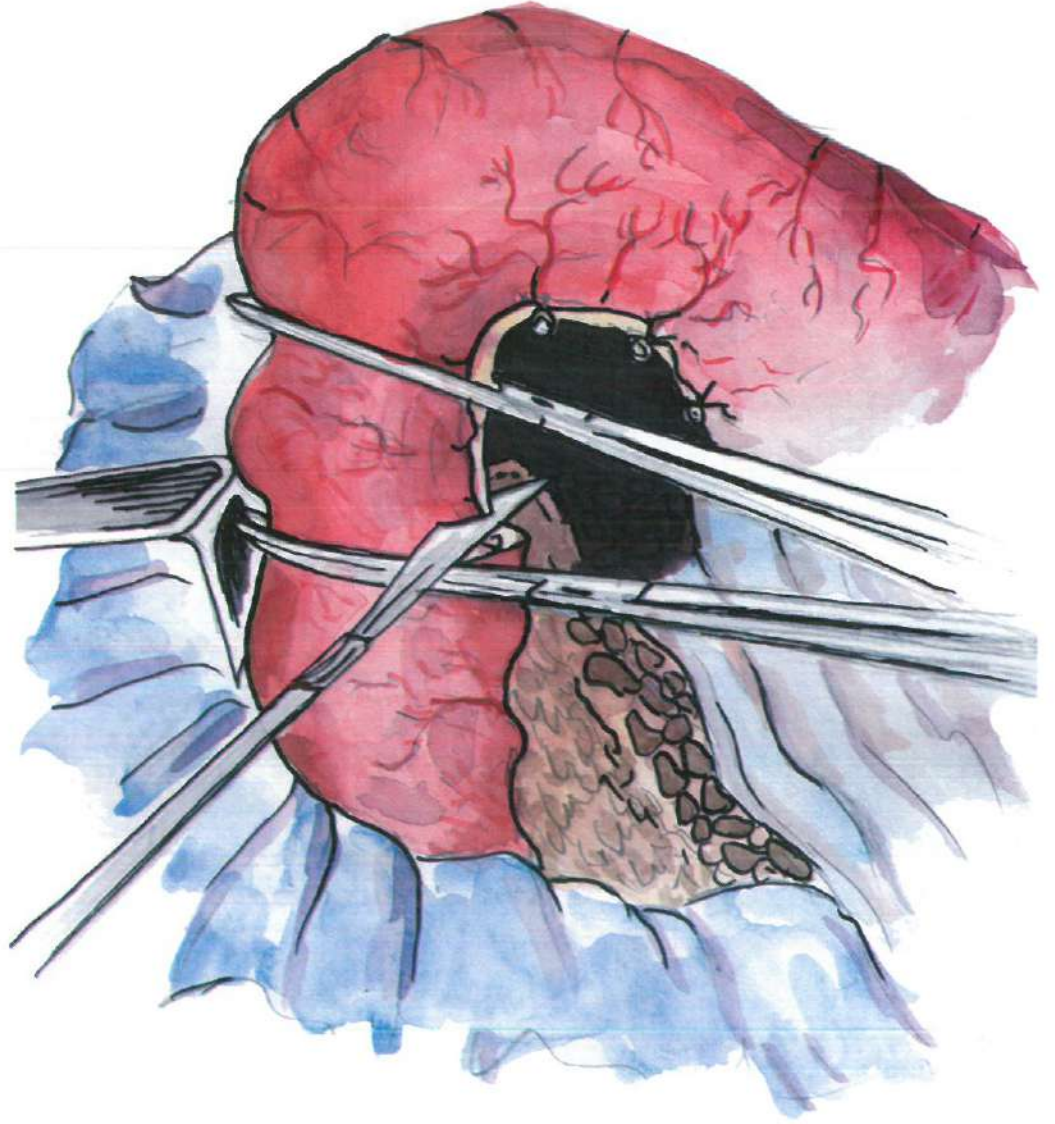


Şekil 42. Mobilizə olunmuş mədə yuxarı qaldırılıb, nazik bağırsağ ilgəyi mezakolon deliyindən keçirilib.

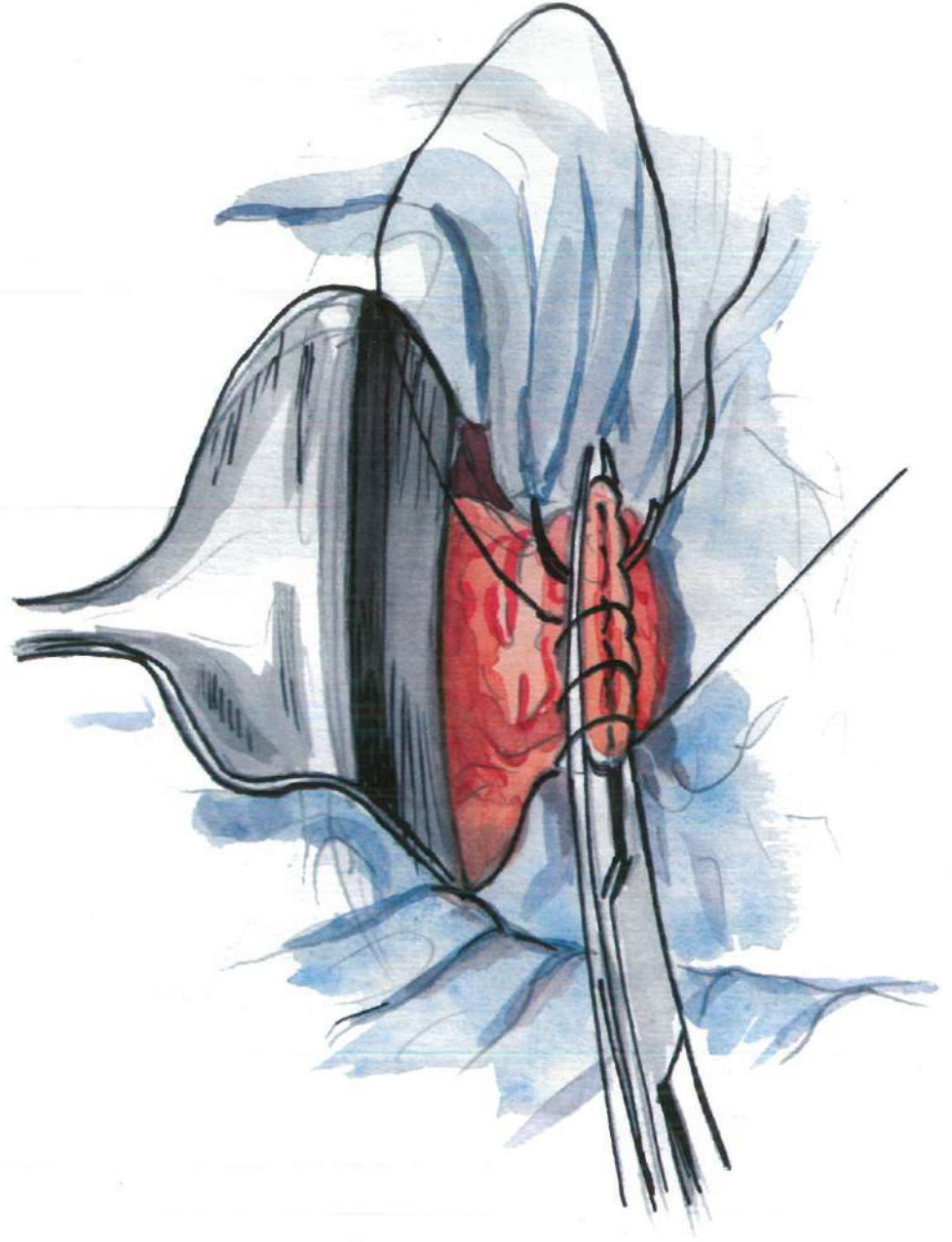


Şekil 43. Mədəni onikibarmaq bağırsaqdan kəsməyə hazırlıq. Payr (onikibarmaq bağırsağa) və Koxer sıxıcısı (mədənin antral hissəsinə) qoyulmuşdur.

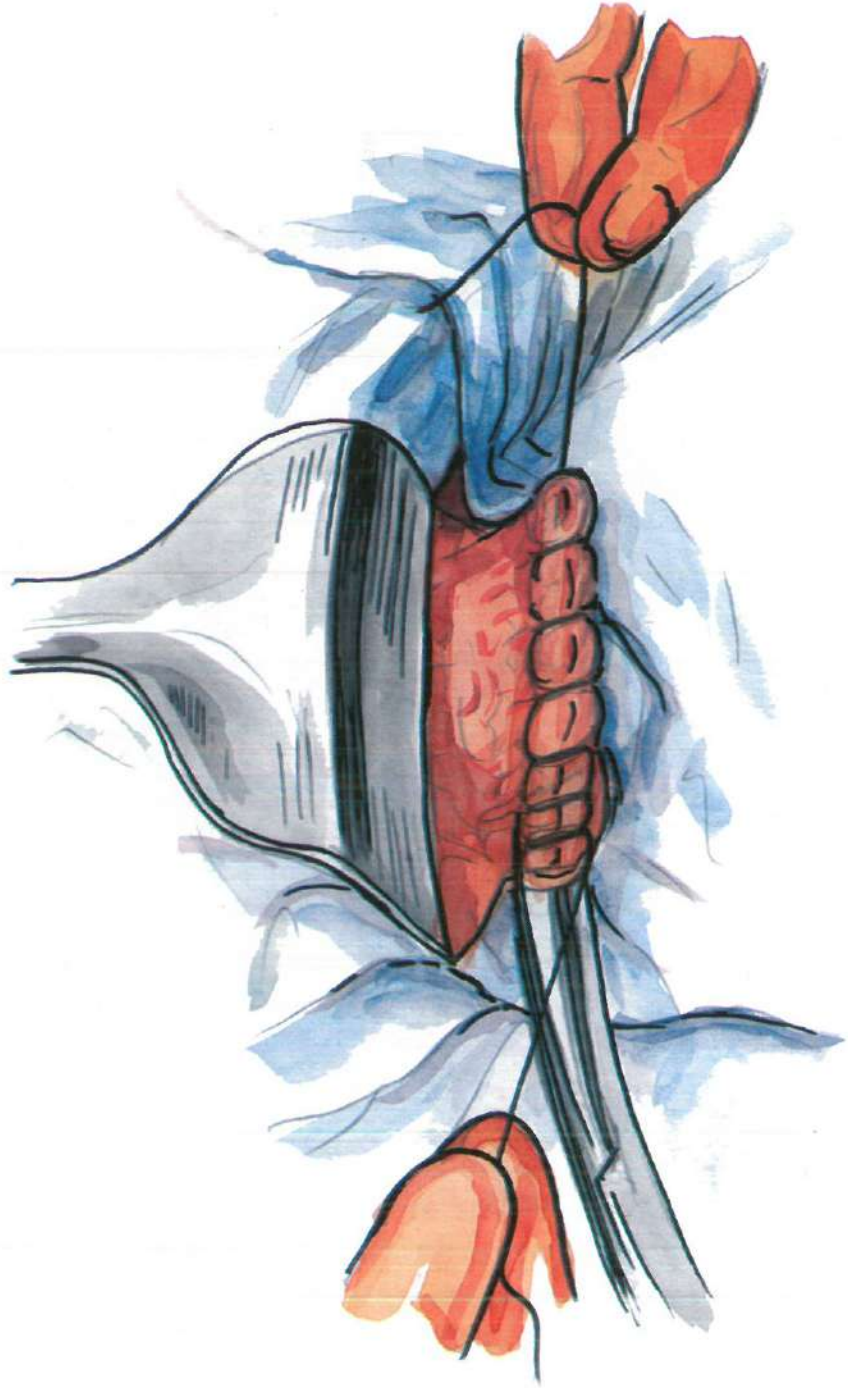




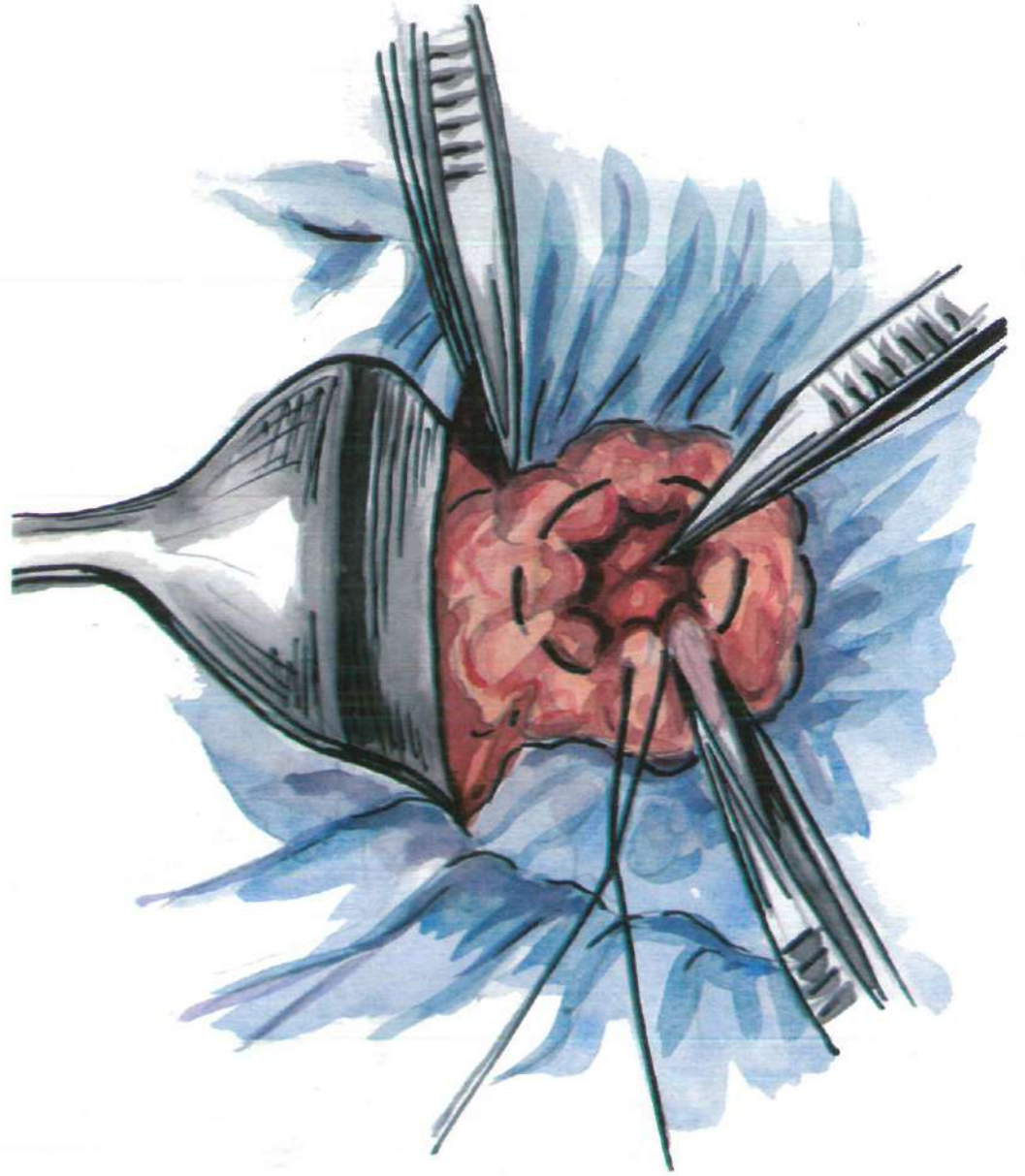
Şekil 44. Sixıcları arasında mēdēnin onikibarmaq bağırsağıdan kēsilib ayrıılması.



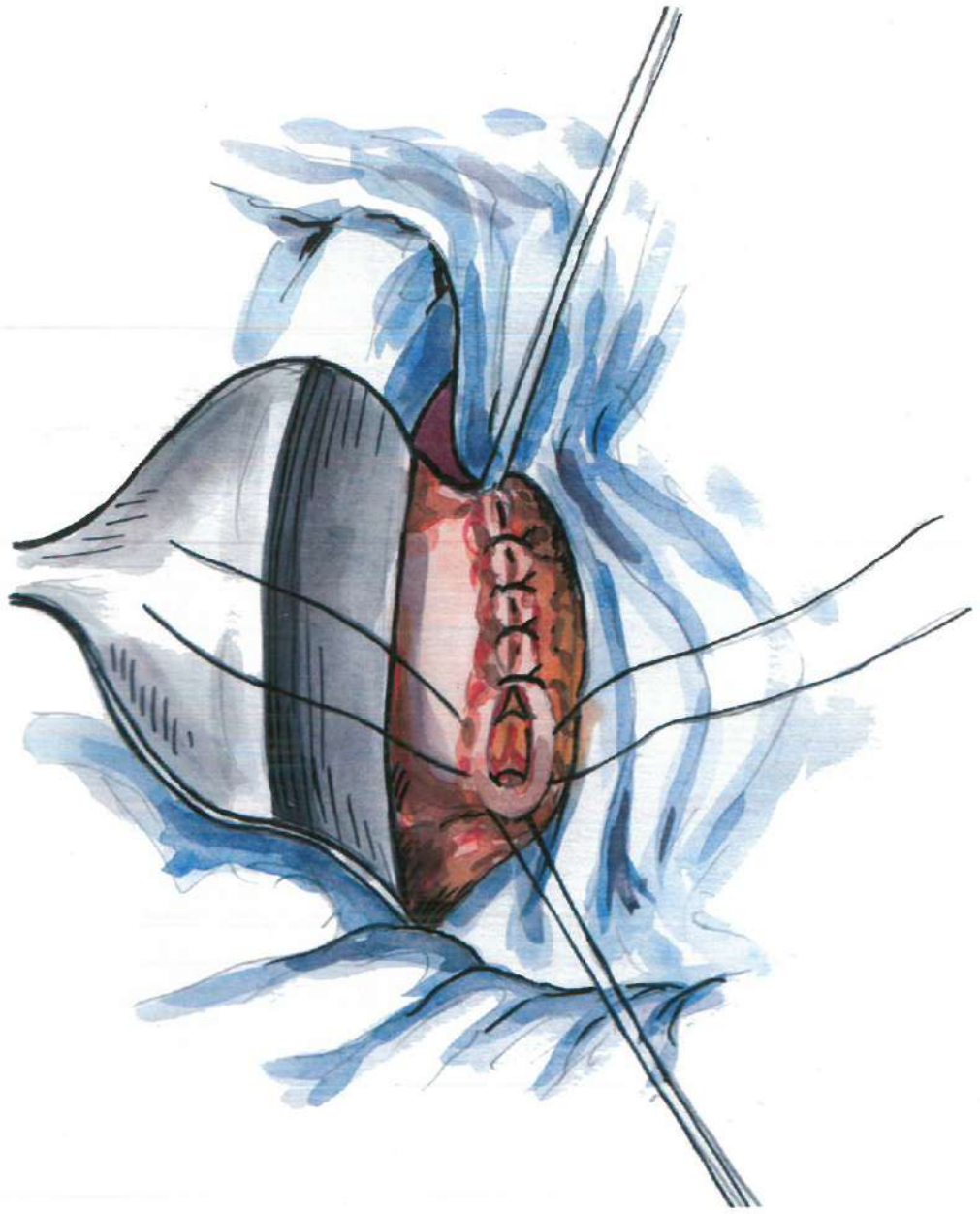
Şekil 45. Onikibarmaq bağırsağın güdülünün tikilmesi merhaleleri. Payr sıxıcısının altından onikibarmaq bağırsağ güdülüne (birinci sıra) fasilesiz tikişlerin qoyulması.



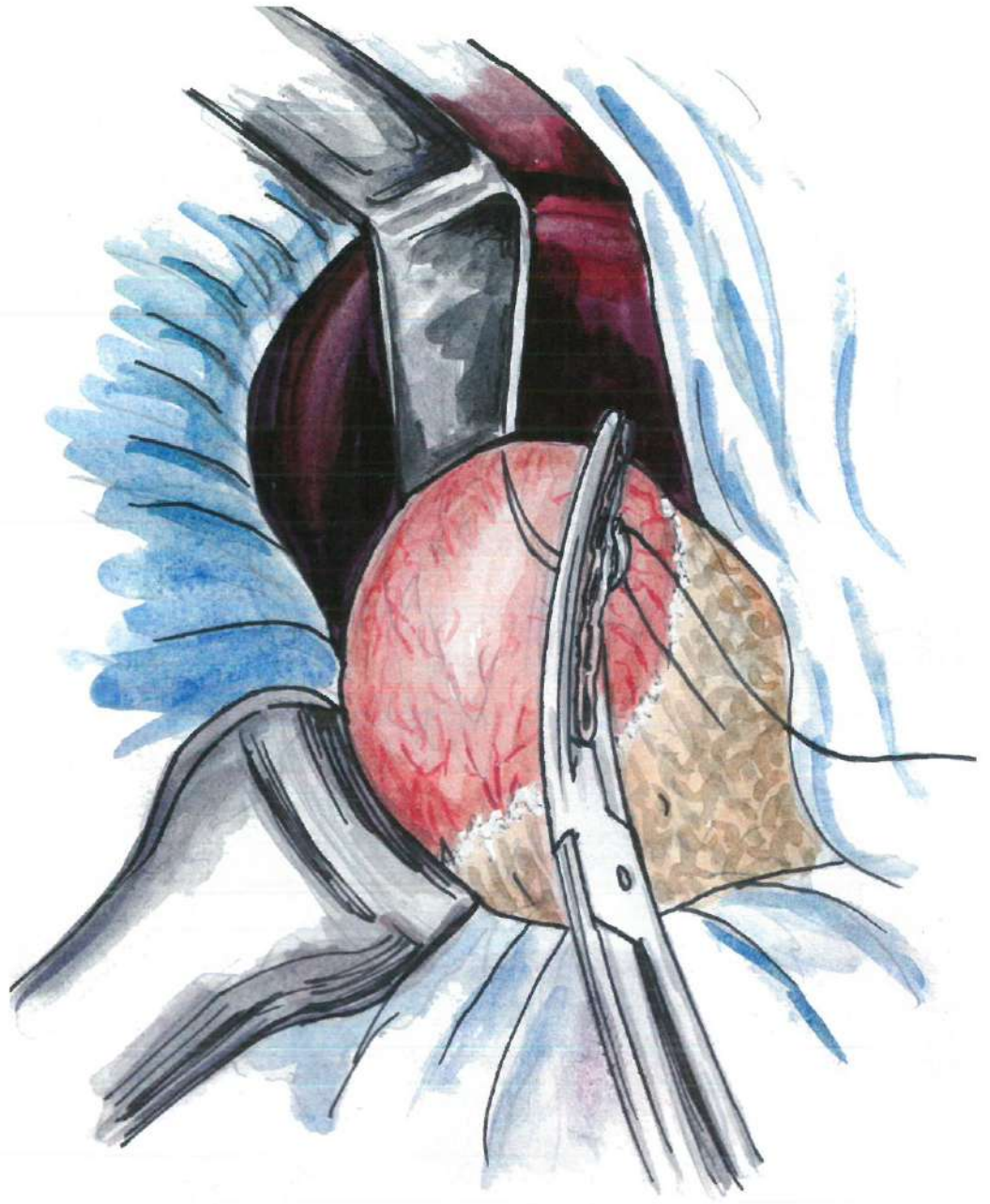
Şekil 46. Onikibarmaq bağırsağ güdülüne qoyulmuş tikişler.



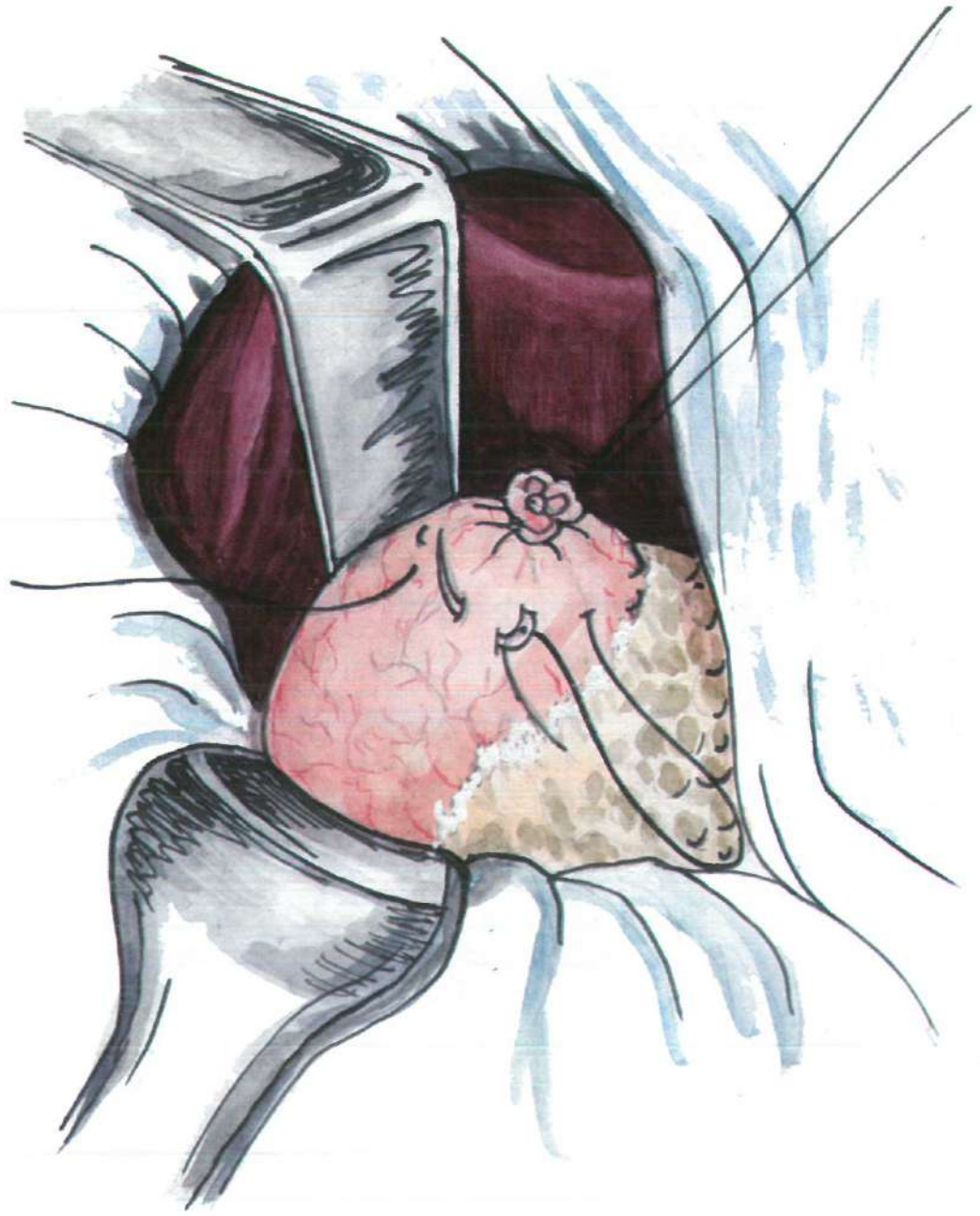
Şekil 47. Onikibarmaq bağırsağın güdülüne büzmeli tikişin qoyulması. Onikibarmaq bağırsağ güdülünün yüklənməsi.



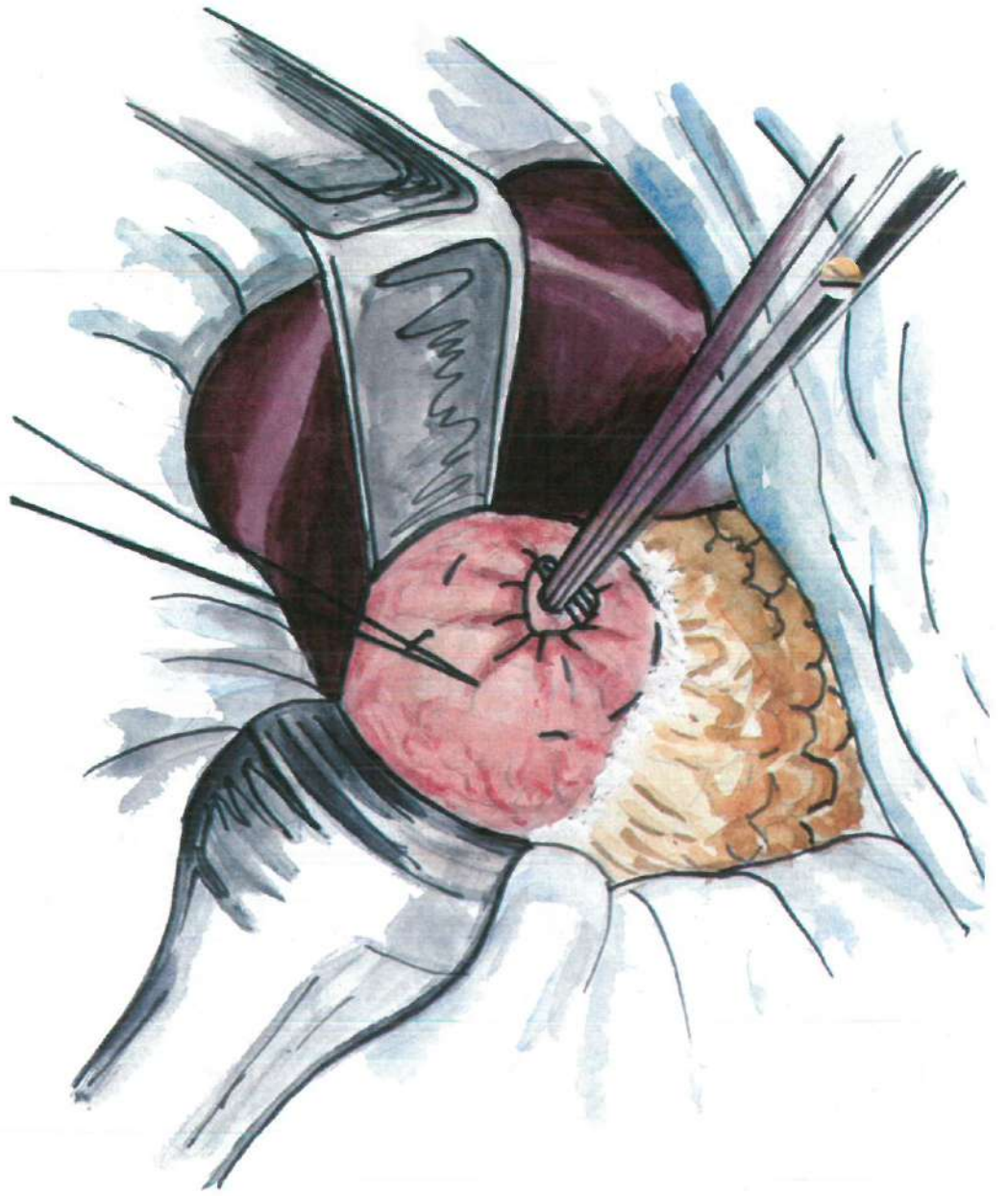
Şekil 48. Onikibarmaq bağırsaq güdülüne (nc sıra) ayrı-ayrı düyünlü tikişlerin qoyulması.



Şekil 49a. Onikibarmaq bağırsağ güdülünün Duaen-Bir üsulu ile tikilmesi.  
a-q - emeliyyatın merhələləri.

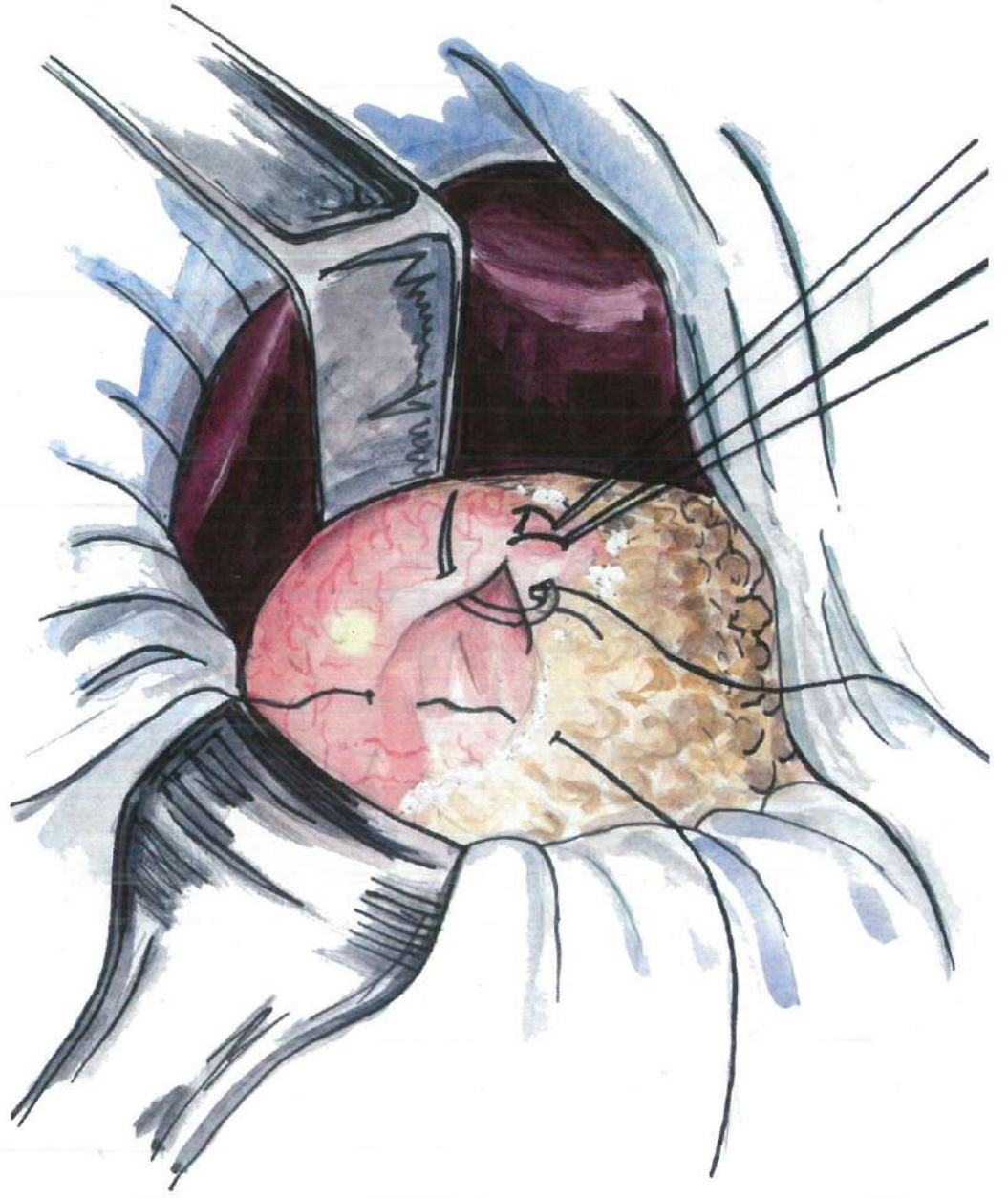


Şekil 49b.

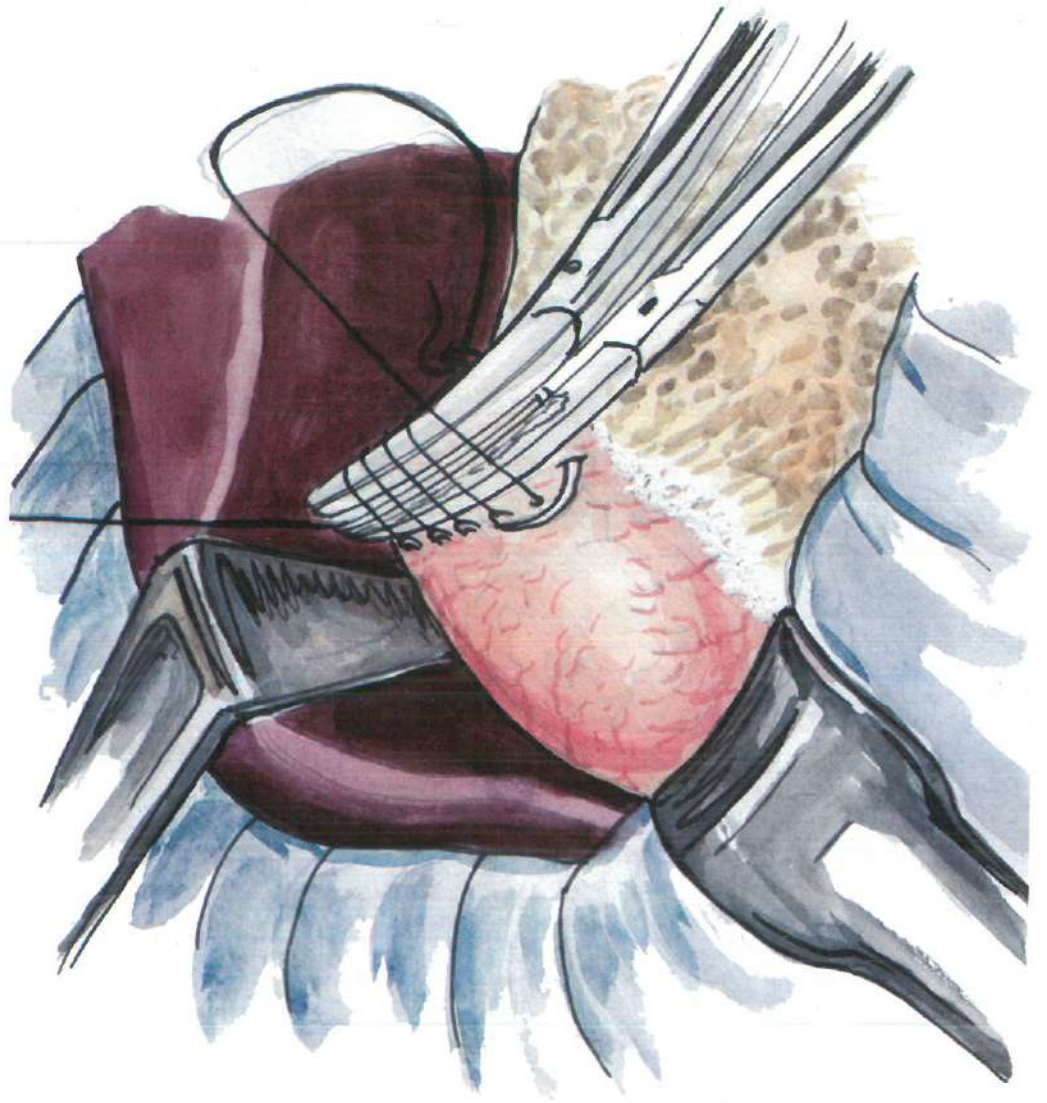


Şekil 49v.

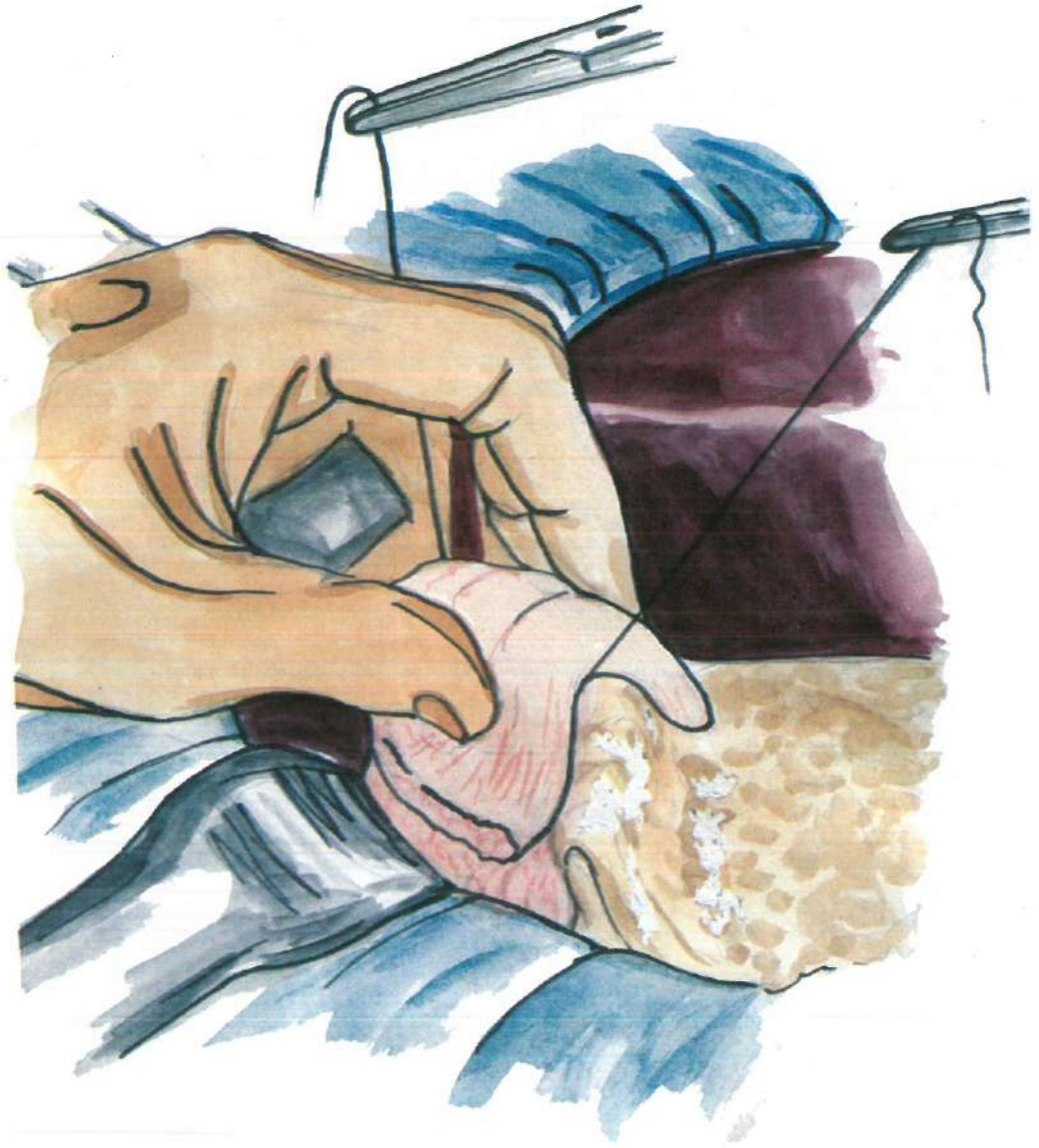




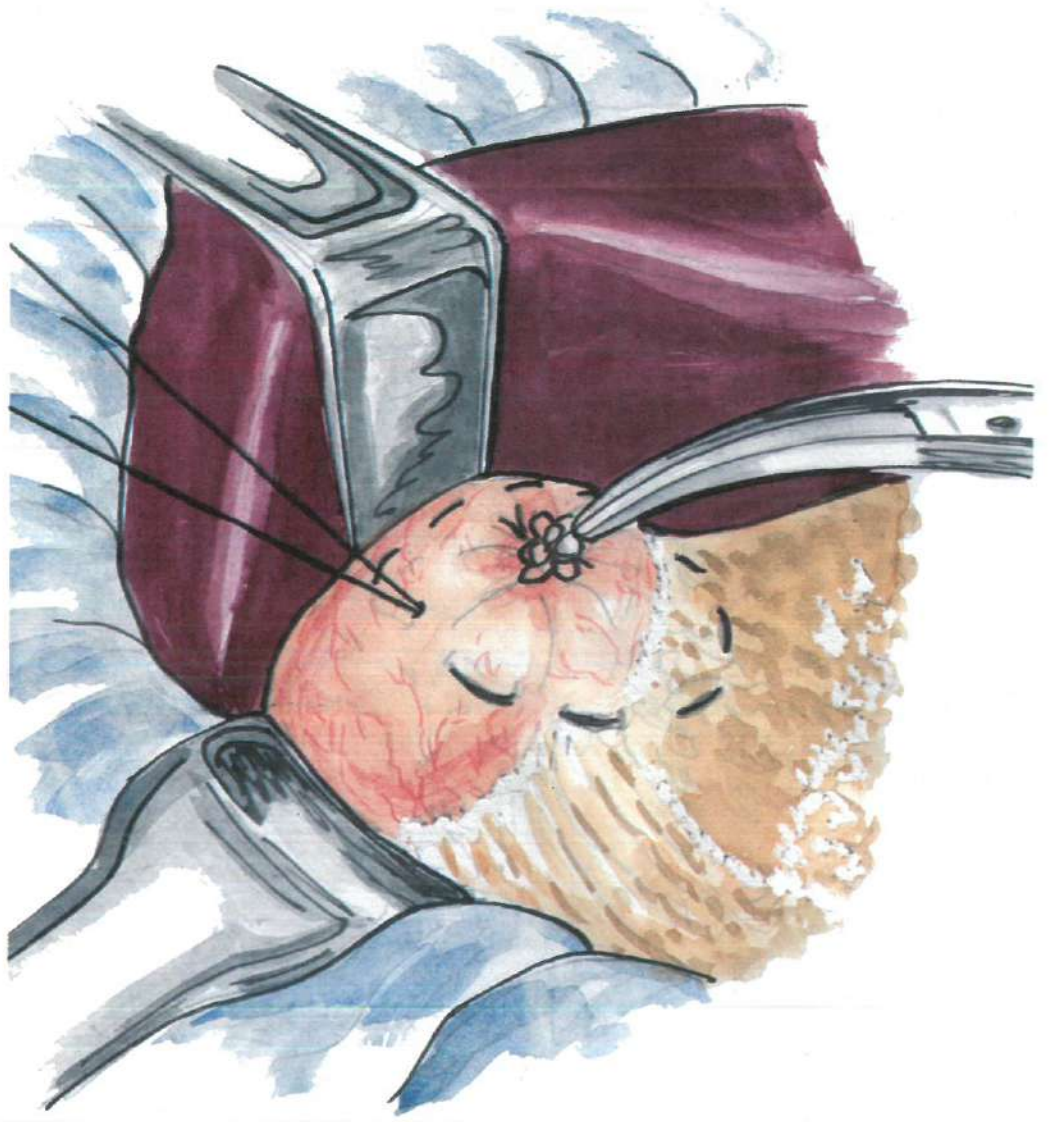
Şekil 49q.



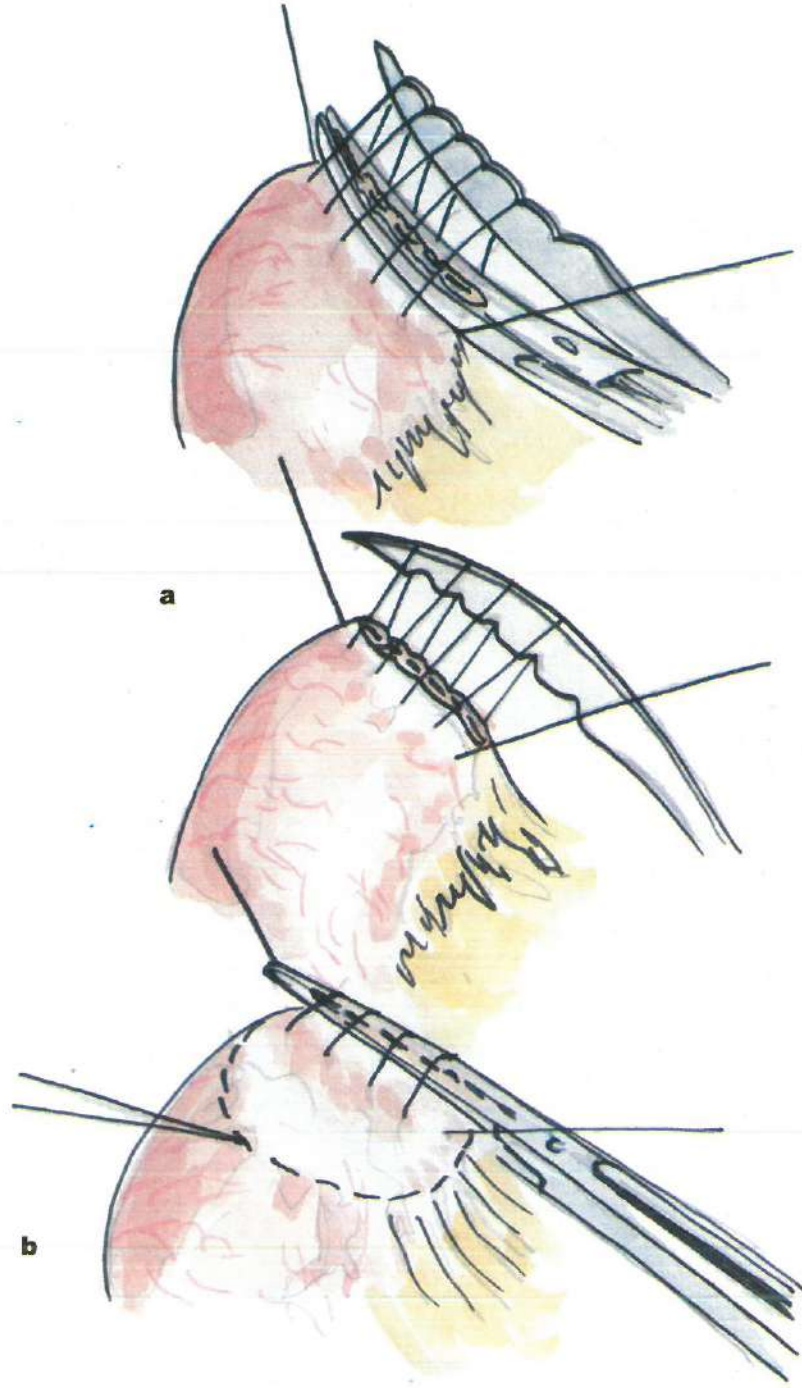
Şekil 50a. Onikibarmaq bağırsağ güdülünün Moyniqañ - Toprover üsulu ile tikilməsi.  
a-v - eməliyyatın mərhələləri.



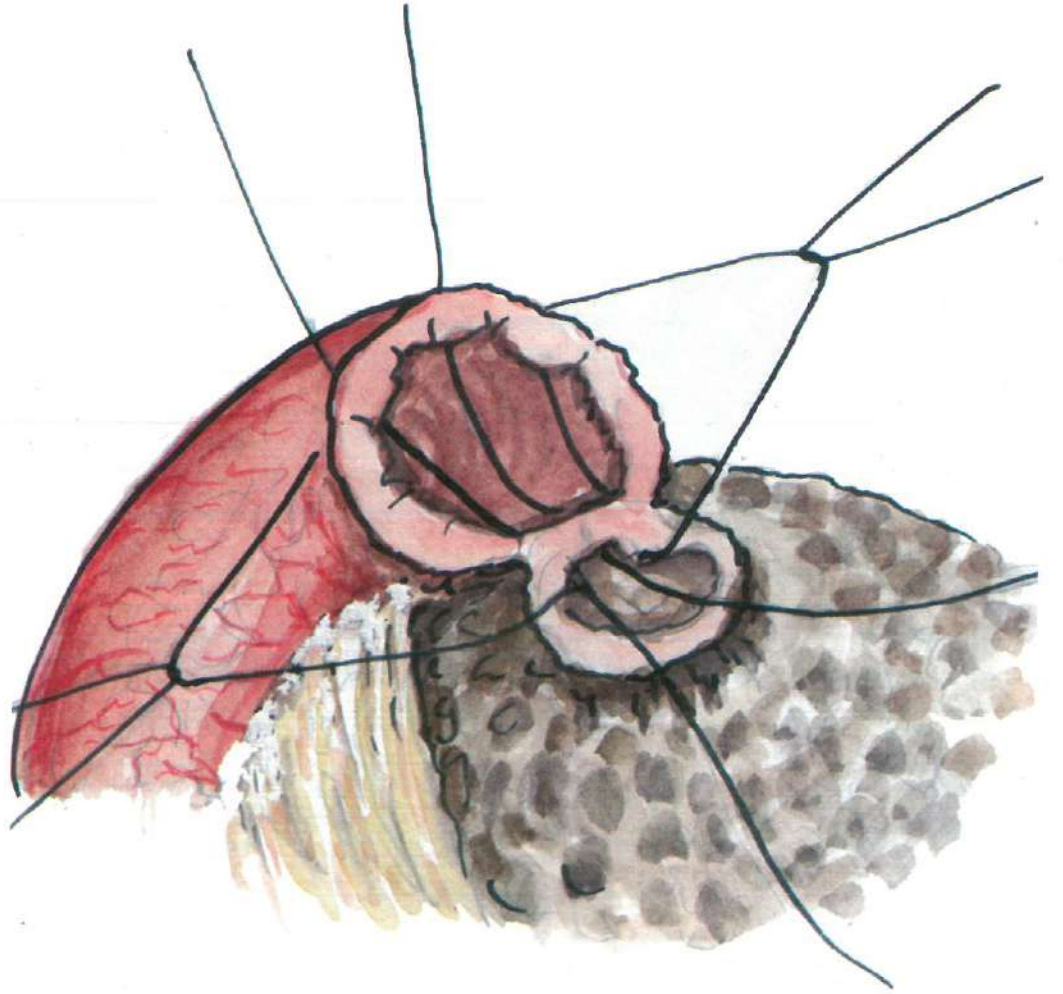
Şekil 50 b.



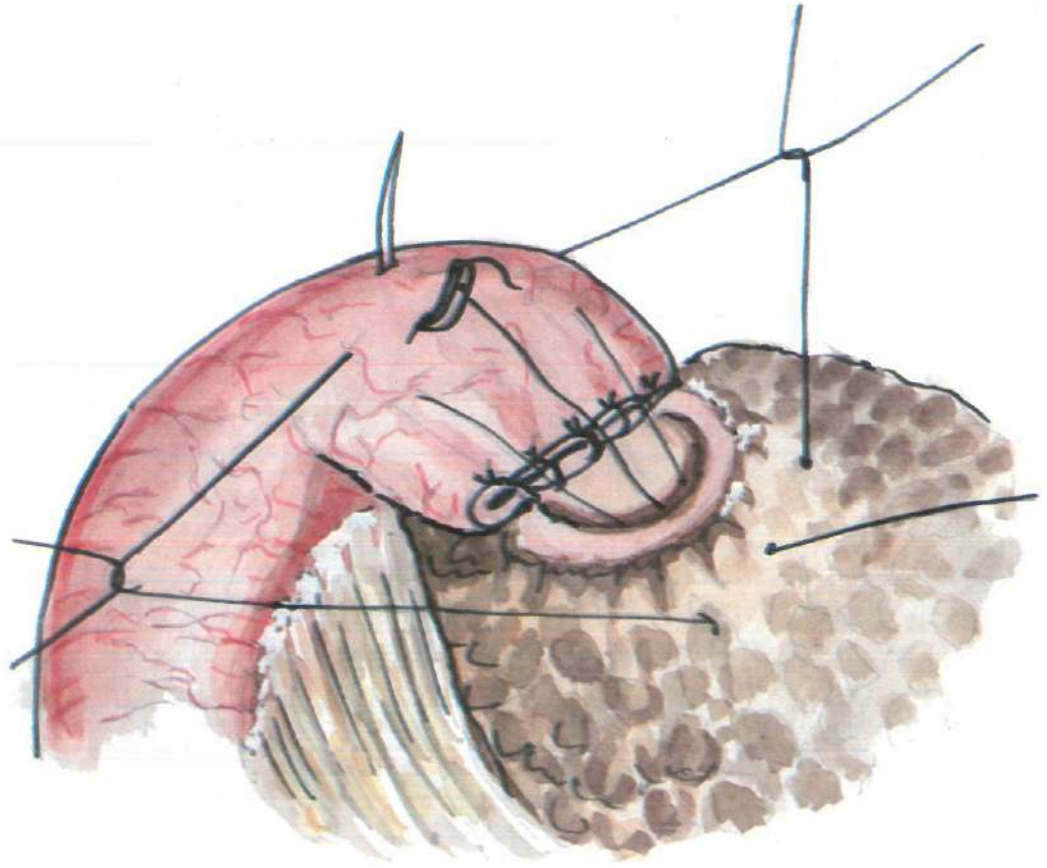
Şekil 50 v.



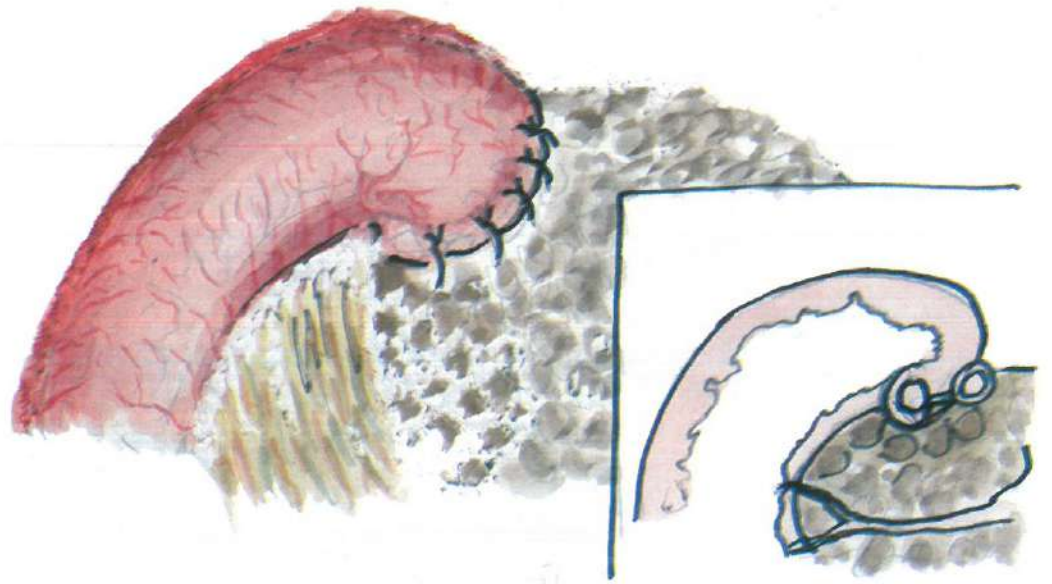
Şekil 51. Onikibarmaq bağırsağ güdülünün Muşkatini üsulu ile tikilmesi (a);  
Onikibarmaq bağırsağ güdülünün Toprover üsulu ile tikilmesi (b).



Şekil 52a. Onikibarmaq bağırsağ güdülünün Nissen üsulu ilə tikilməsi.  
a-v - əməliyyatın mərhələləri.

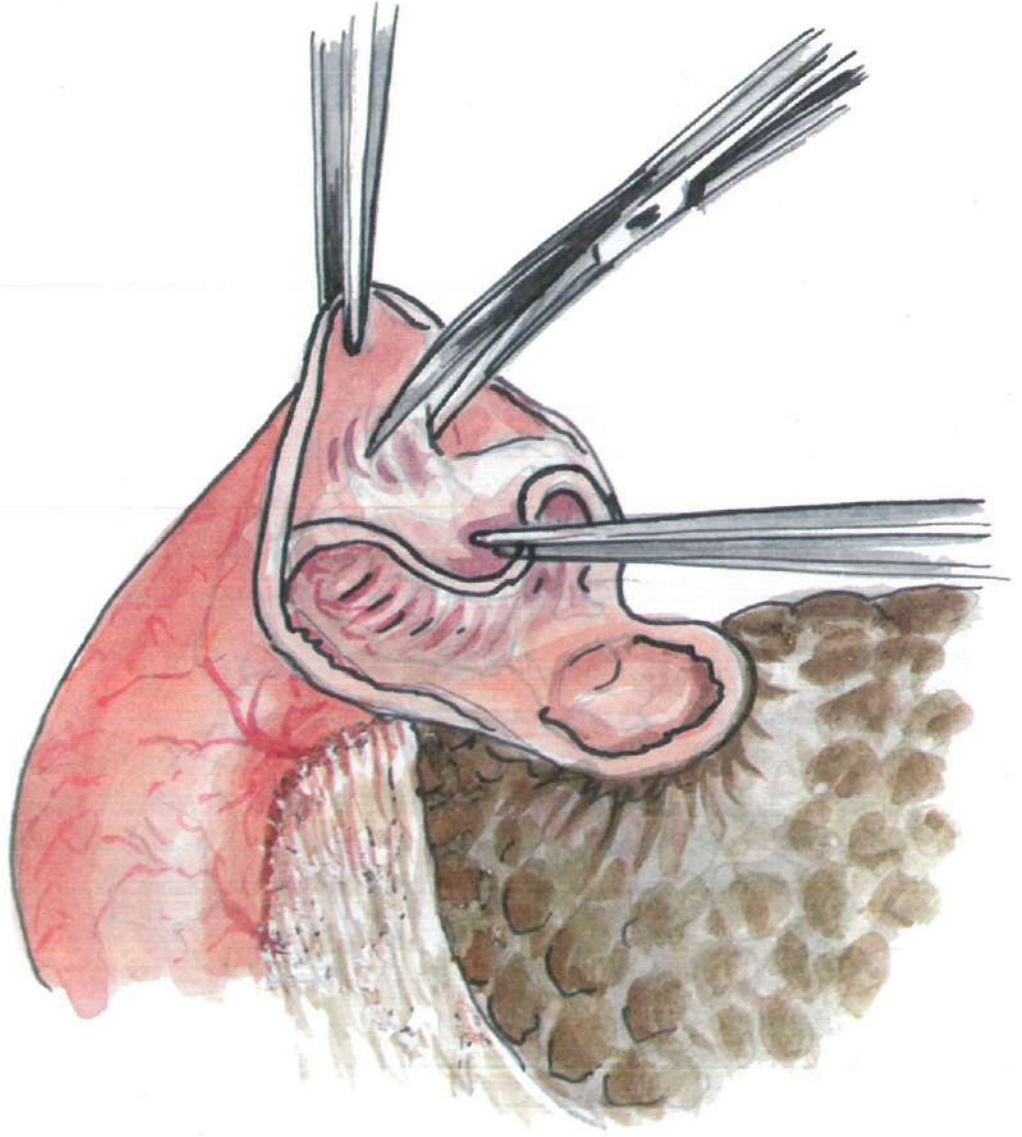


Şekil 52b.

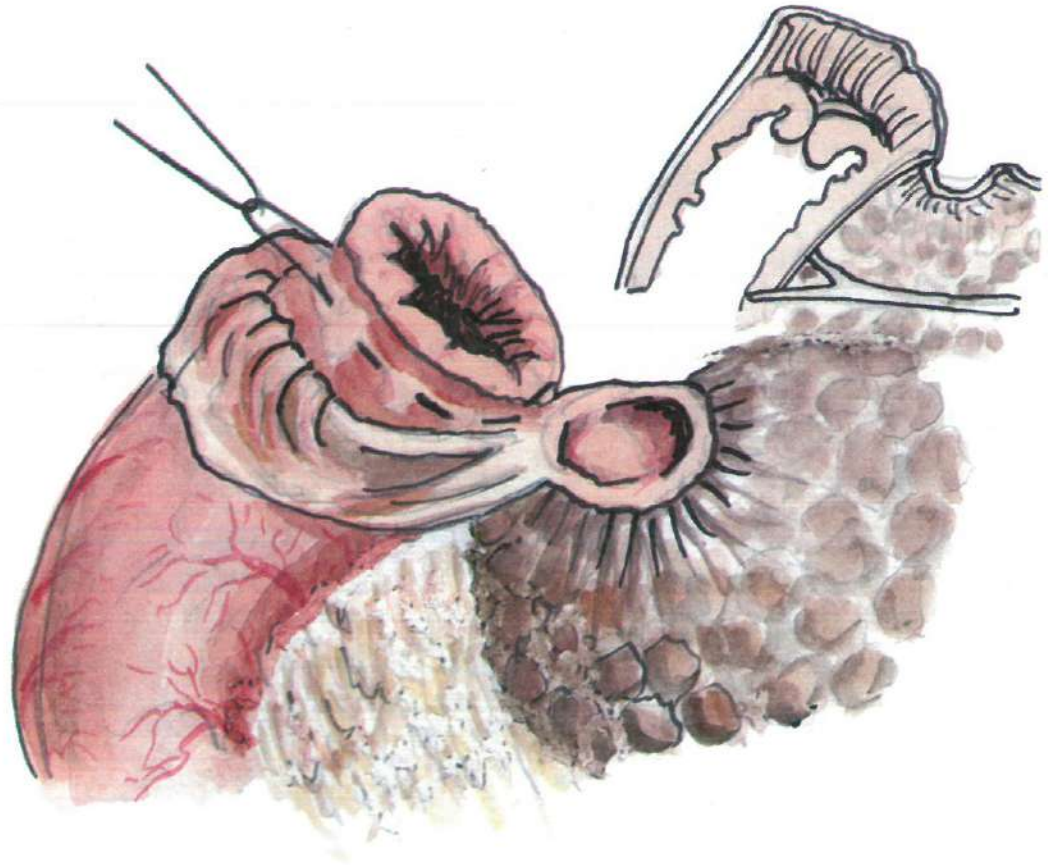


Şəkil 52v.

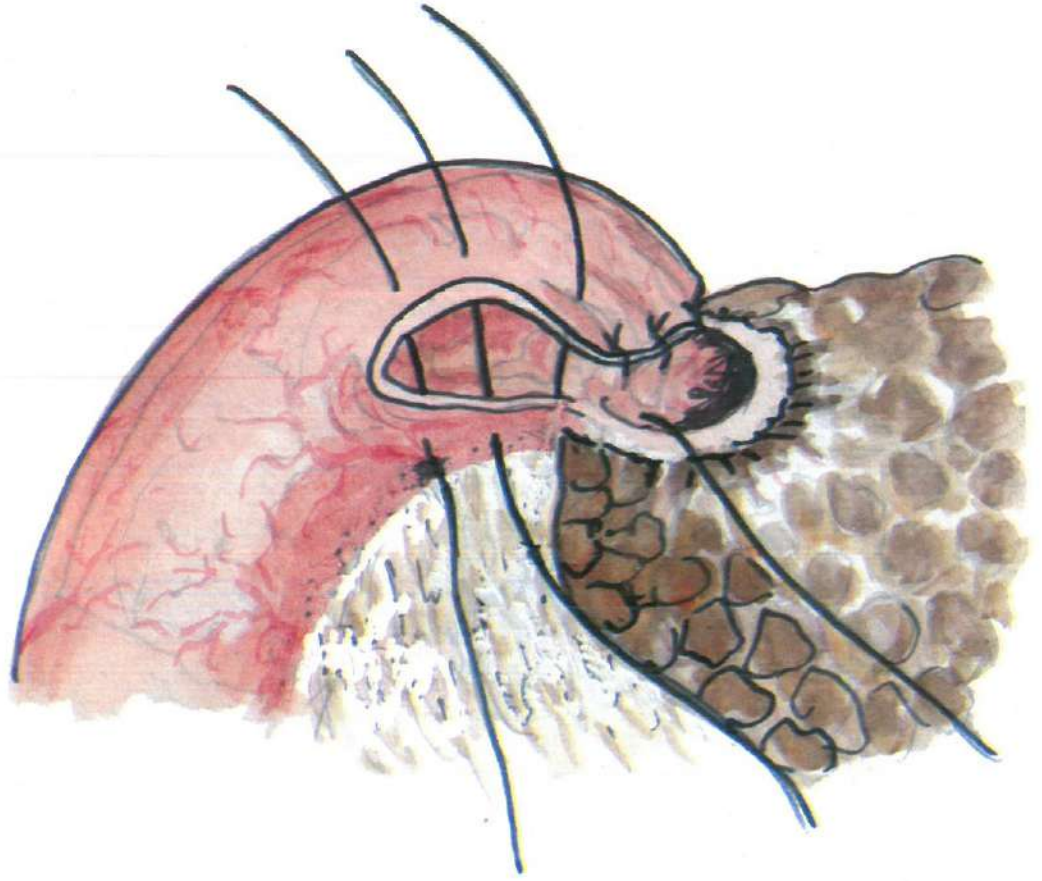




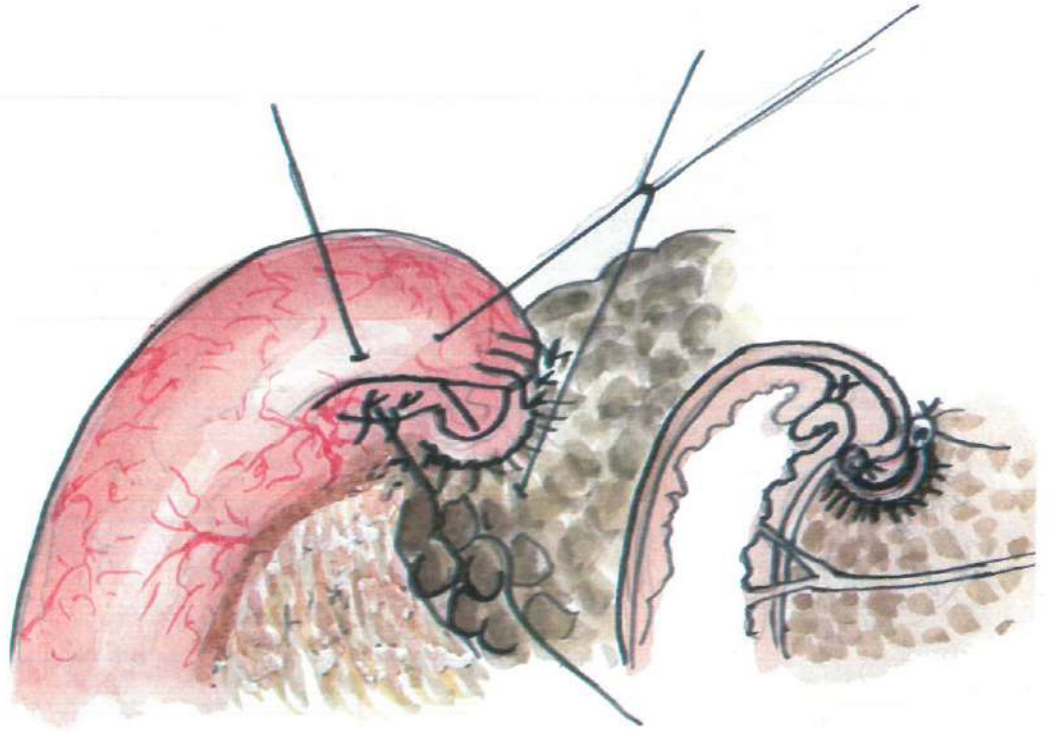
Şekil 53a. Onikibarmaq bağırsağ güdülünün Sapoikov üsulu ile tikilmesi.  
a-q - əməliyyatın mərhələləri.



Şekil 53b.



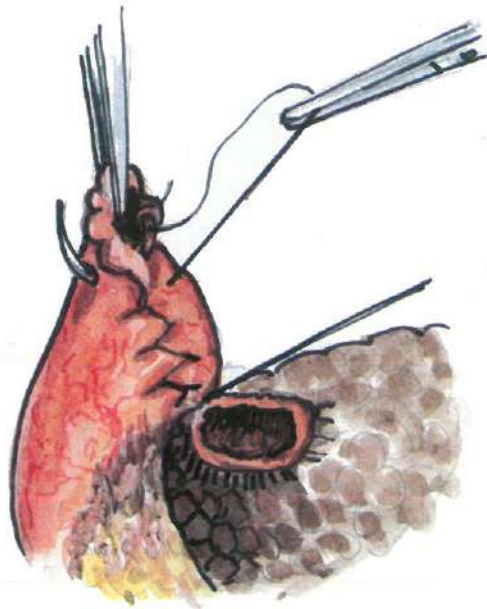
Şekil 53v.



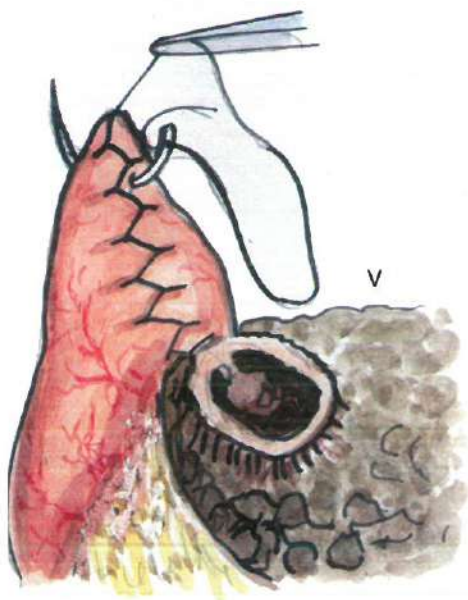
Şəkil 53q.



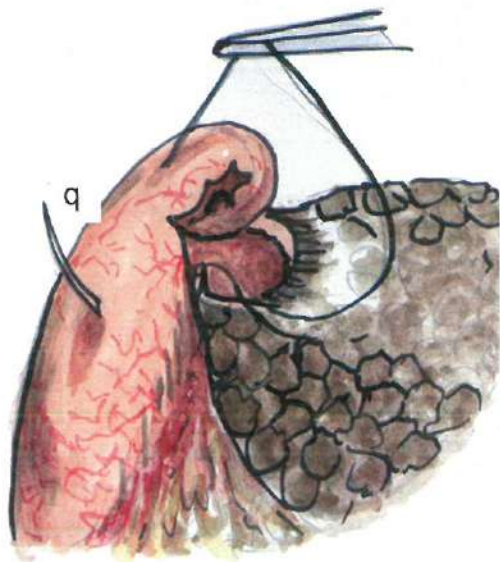
a



b

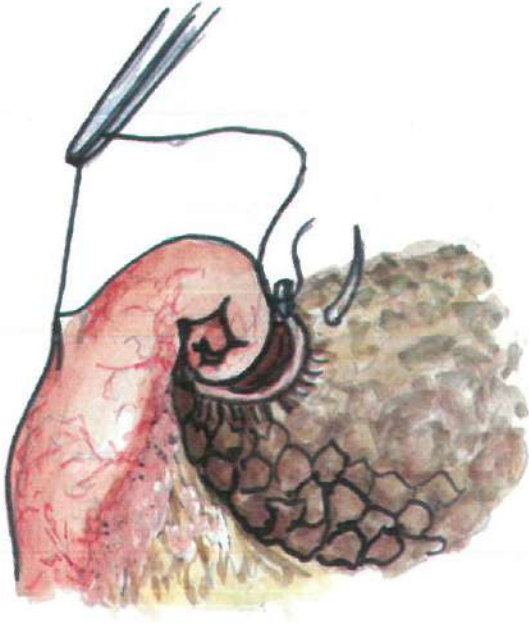


v

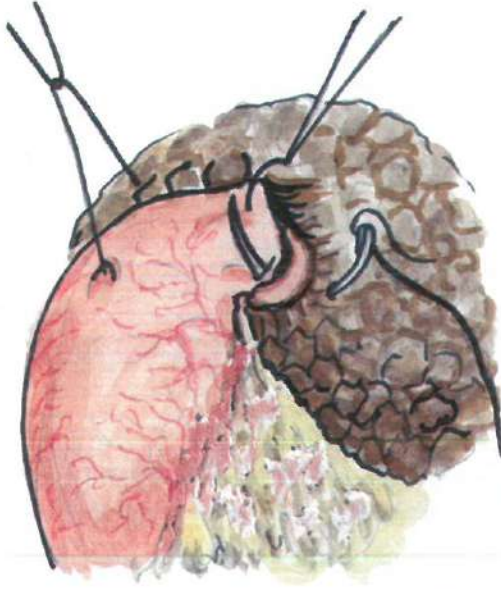


q

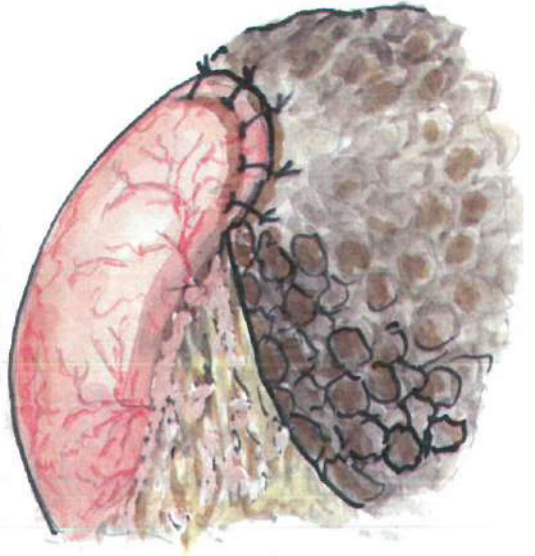
Şekil 54. Onikibarmaq bağırsağ güdülünün Yudin üsulu ile tikilmesi.  
a-j - eməliyyatın mərhələləri.



d

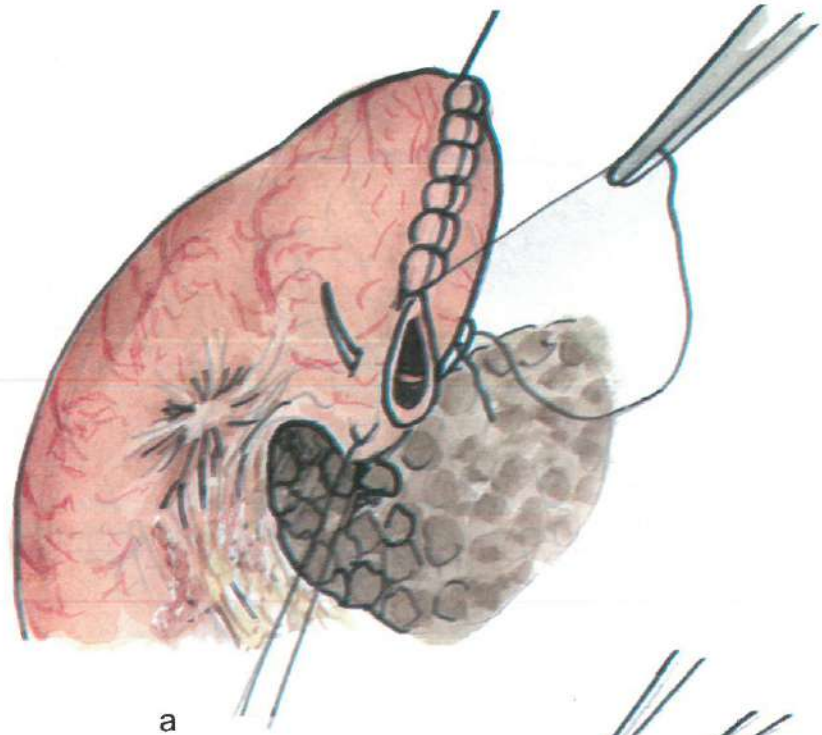


e

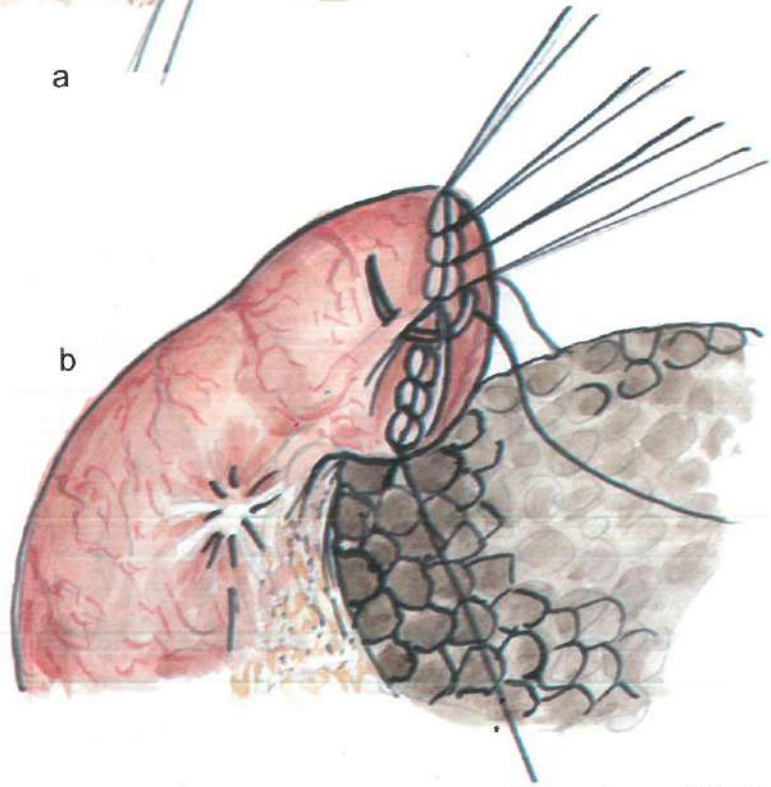


j

Şekil 54.

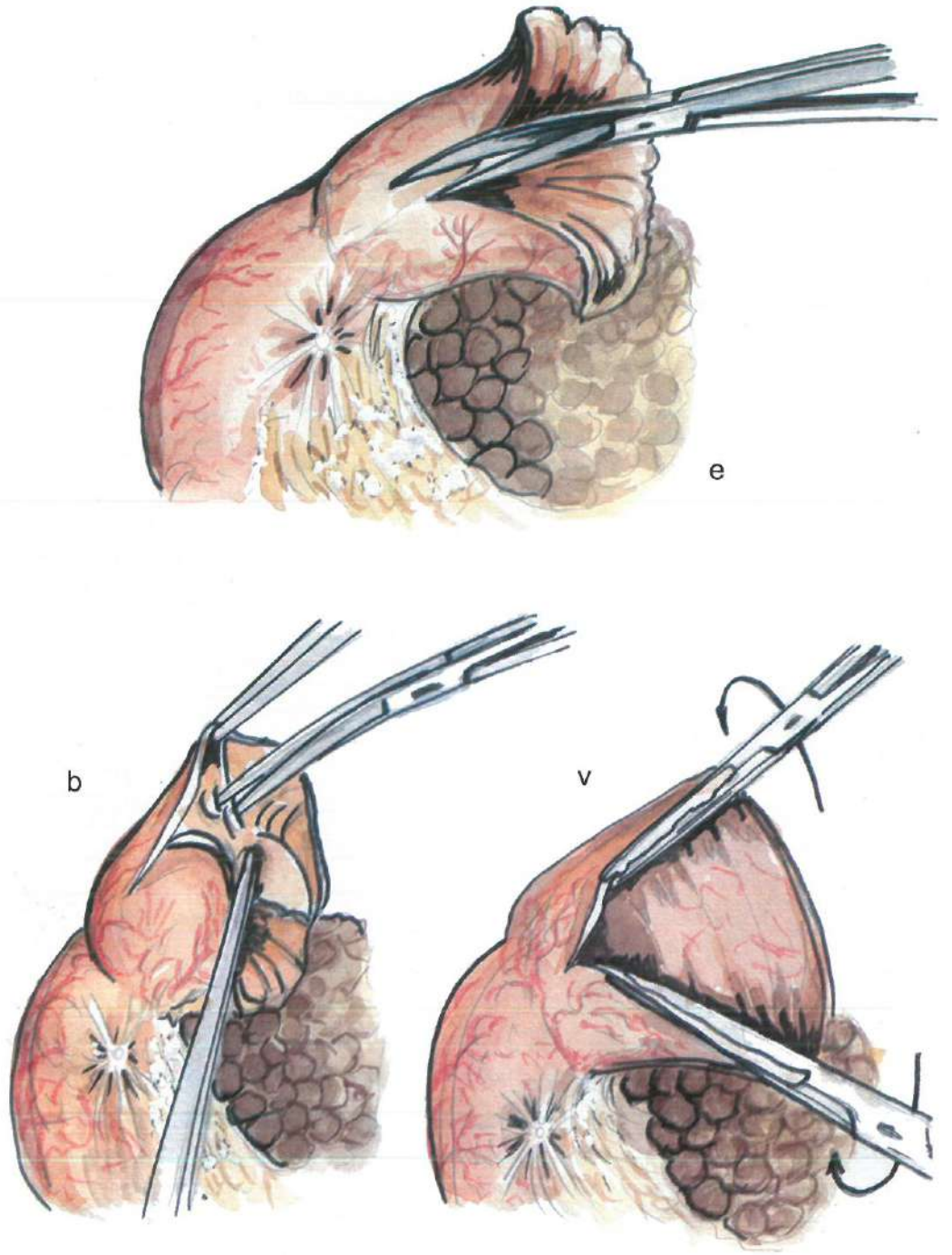


a



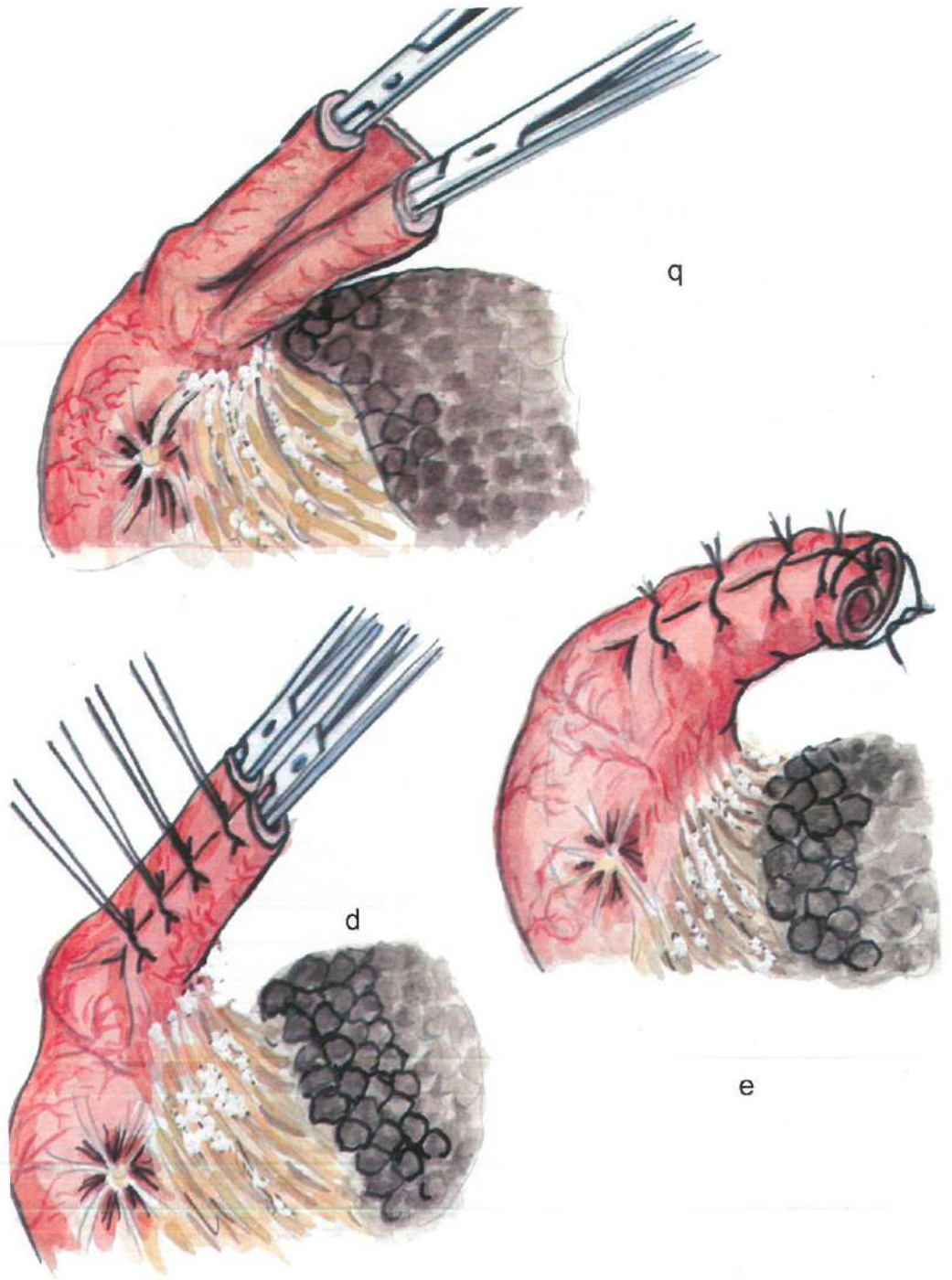
b

Şekil 55. Xoranı Finsterer üsulu ile təcrid etməklə icra edilən mədə rezeksiyası.  
a-b - əməliyyatın mərhələləri.

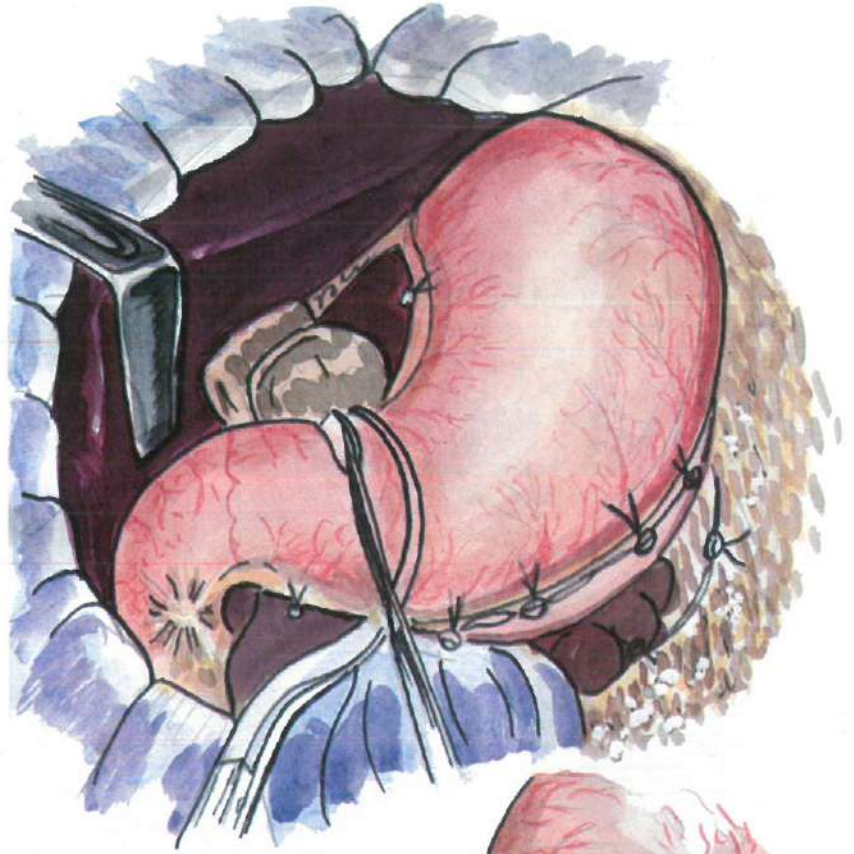


Şekil 56. Xorani Yakoboviç üsulu ile təcrid etməklə icra edilən mədə rezeksiyası.  
a-e - əməliyyatın mərhələləri.

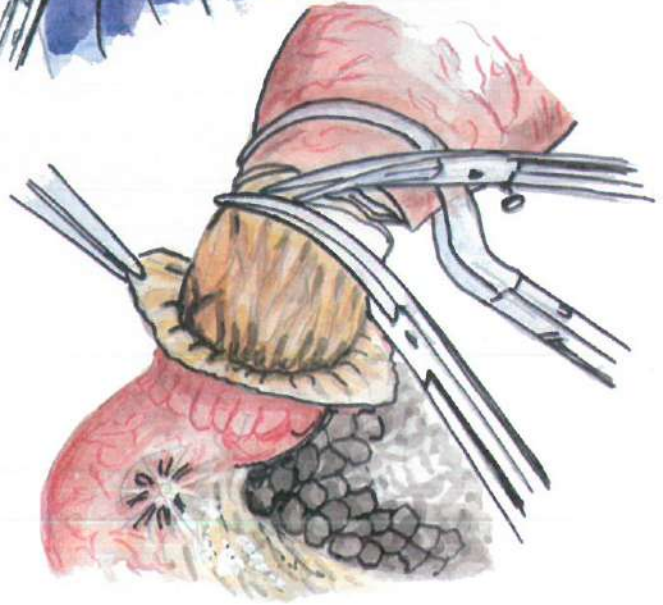




Şekil 56.

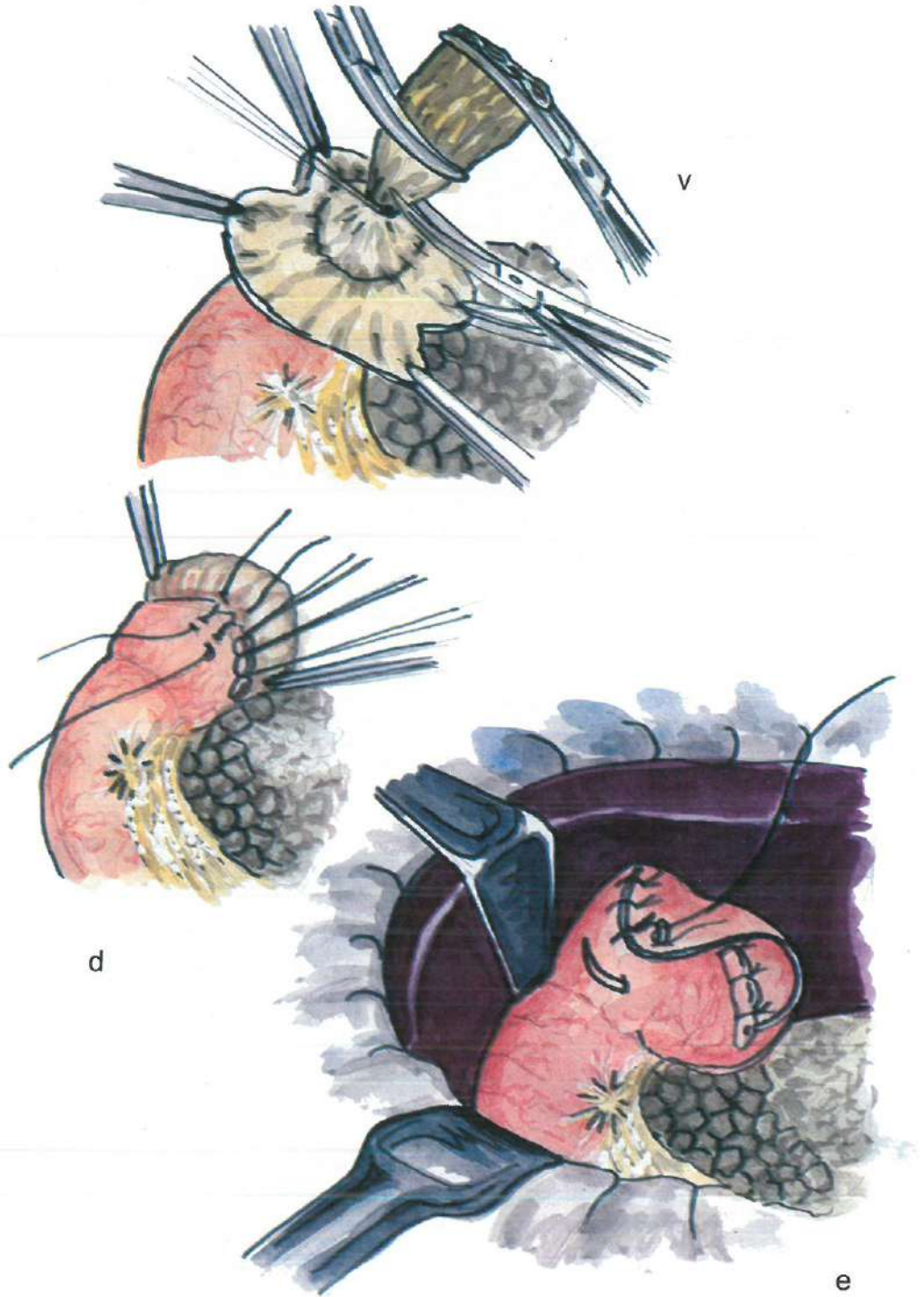


a

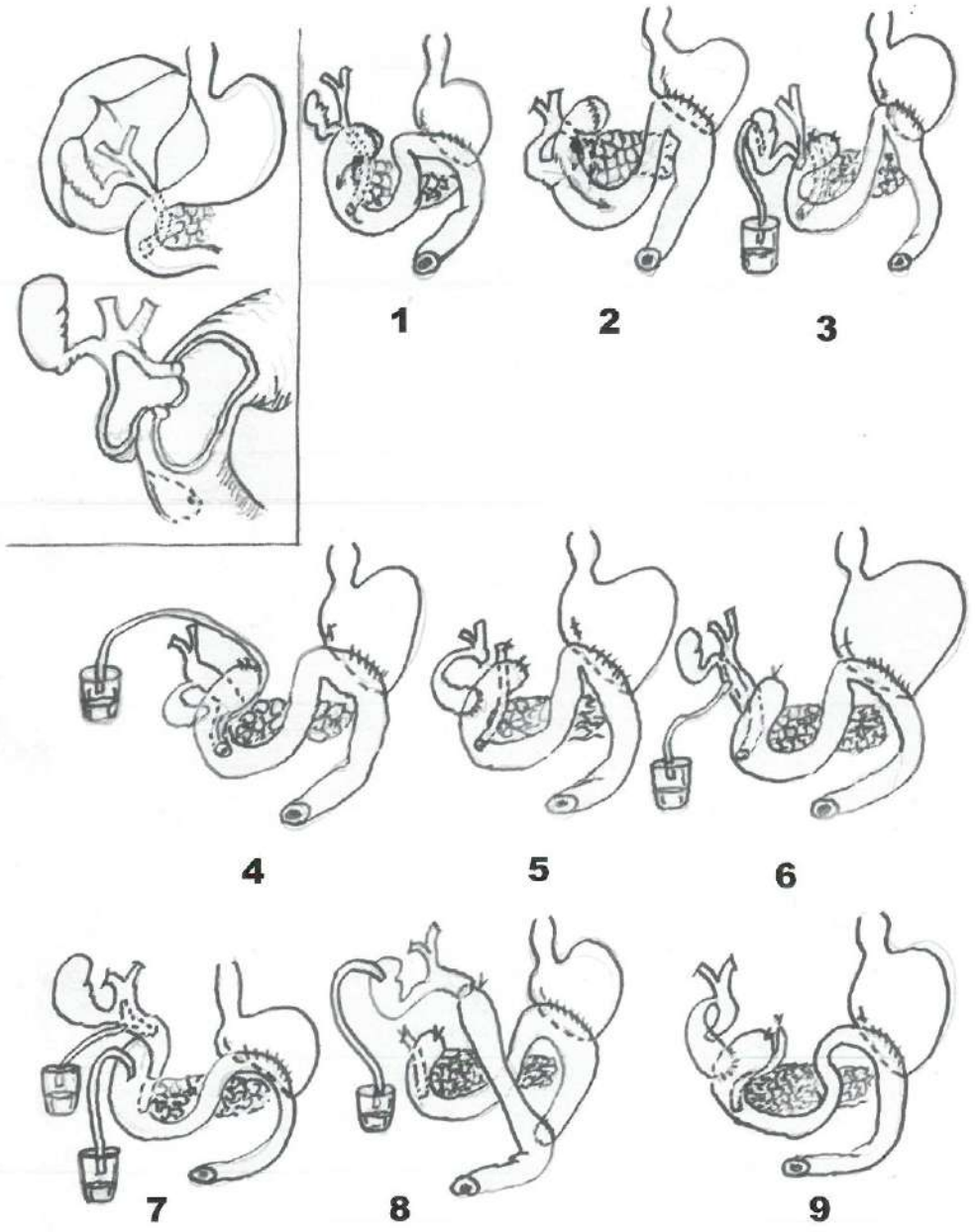


b

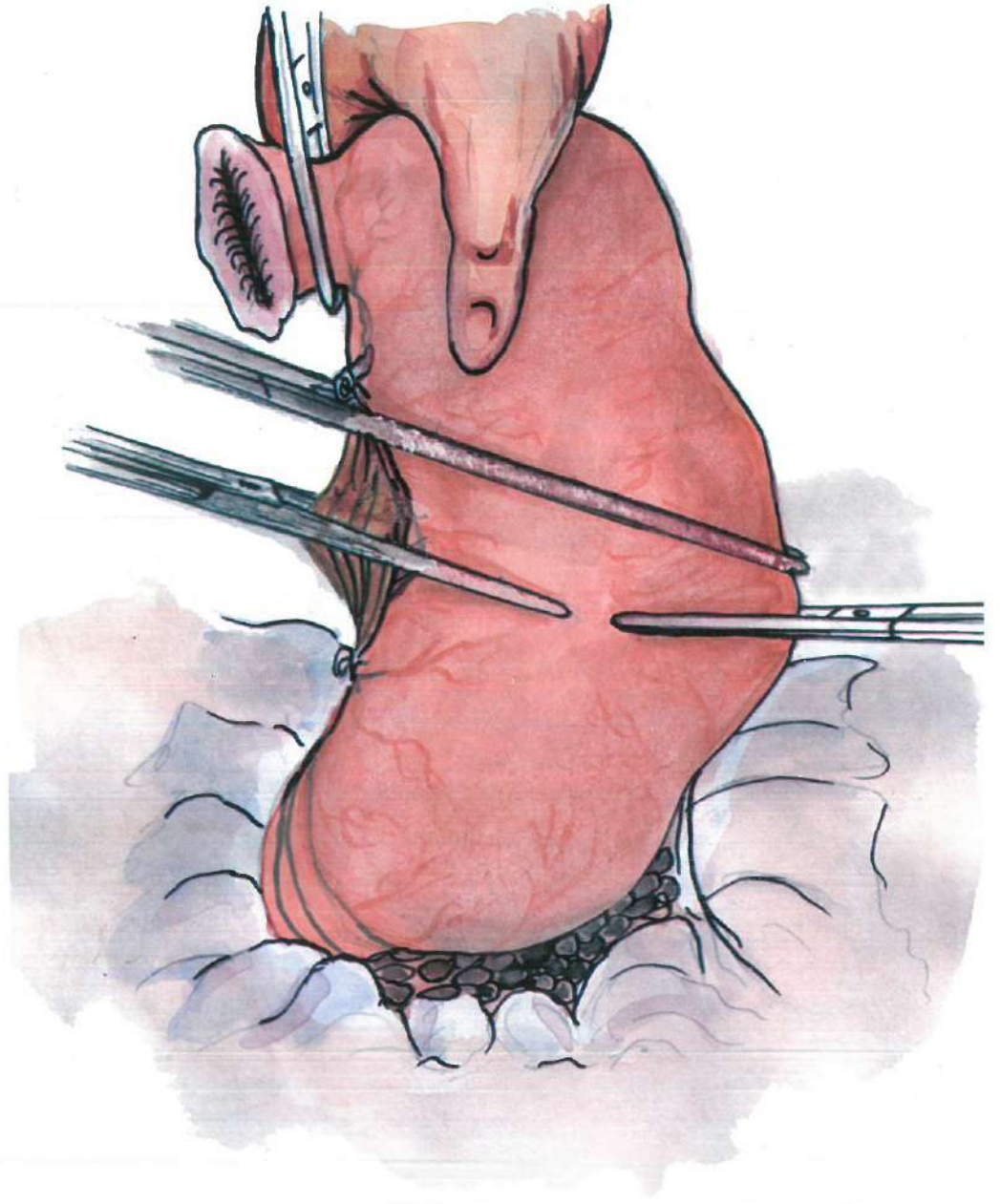
Şekil 57. Xorani Vilmans-Kekalo üsulu ile təcrid etməklə icra edilən mədə rezeksiyası.  
a-d - əməliyyatın mərhələləri.



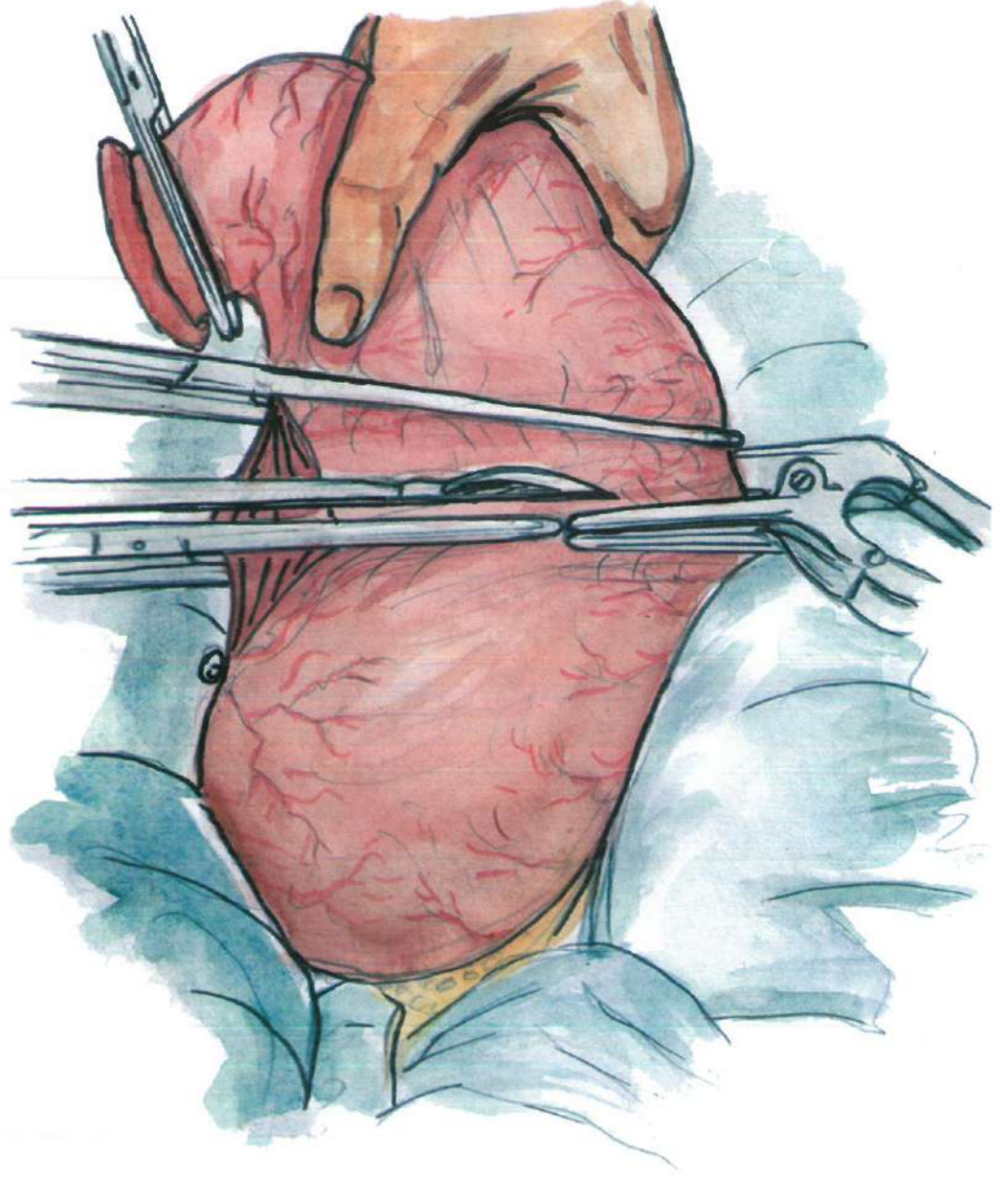
Şekil 57.



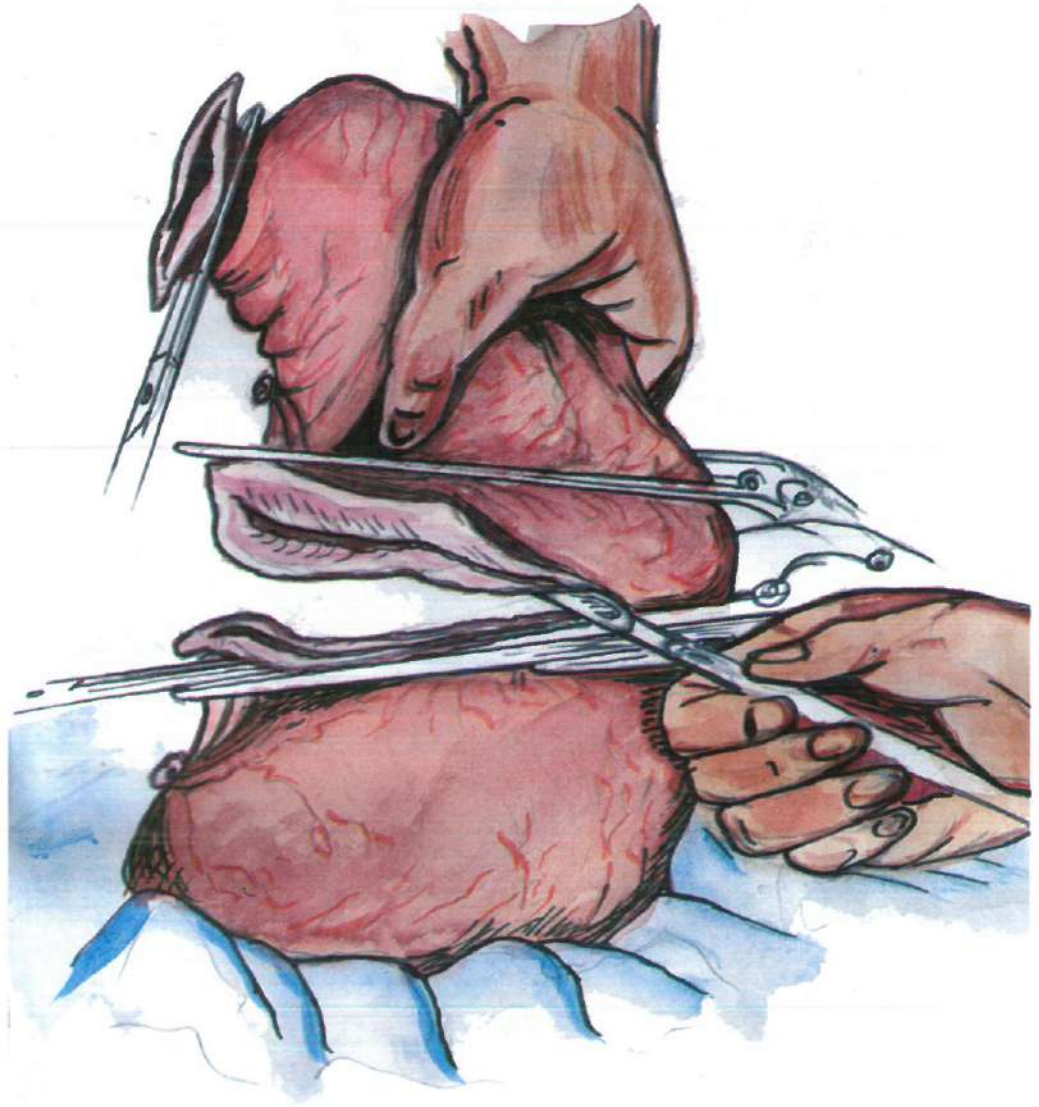
Şekil 58. Xoledoxo-duodenal fistulalar zamanı Raçin ve Çuqravi emeliyyatları.



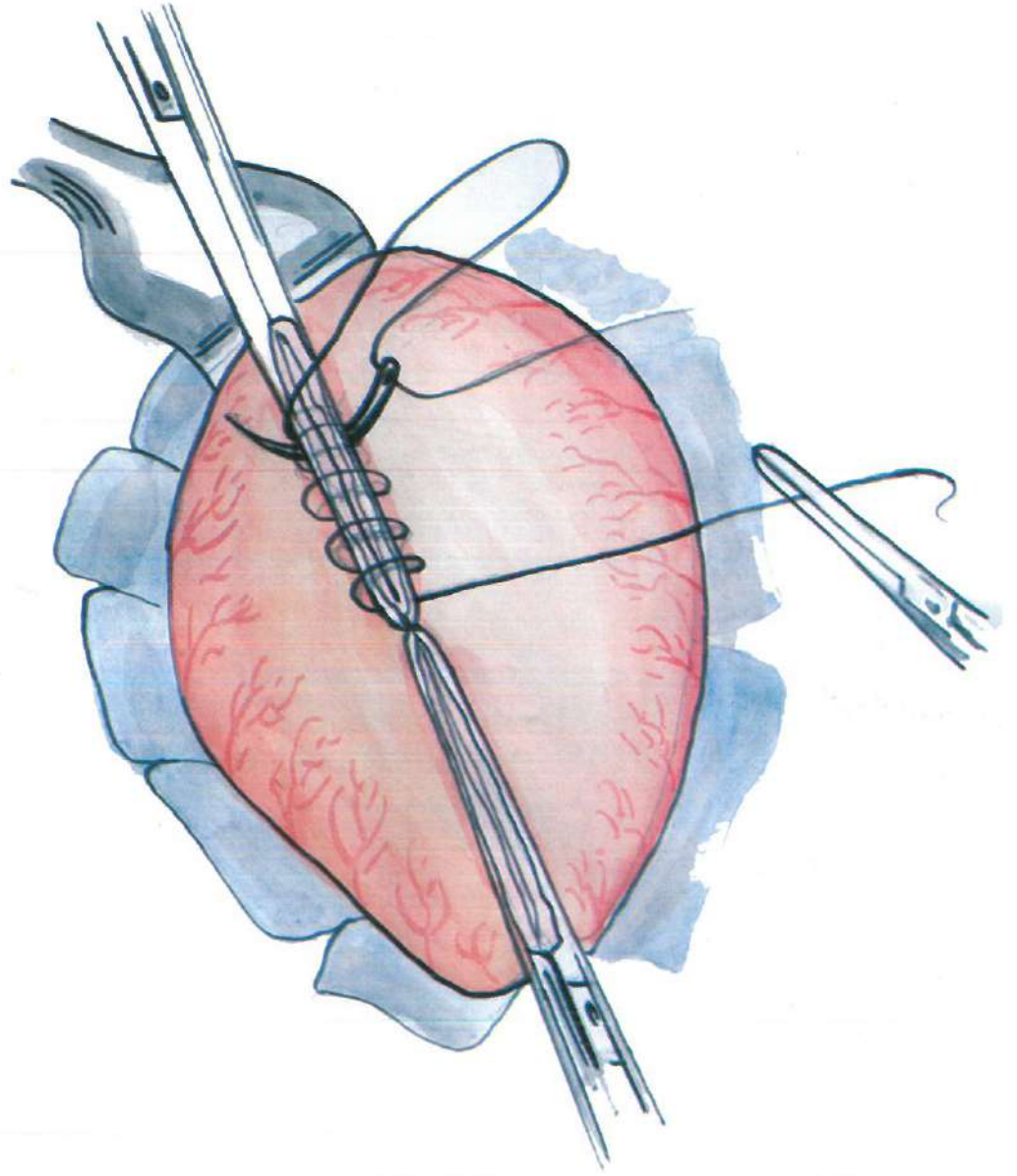
Şekil 59. Rezeksiyaya hazırlanan hisseye sıxıcıların qoyulması.



Şekil 60. Mədənin kəsilən hissəsinin hazırlanması.

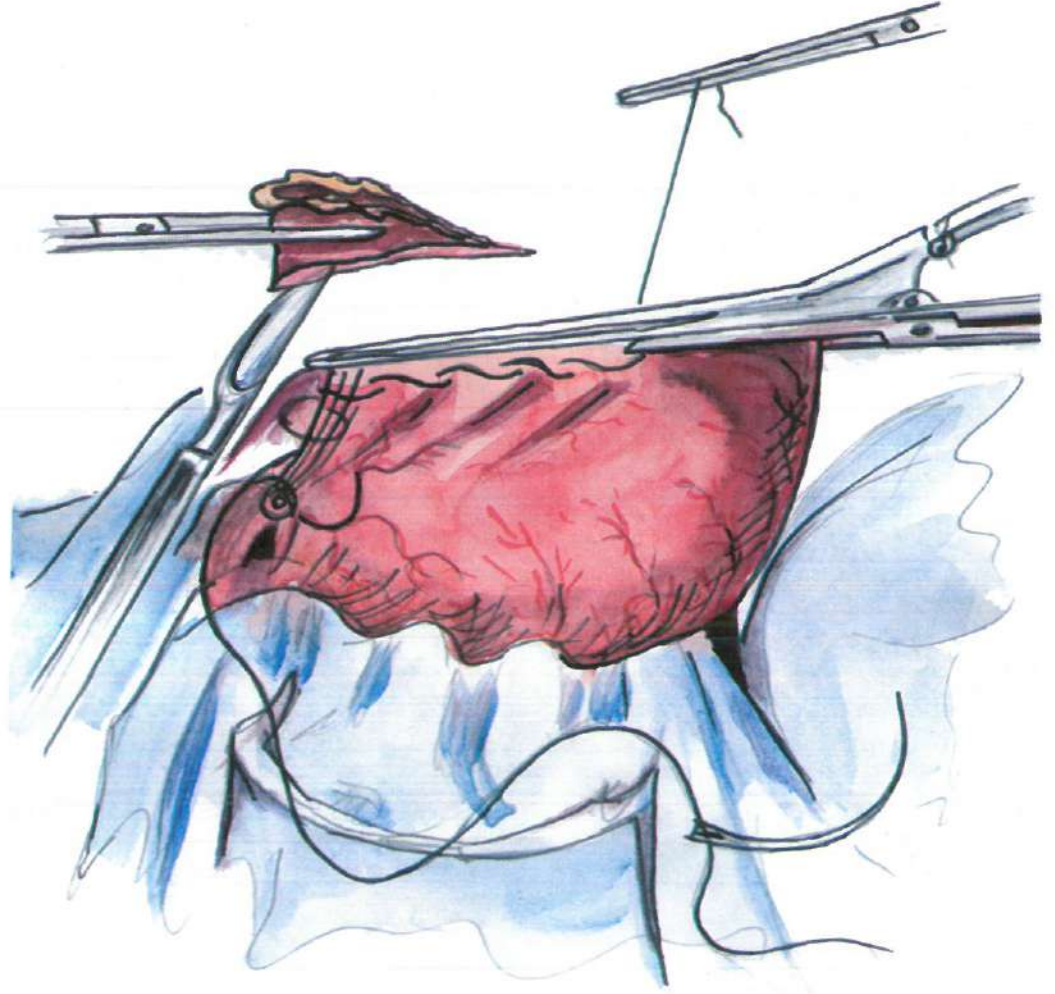


Şekil 61. Mədənin kəsilməsi.

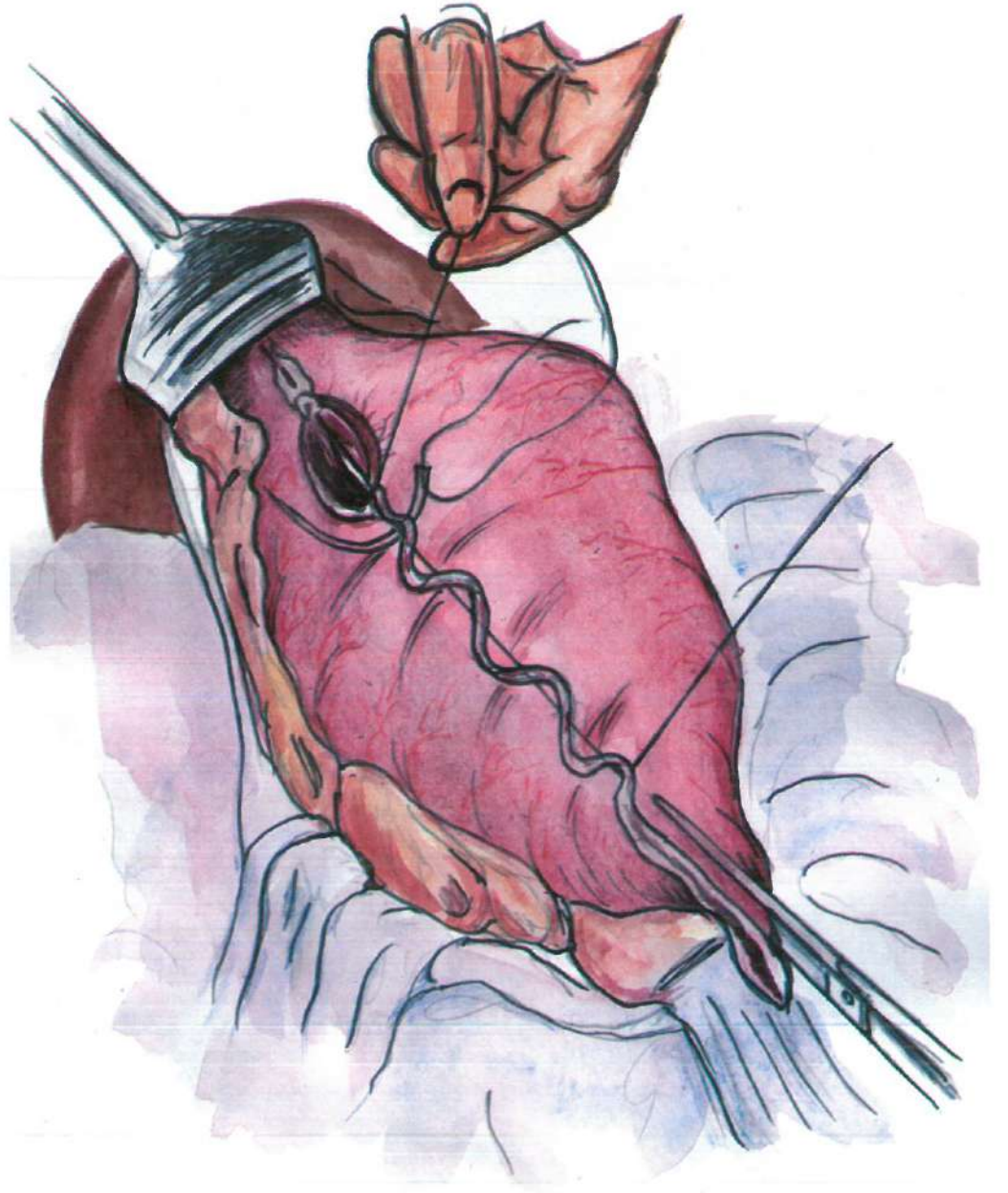


Şekil 62. K çik  yriliyin formalalařtırılması. K çik  yrilik t r fd n m d  güdülüne hemo-  
statik tikiřlerin qoyulması.

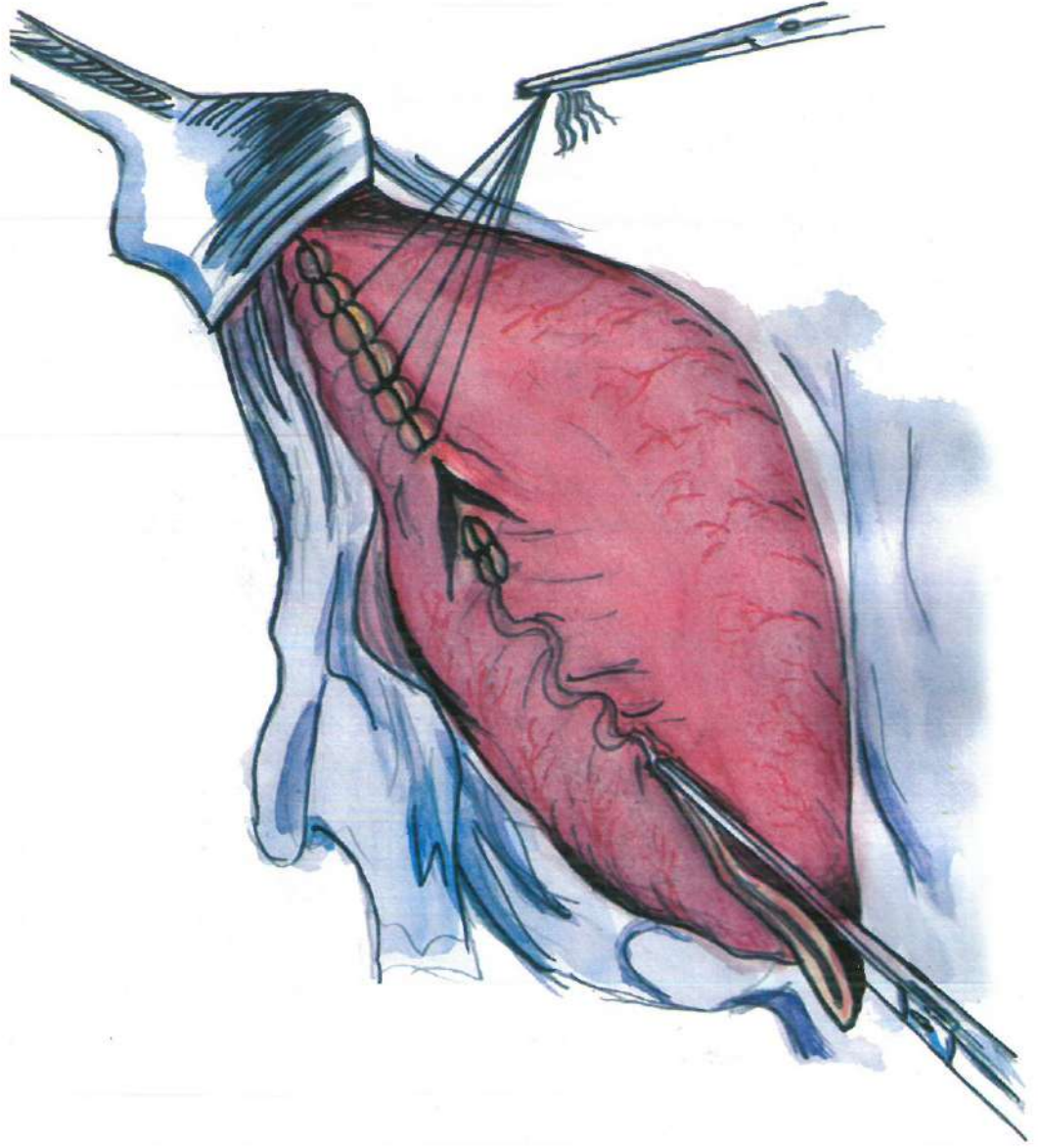




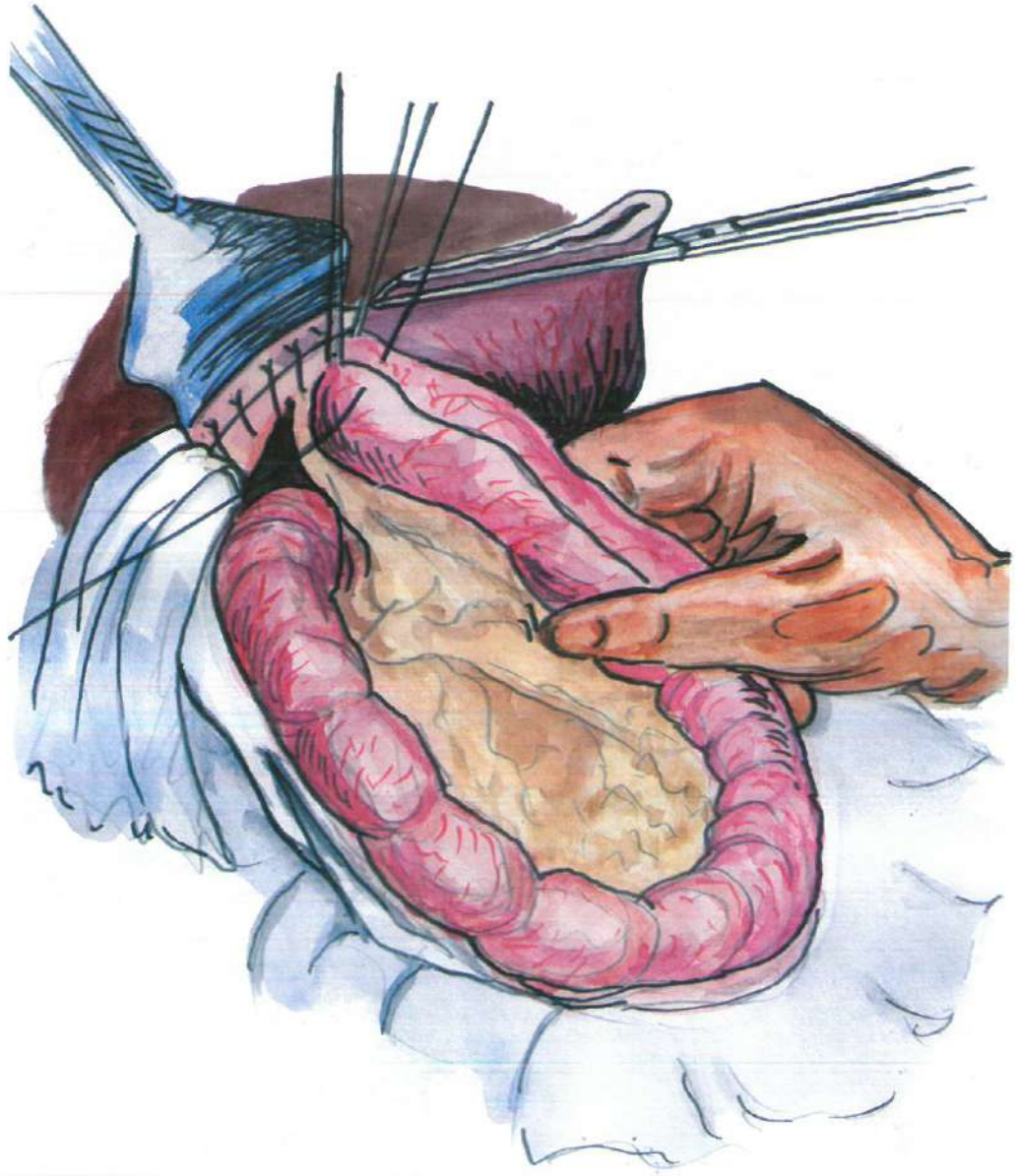
Şekil 63. Qoyulacaq anastomoz nahiyəsinə qədər mədə güdülünə hemostatik tikişlərin qoyulması. Sıxıcıda olan mədənin kiçik əyriliyinin bir hissəsinin kəsilməsi.



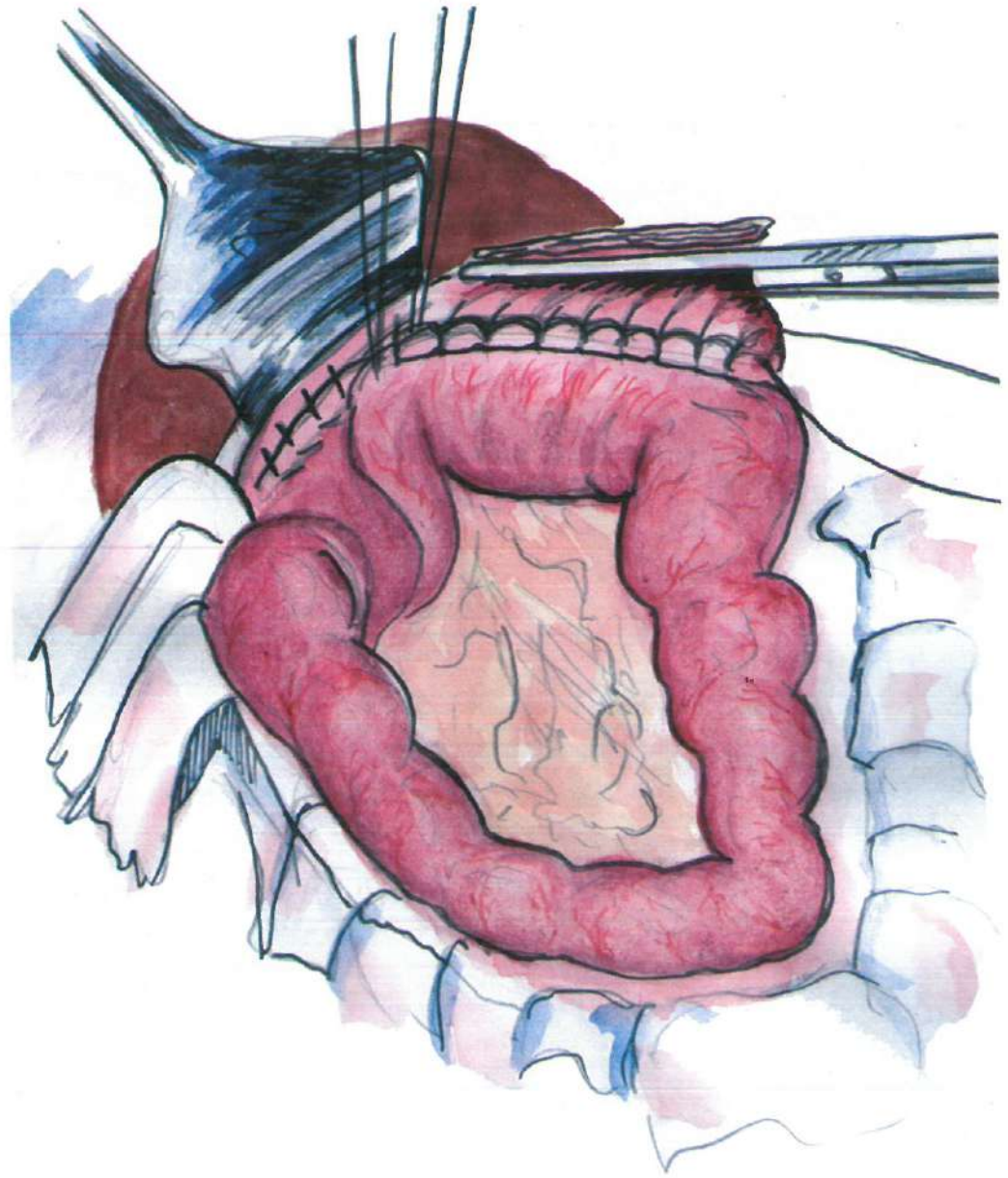
Şekil 64. Kiçik əyriliyin formalaşdırılması. Payr sıxıcısını çıxardıqdan sonra mədə güdü-  
lüne qoyulan hemostatik tikişlər.



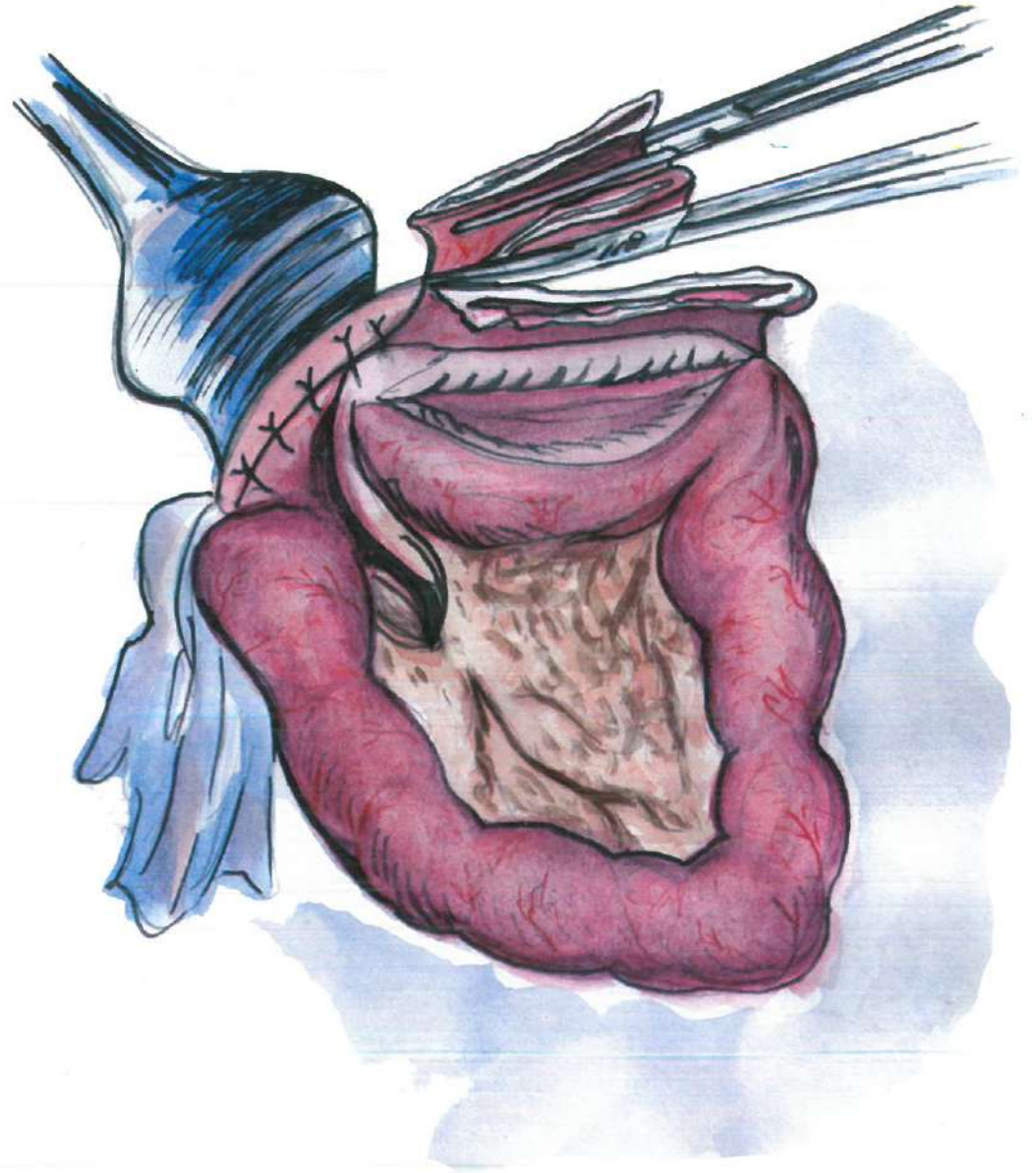
Őekil 65. Kıçık  yriliyin formalalaŐtırılması. M de güdülünün  n ve arxa divarları hesabına hemostatik tikiřlerin peritonizasyonu.



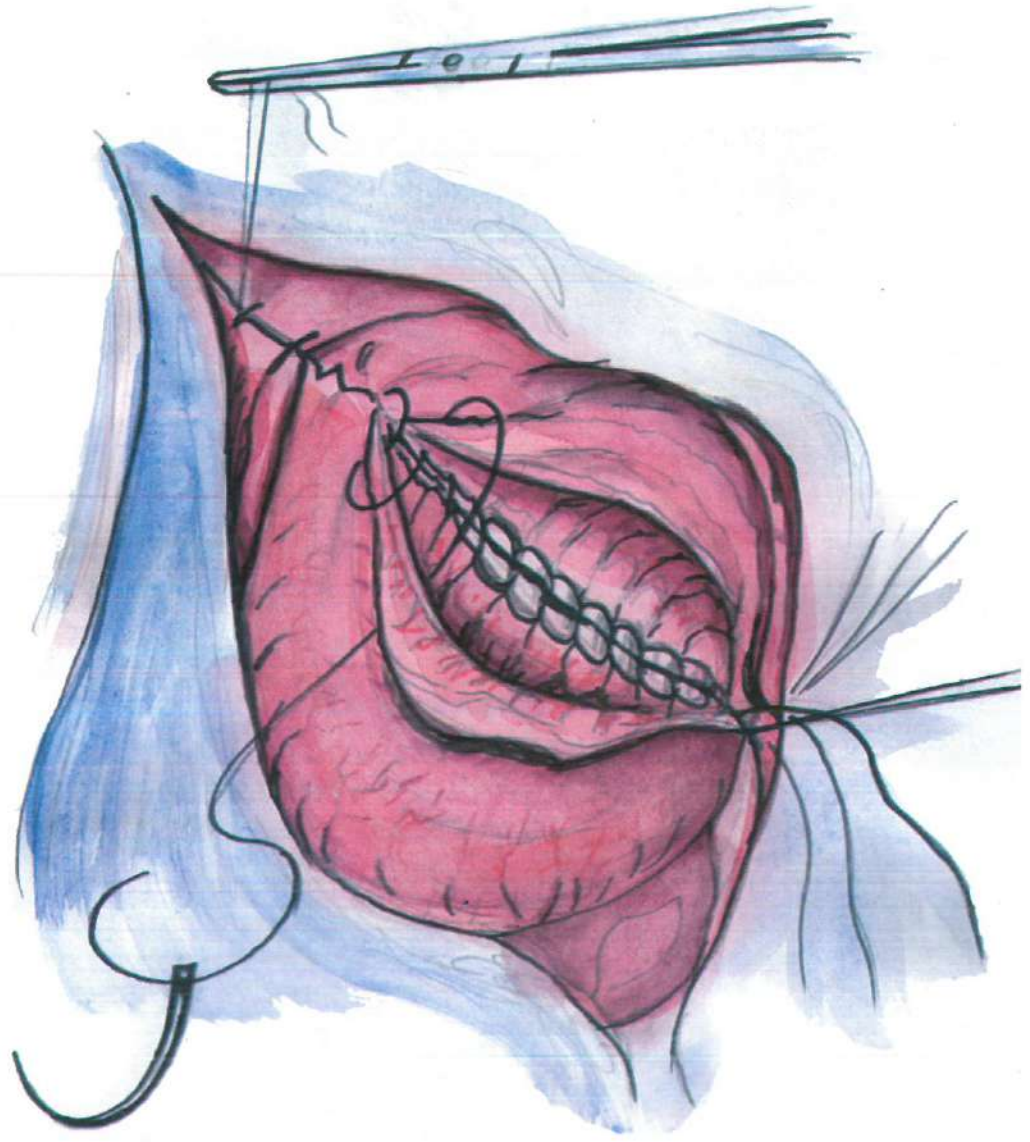
Şekil 66. Mədənin Bilrot II, Hofmeister-Finsterer modifikasiyası ilə rezeksiyası zamanı mədə-bağırsağ anastomozunun formalaşdırılması. Mezokolon pəncərəsindən keçirilən nazik bağırsağ ilgeyinin mədə güdülünə tikilməsi.



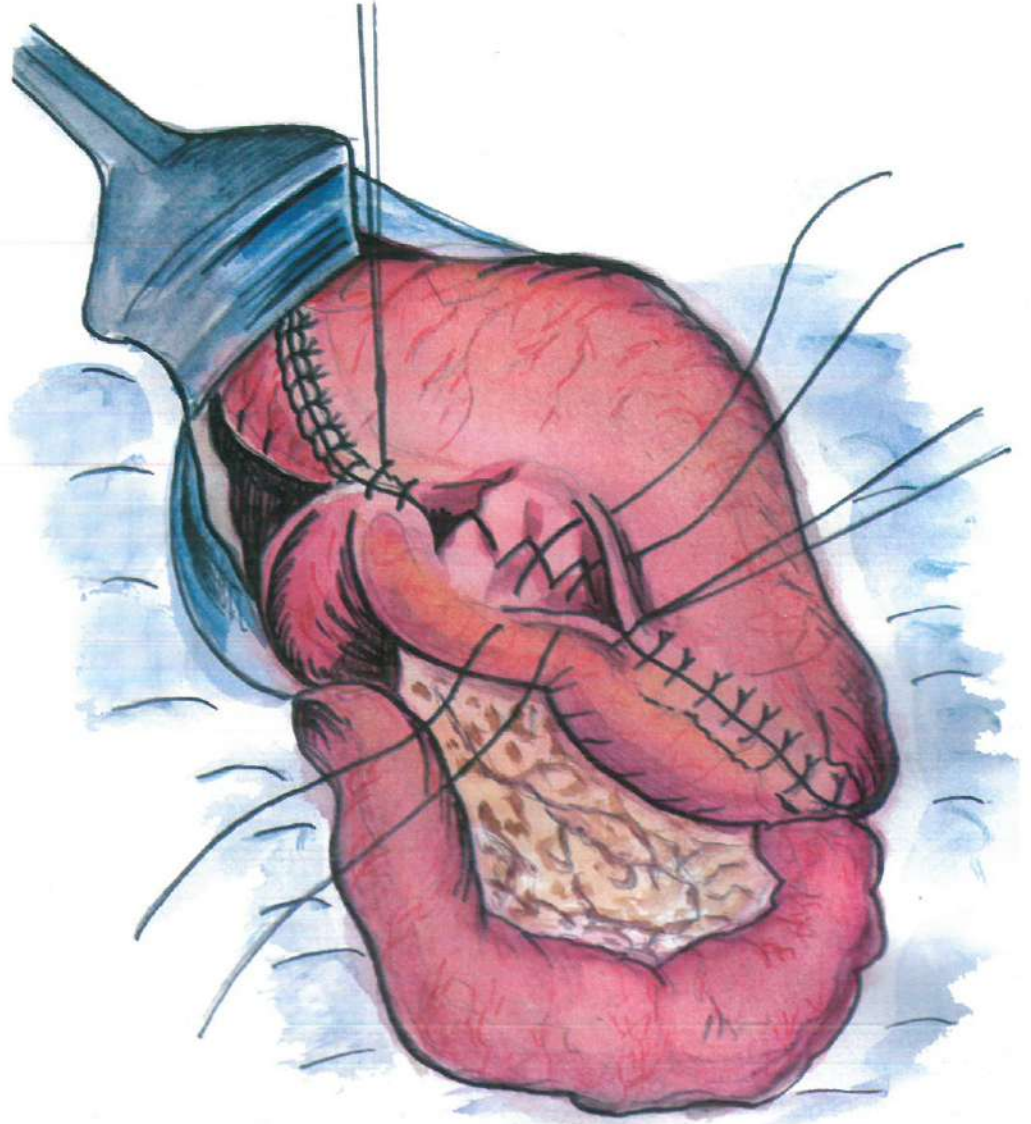
Şekil 67. Bilrot II, Hofmeister-Finsterer modifikasyonu ile rezeksiya zamanı mide-bağırsak anastomozunun formalaştırılması. Nazik bağırsak ilgeyinin mide güdülüne tikişmesinin son görünüşü (birinci sıra tikişler).



Şəkil 68. Bilrot II, Hofmeister-Finsterer modifikasiyası ilə rezeksiya zamanı mədə-bağıracaq anastomozunun formalaşdırılması. Sıxıcıda olan mədə divarının kəsilməsi, mədə və nazik bağırsağın menfəzinin açılması.

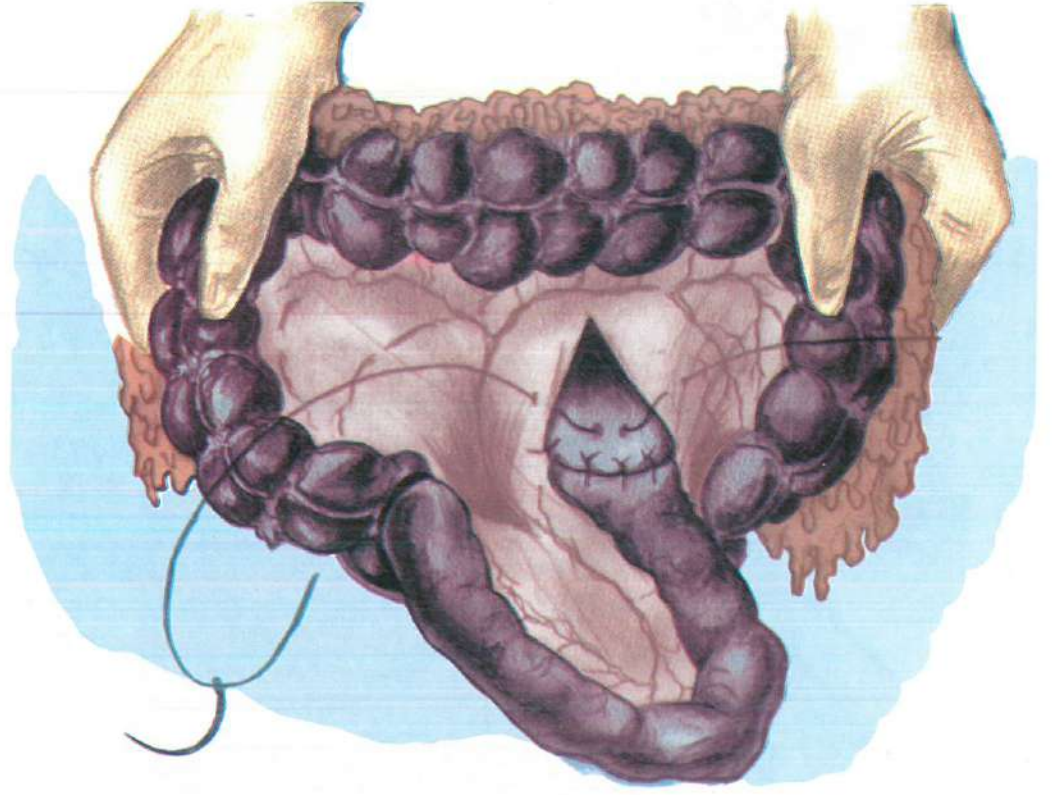


Şəkil 69. Mədənin Bilrot II, Hofmeister-Finsterer modifikasiyası ilə rekeksiyası zamanı mədə-bağırsaq anastomozunun formalaşdırılması. Mədə-bağırsaq anastomozunun ön dodağına qoyulan fasilesiz tikiş.

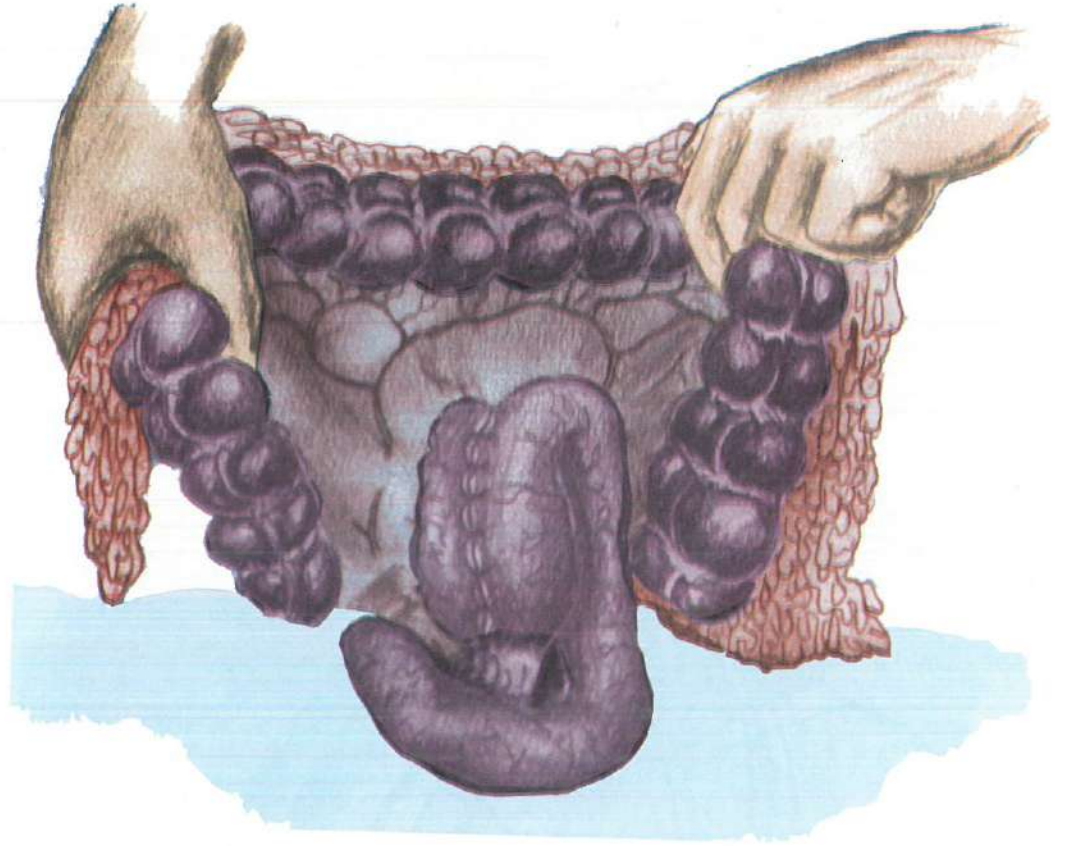


Şekil 70. Bilrot II, Hofmeyster-Finsterer modifikasyonu ile rezeksiya zamanı mēde-bağırsađ anastomozunun formalaşdırılması. Mēde-bağırsađ anastomozunun ön divarına qoyulan ikinci sıra tikişler.

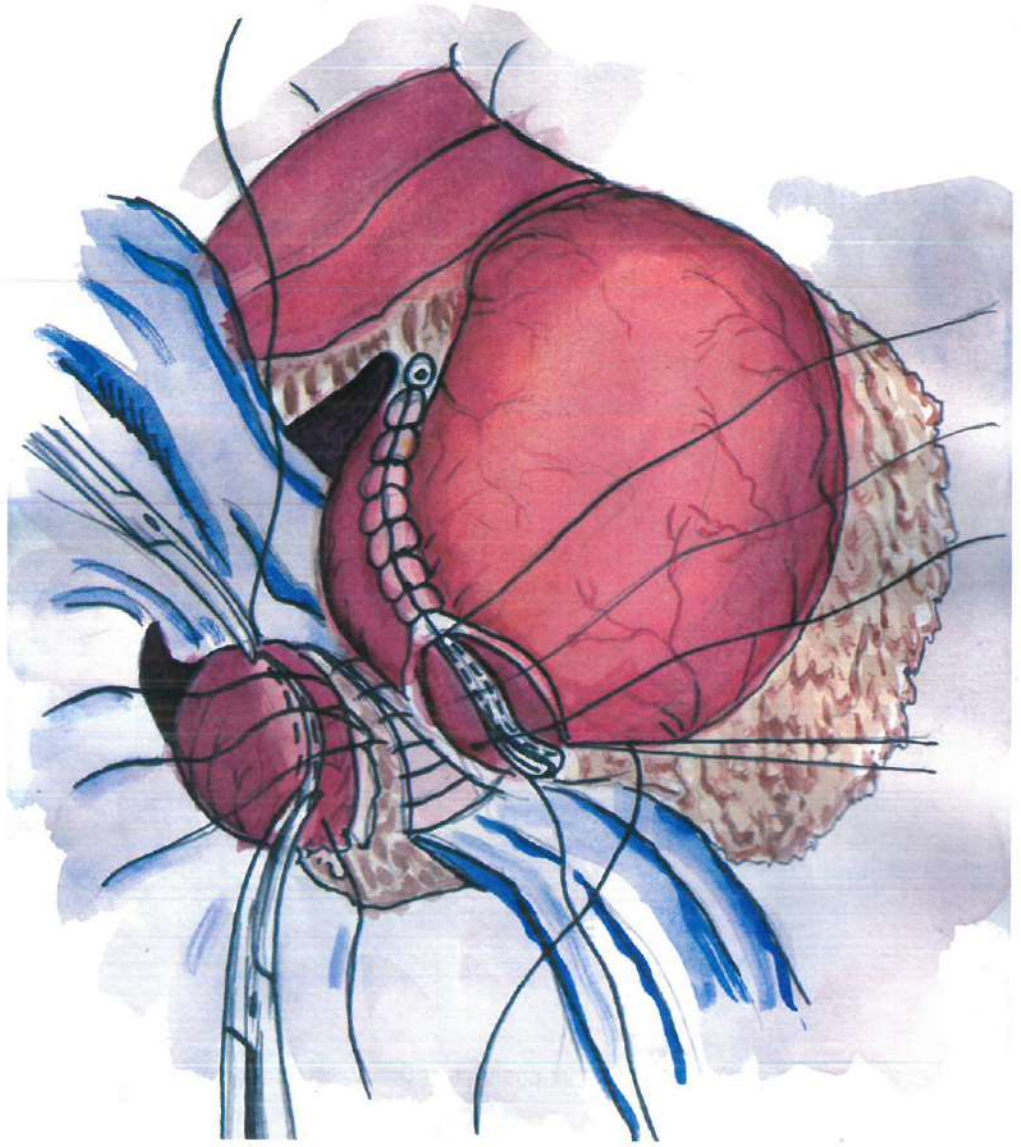




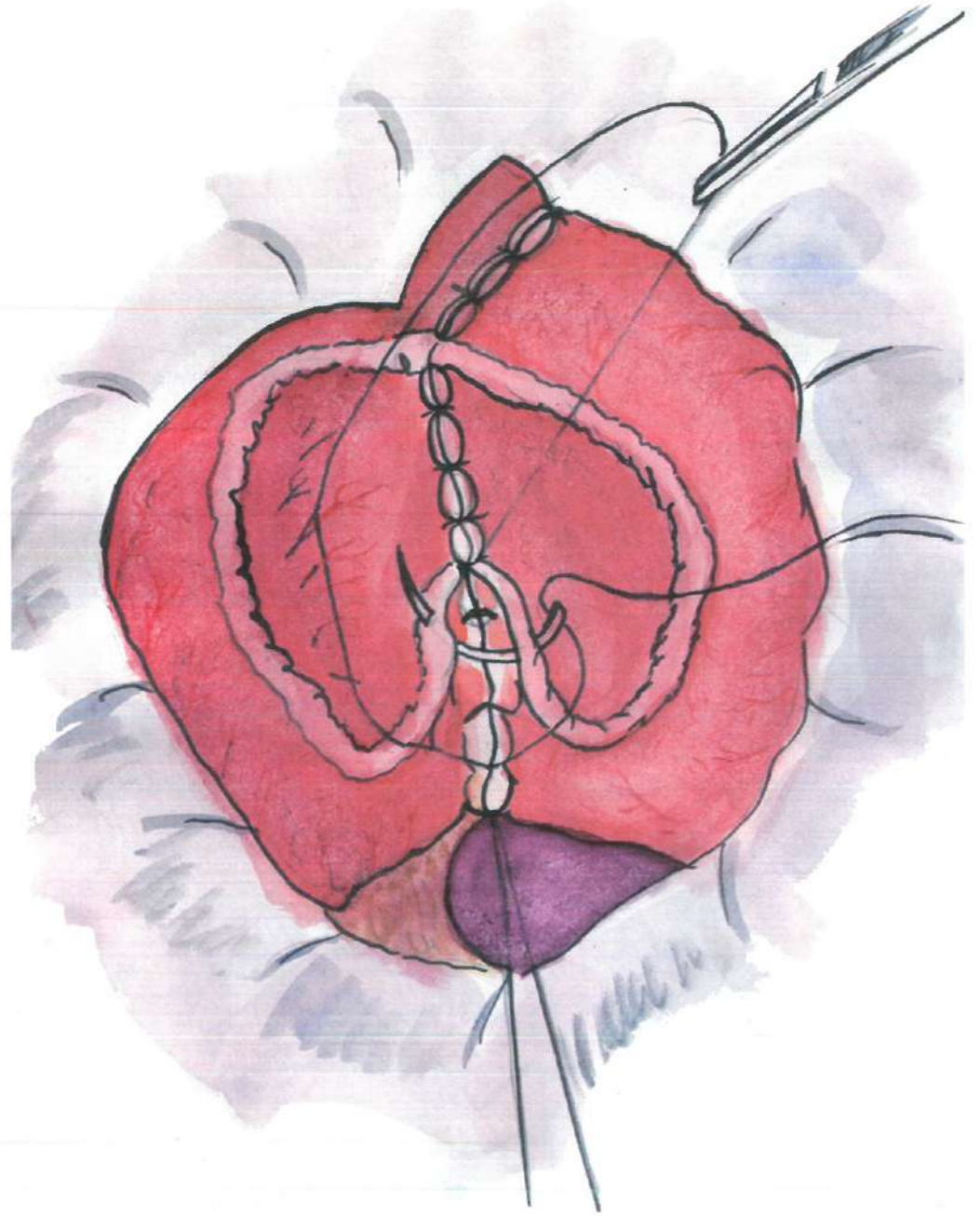
Şekil 71. Köndələn çəmbər bağırsağın kəsilmiş müsariqəsi anastomozdan 1,5-2 sm yuxarıda mədə güdülünə tikilir



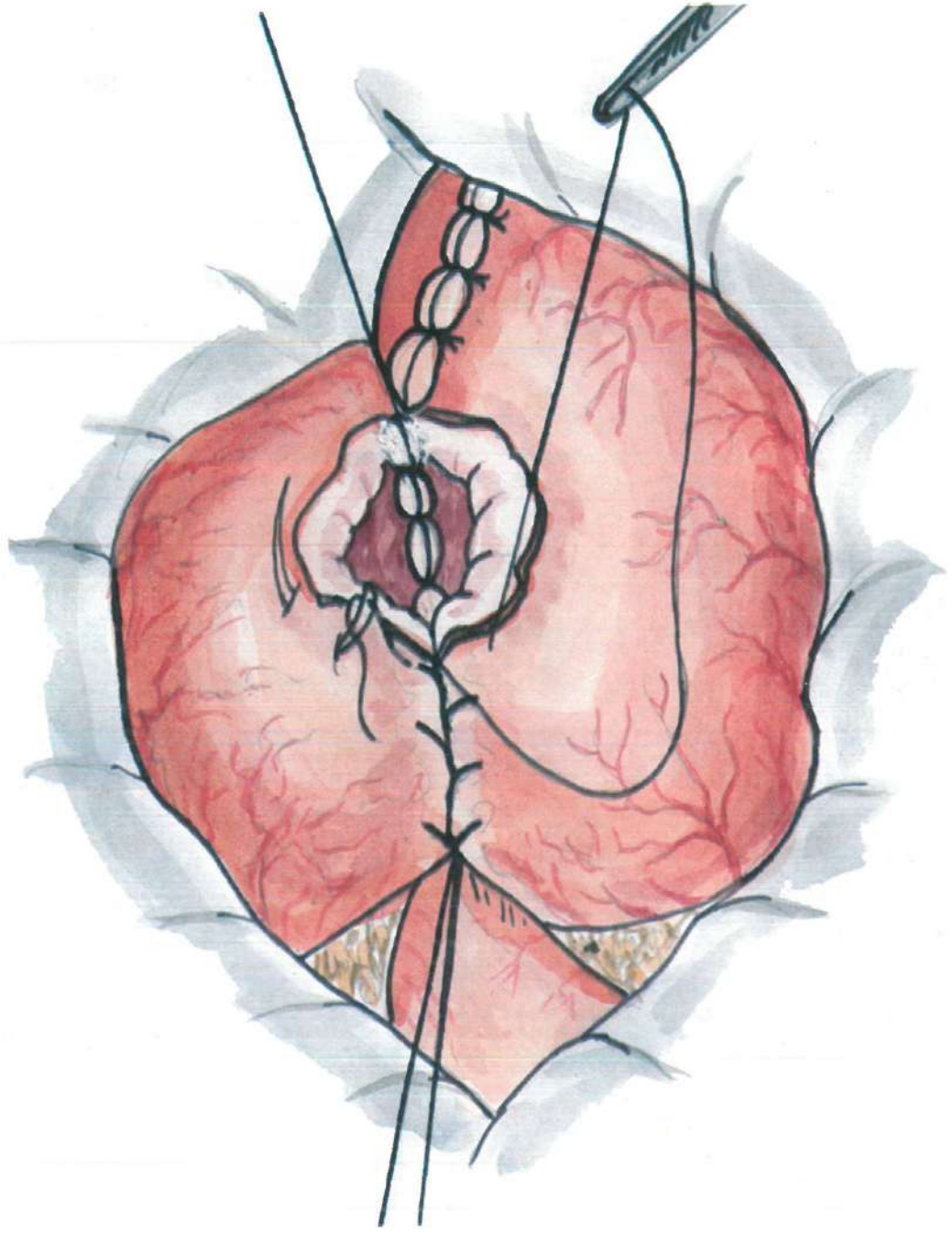
Şekil 72. Köndelen çember bağırsağın kesilmiş müsariqesi anastomozdan 1,5-2 sm yuxarda mede güdülüne tikilir



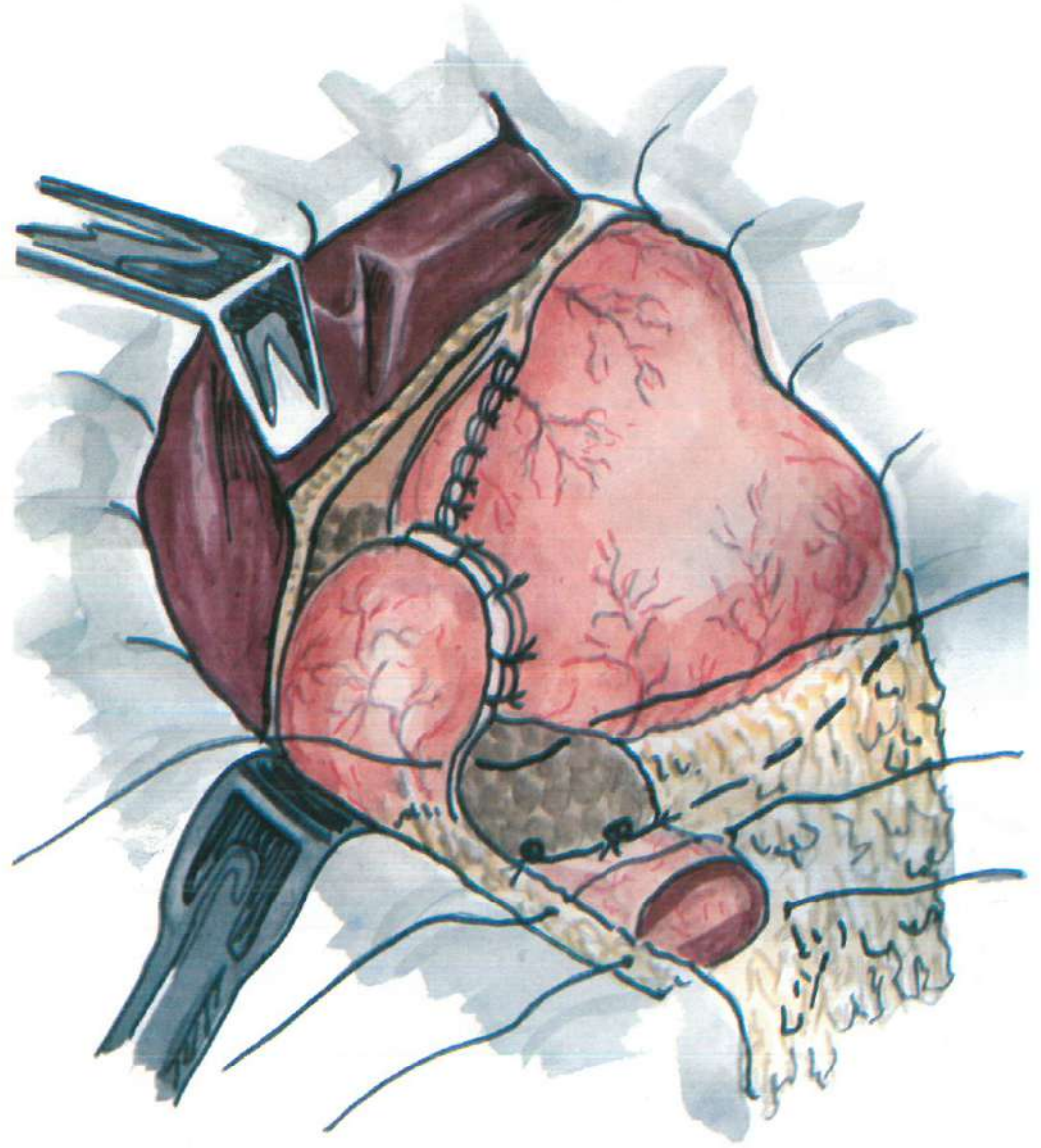
Şekil 73. Mədənin Bilrot I üsulu ilə rezeksiyası. Gastroduodenal anastomozun formalaşdırılması. Mədə güdülü və onikibarmaq bağırsağ arasında birinci sıra tikişlərin qoyulması.



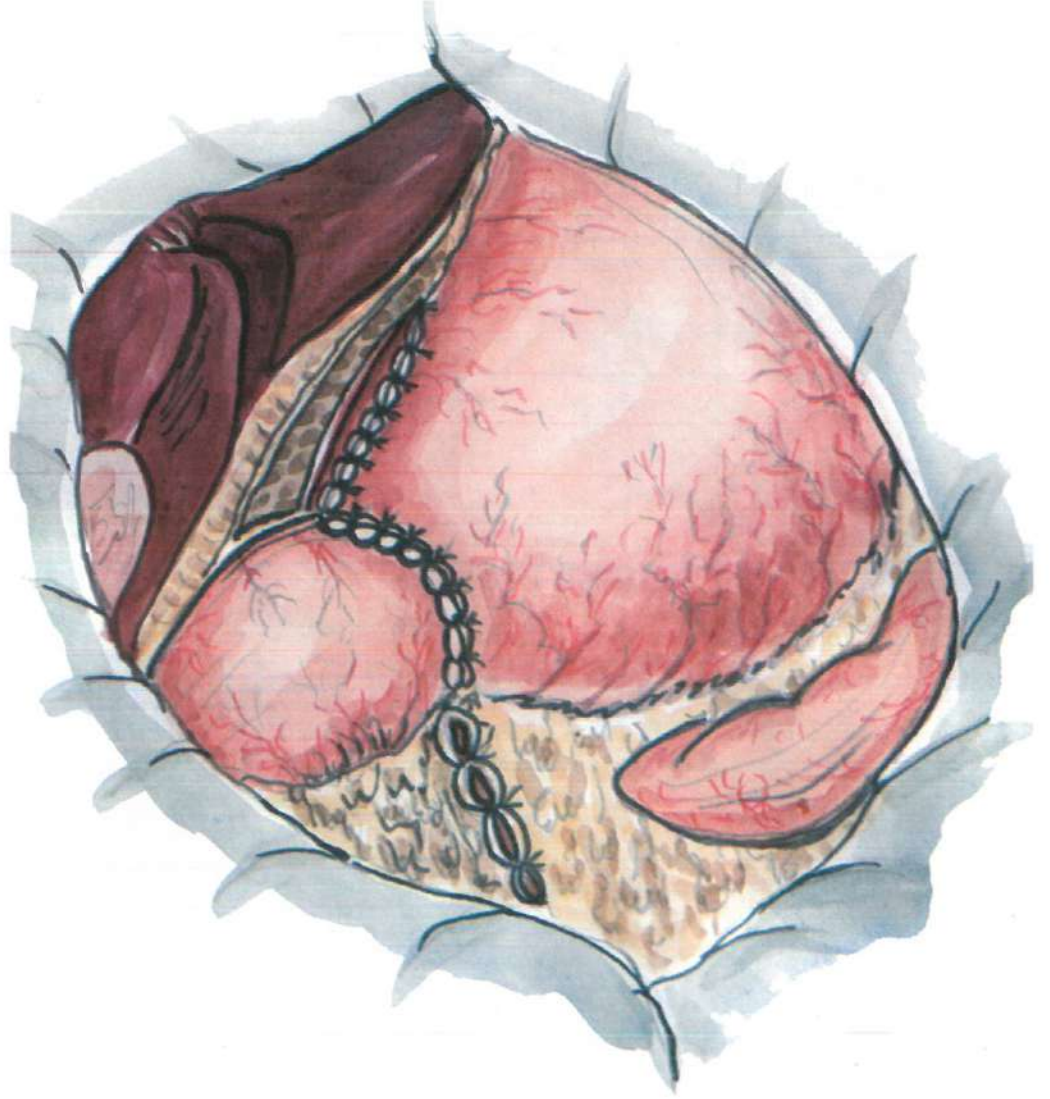
Şekil 74. Gastroduodenal anastomozun arxa dodağına qoyulan fasilesiz tikiş



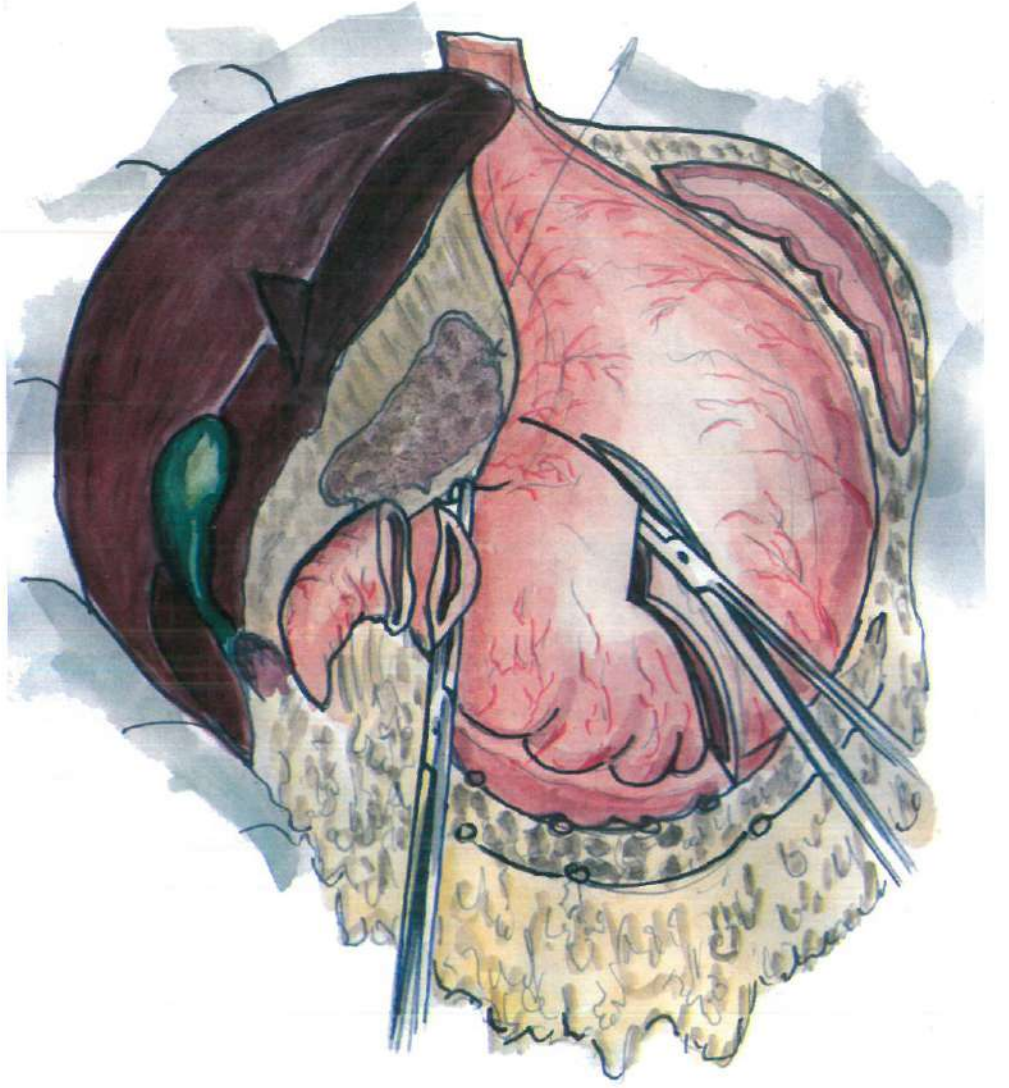
Şekil 75. Gastroduodenal anastomozun qoyulması. Anastomozun ön dodağına qoyulan fasilesiz çevirici tikişler.



Şekil 76. Mədənin Bilrot I üsulu ilə rezeksiyasının son mərhələsi.  
Lig. gastrocolicum defektinin tikilməsi.

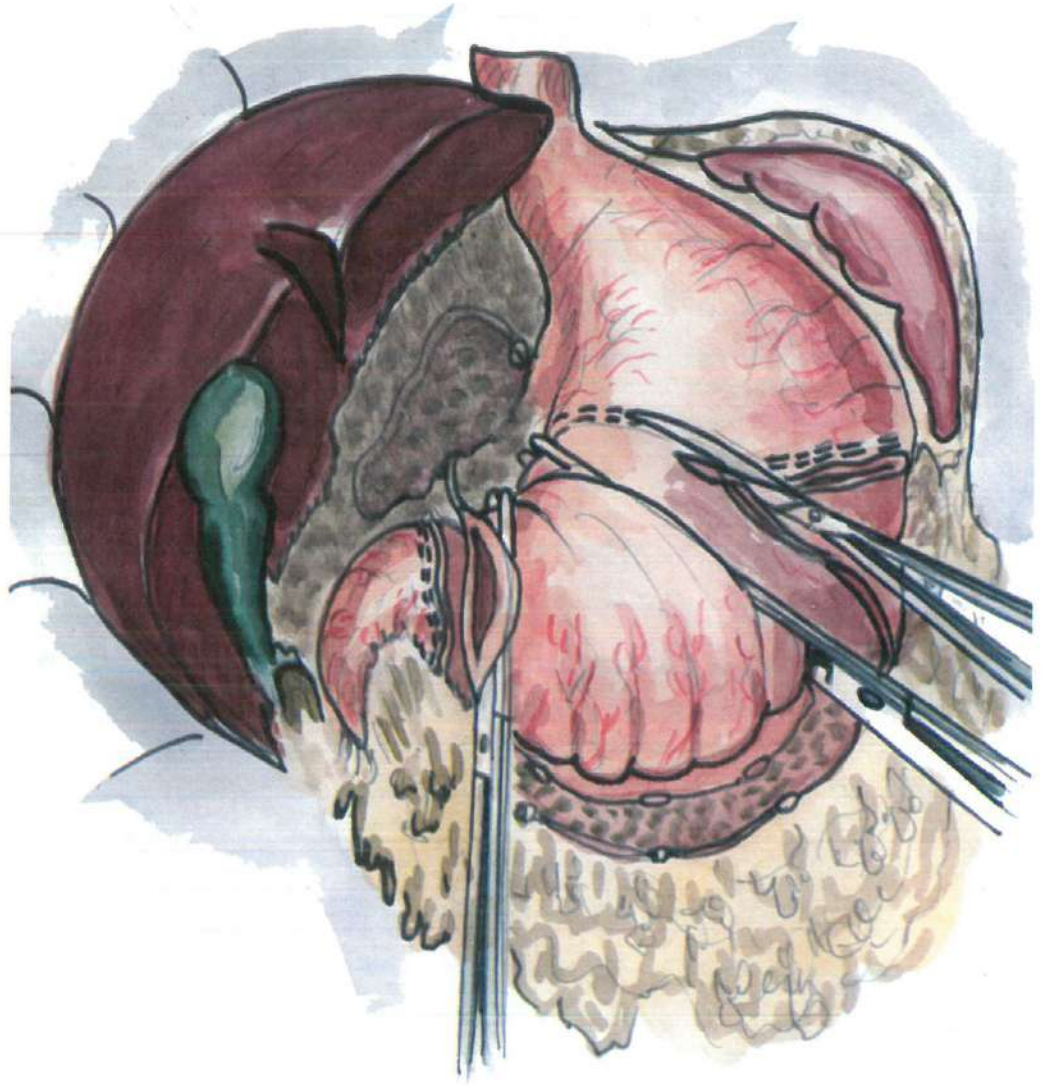


Şekil 77. Mede rezeksiyasından sonra gastroduodenoanastomozun qoyulması.

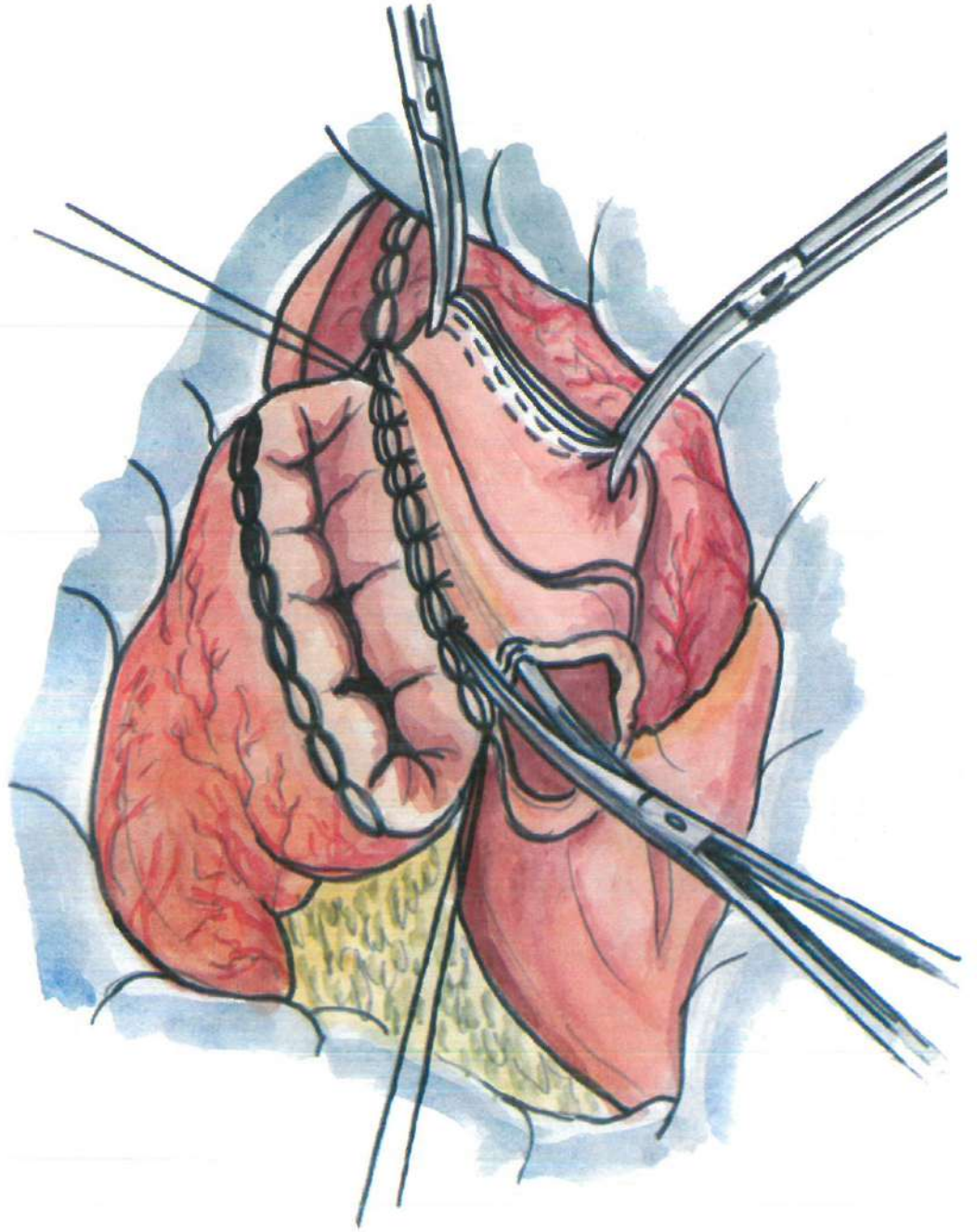


Şekil 78. Mədənin boruvari rezeksiyası. Mədənin onikibarmaq bağırsaqdan kəsilib ayrılması və mədə güdülündən borunun kəsilib hazırlanması.

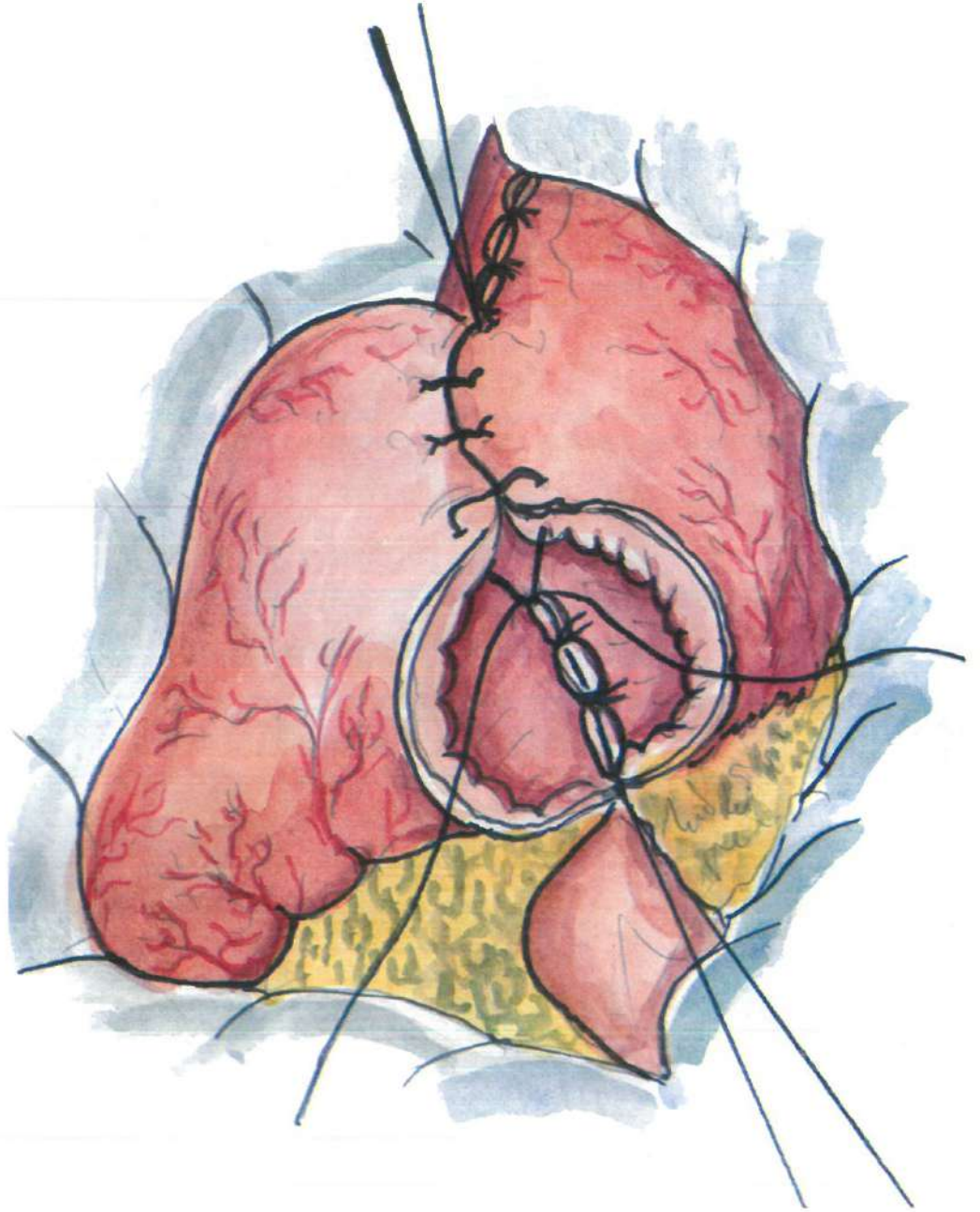




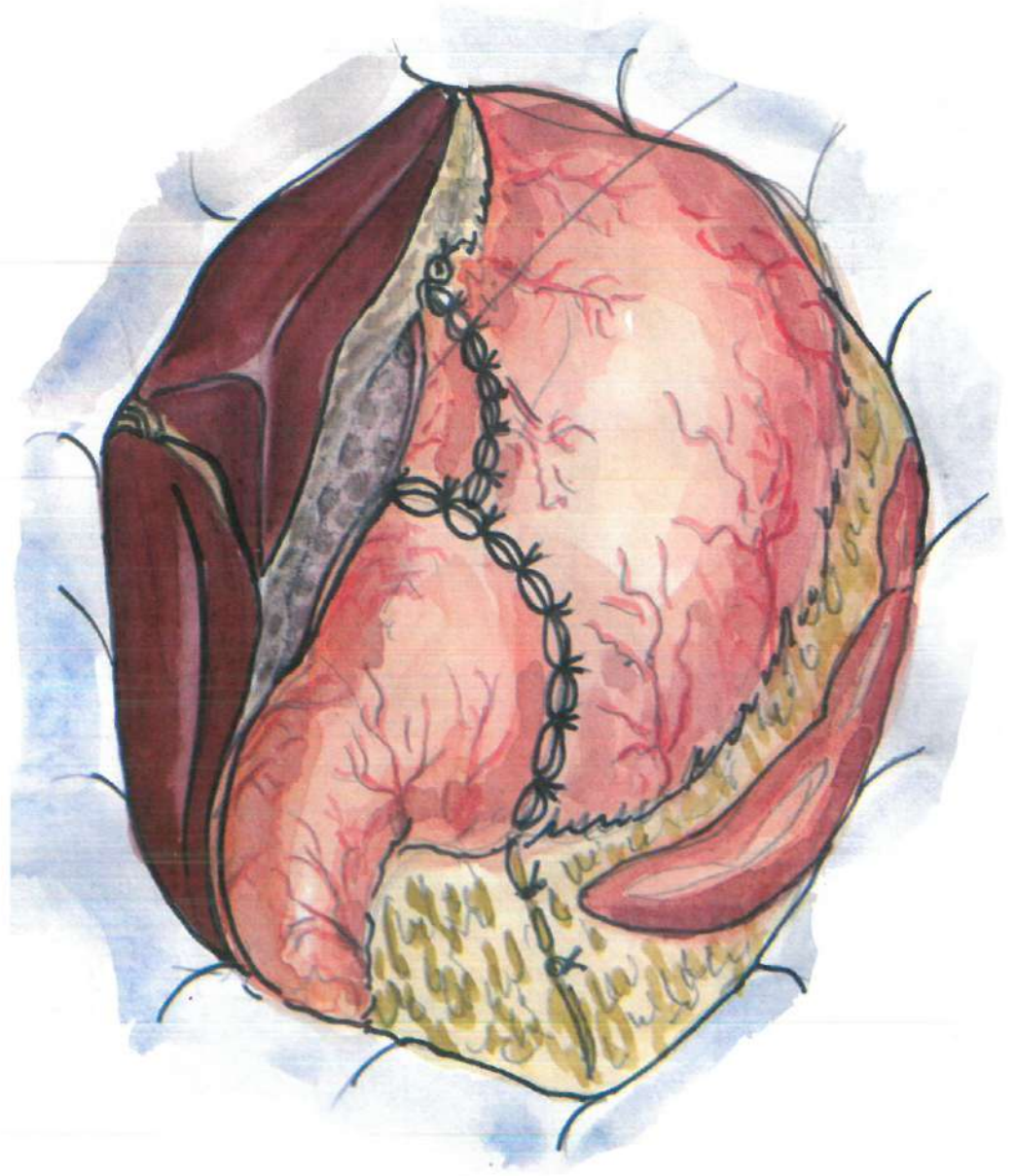
Şakil 79. Mede ıxacađının saxlanması Őerti ile mede rezeksiyası.



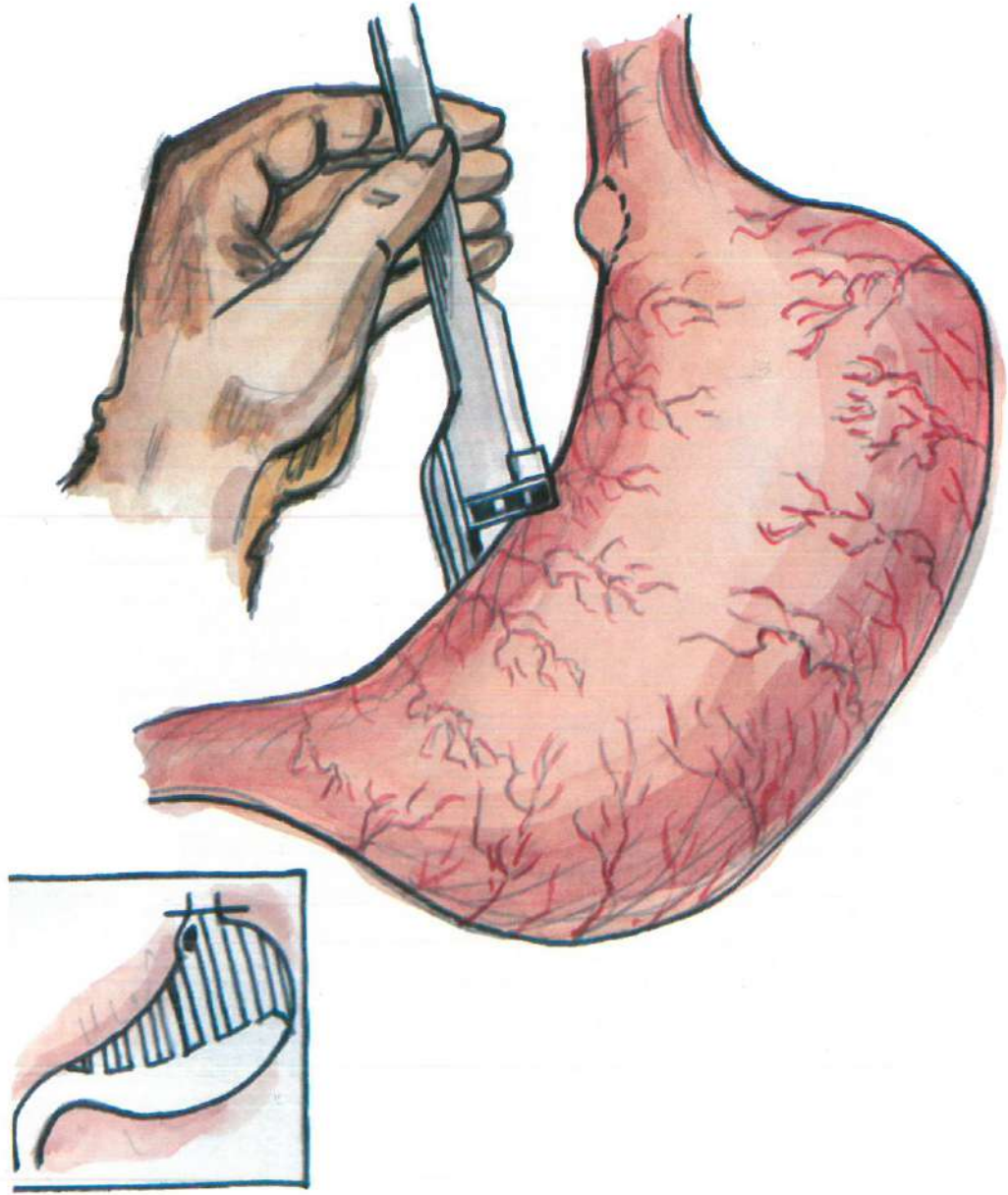
Şekil 80. Mədə çıxacağıının saxlanması ilə mədə rezeksiyası. Mədənin mənfezinin açılması və anastomozun arxa dodağına birinci sıra tikişlərin qoyulması.



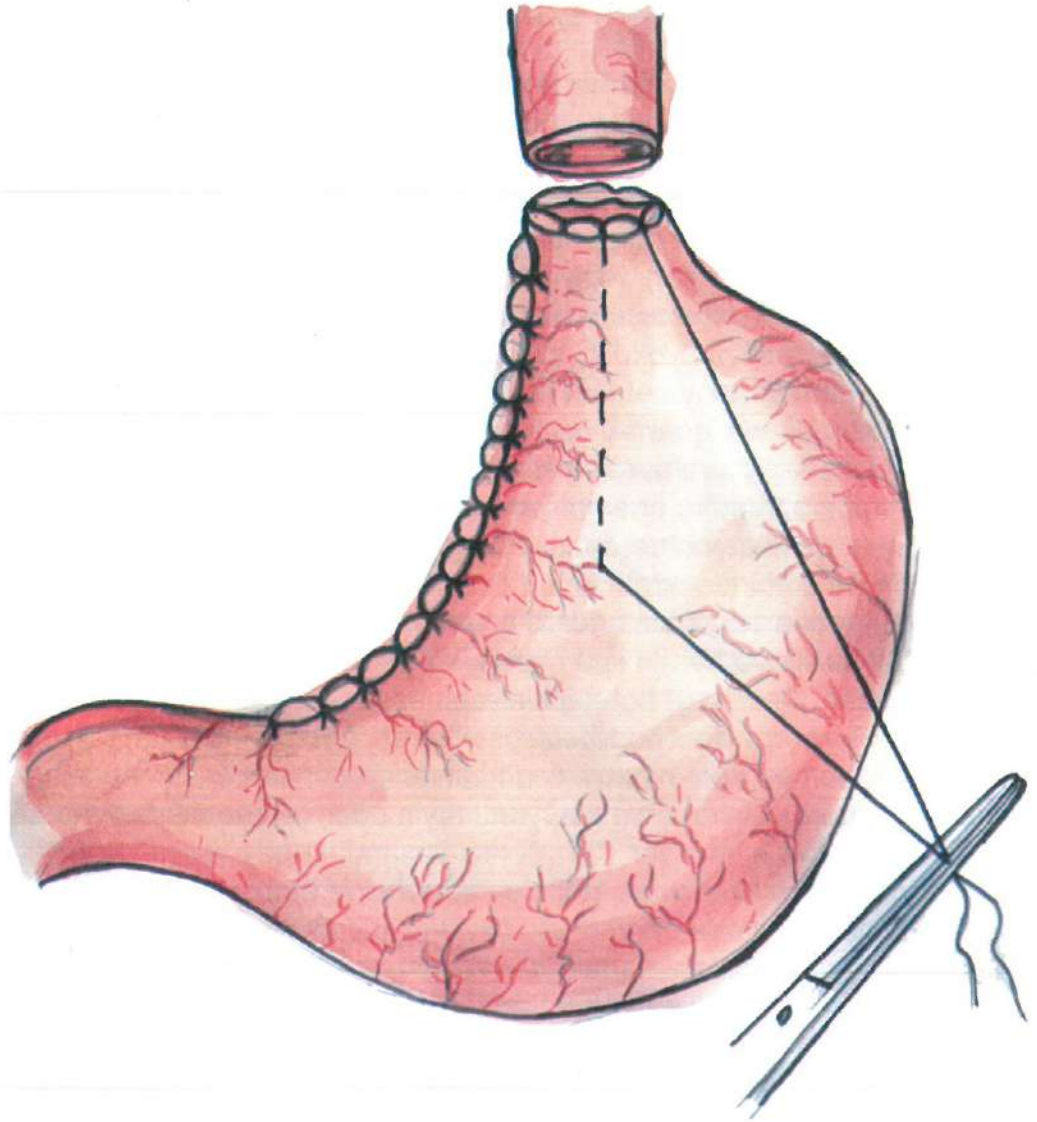
Şekil 81. Mədə çıxacağıının saxlanması ilə mədə rezeksiyası. Anastomozun ön dodağına tək-tək düyünlü çevirici tikişlərin qoyulması.



Şekil 82. Mədə çıxacağıının saxlanması ilə icra edilən mədə rezeksiyasının son görünüşü.



Şekil 83. Mədənin proksimal rezeksiyasının görünüşü. Qida borusu-mədə anastomozunun formalaşdırılması.



Şekil 84. Mədənin kardial hissəsinin rezeksiyasının görünüşü. Anastomozun invaginasiası üçün sapın mədə güdülü mənəzindən keçirilib seroz qişadan çıxarılması.

## VI Fəsil

### ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN XORA XƏSTƏLİYİNDƏ ORQANSAXLAYICI ƏMƏLİYYATLARIN İCRA OLUNMASI TEXNİKASI.

#### 6.1. Kötük vaqotomiyasının texnikası.

Əməliyyat yuxarı orta kəsiklə aparılır. Laparatomiyadan sonra xoranın lokalizasiyası, mədə, onikibarmaq bağırsaqda olan xarakter dəyişikliklər və diaqnoz dəqiqləşdirilir. Digər orqanların (qara ciyər, ödçuxarıcı yollar, mədəaltı vəzi, bağırsaqlar) vəziyyəti qiymətləndirilir. Sonra azan sinirin ön (sol) kötüyünün ayrılmasına başlanılır. Qara ciyərin sol payını mobilizasiya etməyə ehtiyac yoxdur, xüsusən də qida borusunun abdominal hissəsində manipulyasiya etmək çətinlik törətmədikdə. Tək-tək hallarda əgər qida borusunda işləmək çətinlik törədərsə onda üçbucaq bağ damarsız sahədə kəsilir və qara ciyər xüsusi güzgülərlə yuxarı sola çəkilir. Peritonun qida borusunu örtən hissəsində kəsik diafraqmadan 1,5-2 sm aşağı köndələn istiqamətdə aparılır. Sağ əlin göstərici barmağı ilə qida borusunun ön səthində azan sinirin ön (sol) şaxəsi təyin edilir (şək.85). Sinirə bir-birindən 1,5-2 sm aralı iki sıxıcı qoyulur. Sıxıcılar arasında 0,5-1 sm kötük kəsilir və hər iki ucu nazik ipək sapla bağlanır (şək.86).

Azan sinirin arxa (sağ) kötüyü diafraqmanın sağ ayaqcığına yaxın qida borusu ilə aorta arasında yerləşir. Cərrah göstərici barmağının köməkliyi ilə qida borusunun oxu istiqamətində mədənin arxasından aşağıya doğru gedərək sinirin arxa kötüyünü təyin edər və onu dissektorla ətraf toxumalardan ayırır (şək.87). Sonra yuxarıdakı qaydalara riayət etməklə sinir kəsilir. Hemostaz etdikdən sonra qida borusu yerinə qoyulur və diafraqmanın altında periton tək-tək düyünlü tikişlərlə tikilir (şək.88). Ardınca aşağıda yazılan mədəni drenləşdirən əməliyyatlardan biri icra edilir. Laparatom yara kip tikilir .

#### 6.2. Selektiv vaqotomiyanın texnikası.

Bugünkü gün üçün selektiv vaqotomiyanın kötük vaqotomiyadan heç bir funksional üstünlüyü yoxdur. Buna baxmayaraq vaqotomiyanın bu variantı müəyyən dövrlərdə geniş yayıldığından və ədəbiyyatda çoxlu istinadlar olduğundan bu barədə qısa məlumat verməyi borc bilirəm.

Əməliyyat yuxarı orta kəsiklə aparılır. Laparatomiyadan sonra xoranın lokalizasiyası, mədə, onikibarmaq bağırsaqda olan xarakter dəyişikliklər,

diaqnoz dəqiqləşdirilir və digər üzvlərin (qara ciyər, ödçixarıcı yolların, mədəaltı vəzin, bağırsaqların) vəziyyəti qiymətləndirilir. Selektiv vaqotomiyanı yaxşı icra etmək üçün diafraqmaaltı sahədə azan sinir kötüyünün şaxələnməsinin anatomiyasını bilmək lazımdır. Bu zaman yalnız mədəyə gedən şaxələr kəsilir, qara ciyər və qarın şaxələri saxlanılır. Mədənin böyük əyriliyindən tutub aşağı və sola dartıldıqda qida borusu-mədə keçəcəyi nahiyəsində, qida borusunun ön divarında sim kimi dartılmış ön kötük tapılır. Ön kötüyün əsas mədə şaxəsi (*Laterget* siniri) mədənin kiçik əyriliyində palpasiya olunur və kiçik piylik peritonunun ön səhifəsi ilə örtülü olur. Qara ciyər şaxəsi ön kötükdən sağa ən yuxarı hissədən ayrılır. Bundan aşağı damarsız sahədə kiçik piyliyin ön səhifəsi kəsilir. Sonra mədənin kardial hissəsindən, mədə çıxacağına qədər kiçik piylik əyriliyi hissə-hissə tutulub kəsilir və bağlanır.

Bu zaman mədənin kiçik əyriliyində sol mədə arteriyasının enən şaxəsi bağlanıb kəsilir. Mədənin kiçik əyriliyindən kardianın sol kənarına doğru (His bucağı) dissektorun köməyi ilə mədənin seroz qişası hissə-hissə tutulub bağlanır və kəsilir. Arxa kötüyün mədə şaxəsi günəş kəlfinə gedən böyük şaxədən aşağı kəsilir. Sol mədə arteriyasının enən şaxəsi iki dəfə bağlanır. Mədənin azad olan kiçik əyriliyinə asılqan tutacaq qoyulur və mədə sola dardılır. Arxa kötüyün mədə şaxələri kardial və mədə çıxacağı istiqamətində hissə-hissə kəsilir. Kiçik əyrilikdən mədənin arxa səthi ilə qida borusunun abdominal hissəsinə gedən şaxələr dissektor və sıxıcıların köməyi ilə tutulub bağlanır. Mədənin kiçik əyriliyi sero-seroz tikilərlə tikilir. Sonda aşağıda yazılan mədəni drenləşdirən əməliyyatlardan biri icra edilir.

### **6.3. Selektiv proksimal vaqotomiyanın texnikası.**

Selektiv proksimal vaqotomiya (SPV) əməliyyatını icra etmək üçün ən əlverişli kəsik yuxarı orta laparotomiya hesab edilir. Kəsik əsasən xəncərvari çıxıntıdan göbəyə qədər aparılır. Bəzi hallarda xəncərvari çıxıntı ilə göbək arasında məsafə az olduqda kəsik göbəkdən sola keçməklə aşağıya doğru uzadılır. Periton boşluğu qat-qat açılır. Kəsik boyunca axan damarlar diatermokoagulyatorla koagulyasiya edilir və ya saplarla liqaturaya alınır. Əməliyyat sahəsi steril parça ilə əhatə edilir. Yara genişləndirici vasitəsilə yara genişləndirilir. Qarın boşluğu təftiş edilir, onikibarmaq bağırsaqdakı xarakter dəyişikliyə əsasən diaqnoz dəqiqləşdirilir. Bu zaman xoranın yerləşməsi, infiltratın həcmi və ya xoranın yaxın üzvlərə penetrasiyası qiymətləndirilir. Əgər bitişmələr (periqastrit, peri-



duodenit) olarsa, iti və küt üsulla ayrılır. Stenoz əlamətləri olmazsa mədəni drenləşdirici əməliyyatı icra etmədən yalnız SPV aparılır. Xora nahiyəsində mədə çıxacağıının və bağırsağın keçiriciliyini yoxlamaq üçün yoğun mədə zondundan istifadə edilir. Əgər yoğun mədə zonda xora nahiyəsindən sərbəst keçərsə keçiricilik qənaətbəxş hesab edilir.

SPV - nin birinci mərhələsi mədə-çəmbər bağırsağ bağındadır damar-sinir dəstinin dalağın aşağı qütbünə qədər kəsilməsi ilə başlanır. Bunun üçün mədə-çəmbər bağırsağ bağı Bilrot sıxıcısı ilə mədə bucağından, dalağın aşağı qütbünə qədər damarsız sahədən dəşilir, sıxıcı ilə tutulub kəsilib bağlanır. Mədə-çəmbər bağırsağ bağındadır damar-sinir dəsti kəsildikdən sonra azan sinirin ön (sol) və arxa (sağ) kötüyünün ayrılıb tutacağa alınması mərhələsi başlanır. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi qara ciyərin sol payını mobilizasiya etməyə ehtiyac olmur. Assistent enli uzun qara ciyər güzgüsü ilə qara ciyəri yuxarı sağa çəkir. Qida borusunun oxu istiqamətində mədənin arxasında azacıq palpator traksiya etdikdən sonra sim kimi tarım çəkilməmiş ön kötük aşkar edilir. Qida borusunun abdominal hissəsini örtən periton qida borusu-mədə keçəcəyindən 3-4 sm yuxarıda iti uclu uzun qayçı ilə köndələn istiqamədə kəşilir. Azan sinirin tarım durmuş ön kötüyü dissektorla ayrılır və altına rezin tutacaq keçirilərək sola dartılır. Cərrah göstərici barmağı ilə qida borusunun arxasına qida borusu ilə aorta arasından diafraqmanın sağ ayaqcığına yaxın azan sinirin arxa (sağ) kötüyünün yerləşdiyi sahəyə keçir. Azan sinir qida borusundan 0,5-1 sm aralı yerləşir. Sol əl barmağının nəzarəti altında kötük dissektorla ayrılır və altına rezin tutacaq keçirilir.

Bu mərhələdə mədənin arxasında traksiya edərkən barmağın yalnız qida borusunun oxu istiqamətində hərəkət etməsinə çox ciddi şəkildə riayət etmək lazımdır. Əgər mədənin böyük əyriliyindən tutulub traksiya edilərsə dalağın kapsulasının cırılma ehtimalı artır.

Sonrakı mərhələ kötükdən mədənin kiçik əyriliyinə turşu əmələ gətirən zonaya gedən azan sinir şaxələrinin kəsilməsidir. Bunun üçün öncə mədə bucağı nahiyəsində kiçik piylyin ön səhifəsi arasında olan damar-sinir dəsti az-az (kiçik porsiyalarla 1,5-2,5 sm) kəsilib bağlanır (şək.89). Mədə bucağı nahiyəsində kiçik piylyin ön səhifəsinin serozası skalpelle damarsız yerdən kəşilir. Bilrot sıxıcısının nazik ucu damar-sinir dəsti gədən seroza altında piylik toxumasına keçirilir və düz mədə divarına yaxın yerdən çıxarılır. Sıxıcının dəstəyi ehtiyatla açılır və arasına iki əlavə sıxıcılar qoyulur (biri piylyə, ikincisi mədə divarına) və arası kəsilib bağlanır. Beləliklə yavaş - yavaş kiçik piylik boyunca qida borusu-mədə keçəcəyinə yaxınlaşılır. Kiçik piylyin ön səhifəsi işlənilib qurtardıqdan sonra kiçik

piyliyin dərində mədənin kiçik əyriliyinə gedən damar-sinir dəstəsi kəsilib bağlanır. Bu mərhələdən sonra sol əlin ikinci və üçüncü barmaqları piylik cibinə yeridilir, mədə bucağı nahiyəsində kiçik piyliyin arxa səhifəsi önə qabardılır (şək.90). Mədə bucağından kardiya qədər piylik səhifəsi sıxıcı ilə damarsız yerdən dəşilir, kəsilib bağlanır (şək.91). Mədənin kiçik əyriliyinin mərhələ-mərhələ işlənməsi azan sinirin piloroantral şaxəsinin təsadüfi zədələnməsini və kiçik piylikdə arzu olunmaz hematomanın əmələ gəlməsinin qarşısını alır. Bu əməliyyat zamanı vaxtın çox itirilməsinə baxmayaraq əməliyyatdan sonrakı dövr çox yaxşı keçir və postvaqotomik ağırlaşma faizi aşağı olur.

SPV-nin ən çətin mərhələsi kardiya və qida borusunun aşağı hissəsinin skeletləşdirilməsidir. Sinirin ön və arxa kötüyü asılqan tutacaqla sağa çəkilir, mədə aşağı dartılır. Mədənin kardial hissəsinə, qida borusunun ön və arxa səthi boyunca sağ yarısına gedən damar-sinir dəstəsi hissə-hissə kəsilib bağlanır. Sonra kəsik qida borusunun sol yarısına doğru aparılaraq diafraqmadan mədə dibinə gedən bağ kəşilir. Çox vaxt buradan əlavə azan sinir şaxəsi - "*kriminal Qrassi şaxəsi*" keçir. Asılqan tutacaqla azan sinir kötüyü qaldırılır və ondan qida borusuna gedən bütün elementlər 4-5 sm məsafədə kəsilib bağlanır. Asılqan tutacaqla sinirin arxa kötüyü sağa çəkilir, mədə önə və yuxarı qaldırılır, hissə-hissə ətraf toxumalar kəşilir, qida borusu tam izolə olunduqdan sonra barmaq qaldırılır. Qida borusu və mədənin kardial hissəsi yuxarı sola dartılaraq kardial hissədən mədəaltı vəzin yuxarı səthinə gedən kiçik bağlar kəşilir.

Bu mərhələdən sonra mədənin yuxarı hissəsi qida borusundan asılı vəziyyətdə sallanır və dalaqla yalnız mədə-dalaq bağı hesabına birləşir. Mədənin kardial hissəsini və qida borusunun abdominal hissəsini skeletləşdirərkən qida borusunun diafraqma dəliyini təftiş etmək lazımdır. Əgər qida borusunun diafraqma dəliyi 2-3 barmaq buraxırsa onda Harrington üsulu ilə hiatoplastika aparılır. Bunun üçün qida borusundan sola diafraqmanın ayaqcıqları arasına 1-2 П-vari tikişlər qoyularaq diafraqmanın qida borusu dəliyi iki barmaq buraxana qədər daraldılır.

Sonra kiçik əyrilikdəki deserozə olunmuş nahiyələr tikilir və mədənin yuxarı hissəsindəki bağ aparatı bərpa edilir (şək.92). Mədə bucağından başlayaraq ön və arxa divar seroz-əzələ tikişləri ilə tikilir. Sonda Nissen üsulu ilə ezofaqofundoplikasiya icra edilir (şək.93). Mədənin dibi diafraqmanın sol arxa ayaqcığına fiksə edilir.

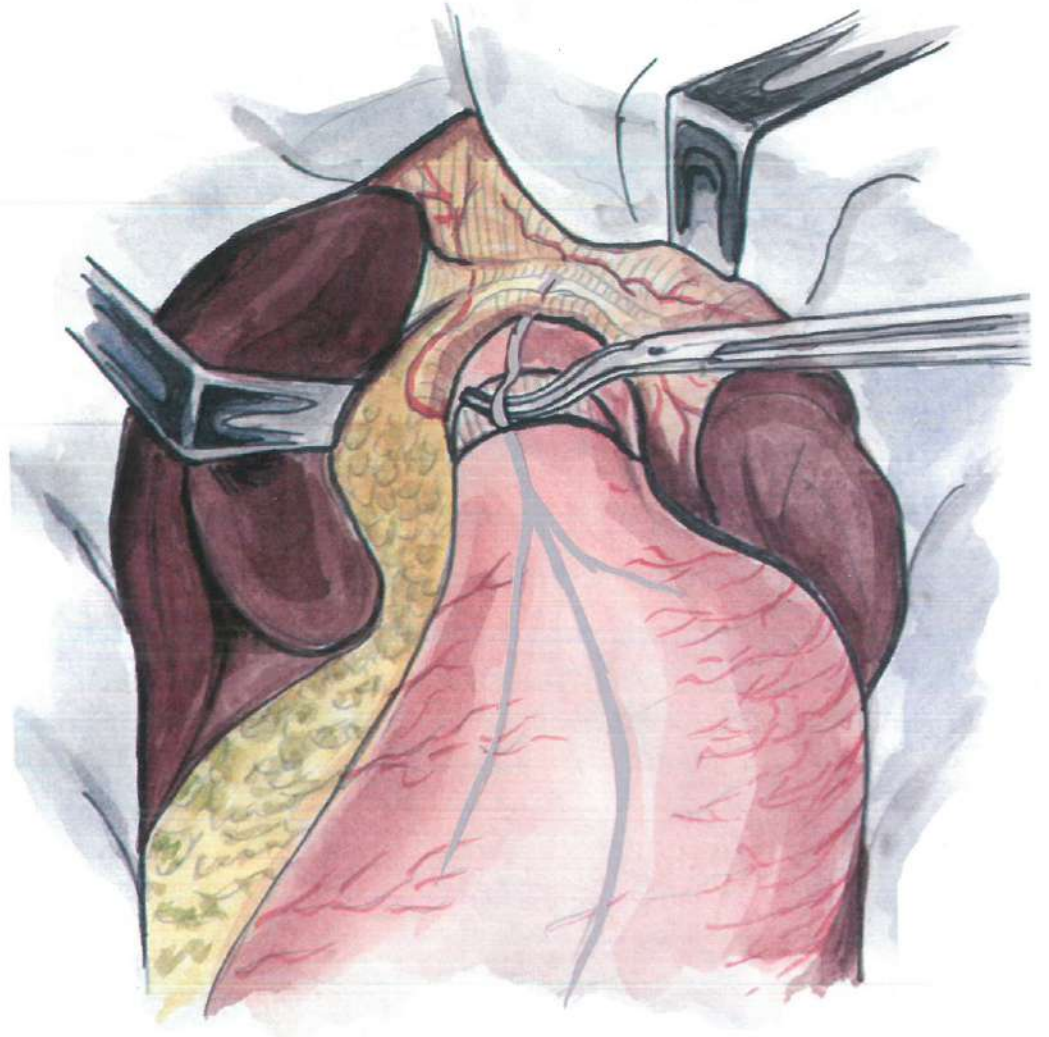
Selektiv proksimal vaqotomiyanı bitirdikdən sonra əgər stenoz olarsa mədəni drenləşdirici əməliyyatlardan biri icra edilir.

#### 6.4. Kombinə olunmuş mədə vaqotomiyasının texnikası.

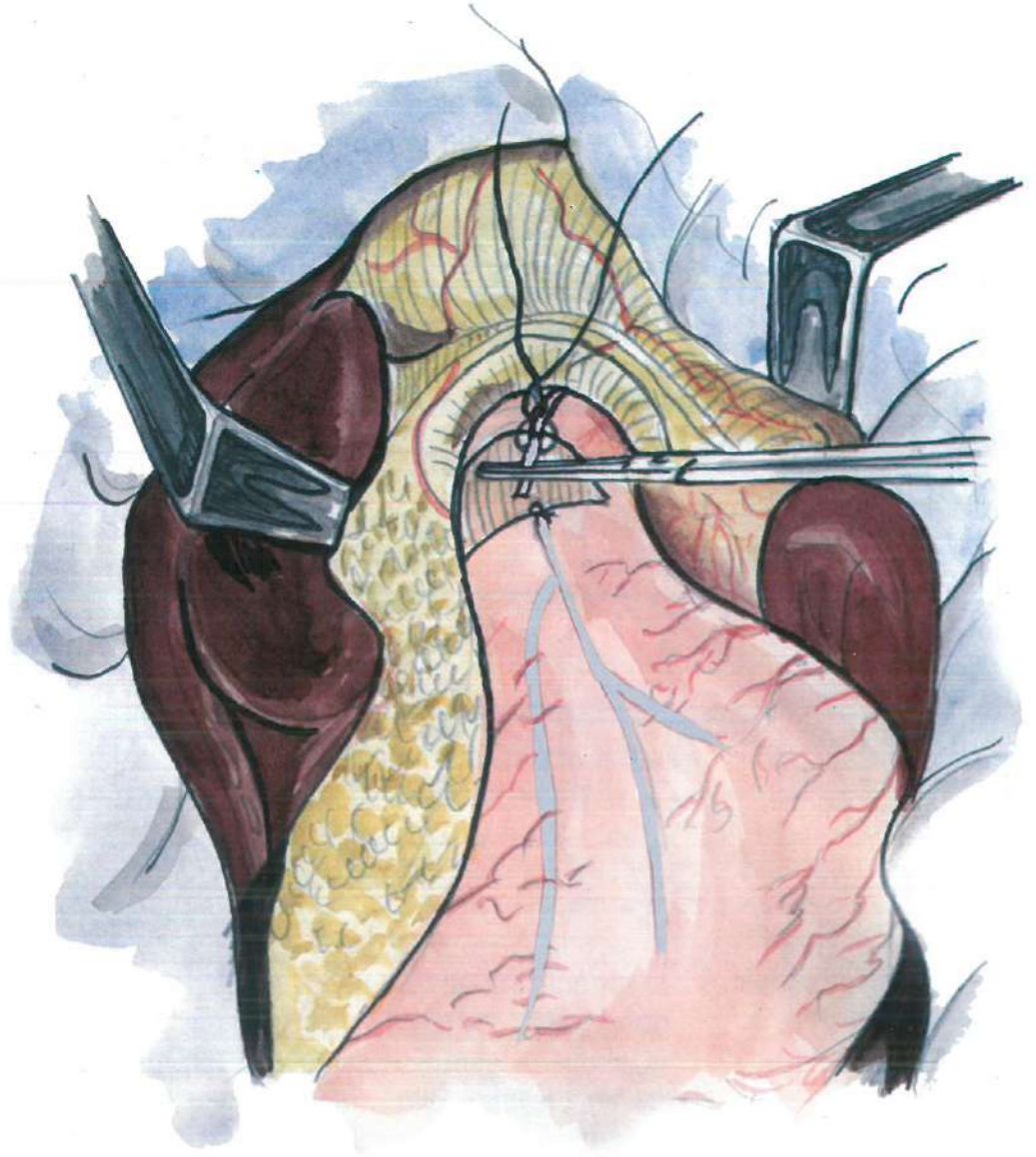
Kombinə olunmuş mədə vaqotomiyası selektiv proksimal vaqotomiyadan tez və asan icra edildiyindən təcili cərrahiyyədə, perforativ xoralarda və profuz-duodenal qanaxmalarda, həmçinin yanaşı xəstəlikləri olan yaşlı xəstələrdə bunu tətbiq etmək yaxşı nəticələr verir.

Kombinə olunmuş kötük vaqotomiyası ön selektiv proksimal və arxa kötük vaqotomiyasını özündə birləşdirir (şək.94). Əməliyyat yuxarı orta kəsiklə aparılır. Xora ön divarda yerləşdikdə massiv infiltrat və kobud çapıq olmadıqda rombvari kəsilir və duodenoplastika icra edilir. Əgər massiv infiltrat olarsa xora Opperl-Polikarpov üsulu ilə tikilir.

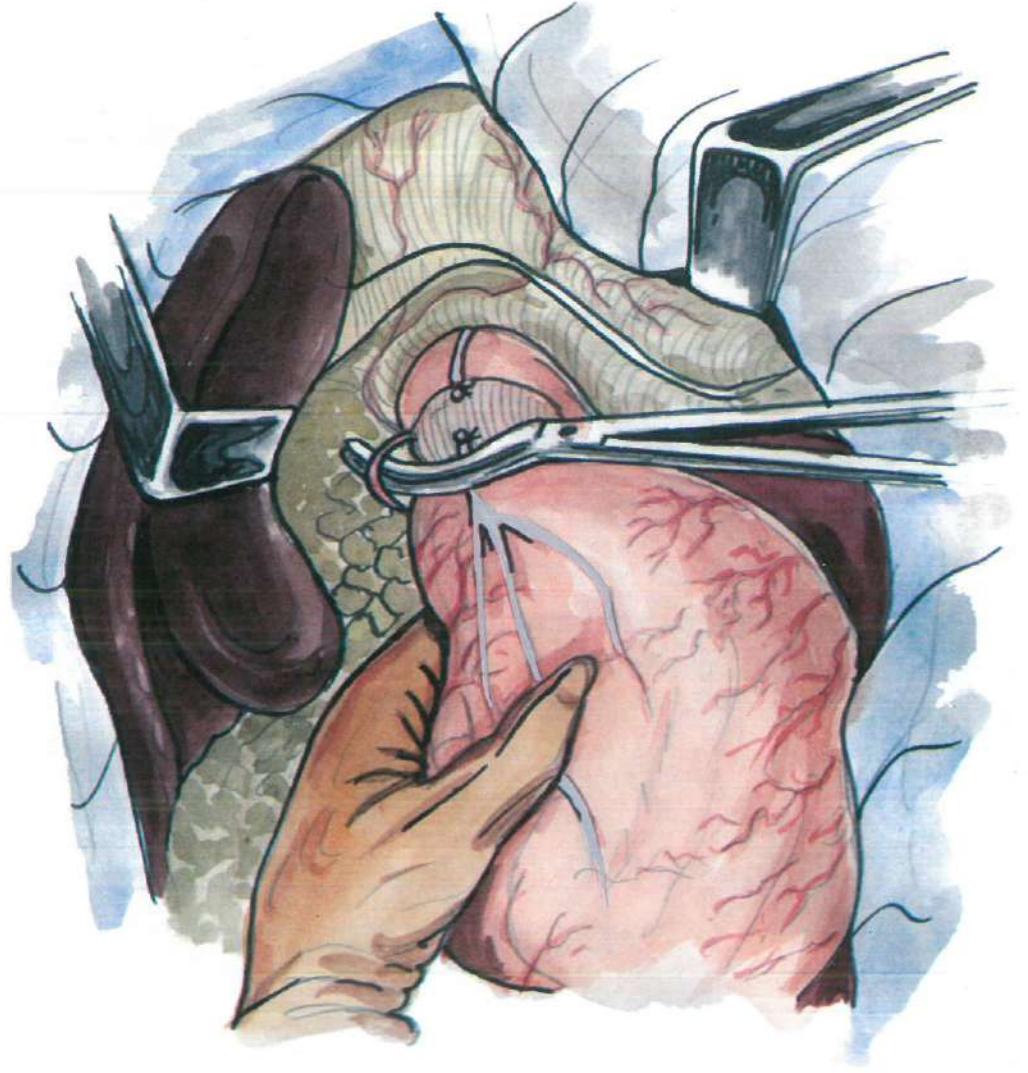
Əgər qanaxan xora ön divarda yerləşərsə rombvari kəsik aparılmaqla xora götürülür (şək.95). Xora arxa divarda yerləşərsə onu kəsmək mümkün olmadığından xora zonası kəsinin mərkəzində olmaqla 5-6 sm uzunluğunda qastropiloroduodenotomiya icra edilir. Xora sorulmayan sapla tikilir (şək.96-97). Penetrasiya edən xora olarsa tikilən sap xoranın dibindən keçirilir və böyük piylikdən bir hissə götürülərək xora üzərinə qoyulur və sap onun üzərində bağlanır. Sonra piloroplastikanın üsullarından biri icra edilir. Qarın boşluğu aseptik məhlullardan biri ilə yuyulur və qurudulur. Sonra mədə-çəmbər bağırsağ bağındakı damar-sinir dəstəsi mədə küncündən dalağın aşağı qütbünə qədər bağlanıb kəsilir. Qara ciyər güzgüsü ilə gara ciyərin sol payı yuxarı çəkilərək qida borusunun abdominal hissəsi tutulur. Qida borusunun oxu istiqamətində mədə girəcəyi nahiyəsindən 1,5-2 sm yuxarı köndələn istiqamətdə periton kəsilir. Azan sinirin ön kötüyü dissektorla ayrılıb asılqan tutacaqla götürülür. Gözün müşayiəti ilə qida borusunun sağ tərəfindən barmaq qida borusu ilə aorta arasındakı sahəyə yeridilir. Sol əl barmağının köməyi ilə azan sinirin arxa kötüyü dissektorla ayrılır. Bir-birindən 2 sm aralı iki sıxıcı qoyularaq sinir 1-1,5 sm kəsilir. Siniri müşayiət edən kiçik damarlardan qanaxmanın qarşısını almaq məqsədilə kəsilmiş sinir ucları liqaturaya alınır. Mədə bucağı nahiyəsində piloroantral sinir şaxəsinə rast gəлиндikdə ona toxunulmur. Yalnız kiçik piyliyin ön səhifəsinin serozası kəsilir. Qida borusu-mədə keçəcəyində periton defekti 2-3 tikişlə bərpa edilir. Mədə-çəmbər bağırsağ bağındakı defekt mədənin böyük əyriliyinə tikilməklə bərpa edilir. Qarın boşluğu qurudulur və qat-qat tikilir.



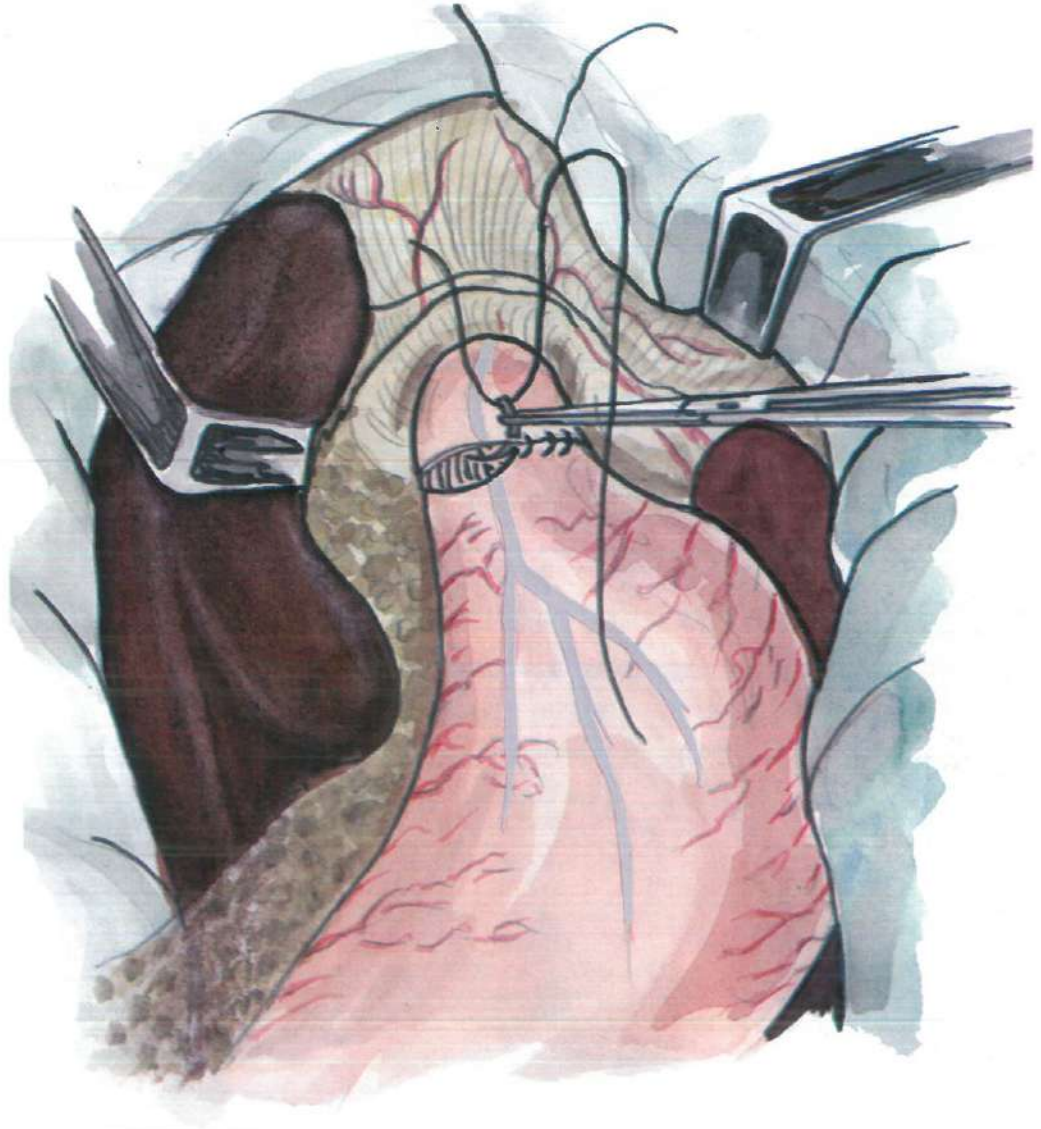
Şekil 85. Vaqotomiya. Diafraqma altında n.vaqus kötüyünün ayrılması.



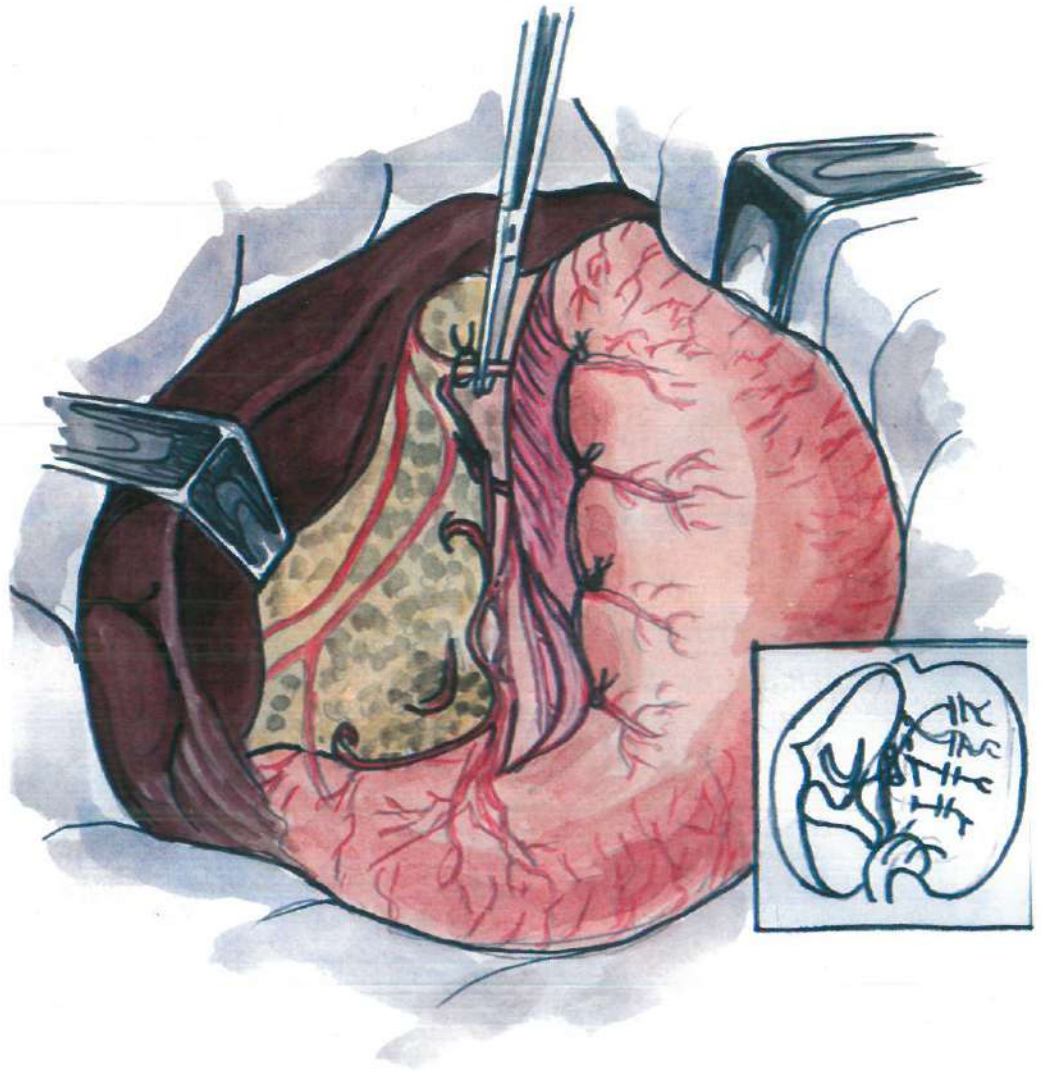
Şekil 86. Kötük vaqotomiyası. N.vaqusun ön kötüyünün kesilmesi.



Şekil 87. Vaqotomiya. Diafraqma altında n.vaqusun arxa kötüyünün ayrılması.

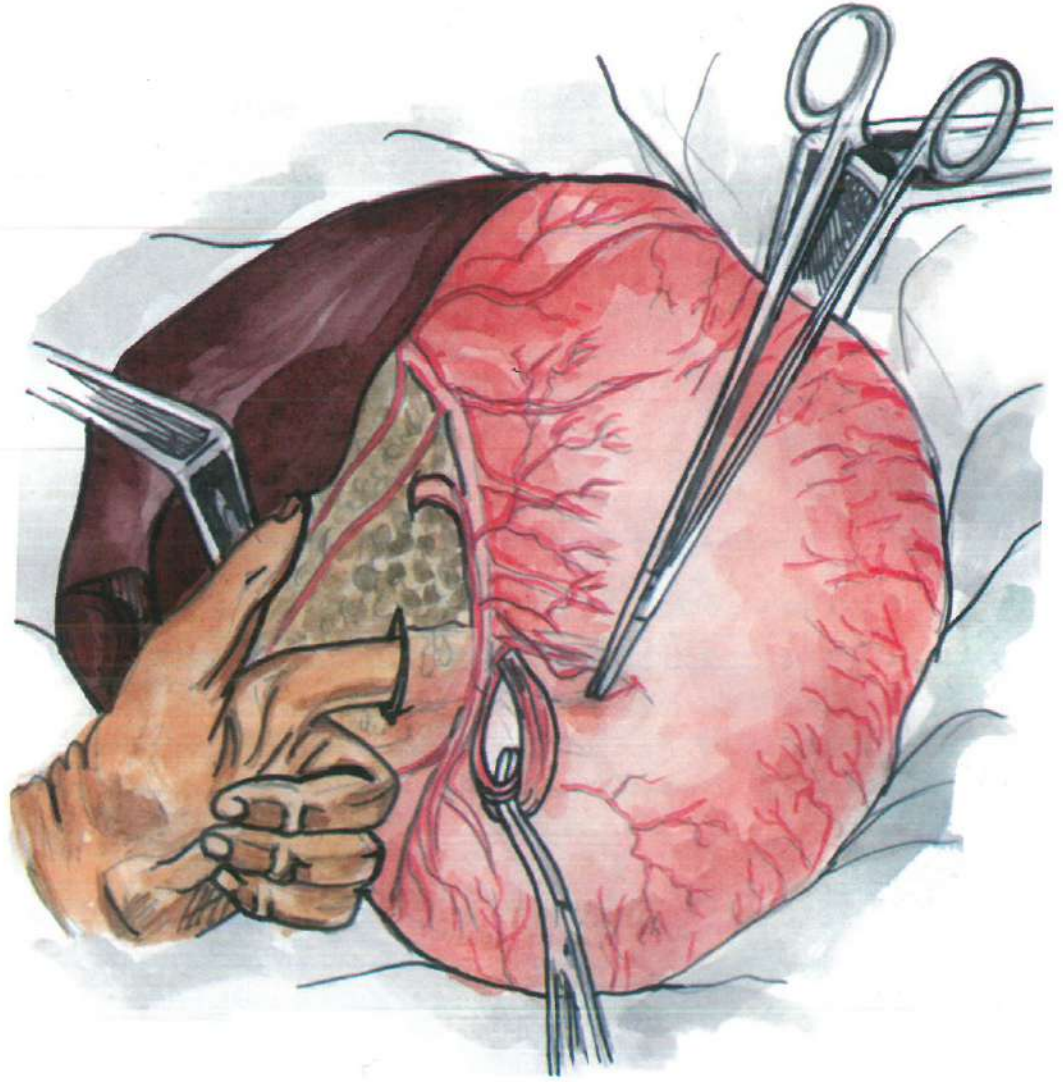


Şekil 88. Vaqotomiya. Periton defektinin tikilməsi.

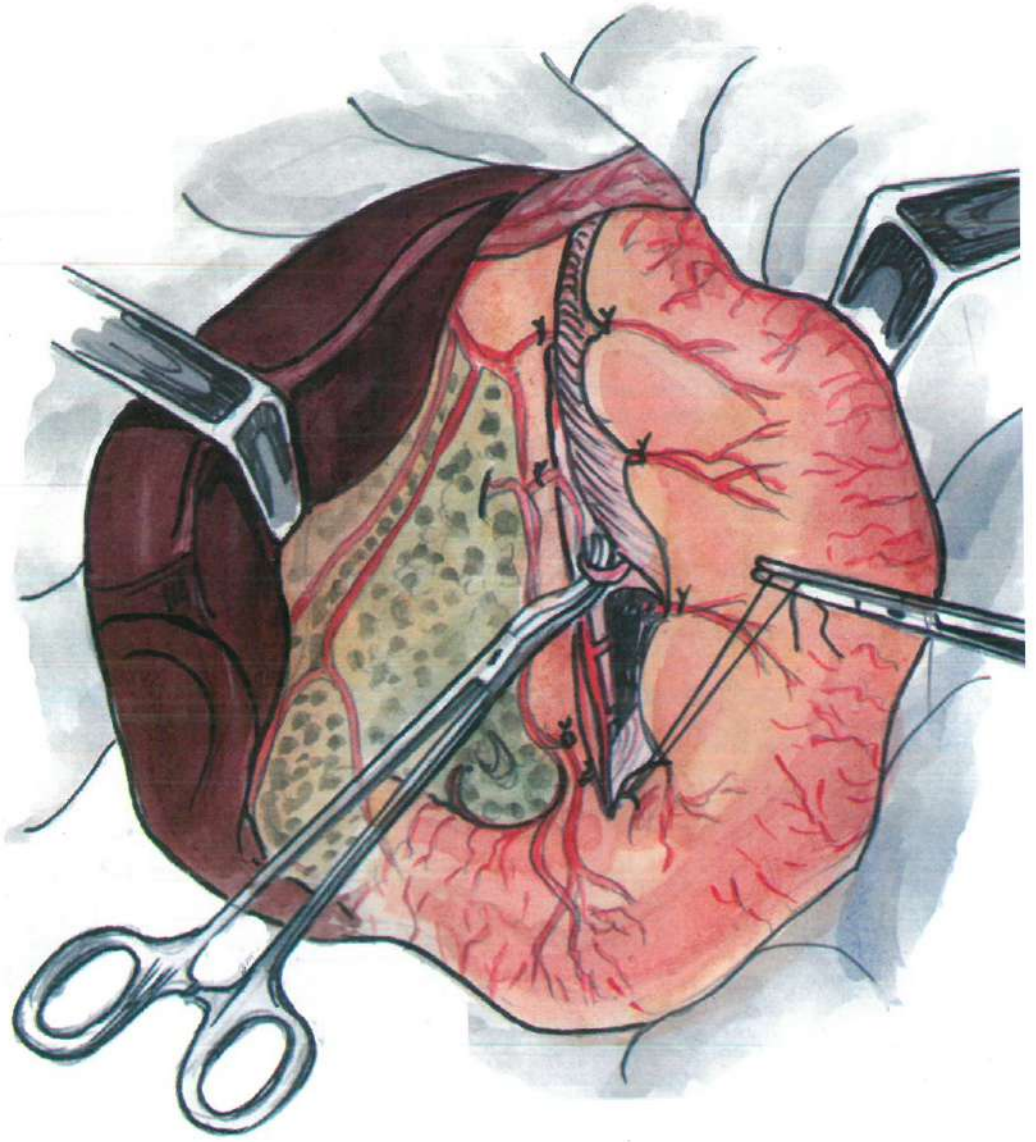


Şəkil 89. Vaqotomiya. Periton defektinin tikilməsi.

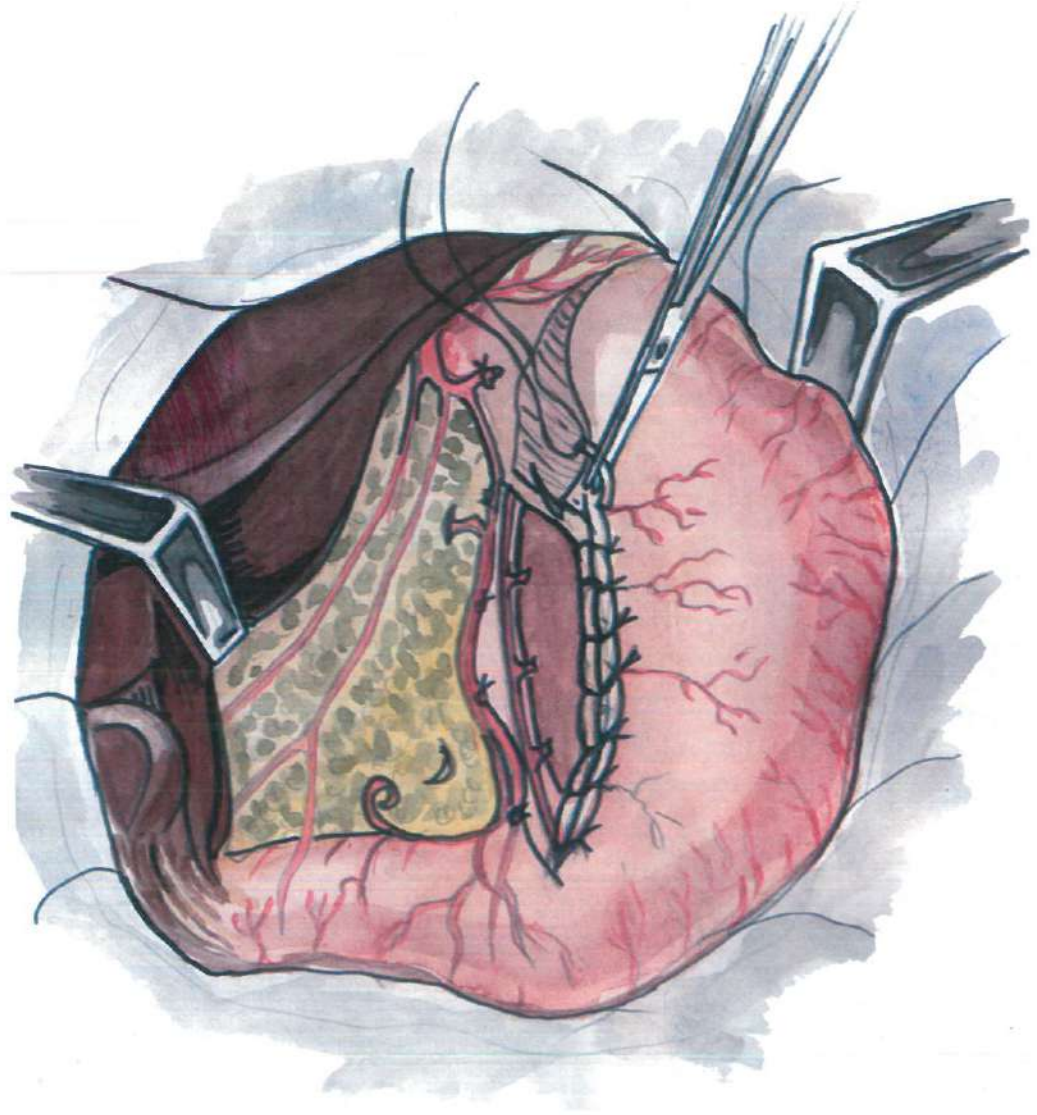




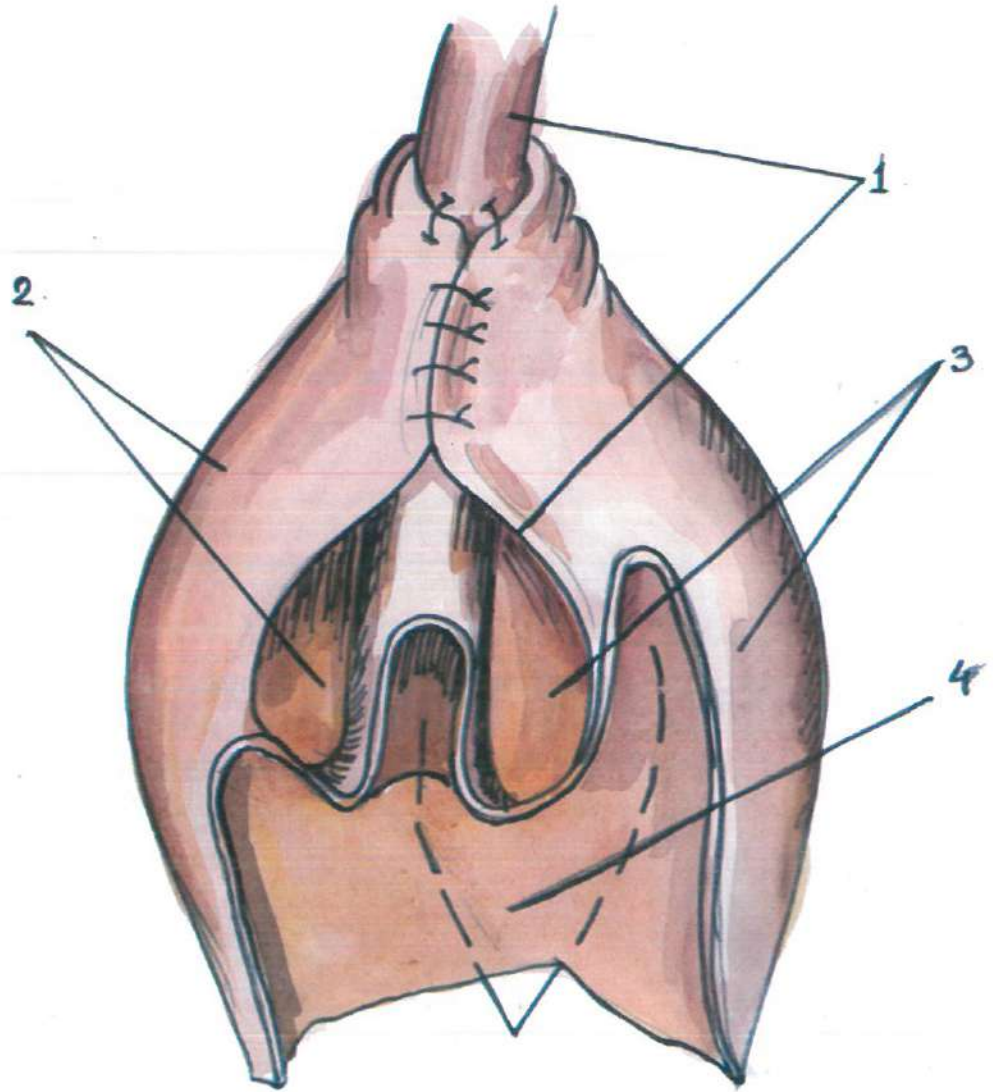
Şekil 90. Selektiv proksimal vaqotomiya. Mədənin küncündə kiçik piyliyin arxa səhifəsi altında sinir-damar dəstinin ayrılması.



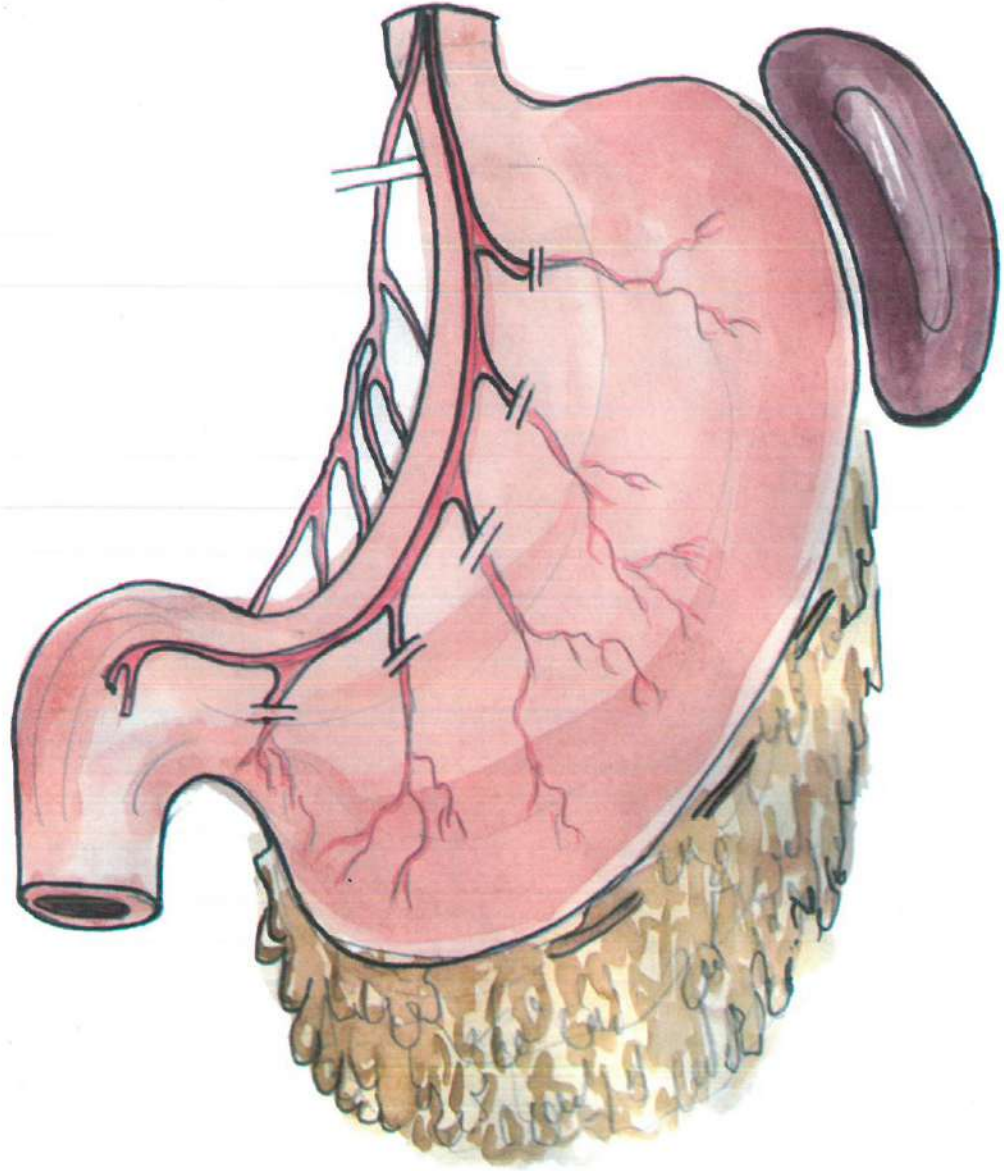
Şekil 91. Selektiv proksimal vaqotomiya. Mədə küncündən qida borusuna qəder kiçik piyiliyin arxa səhifəsi arasında damar-sinir dəstinin kəsilməsi.



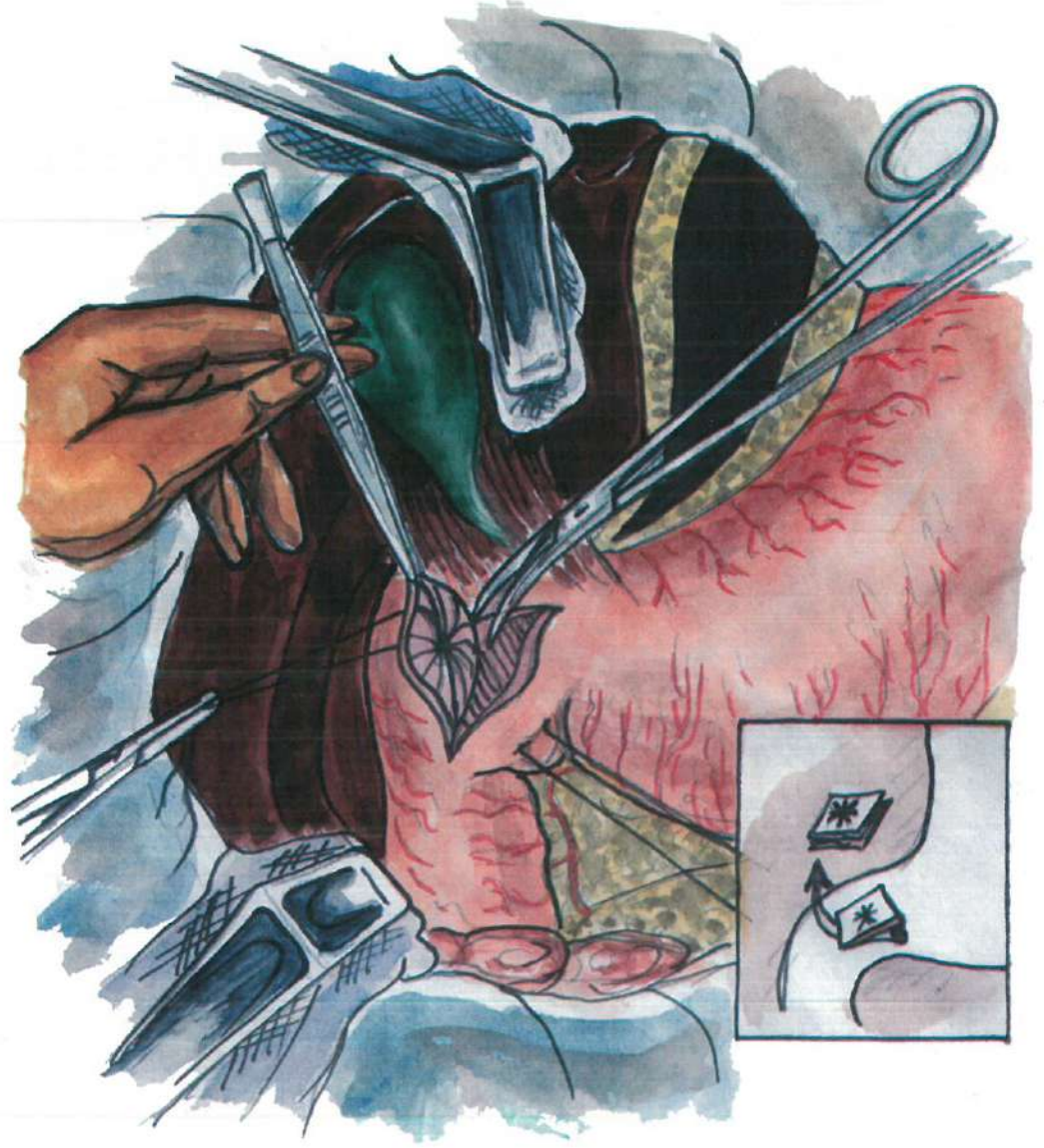
Şekil 92. Selektiv proksimal vaqotomiya. Mədənin kiçik əyriliyinin deserozə olunmuş hissəsinin onun ön və arxa divarı hesabına düyünlü tikişlərlə tikilməsi.



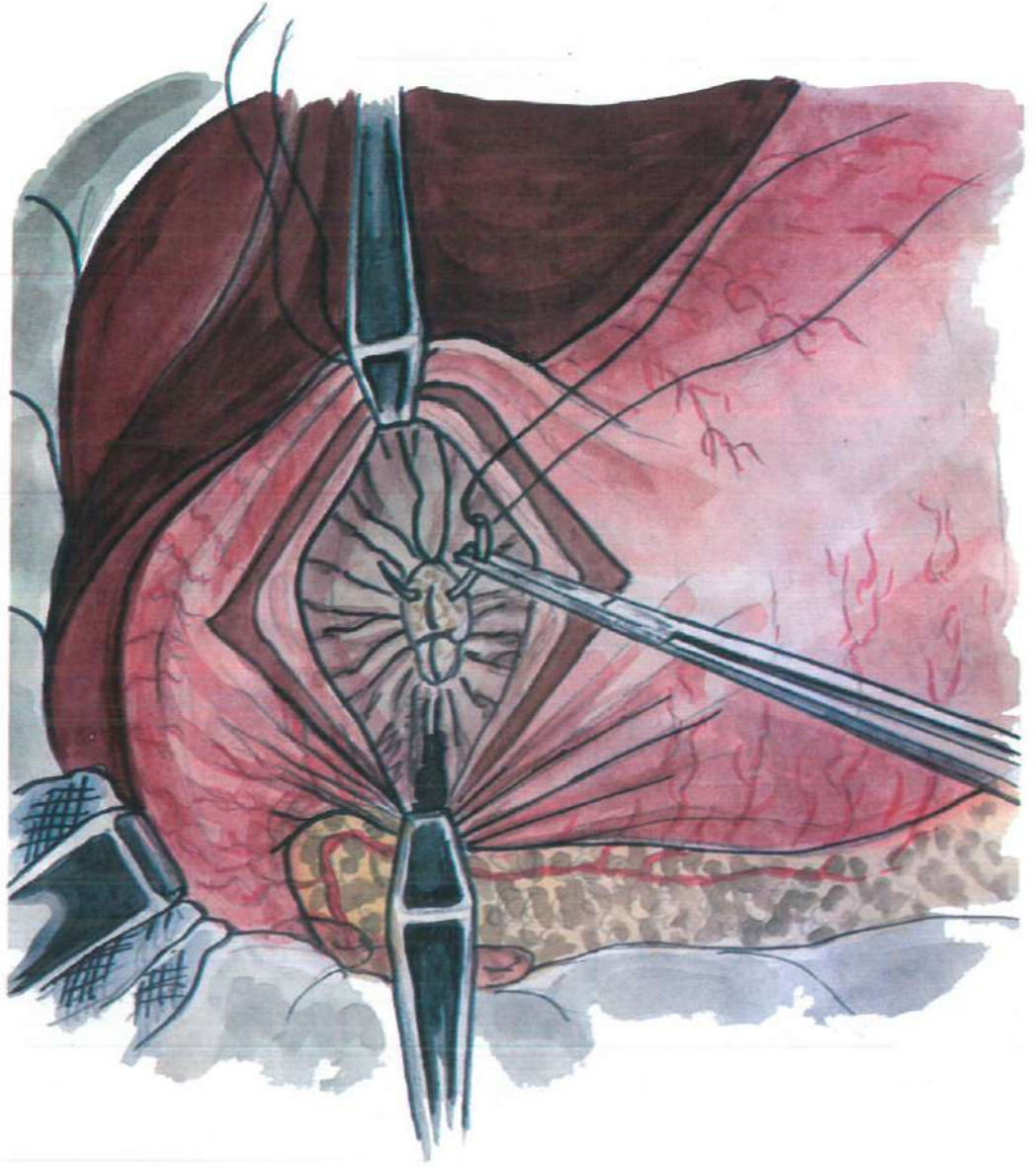
Şəkil 93. Nissen üsulu idə fundoplikasiya. His bucağının bərpası (1 - qida borusu, 2 - mədənin kardial hissəsinin arxa divarı, 3 - mədənin kardial hissəsinin ön divarı, 4 - mədənin mənfəzi).



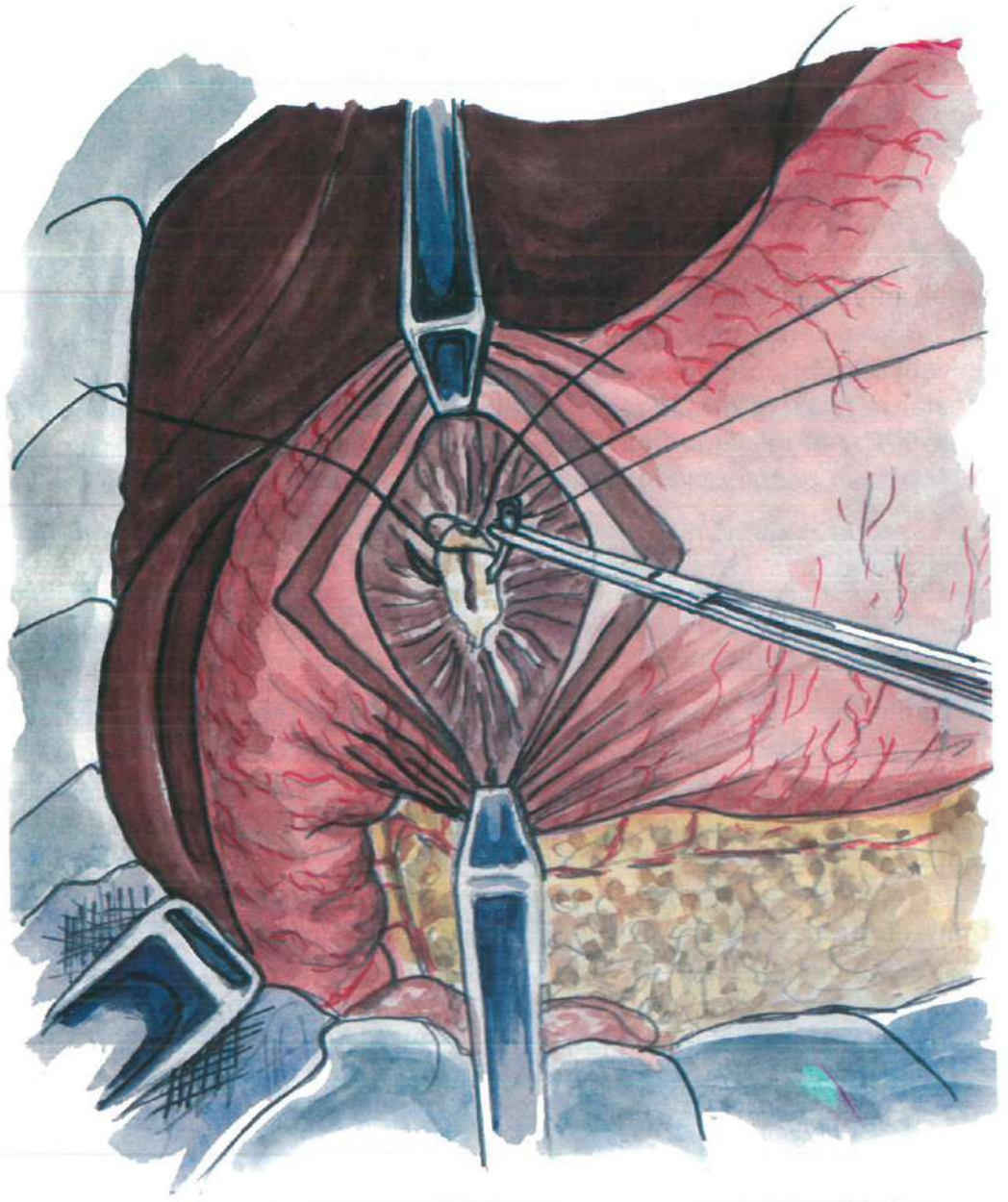
Şəkil 94. Kombinə olunmuş mədə vaqotomiyası. Mədənin küncündən qida borusuna qədər kiçik piyliyın ön səhifəsi arasında damar-sinir destinin, n.vaqusun arxa kütüyünün kəsilməsi.



Şekil 95. Onikibarmaq bağırsaq soğanağının ön divarındaki xoranın kesilmesi



Şekil 96. Qanayan xoraya t k-t k düyünlü tikişlerin qoyulması.



Şekil 97. Qanaxan xoranın S-vari tikişlərlə tikilməsi.



## VII Fəsil

### VAQOTOMİYANI TAMAMLAYAN MƏDƏNİ (MƏDƏNİN BOŞALMASINI TƏMİN EDƏN) DRENLƏŞDİRİCİ ƏMƏLİYYATLAR

Vaqotomiyani tamamlayan mədəni drenləşdirici əməliyyatlarda əsas məqsəd mədənin boşalmasına maneçilik edən mexaniki səbəbin (stenozun) bərpasından ibarətdir. Stenoz olmadıqda keçiriciliyi təmin edən əməliyyatların aparılması xoşagəlməz nəticələrə səbəb olur. Belə ki, bu xəstələrdə əməliyyatdan sonra demping-sindrom, reflüks-qastrit inkişaf edir. Bununla yanaşı subkompensə və dekompensə olunmuş stenozlarda mədəni drenləşdirici əməliyyatların aparılması mütləqdir. Ona görə ki, bu əməliyyatlar mədənin adekvat boşalmasını təmin edir.

Mədənin boşalmasını təmin edən əməliyyatlar iki qrupa bölünür:

1. mədə çıxacağıının saxlanması ilə (duodenoplastika, bulbodudenostomiya).
2. mədə çıxacağıının pozulması və ya təcrid olunması ilə (piloroplastika, gastroduodenostomiya).

Birinci qrupun üstünlüyü ondadır ki, mədə çıxacağı öz funksiyasını saxlayır və periodik olaraq qida kütləsinin mədədən bağırsağa keçməsinə təmin edir. Onikibarmaq bağırsağın aşağıda yerləşib, stenoz verən xoralarında bu əməliyyatın icrası məhdudiyət təşkil edir. Digər belə hallarda ikinci qrup əməliyyatlar aparılır.

Bundan başqa mədə çıxacağıının tamlığına xələl gətirməyən digər növ mədəni drenləşdirən əməliyyatlar mövcüddür. Müxtəlif növ gastroenteroanastomozlar (*Velfler, Peterson, Hakker*) bura aid edilir. Bu əməliyyatlar ən çox mədə çıxacağıının xərçəng tipli daralmasında və eyni zamanda xorali stenozlarda da müvəffəqiyyətlə istifadə olunur.

#### **7.1. Mədə çıxacağıının saxlanması ilə aparılan drenləşdirici əməliyyatlar**

##### **7.1.1. Duodenoplastikanın texnikası**

Mədə çıxacağı altında duodenoplastika onikibarmaq bağırsağ soğanının ön yuxarı, ön aşağı və posbulbar aktiv xoralarında və ya kobud çapıq dəyişikliklərdə icra edilir. Bu əməliyyatı icra edərkən əsas şərt odur ki, mədə çıxacağıından aşağı bağırsağ divarında aşağısı 0,5 sm sərbəst

sahə qalmalıdır.

Selektiv proksimal vaqotomiyanı və ya kombine olunmuş mədə vaqotomiyasının bütün mərhələlərini bitirdikdən sonra onikibarmaq bağırsağın bitişmələrdən ayrılır və Koxer üsulu ilə mobilizasiya edilir. Daralmış nahiyədə bağırsağın ön divarına dörd asılqan tutacaq qoyularaq bağırsağın kəsiləcək divarı məhdudlaşdırır. Bağırsağın ön divarı iti uclu skalpelle 3-4 sm uzunluqda kəsilir. Bağırsağın divarındakı qanaxan damarlar liqaturaya alınır və əmələ gələn deşik iki sıra tikişlərlə köndələn istiqamətdə tikilir.

### **7.1.2. Bulboduodenostomiyanın texnikası**

Bulboduodenostomiya aşağıda yerləşən postbulbar stenozlarda qoyulur. Bu zaman stenoz sahəsi və mədə çıxacağı arasındakı bağırsağın divarının çapıqdan azad hissəsi 2,5-3 sm olmalıdır. Onikibarmaq bağırsağın Koxer üsulu ilə mobilizasiya edildikdən sonra bağırsağın yuxarı kənarına asılqan - tutacaq qoyulur və bağırsağın yuxarı dartılır. Bu zaman bağırsağın soğanağı və yuxarı horizontal hissə iki lülə şəklində qatlanır. Stenoz nahiyəsində ondan yuxarı və aşağı bağırsağın divarı seroz-əzələ tikişləri ilə öz aralarında tikilir. Tikişlər bağırsağın içəri kənarından 0,5 sm kənara qoyulur. Adətən 4-5 tikiş kifayət edir. Tikiş xəttindən 0,5 sm aralı iki paralel kəsiklə bağırsağın mənfəzi açılır, koaqulyasiya və ya liqatura ilə hemostaz aparılır. Anastomozun arxa dodağı ketqutla tikilir. Anastomozun ön divarına iki sıra tikiş qoyulur.

### **7.1.3. Köndələn bulboduodenostomiyanın texnikası**

Köndələn bulboduodenostomiyanın klassik üsuldən üstünlüyü anastomozun mator-evakuator funksiyasının bağırsağın göstəricilərinə uyğun olmasındadır. Bu bağırsağın dairəvi əzələlərinin saxlanması anastomoz nahiyəsində yaxşı innervasiya və qan dövranının olması ilə əlaqədardır.

Onikibarmaq bağırsağın Koxer üsulu ilə mobilizə edilir. Stenoz nahiyəsindən yuxarı və aşağı köndələn istiqamətdə seroz-əzələ tikişləri qoyulur. Onikibarmaq bağırsağın soğanağı və enən hissəsi köndələn kəsilir. Ayrıca bir tikişlə öncə anastomozun ön, sonra arxa dodağı formalaşdırılır (birinci tikişlər ketqutla tikilir).

## **7.2. Mədə çıxacağıının dağıdılması və ya təcrid edilməsi ilə aparılan drenləşdirici əməliyyatlar.**

### **7.2.1. Qeynek-Mikulic üsulu ilə piloroplastikanın texnikası.**

Qeynek-Mikulic üsulu ilə piloroplastika mədəni drenləşdirici əməliyyatların ən sadəsi və funksional cəhətdən "sərfəsizi" (şək.98-99) hesab edilir. Bu əməliyyat piloroduodenal nahiyənin infiltratı və massiv kobud çapıqı nəticəsində bağırsağın sağlam divarına tikiş qoyula bilmədiyi hallarda icra edilir.

Onikibarmaq bağırsağ bitişmələrdən ayrılır və Koxer üsulu ilə mobilizasiya edilir (şək.100). Mədə və onikibarmaq bağırsağın divarına dörd asılqan tutacaq qoyulur, mədə çıxacağından 2,5 sm yuxarı və aşağı mədə və bağırsağın divarı kəsilərək köndələn qastropiloroduodenostomiya edilir. Hemostaz koaqulyasiya və ya damarın liqaturaya alınması ilə aparılır. Defekt köndələn istiqamətdə tikilir.

### **7.2.2. Finney üsulu ilə piloroplastikanın texnikası**

Finney üsulu ilə piloroplastika mədə möhtəviyyatının bağırsağa evakuasiyasını etibarlı bərpa edir. Eyni zamanda arxa divara penetrasiya edən qanaxan xoralarda, mədə və onikibarmaq bağırsağın mənfəzi açıldığından onu tikmək və ya tamponada (qapatmaq) etmək üçün ən əlverişli üsul hesab edilir. Hesab edirəm ki, bu üsul qanaxan duodenal xoralarda piloroplastik əməliyyatların ən yaxşısıdır.

Onikibarmaq bağırsağ bitişmələrdən ayrılır və Koxer üsulu ilə mobilizasiya edilir (şək.101). Kiçik əyrilik tərəfdən mədə çıxacağı divarına asılqan tutacaq qoyularaq piloroduodenal nahiyə konus formasında yuxarı dartılır. Mədə çıxacağından yuxarı və aşağı mədə və onikibarmaq bağırsağın divarları 4-5 ayrı-ayrı tikişlərlə bir-birinə tikilir. Tikişlər qoyulduqdan sonra mədə və bağırsağın divarı iki lülə şəklində bükülür. Bunun da zirvəsi mədə çıxacağını təşkil edir (şək.102). Nalvari kəsiklə mədə, mədə çıxacağı və onikibarmaq bağırsağın divarı kəsilərək qastroduodenostomiya icra edilir. Hemostaz aparılır. Arxa dodaq (mədə və bağırsağ) ketqut sapla tikilir (şək.103). Ön dodaq iki sıra tikişlərlə tikilir (şək.104-106).

### **7.2.3. Cabuley üsulu ilə gastroduodenostomiyanın texnikası**

Cabuley üsulu ilə gastroduodenostomiya mədə çıxacağı nahiyəsində və onikibarmaq bağırsağın soğanağının yuxarı arxa divarında, xüsusən də qara ciyər-onikibarmaq bağırsağ bağı nahiyəsində böyük infiltrat, həmçinin kobud çapıq toxuma olduqda əvəzəlməz əməliyyatdır. Onikibarmaq bağırsağ bitişmələrdən ayrılaraq Koxer üsulu ilə mobilizasiya edilir. Kiçik əyrilik tərəfdən mədə çıxacağına asılqan tutacaq qoyularaq dartılır, bu zaman piloroduodenal nahiyə iki lülə şəklində bükülür. Stenozlaşan mədə çıxacağından yuxarı və aşağı mədə və onikibarmaq bağırsağın başlanğıc hissəsi 4-5 seroz-əzələ tikişlərlə bir-birinə tikilir. Qoyulmuş tikişlərə paralel olaraq mədə və bağırsağın mənfezi açılır (şək.107). He-mostaz aparılır. Anastomozun arxa divarı ketqutla tikilir (şək.108). Ön dodağa iki sıra tikişlər qoyulur (şək.109-110).

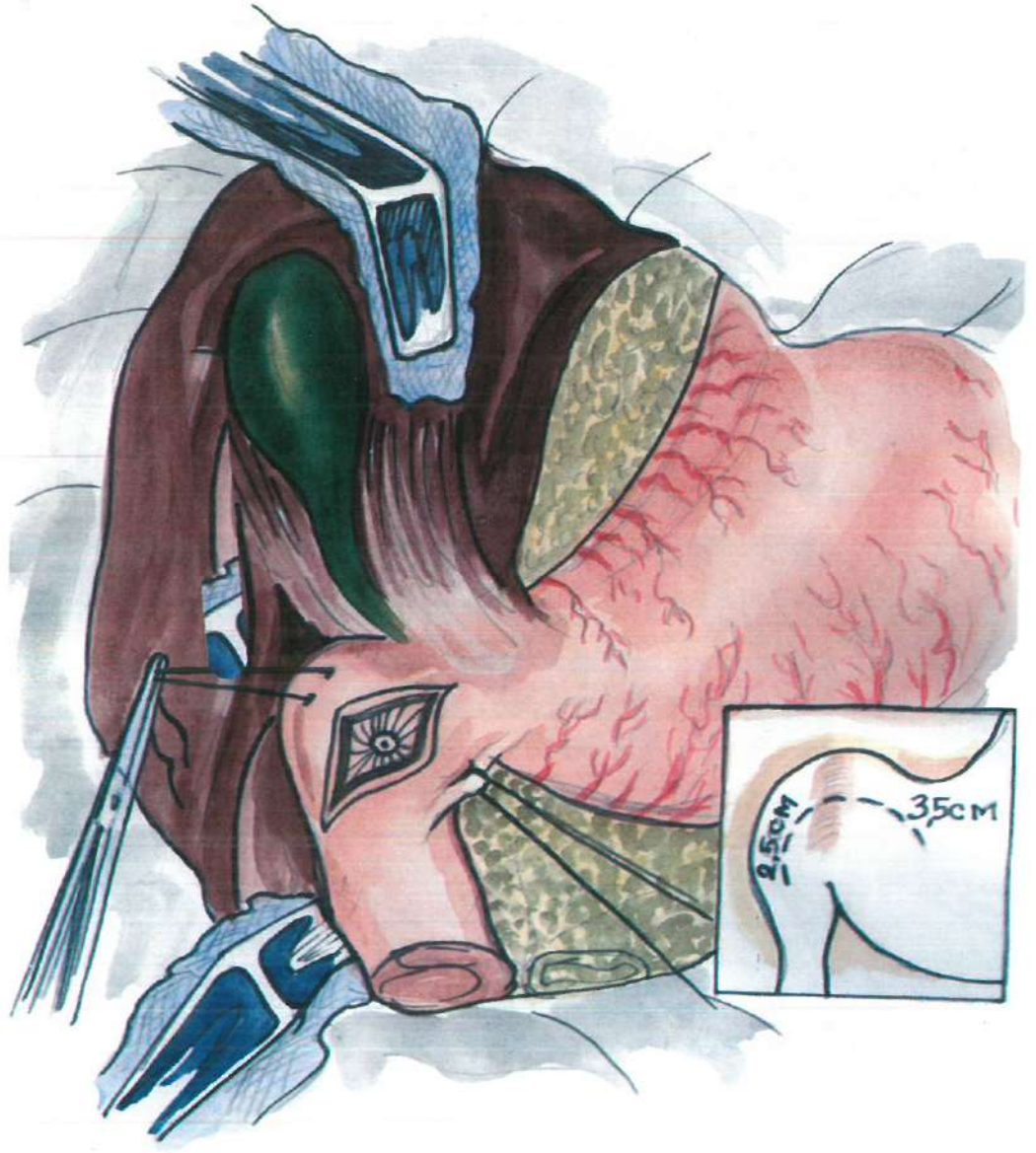
### **7.3. Mədə çıxacağı nahiyəsində mədəni drenləşdirən əməliyyatlar**

#### **7.3.1. Velfler üsulu ilə gastroenteroanastomozun texnikası**

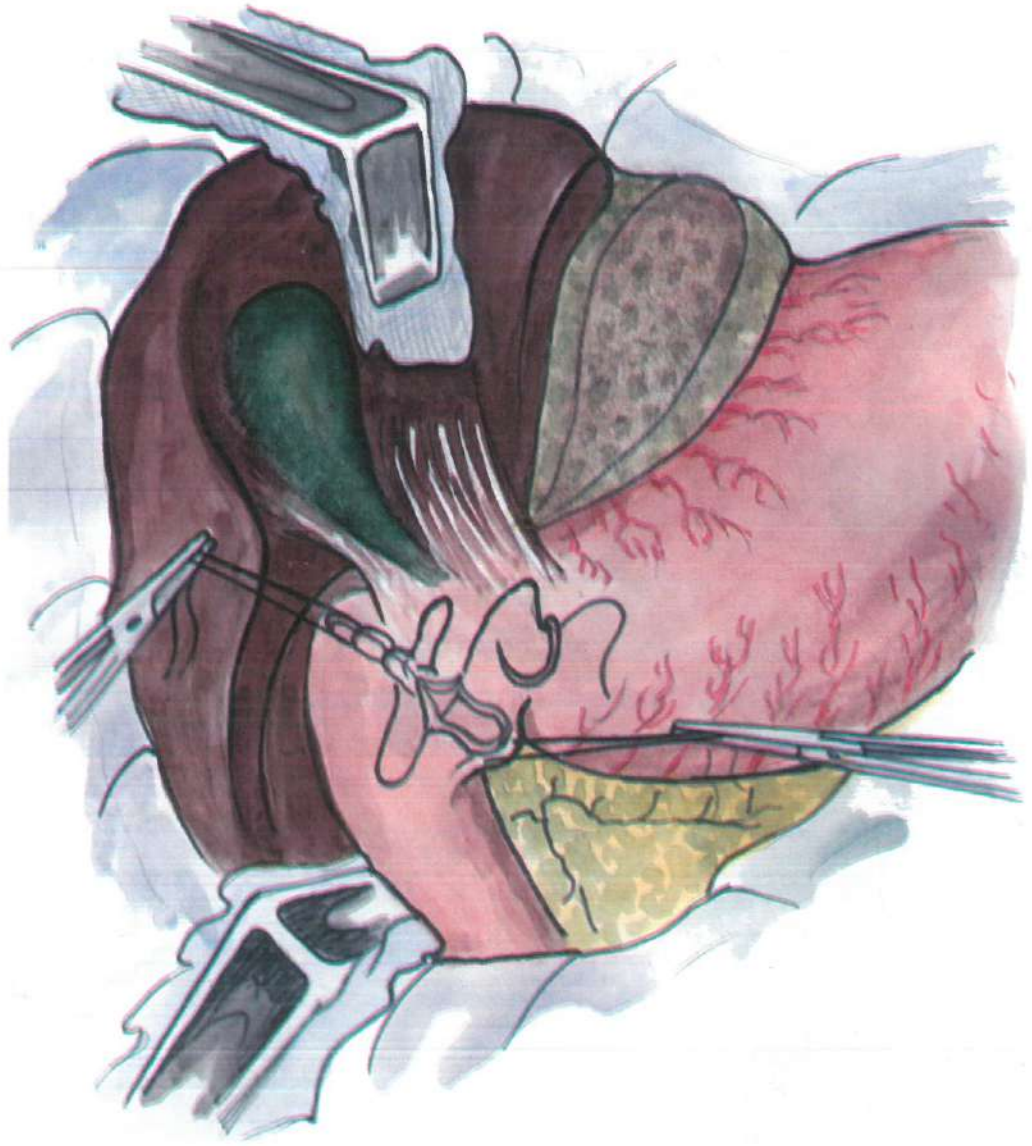
Selektiv proksimal vaqotomiya və kombine olunmuş mədə vaqotomiyası mərhələlərlə icra edildikdən sonra Treys bağı tapılır, ondan 40-50 sm aralı nazik bağırsağ ilgəyi köndələn çəmbər bağırsağın üzərindən mədənin ön səthinə doğru atılır. Bu zaman aparıcı ilgək mədə çıxacağına baxmalıdır. Mədənin antral hissəsinin ön divarı 6 sm məsafədə bağırsağa seroz-əzələ tikişləri ilə tikilir. Tikişlərdən 0,5 sm aralı mədə və bağırsağın mənfezi 5 sm kəsilir. anastomozun arxa dodağı ketqut sapla tikilir. Ön dodağa seroz-əzələ tikişləri qoyulur (şək.111). Anastomoz izoperistaltik qoyulur. Qapalı dairə əmələ gəlməsinə dəyə Braun üsulu ilə enteroenteroanastomoz qoyulur (şək.112). Bunun üçün gastroenteroanastomozdan 8-10 sm aşağı nazik bağırsağın gətirici və aparıcı ilgəkləri tutulur və aralarında 8 sm məsafədə düyünlü seroz-əzələ tikişləri qoyulur. Tikişin kənarından 0,5 sm aralı 7 sm məsafədə bağırsağ ilgəklərinin mənfezi açılır. Arxa dodağa ketqut sapla tikiş qoyulur. Anastomozun ön dodağına Konnelin çevirici tikişləri qoyulur. Sonra ikinci sıra düyünlü seroz-əzələ tikişləri qoyulur.

### 7.3.2. Peterson üsulu ilə gastroenteroanastomozun texnikası

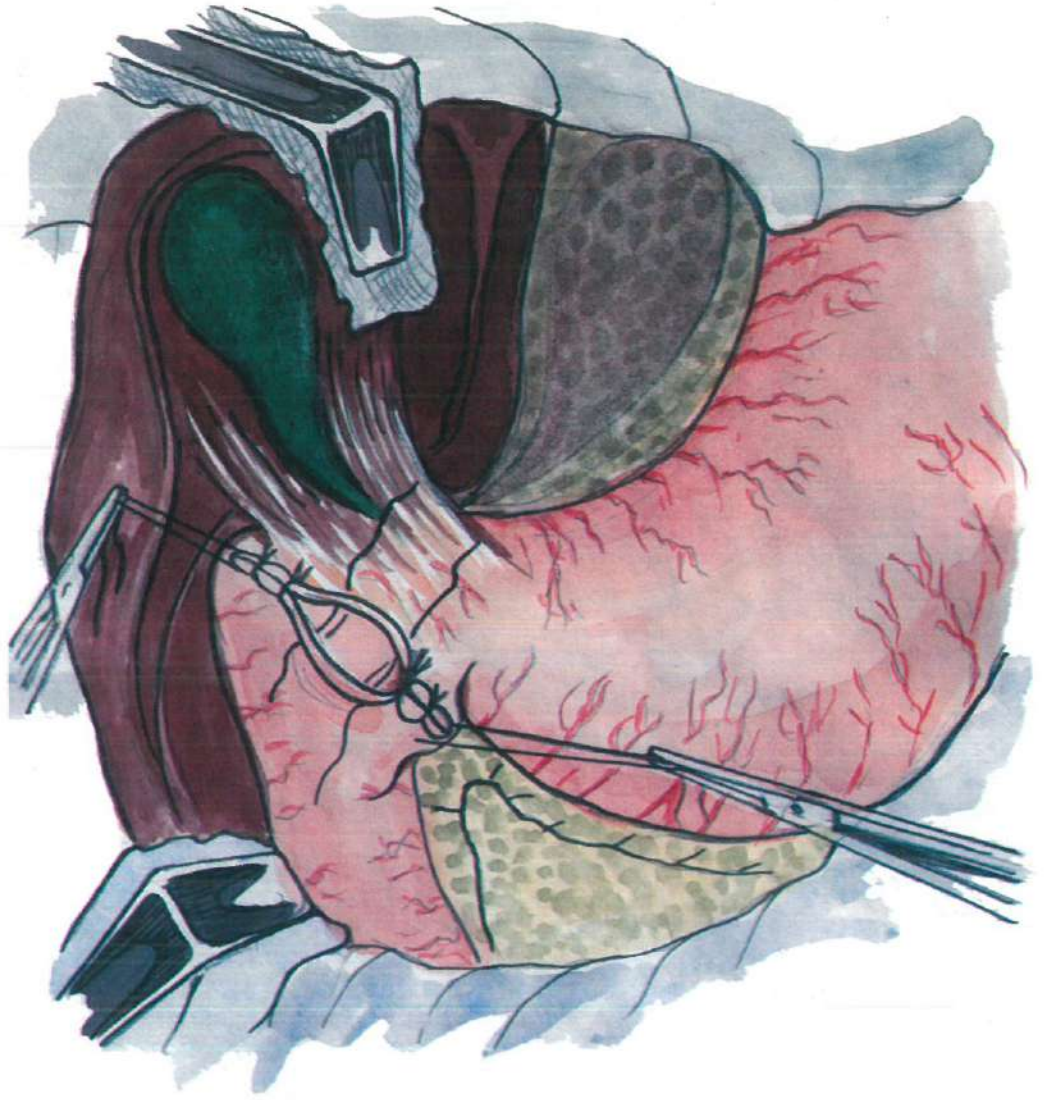
Köndələn çəmbər bağırsağ piyliklə yuxarı qaldırılır. Mezekolon damarsız sahədən kəsilir, əmələ gələn deşikdən mədə çıxacağına yaxın mədə divarı qabardılır. Treys bağından 5-10 sm aralı nazik bağırsağ ilgəyi götürülüb mədə divarına tikilir. Nazik bağırsağ ilgəkləri 6-8 sm məsafədə seroz-özələ tikişləri ilə bir-birinə tikilir. Tikişdən 0,5 sm aralı mədə və bağırsağın divarı 5 sm məsafədə açılır. Anastomozun arxa dodağı ketqutla tikilir. Ön dodağa Konnel tikişləri qoyulur. Sonra üzəri düyünlü seroz-özələ tikişləri ilə tikilir. Mezokolonun kənarları anastomozdan yuxarı mədə divarına tikilir. Köndələn çəmbər bağırsağ qarın boşluğuna salındanda mədə öz yerini tutur.



Şekil 98. Qeynek-Mikuliç üsulu ilə piloroplastika. Gastroduodenotomiya.

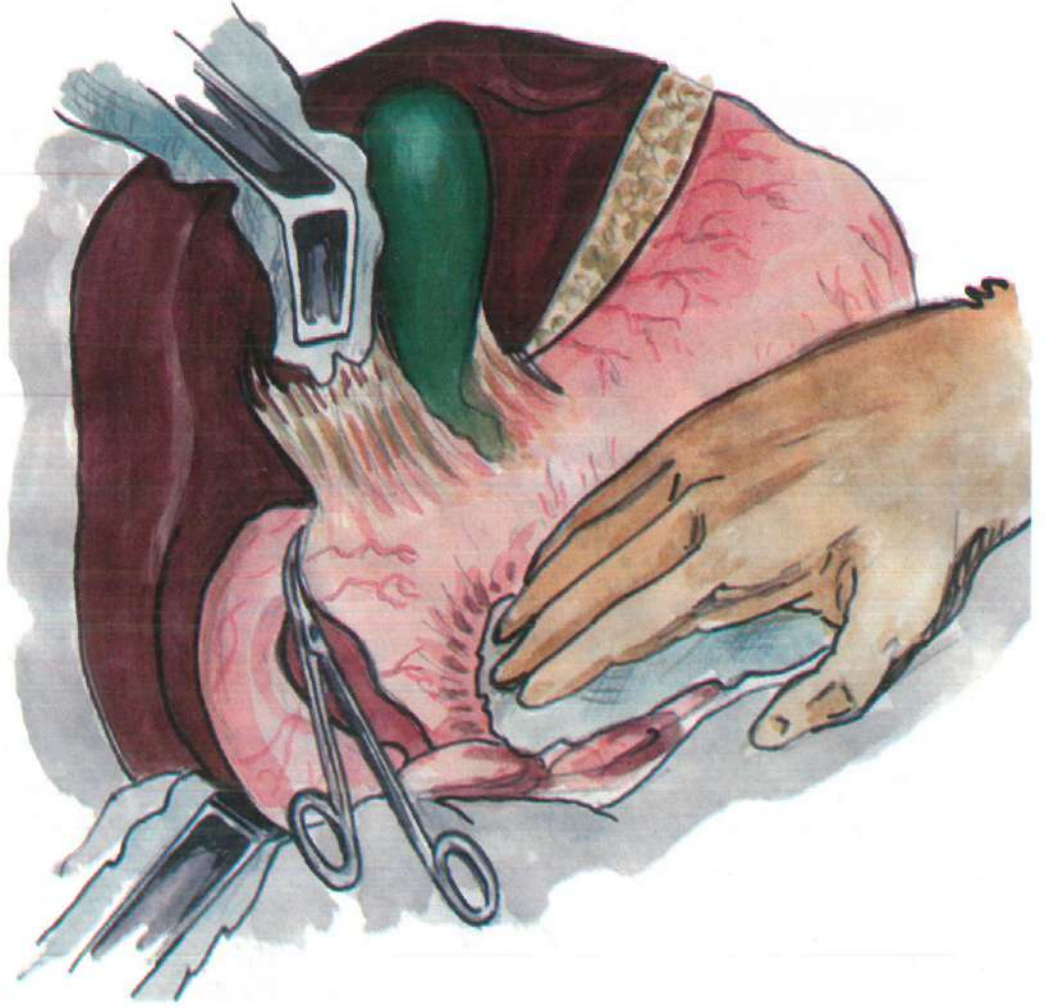


Şəkil 99. Qeynek - Mikuliç üsulu ilə piloroplastika. Gastroduodenotomik deliyn köndələn istiqamətdə tikilməsi (birinci sıra tikişlər).

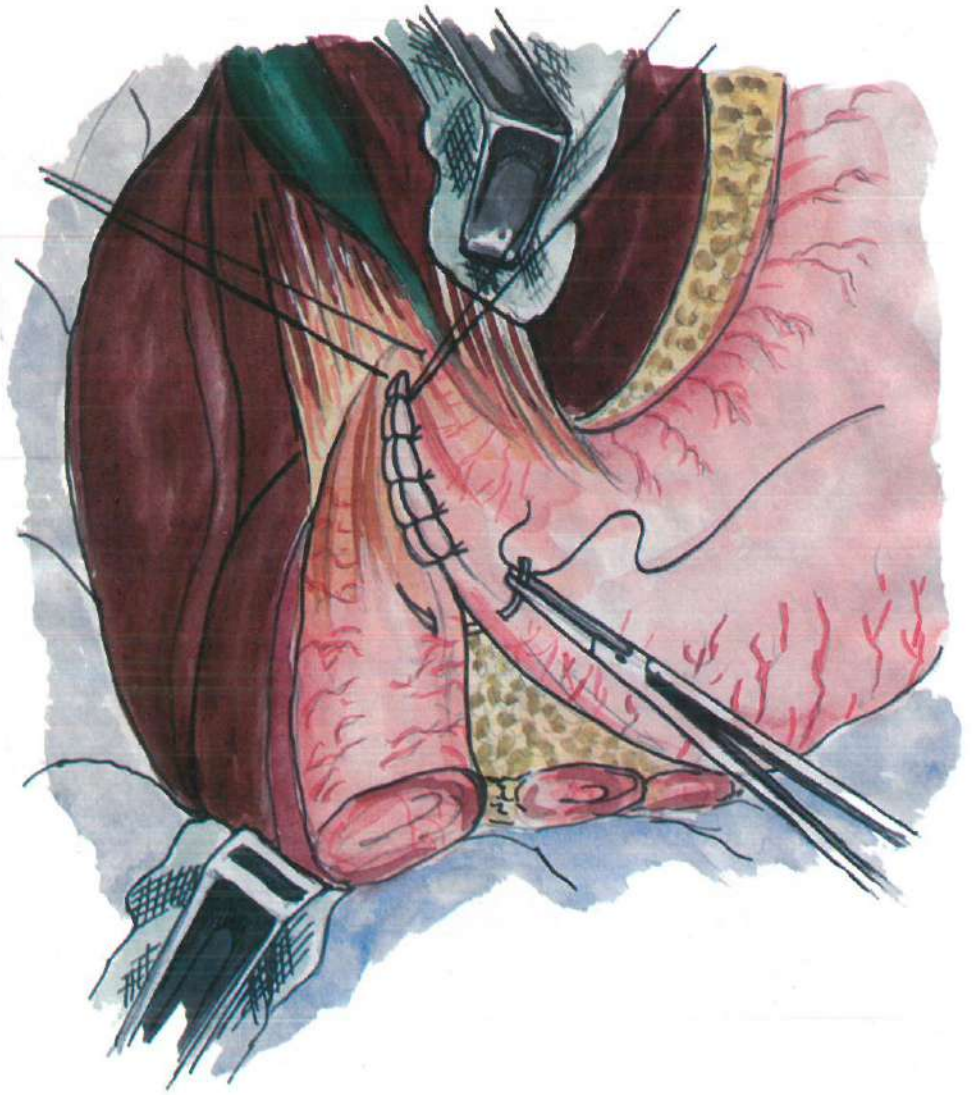


Şekil 100. Qeynek - Mikuliç üsulu ile piloroplastika. Qastroduodenotomik dəliyin tikilməsi (ikinci sıra tikişlər).

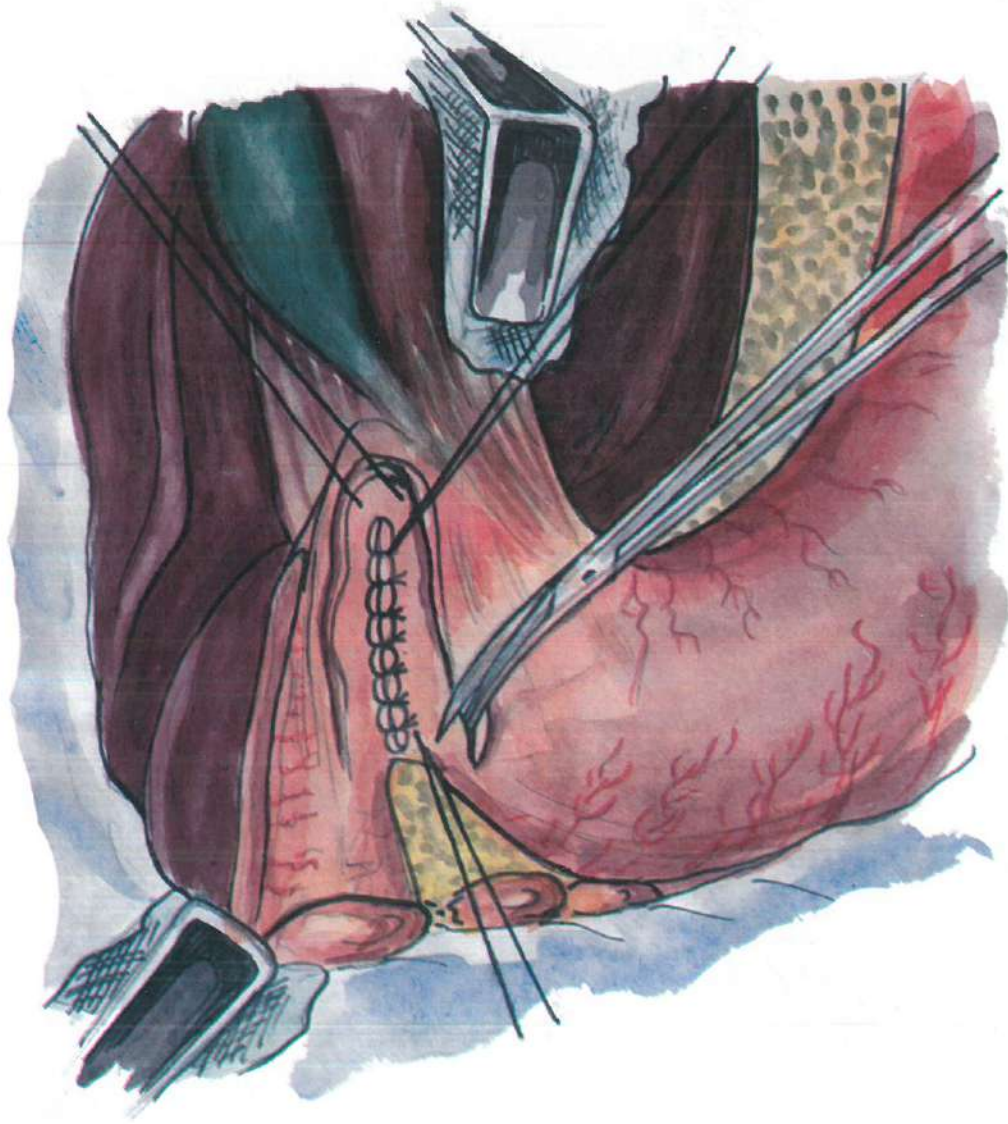




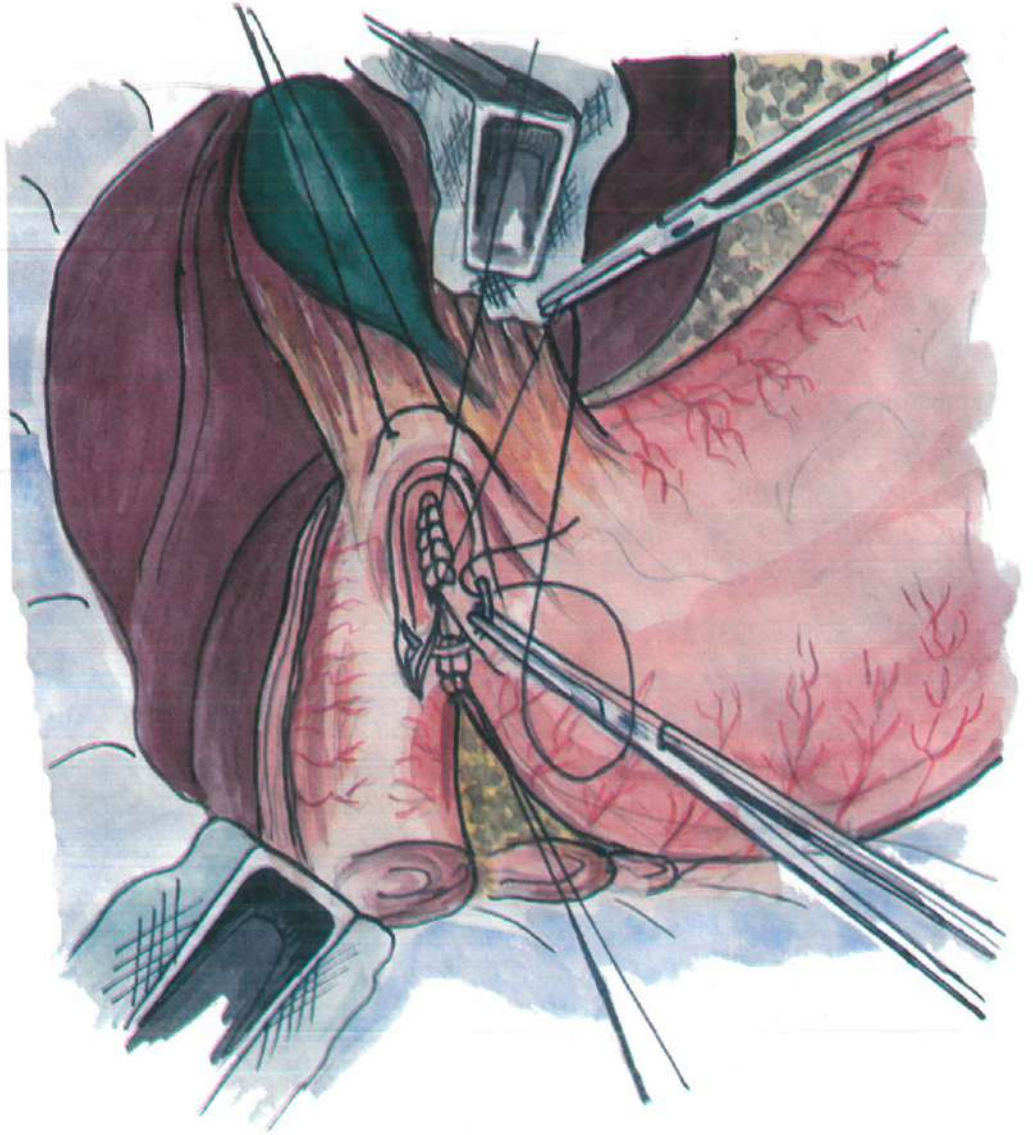
Şekil 101. Onikibarmaq bağırsağın enen hissésinin Koxer üsulu ile mobilizasyonu.



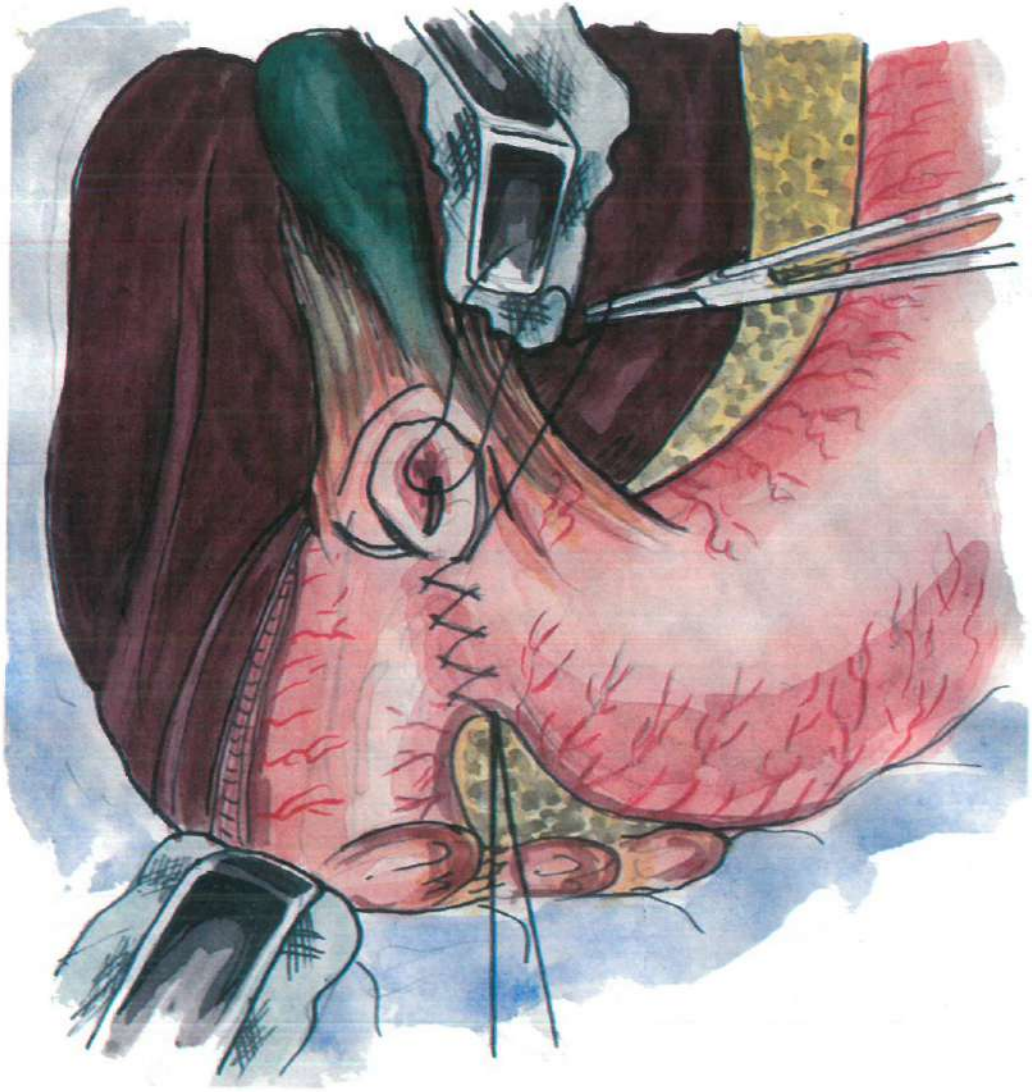
Şəkil 102. Finney üsulu ilə piloroplastika. Mədənin böyük ayrılığı boyunca pilorik hissəsinin onikibarmaq bağırsağın enən hissəsi ilə düyünlü tikişlərlə birləşdirilməsi.



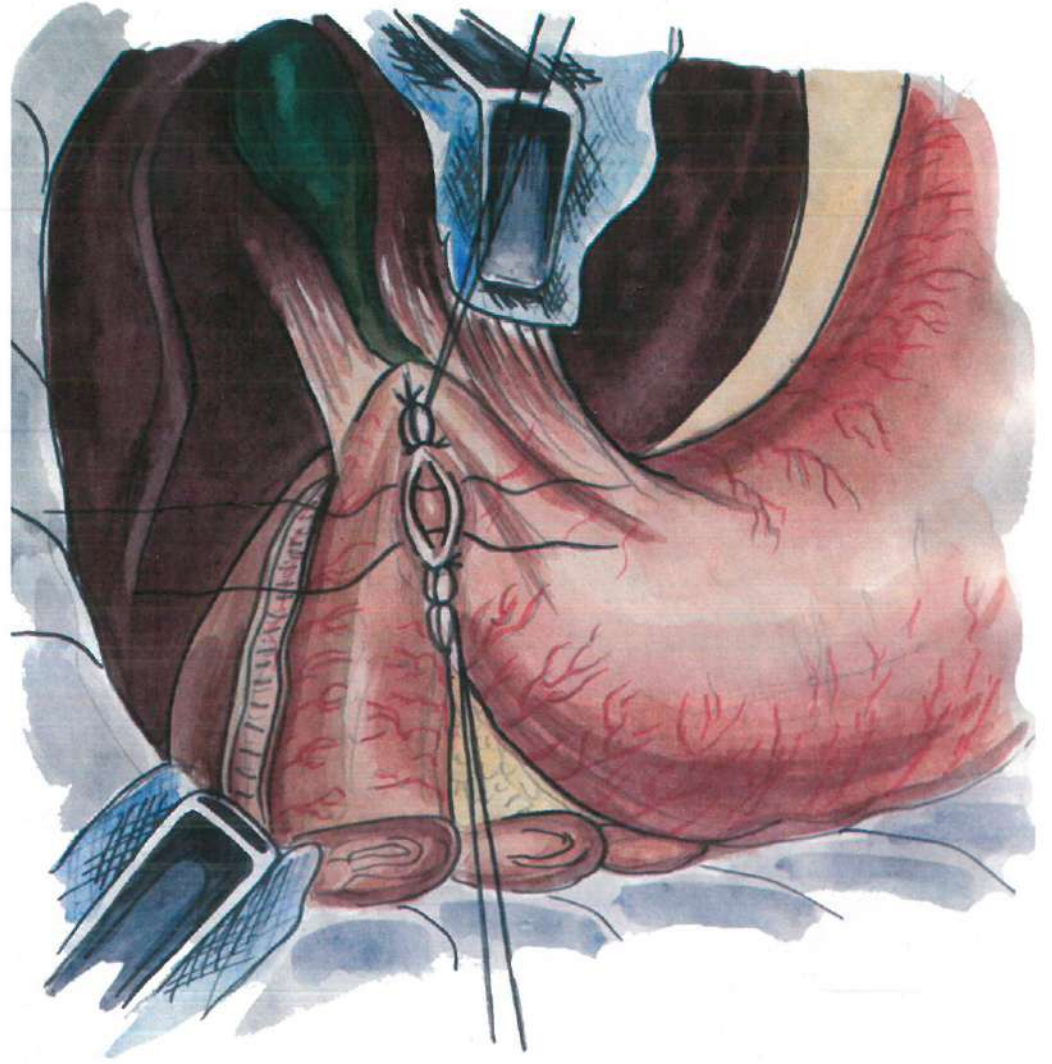
Şəkil 103. Finney üsulu ilə piloroplastika. Mədə və onikibarmaq bağırsağın ön divarının qövsvari (fasiləsiz) kəsilməsi.



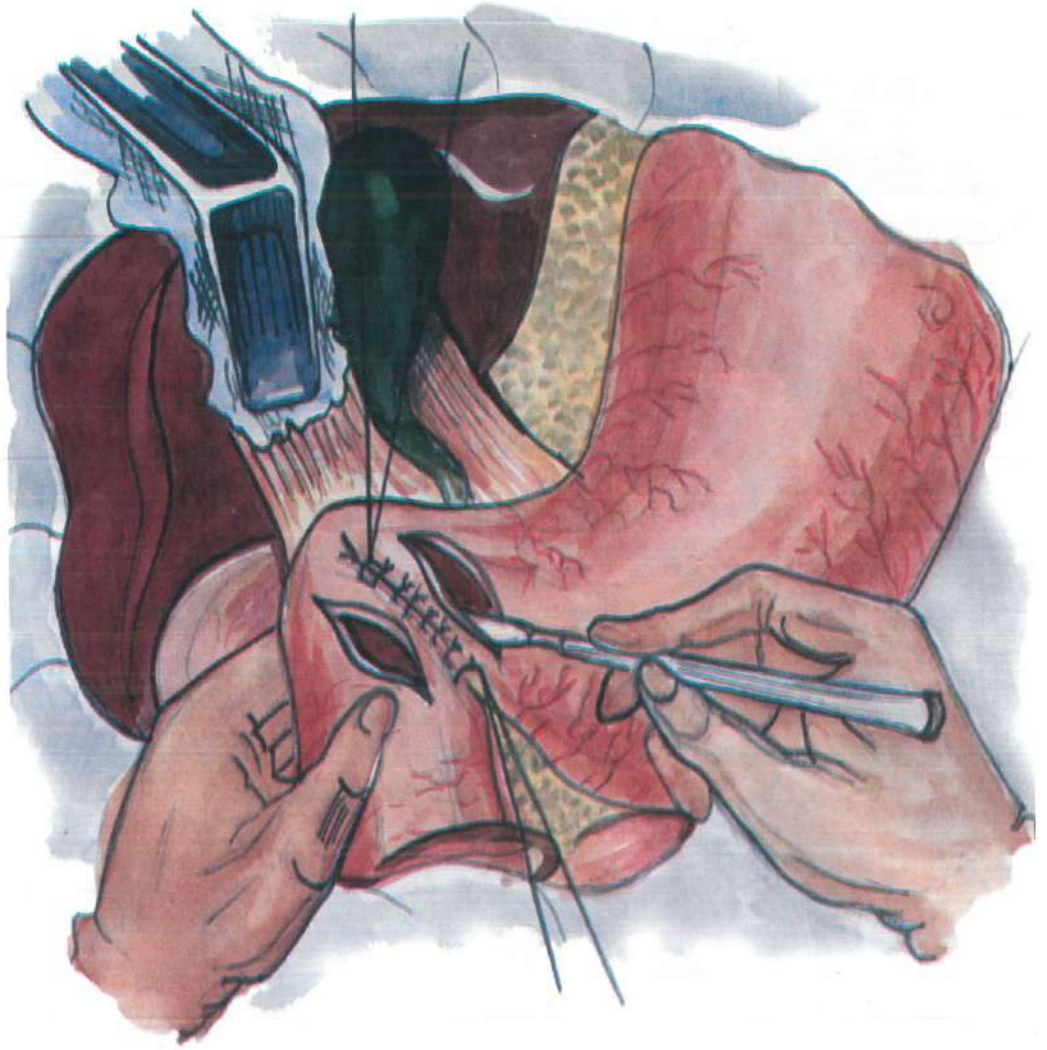
Şekil 104. Finney üsulu ile piloroplastika. Anastomozun arxa dodağına qoyulan fasilesiz daxili tikiş.



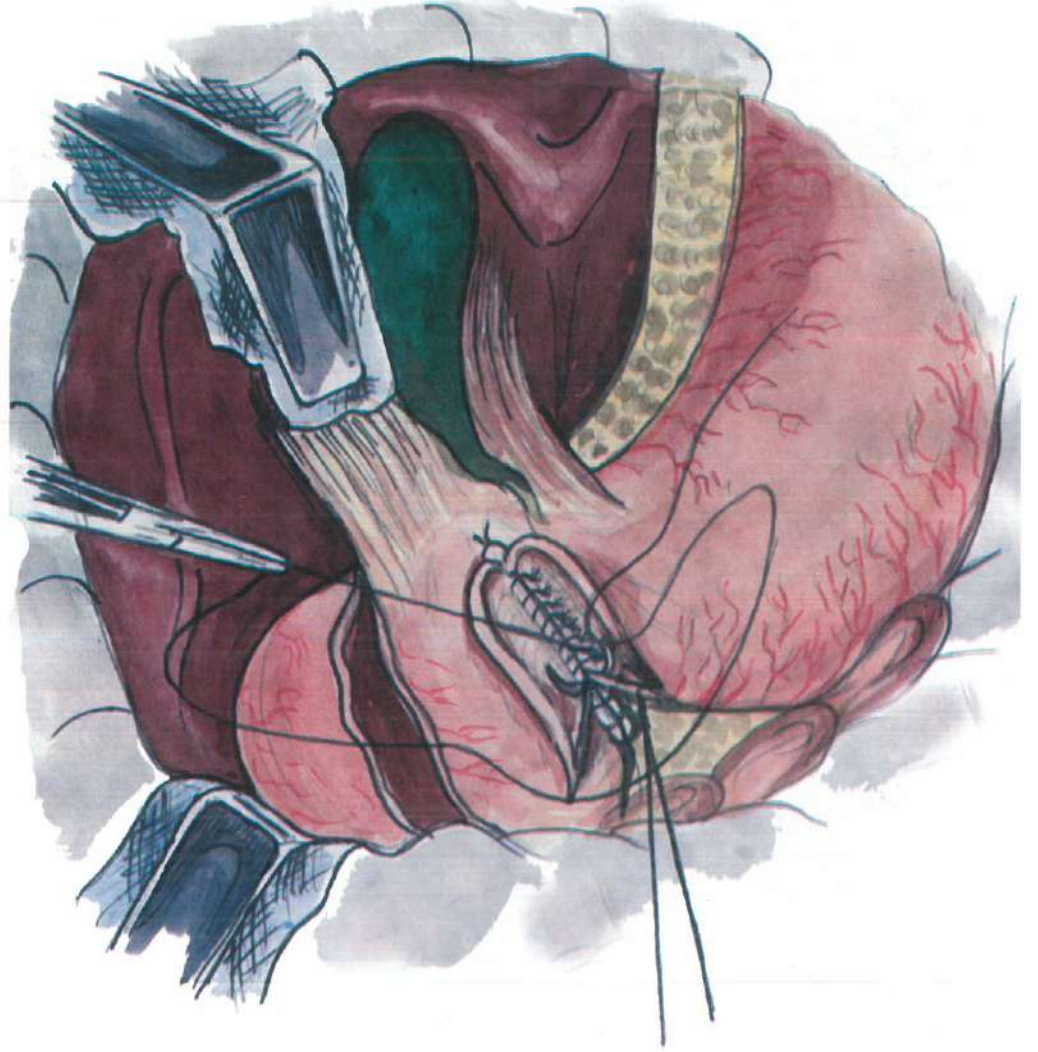
Şekil 105. Finney üsulu ile piloroplastika. Anastomozun ön dodağına qoyulan fasilesiz daxili tikişler.



Şekil 106. Finney üsulu ile piloroplastika. Tək-tək seroz-özələ tikişlərinin qoyulması.

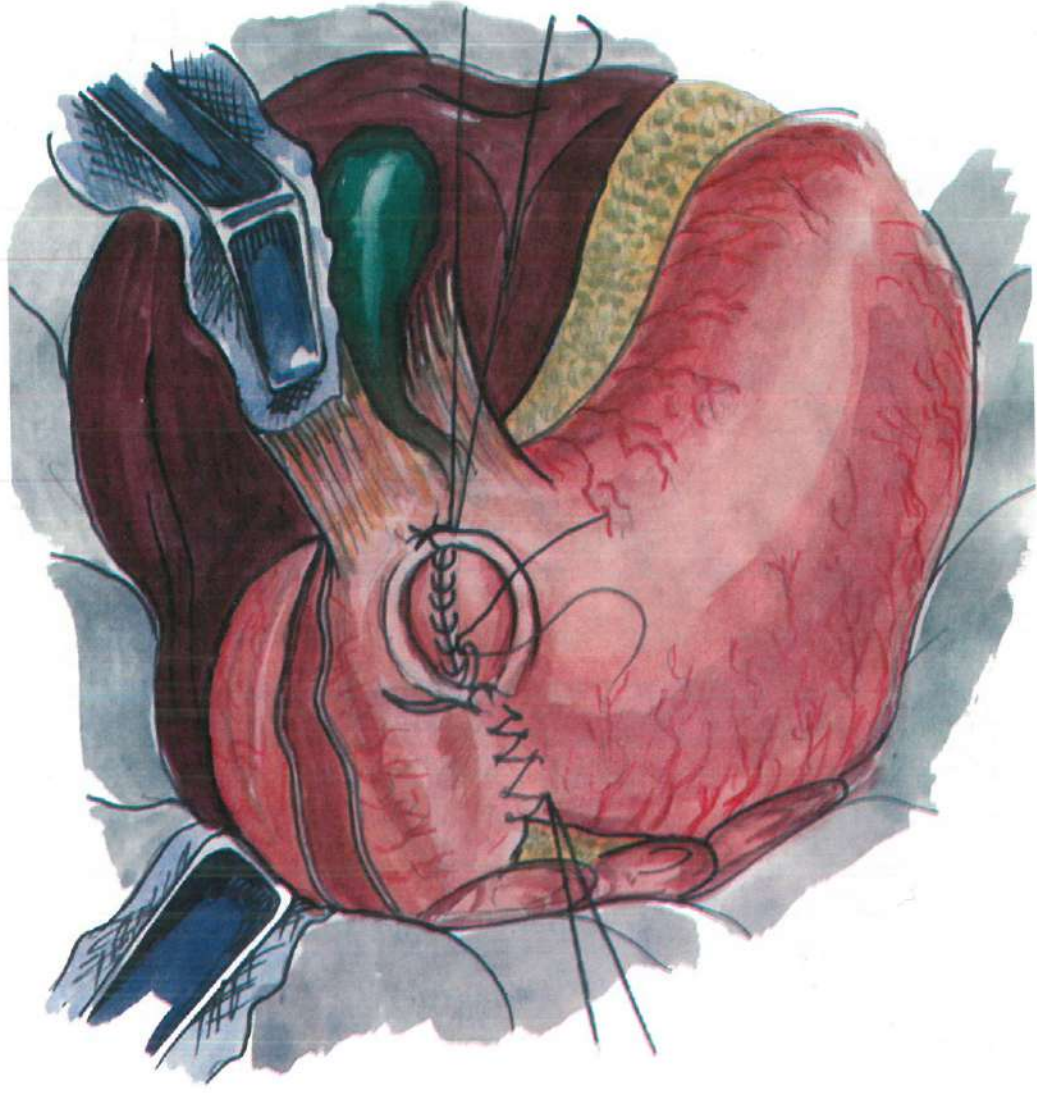


Şekil 107. Cabrey üsulu ile gastroduodenoanastomoz. Mədə və onikibarmaq bağırsağ menfəzinin açılması.

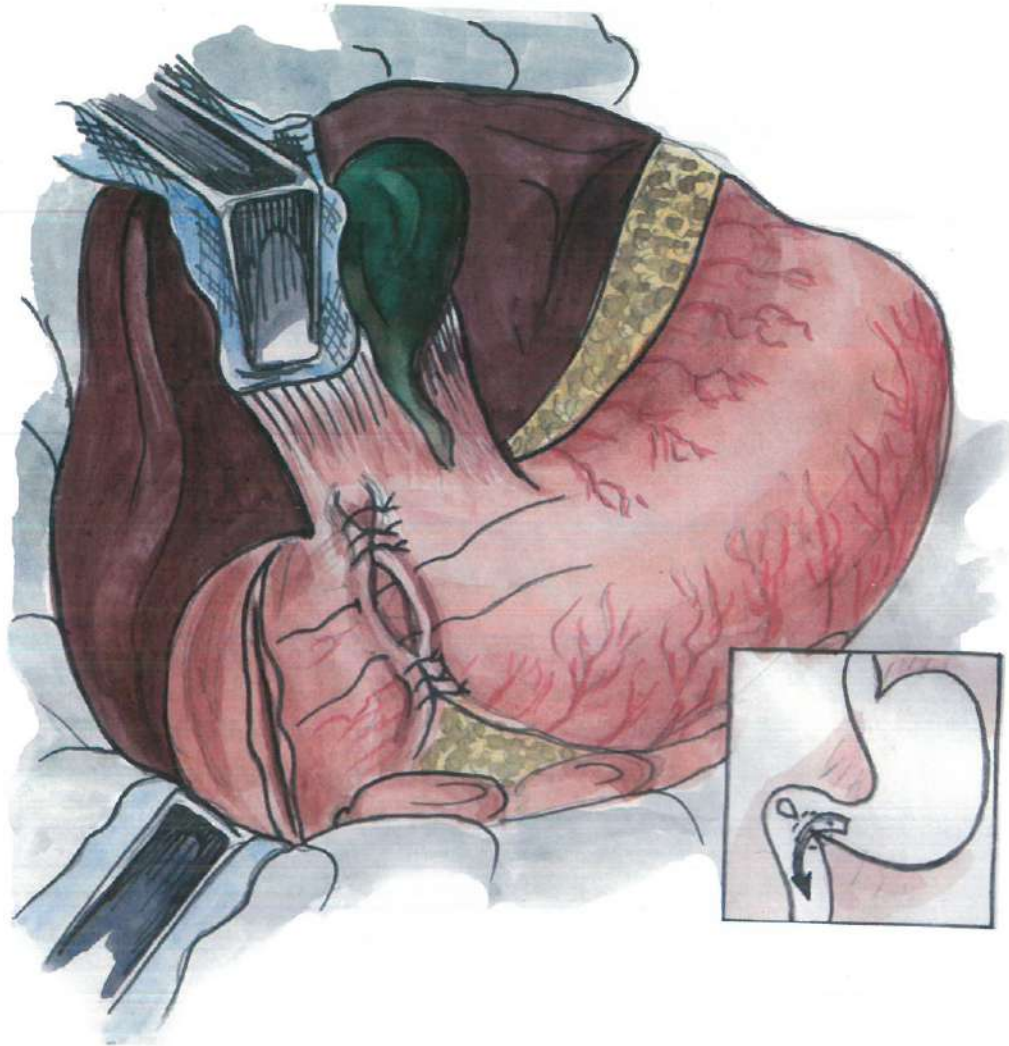


Şekil 108. Cabuley üsulu ile gastroduodenoanastomoz. Anastomozun arxa dodağına qoyulan fasilesiz daxili tikiş.

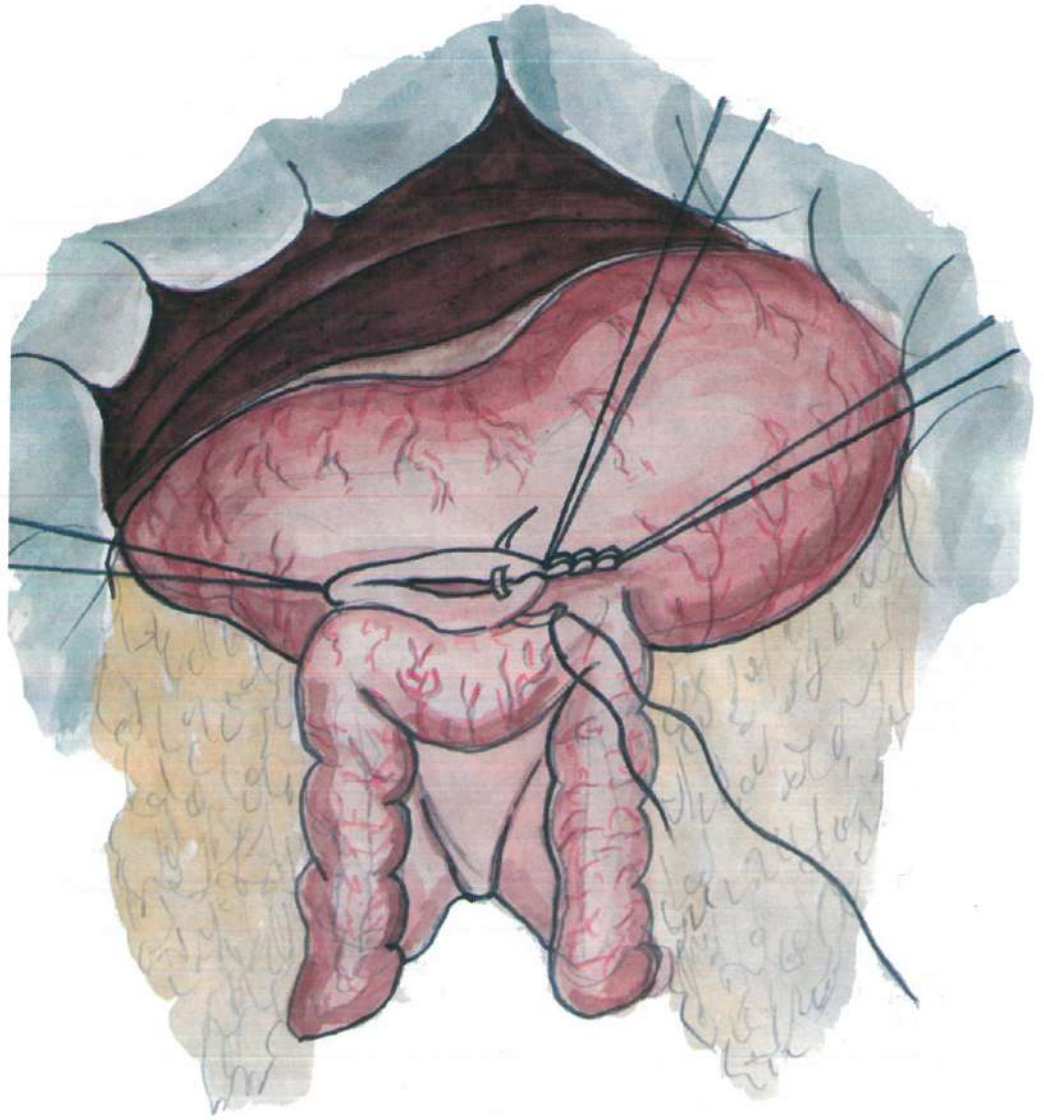




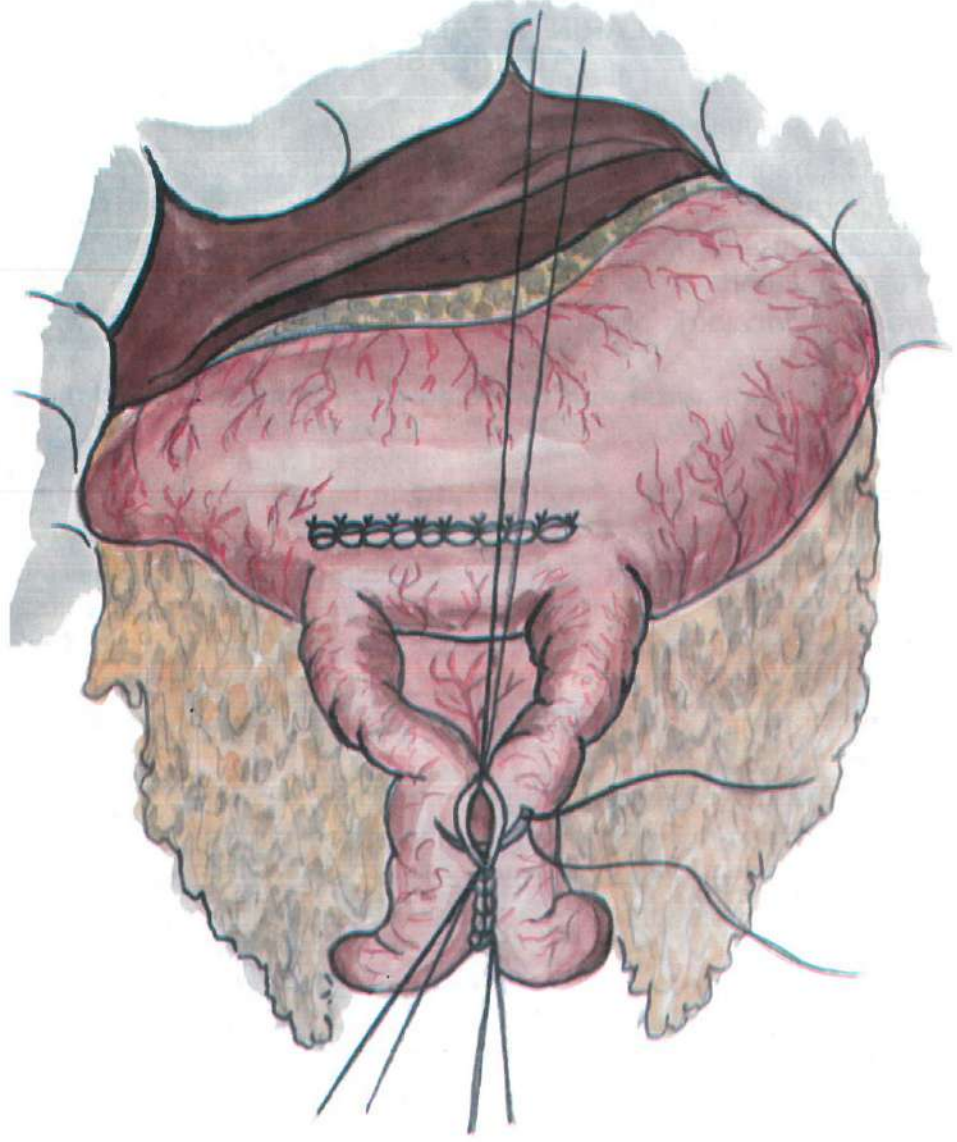
Şekil 109. Cabuley üsulu ile gastroduodenoanastomoz. Anastomozun ön dodağına qoyulan fasiləsiz daxili tikiş.



Şekil 110. Cabrey üsulu ilə gastroduodenoanastomoz. Tək-tək seroz-özələ tikişlərinin qoyulması.



Şekil 111. Velfler üsulu ile gastroenteroanastomozun qoyulması. Mədənin ön divarı və köndələn çəmbər bağırsağın önündən aparılan nazik bağırsağ ilgəyi arasında qoyulan tikişlər.



Şekil 112. Velfler üsulu ile gastroenteroanastomoz. Braun üsulu ile enteroenterostomiya . İkinci sıra seroz-özöl tikişleri.

## VIII Fəsil

### MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN PERFORATİV VƏ QANAXAN XORALARINDA PALİATİV ƏMƏLİYYATLARIN TEXNİKASI

Paliativ əməliyyatlar mədə və onikibarmaq bağırsağ xoralarının ağırlaşmaları zamanı radikal əməliyyat aparmaq mümkün olmadıqda, həmçinin onun icrası böyük təhlükə törədə biləcəyi hallarda aparılır.

Perforativ xoralar nəticəsində baş verən yayılmış peritonitlərin toksiki və ya terminal mərhələsində, massiv qanaxmalarda, ağır yanaşı xəstəliyi olan yaşlı və qocalarda paliativ əməliyyatlar icra edilir.

#### **8.1. Mədə və onikibarmaq bağırsağın perforativ xoralarının tikilmə texnikası**

##### **8.1.1. Perforativ xoraların adi qaydada tikilməsi**

Qarın boşluğu açıldıqdan sonra mədə və ya onikibarmaq bağırsaqda olan perforativ dəlik tapılır. Öncə mədə və ya onikibarmaq bağırsağın köndələn oxu istiqamətində bütün qatlardan keçirilən perforativ dəliyin kənarlarını yaxınlaşdıran düyünlü ketqut tikişləri qoyulur. Yaranın hermetikliyini gücləndirmək məqsədi ilə ikinci sıra düyünlü seroz-əzələ tikişləri qoyulur (şək.113).

Tikilmiş dəlik altında mədə-bağırsağ traktının keçiriciliyi mədə və onikibarmaq bağırsağ divarının barmaqla invaginasiyası ilə yoxlanılır.

Üzünün xora ətrafı divarında böyük infiltrat olduqda tikişləri möhkəmləndirmək üçün piylik seroz-əzələ tikişləri ilə perforativ dəlik ətrafına tikilir.

##### **8.1.2. Perforativ dəliyin Oppel-Polikarpov üsulu ilə tikilməsi**

Mədə və onikibarmaq bağırsağın perforativ xorasında dəliyin Oppel-Polikarpov üsulu ilə tikilməsi zamanı piyliyın ucu ayaqcıq üzərində ketqut sapla perforativ dəlikdən keçməklə 1,5-2 sm məsafədə üzvün divarına tikilir (şək.114). Sapların ucları dartılıb bağlandıqda piylik perforativ dəliyə invaginasiya olunur (şək.115). Sonra piylik dəlik ətrafında üzvün divarına fiksə edilir (şək.116).

Onikibarmaq bağırsağın perforativ xoralarının Oppel-Polikarpov üsulu ilə tikilməsinin üstünlüyü ondadır ki, sonrakı dövrdə tikiş yerində praktik olaraq stenoz olmur.

## **8.2. Qanaxan xoralarda paliativ əməliyyatların texnikası**

### **8.2.1. Qastrotoniya**

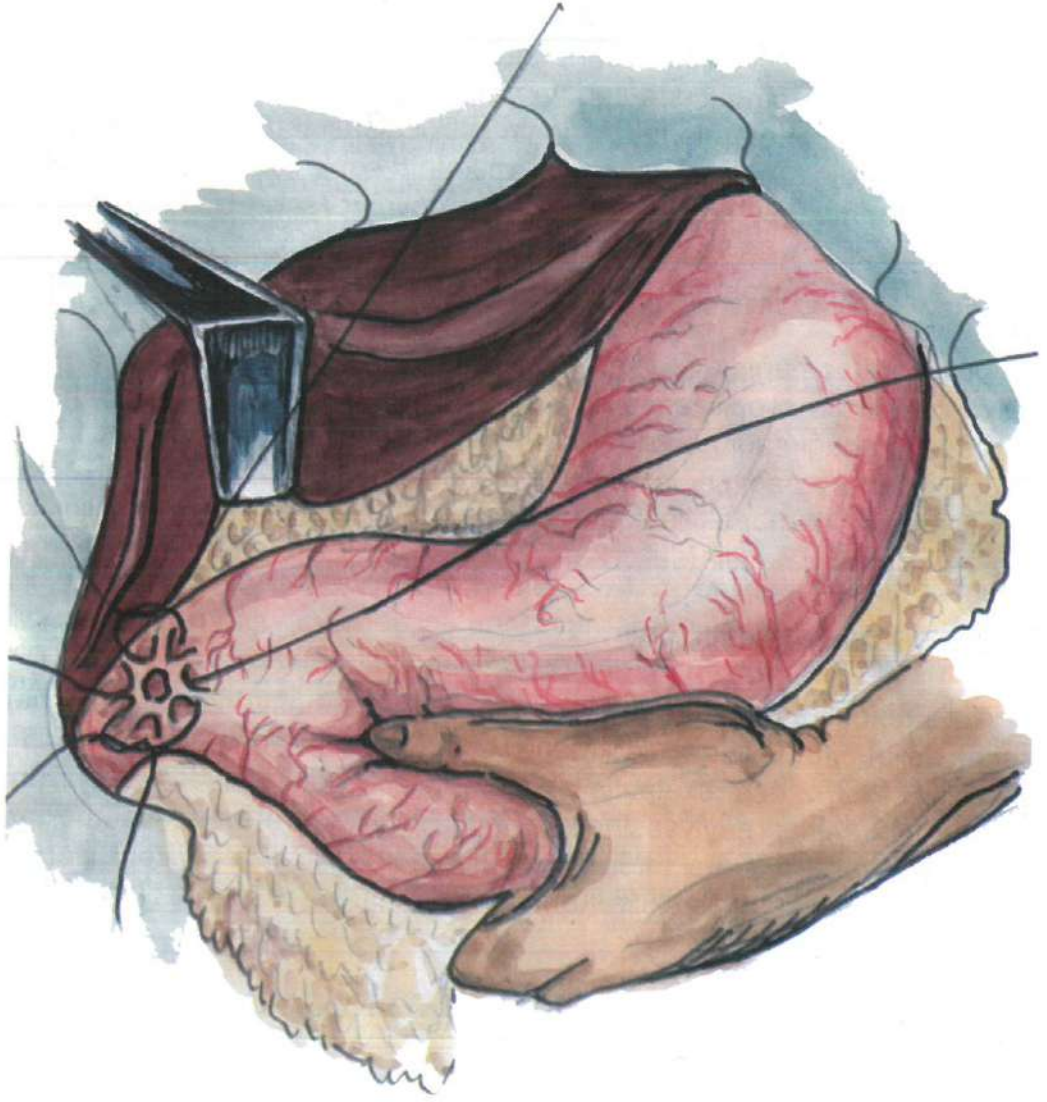
Qarın boşluğu açıldıqdan sonra xora defekti palpator tapılır. Mədənin ön divarında 5-6 sm ölçüdə çəp və ya köndələn kəsik aparılır. Yaranın kənarları güzgülərlə aralanır, mədənin selikli qişası təftiş edilir. Manipulyasiya qurtardıqdan sonra mədə yarası ketqut sapla fasiləsiz tikilir. Sonra ikinci sıra düyünlü seroz-əzələ tikişləri qoyulur (şək.117-121).

### **8.2.2. Duodenotoniya**

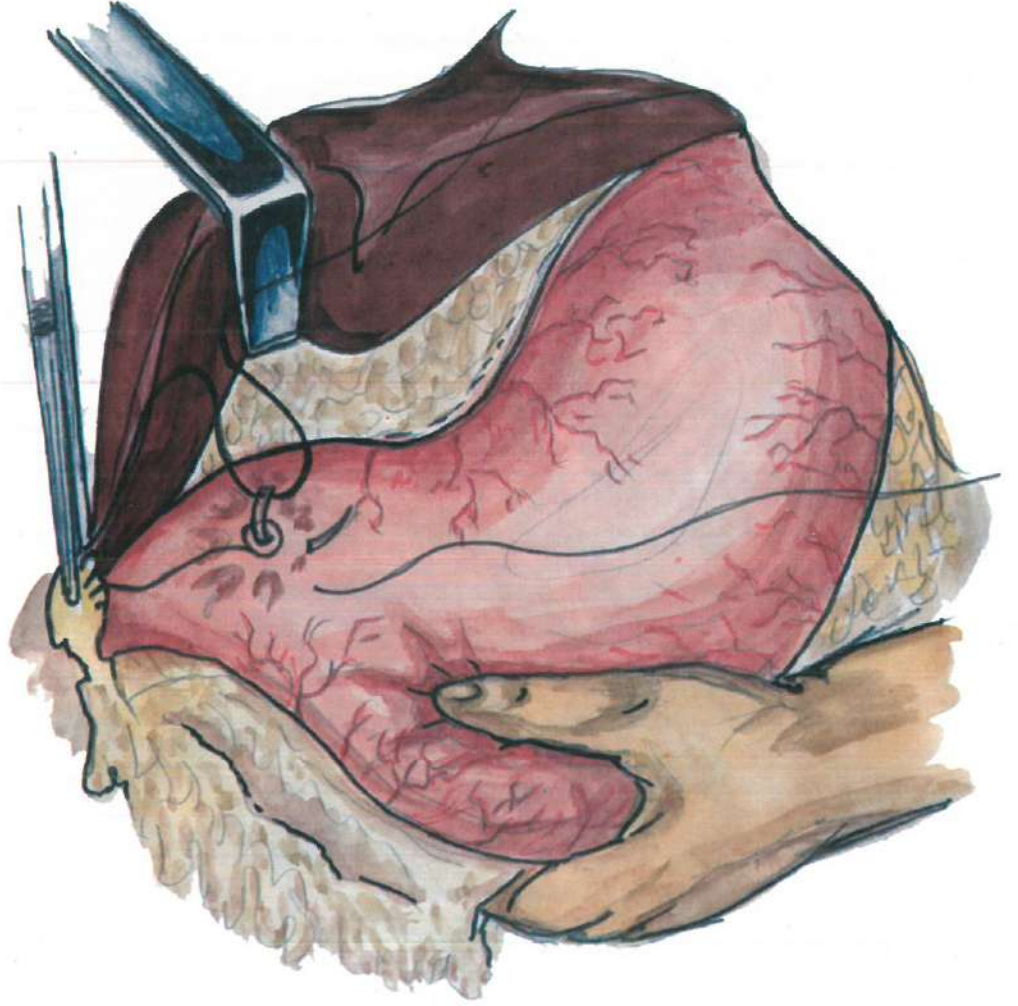
Onikibarmaq bağırsaqla xora defekti aşkar edildikdən sonra bağırsaqla Koxer üsulu ilə mobilizə edilir. Kəsiləcək nahiyəni məhdudlaşdırmaqla məqsədi ilə bağırsaqlaın ön divarına 4 asılqan tutacaq qoyulur (şək.122). İti uclu skalpelle bağırsaqlaın ön divarında 3-4 sm uzunluqlunda kəsik aparılır. Qanaxan damar tikilib liqaturaya alınır. Bağırsaqla divarının tamlıqla iki sıralı tikişlə bərpa edilir (şək.123).

### **8.2.3. Xoranın kəsilməsi**

Xora defekti aşkar edildikdən sonra kəsilmə sahəsi dəqiqləşdirilib ətrafına asılqan tutacaq qoyulur. Mədə və ya onikibarmaq bağırsaqlaın divarı xora ilə birgə iti uclu skalpelle ekonom kəsilib götürülür. Kəsik, üzvün saqlam toxumaları səviyyəsində aparılmalıdır ki, xora tamamilə kəsilmə preparata düşsün. Defekt köndələn istiqamətdə iki sıralı tikişlərlə bərpa edilir. Daxili qat ketqutla tikilir. Xaricdən düyünlü seroz-əzələ tikişləri qoyulur.

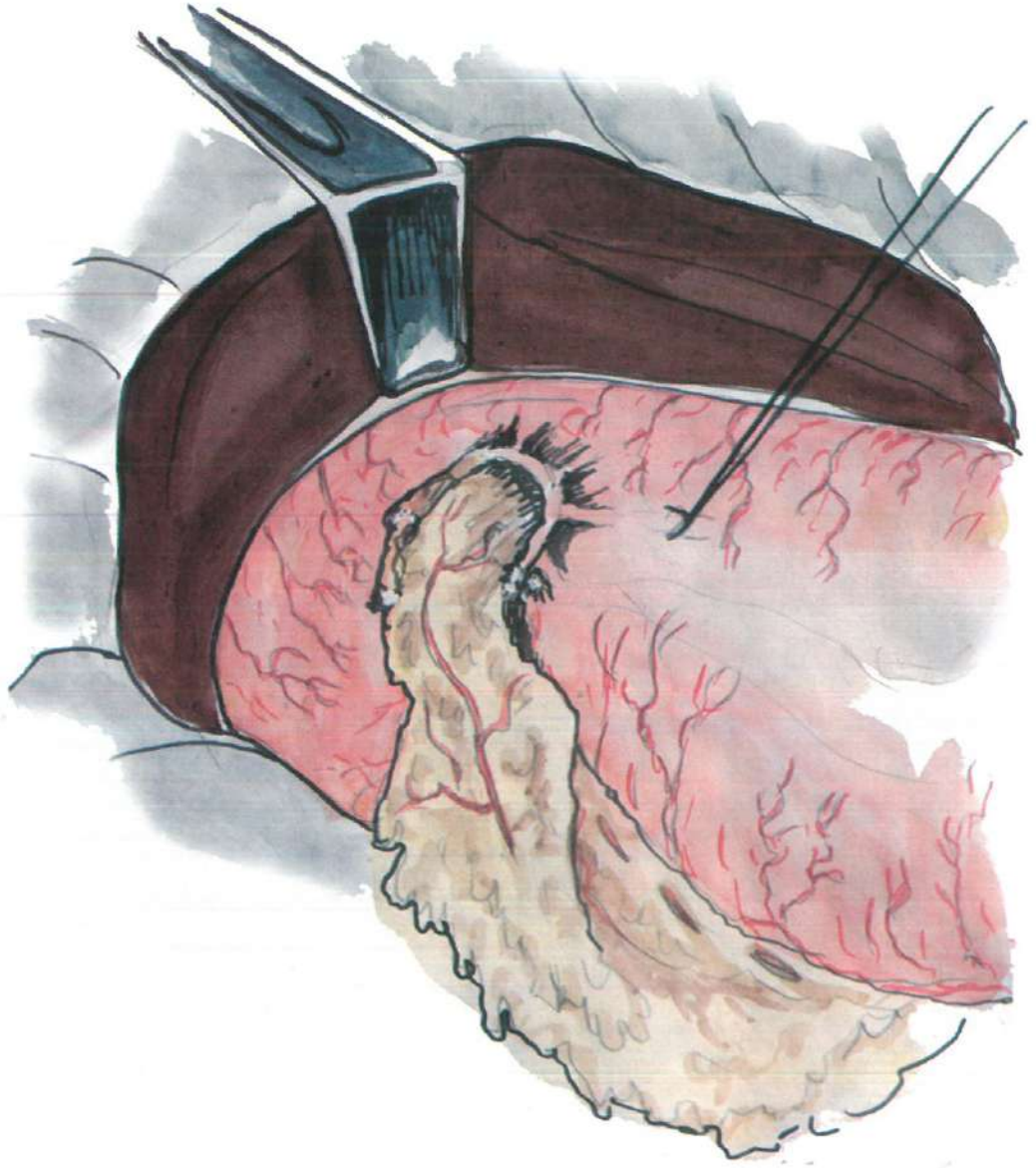


Şekil 113. Perforativ (deşilmiş) xoranın ayrı - ayrı tikişlerle tikilmesi.

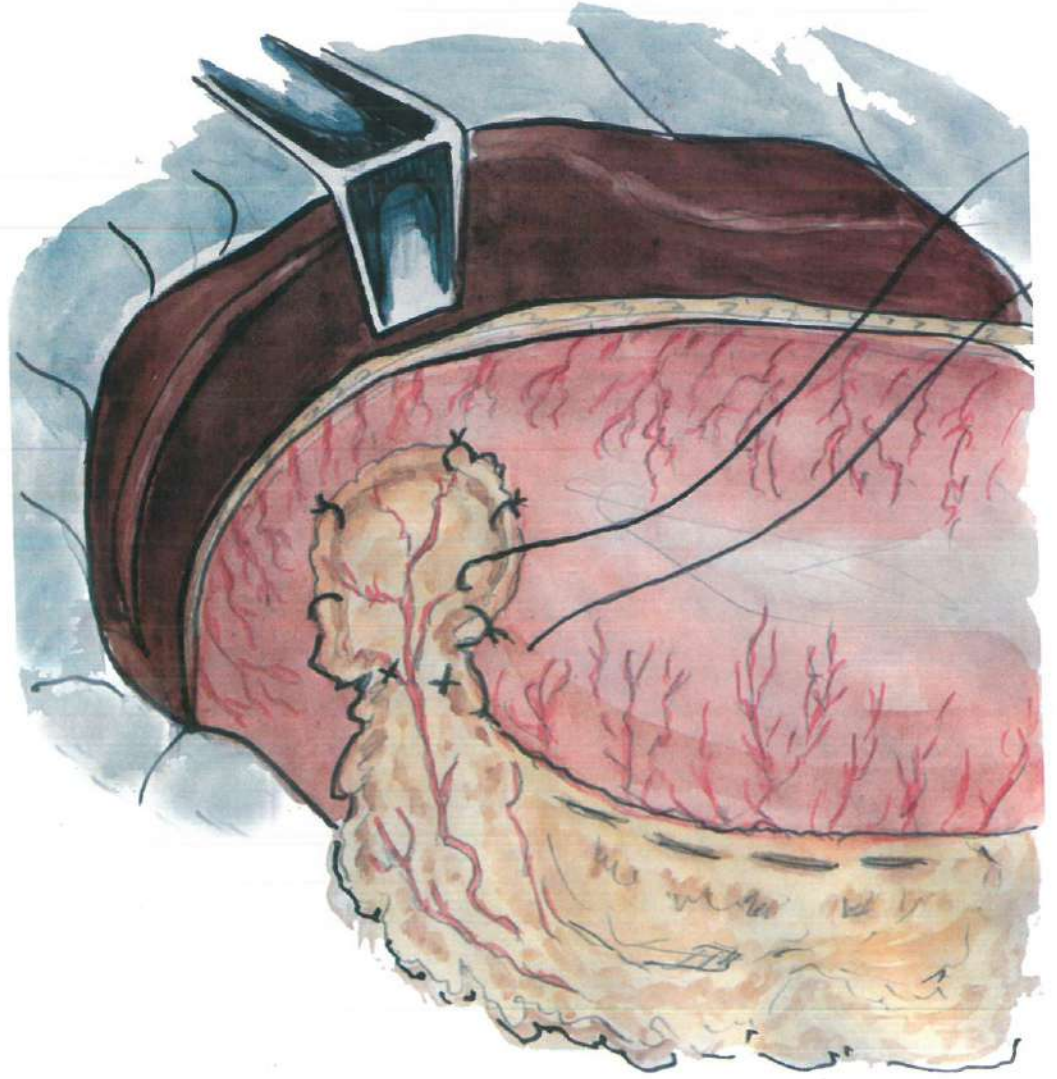


Şekil 114. Opper-Polikarpov üsulu ile perforativ xoranın tikilmesi. Büyük piylikden bir hissenin perforativ dâlikden keçirmek için hazırlanması.

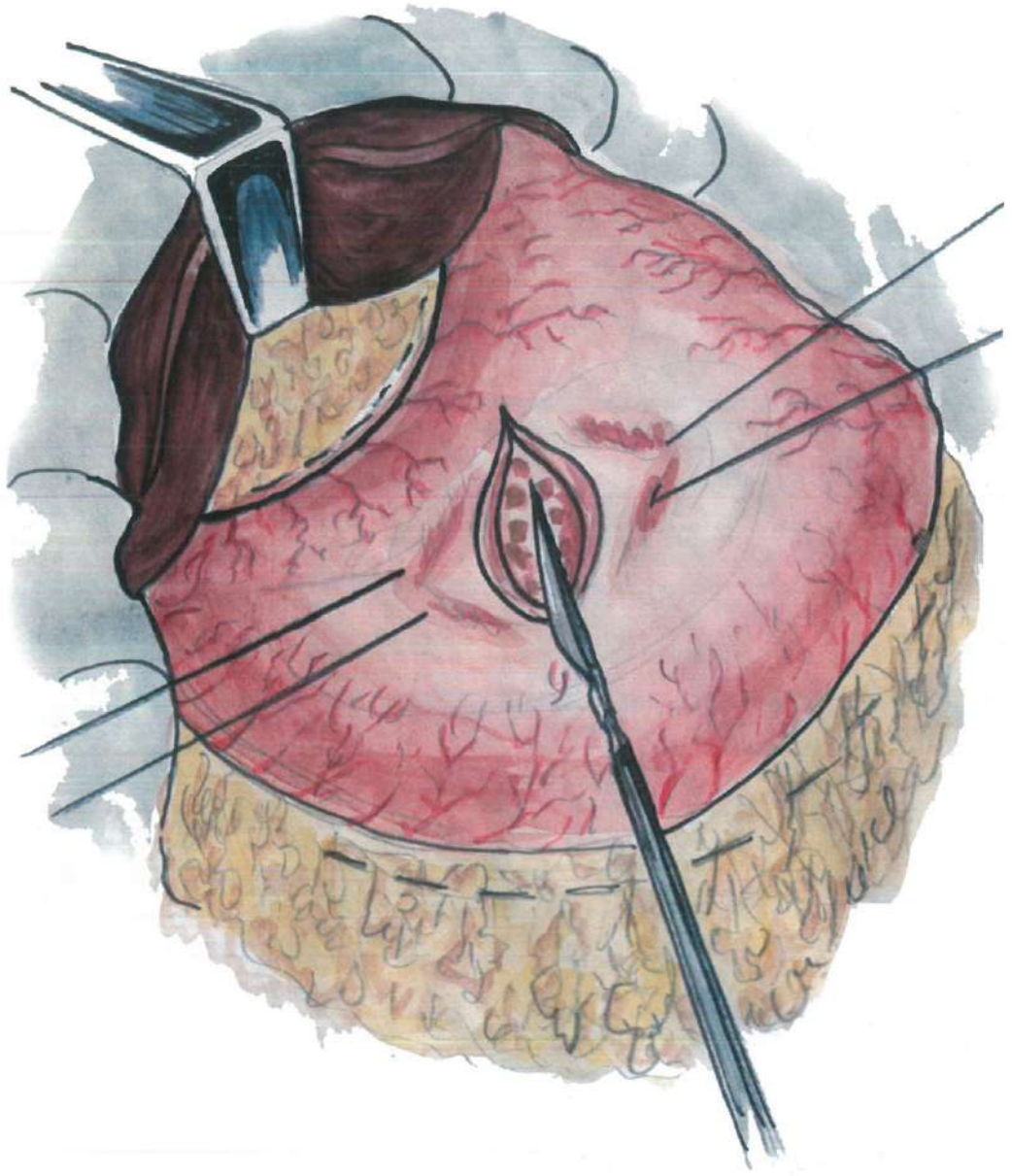




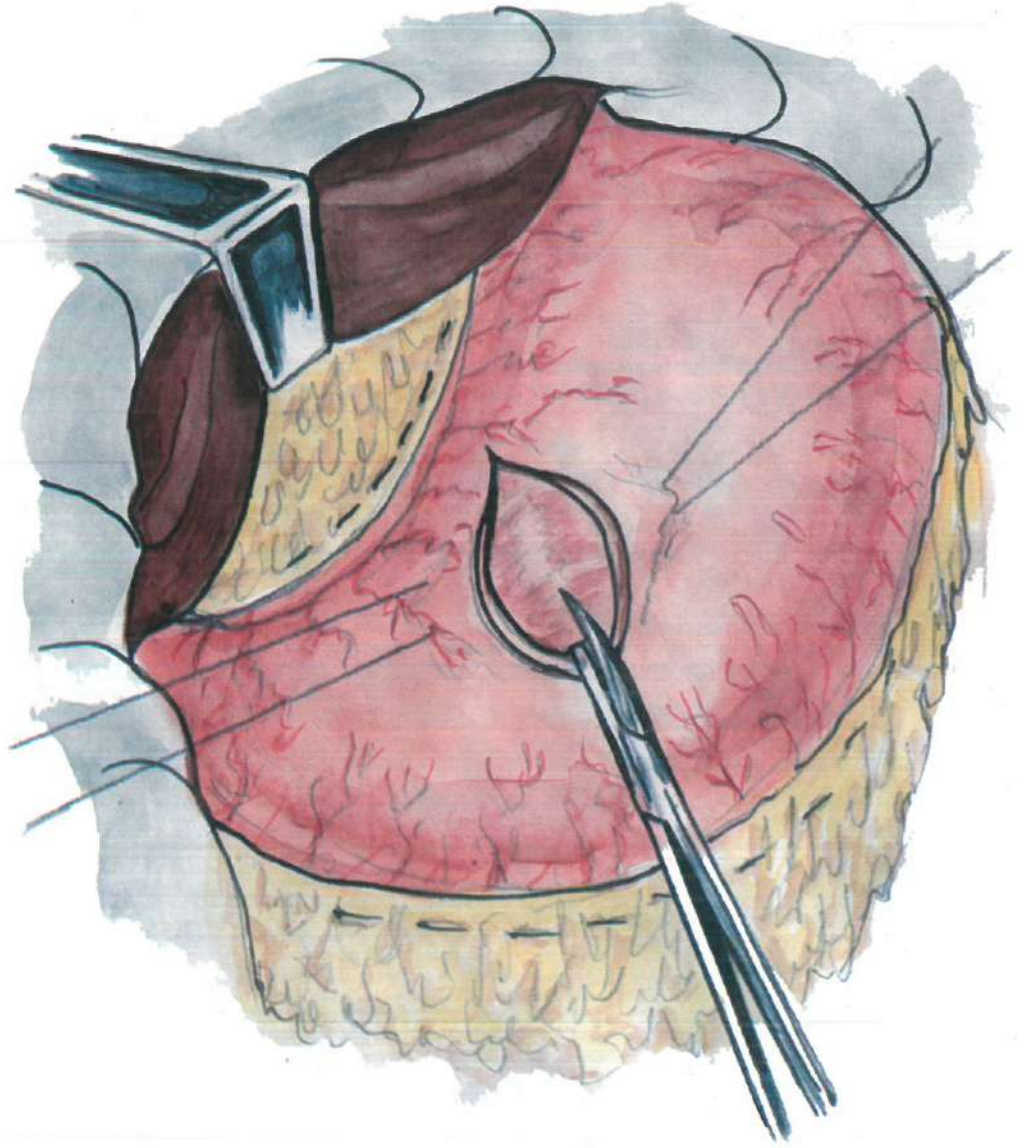
Şekil 115. Oppel - Polikarpov üsulu ile perforativ xoranın tikilmesi. Büyük piylyin bir hissesi ile perforativ deliyin tamponadası.



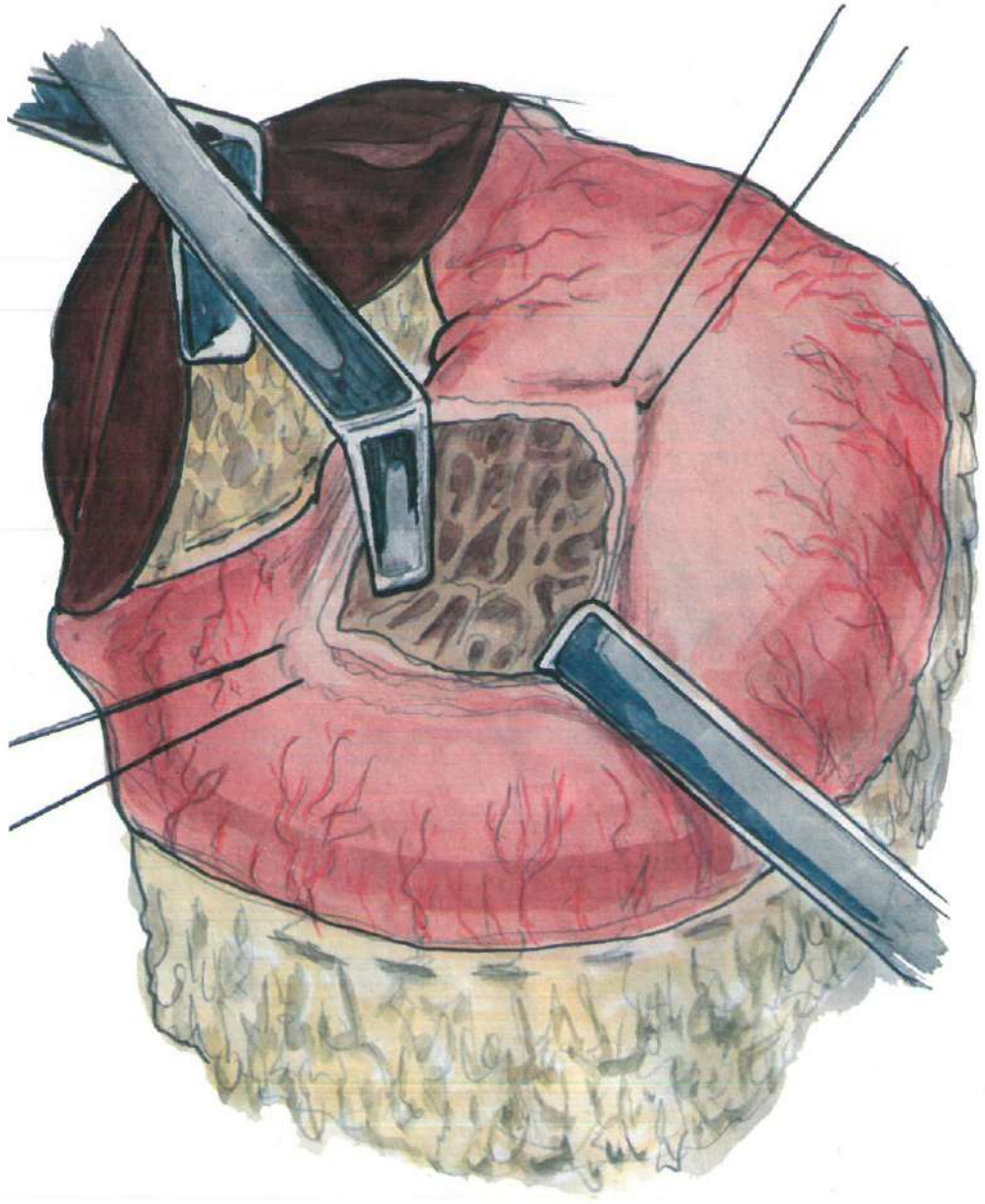
Şekil 116. Oppel - Polikarpov üsulu ile perforativ xoranın tikilmesi. Büyük piyliyin perforativ deliyi tamponada eden hissésinin fiksasyonu.



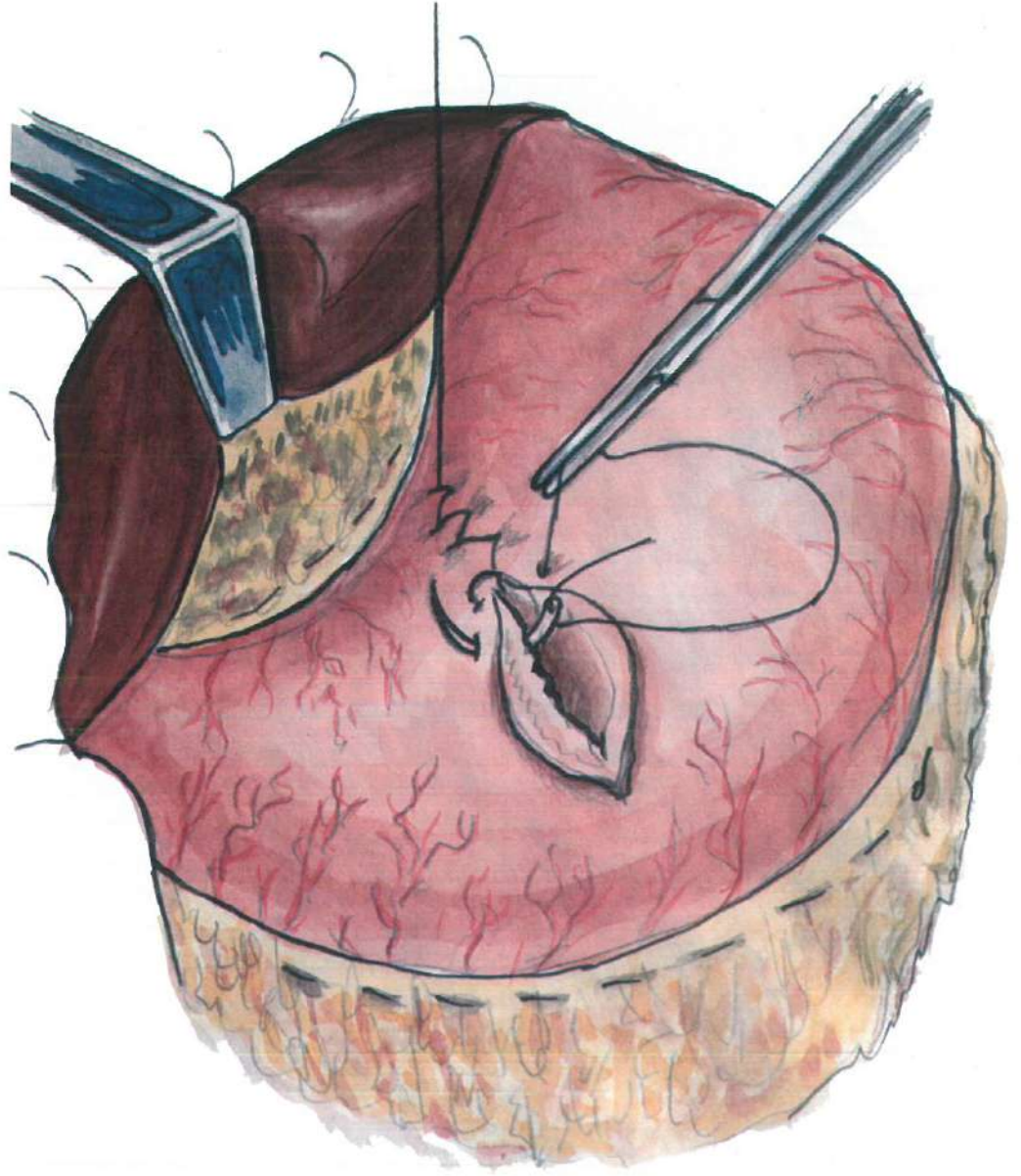
Şekil 117. Gastrotomiya. Mədə divarının seroz-özələ qatının kəsilməsi.



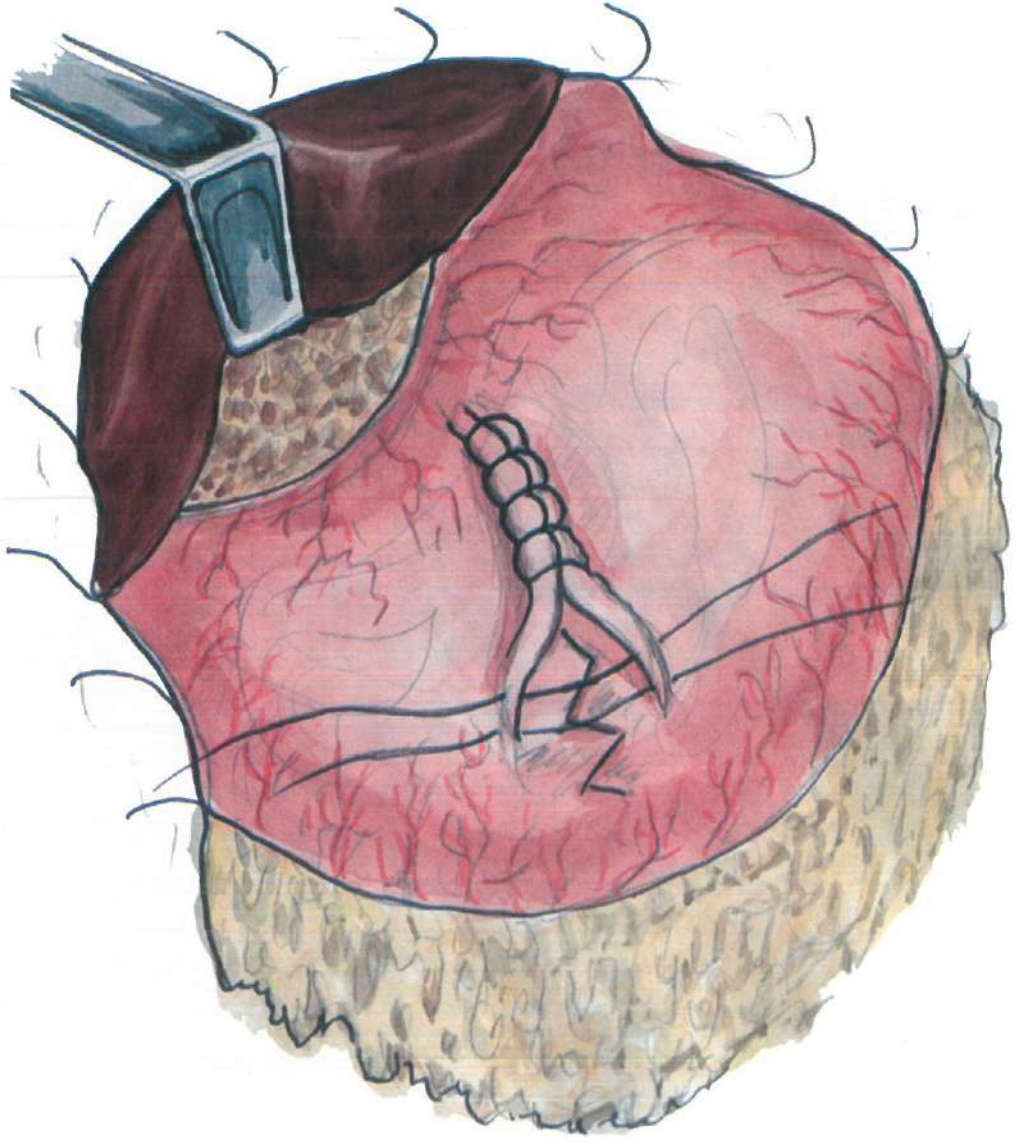
Şekil 118. Gastrostomiya. Mədənin selikli qişasının kəsilməsi və mədə mənfəzinin açılması.



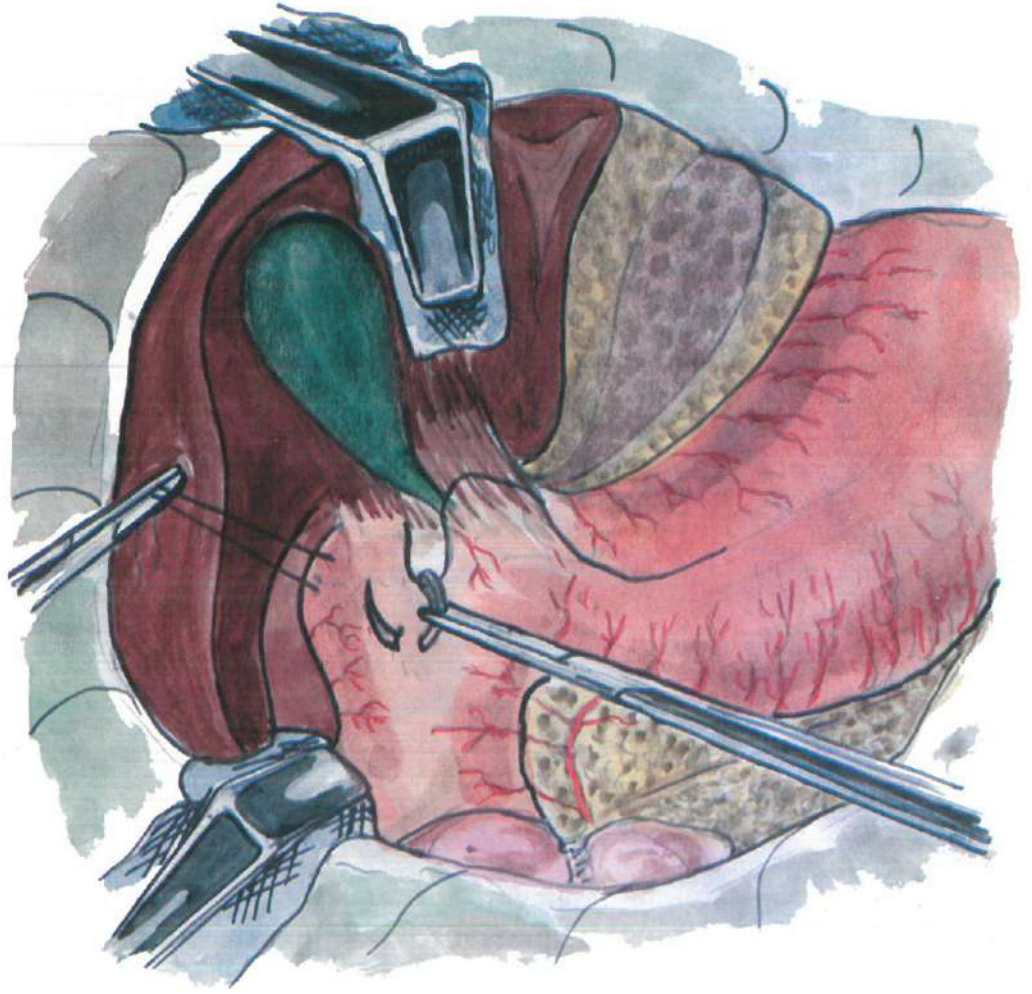
Şekil 119. Gastrostomiya. Medenin selikli qişasının tēftişi.



Şekil 120. Gastrotomik deliyin tikilmesi. Birinci sıra tikişler.

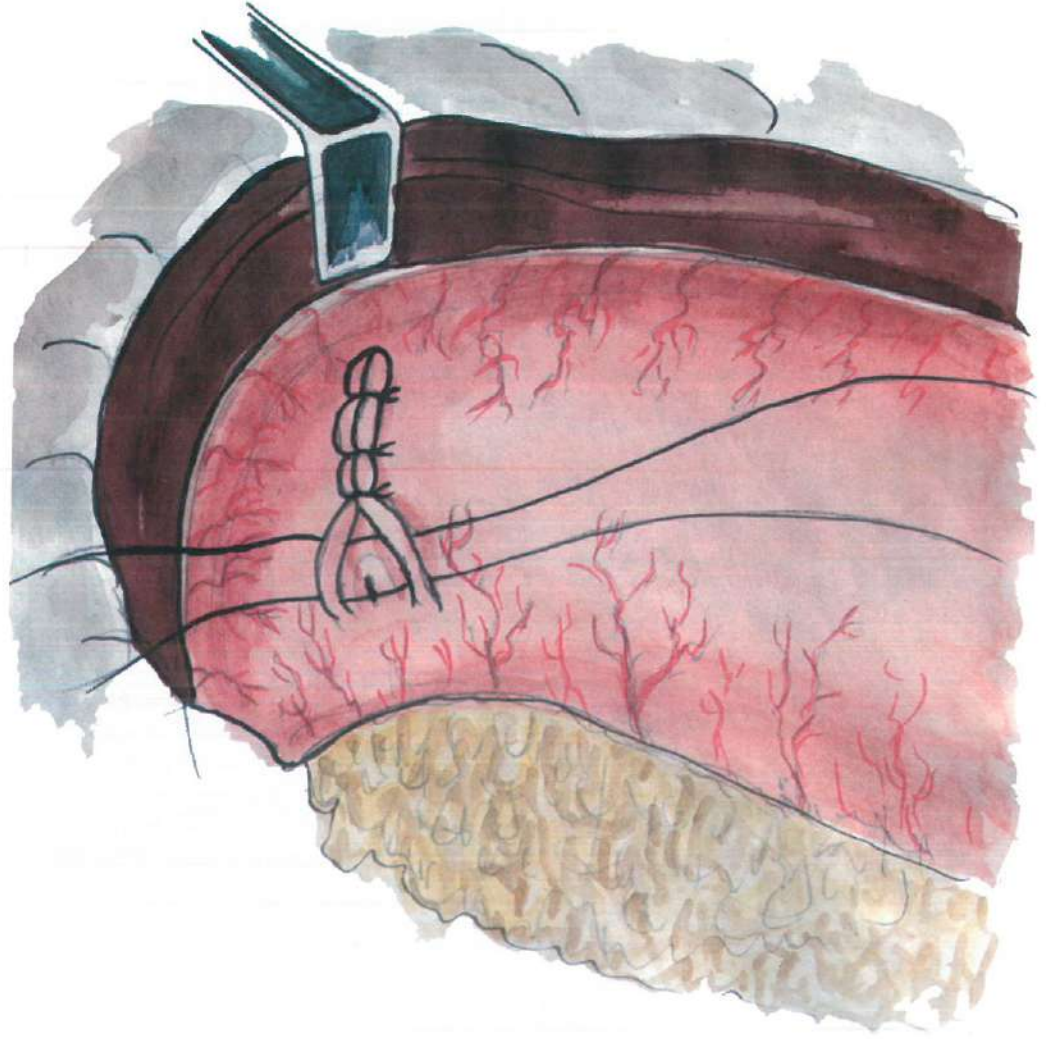


Şekil 121. Gastrotomik deliyin tikilmesi. İkinci sıra tikişler.



Şekil 122. Duodenostomiyaya hazırlıq. Onikibarmaq bağırsağa asılqan - tutacaqların qoyulması.





Şekil 123. Duodenostomik deliyin tikilmesi. İkinci sıra seroz-özöl tikişler.

## IX Fəsil

### Xora xəstəliyinə görə əməliyyat olunmuş xəstələrə əməliyyatdan sonrakı qulluq və reabilitasiya

Xorası olan xəstələrdə əməliyyatın aparılması son mərhələ hesab edilə bilməz.

Əməliyyatdan sonra həzm sistemi üzvlərində yeni fəaliyyət şəraiti yaradıldığına görə çox vaxt xüsusi müalicə tələb edən yanaşı xəstəliklər (xroniki pankreatit, xroniki kolit) xora xəstəliyinin müalicəsində əməliyyatın sonuncu mərhələ olmadığını göstərir. Həmçinin demping-sindrom, diareya anastomozitin profilaktikasında az əhəmiyyət kəsb etmir.

Əsaslı bərpa müalicəsi poliklinik reabilitasiya ilə yekunlaşdırılmalıdır. Poliklinikalarda rəşional müalicənin təşkil olunmaması xəstələrdə funksional və morfoloji pozğunluğa, əmək qabiliyyətinin enməsinə, əlilliyin artmasına gətirib çıxarır.

Xoraya görə əməliyyat keçirmiş xəstələrin reabilitasiyası üç mərhələdə aparılmalıdır:

- 1) Stasionarda (xəstəxanada)
- 2) Poliklinikada
- 3) Sanatoriyada.

Stasionar mərhələsi əməliyyatdan sonrakı ilk gündə başlayır.

- 1) ilk günlərdən yataqda aktiv hərəkət, tənəffüs gimnastikası, döş qəfəsinin və ətrafların masajı, 2-3-cü gündən qalxmaq;
- 2) medikamentoz terapiya;

a) reparativ - regenerativ proseslərin stimulyasiyası (ilk günlərdən re-tabolil və ya nerobolil, "B", "C" qrup vitaminlər, nikotin turşusu); 5-6-cı gündən metilurasil, çaytikanı yağı və ya itburnu dəmləməsi;

b) mikrosirkulyasiyanı və mədə-bağırsaq traktının motor-evakuator fəaliyyətini yaxşılaşdırın preparatlar (ilk günşərdən reopoliqlükün, II gündən benzoheksonium);

v) qara ciyərin funksional vəziyyətini yaxşılaşdırın preparatlar (sirepar, qlütamin turşusu, qlükoza insulinlə);

q) iltihab əleyhinə və desensibilizəedici terapiya (dimedrol, tavegil, diazolin, suprastin);

d) fizioterapevtik müalicə (10-12-ci gündən novokain və kalium xlorla elektrofarez).

Mədənin evakuator funksiyasına nəzarət xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

Əməliyyatdan sonrakı 2-3 gün ərzində mədə möhtəviyyətinin (2 dəfədən az olmamaq şərti ilə) aspirasiyası aparılmalıdır. Xaric edilən mədə möhtəviyyətinin həcmi 50-100 ml-dən artıq olmadıqda aspirasiya dayandırılır və xəstə qidalandırılır. Qidalandırmaq kompleks müalicənin tərkib hissəsi sayılır.

Düzgün qidalandırma bütün müalicə prosesinə müsbət təsir göstərir. Xəstələr üçüncü - dördüncü gündən qidalandırılmağa başlanır. Öncə 2 ədəd çiy yumurta və 4-5 stəkan açıq rəngli çay (bir dəfəlik qəbul üçün 100-150 ml-dən artıq olmamaq şərti ilə) verilir. Sonra 1a stolu (iki gün ərzində, gündə 6 dəfə), 1b stolu (iki gün ərzində, gündə 6 dəfə) və xəstəxanadan yazılana qədər stol 1 (gündə 6 dəfə) davam etdirilir. Bu tədbirlər əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaları olmayan xəstələr üçün nəzərdə tutulur. Vaqotomiya və mədənin ekonom rezeksiyasında da bu müalicə təyin edilir. Yalnız mədənin proksimal rezeksiyasından sonrakı dövrə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Belə ki, bu xəstələrdə infuzion terapiyanın müddəti uzadılır və erkən qidalandırma enteral yolla icra edilir. İlk günlərdə 200-300 ml duz məhlulları (Ringer-Lokk məhlulu), 5%-li qlükoza məhlulu, enpit, inpitən və digər qidalandırıcı preparatlar 1,5-2 litr həcmində damcı üsulu ilə bağırsağa yeridilir. Enteral qidalanma 7-8 gün davam edir və yalnız bundan sonra nazogastral zond çıxarılır, xəstə ağızdan qidalandırılır.

Reabilitasiyanın poliklinik mərhələsi xəstələrin artıq real həyat şəraitində bərpa müalicəsi alması ilə stasionardan fərqlənir. Poliklinikada aparılan kompleks müalicə tədbirlərinin tərkibi:

1) Dietoterapiya. Qida qəbulunun sayına və həcminə diqqət yetirilməlidir. Xəstələr gün ərzində 5-6 dəfə qidalanmalıdır və bir dəfəlik qida qəbulunun həcmi 250-300 ml-dən artıq olmamalıdır. Qidanın tərkibindəki zülalın, yağın, karbohidratların, həmçinin mineral duzların nisbəti qənatbəxş olmalıdır (bulyon, ət bulyonunda sup, qaynadılmış ət, balıq, süd məhsulları, meyvə-tərəvəz, sıyıq, şirələr). Spirtli içkilər, konservlər, acı və kəskin qida əlavələri rasiondan tamamilə çıxarılmalıdır.

2) Fizioterapiya: 7-10 gün müddətində epiqastral nahiyəyə ozokerit.

3) Astenizasiya əlamətləri olarsa-autogen məşğələ, iynə refleksoterapiya, ehtiyac olarsa medikamentoz müalicə (elenium, meprobomat, seduksen).

4) Dərman bitkiləri qarışığı (10-12 gün), 20q-solmazçiçəyi, 10q-nənə, 15q-boymadərən, 10q-minillik, 20q - qarğıdalı saçağı, 20q-itburnu,

10q-şüyüd, 1 stəkan aloye şiresi 1 litr suda dəmləyib soyuq halda gündə 3-4 dəfə yeməkdən 30 dəqiqə öncə 1/2 stəkan içmək.

Mədə və onikibarmaq bağırsağın matorikası pozulan, (duodenostaz, duodenoqastral reflüks) disfagiya əlamətləri olan xəstələrə 10-12 gün müddətinə serukal və benzoheksonium təyin edilir.

## X Fəsil

### Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

Müxtəlif əməliyyat metodlarının effektivliyinin kriteriyası uzun müddətli yaxşı nəticənin alınmasıdır. Təkrari əməliyyatın aparılması birinci əməliyyat vaxtı texniki və taktiki planında buraxılan səhvlərin nəticəsi kimi qiymətləndirilir.

Mədə və onikibarmaq bağırsağ xoralarının cərrahi müalicəsinin əsrlik tarixinə, çoxsaylı əməliyyat variantlarının olmasına (rezeksion, vaqotomiya ilə icra edilən orqansaxlayıcı əməliyyatlar) baxmayaraq əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların sayı heç də azalmır (*T.M.Maqqdiev; Y.M.Pançirev; Q.B.Xmelevskiy; S.S.Ksenofontov; V.N.Çernişev* müəlliflərlə və s.). Ağırlaşmaların xarakteri aparılan əməliyyatın növündən asılı olur. Bu ağırlaşmalar orta hesabla 10-15% təşkil edir.

Hal - hazırda mədə cərrahiyyəsinin inkişaf mərhələsində, mədə rezeksiyasının (xüsusən Bilrot II üsulu ilə) nəticələrinin öyrənilməsinə daha çox üstünlük verilmişdir. Vaqotomiya ilə icra olunan orqansaxlayıcı əməliyyatların nəticələri nisbətən az öyrənilib.

Bu gün üçün mədə rezeksiyası ilə əlaqədar olan pozğunluqların yekdil ümumi qəbul olunmuş təsnifatı yoxdur. Az - çox yayılan təsnifat *A.A.Busalov, B.V. Petrovski, Y.M. Pançirev, A.A. Şalimov* tərəfindən verilmişdir. Hansında ki, mədə rezeksiyasından sonrakı ağırlaşmalar funksional pozğunluqlar və üzvi zədələnmələrə bölünür. Təklif edilən təsnifatları analiz etdikdən sonra aşağıdakı təsnifatdan istifadə etməyə üstünlük veririk.

Postqastrorezeksion (mədə rezeksiyasından sonrakı) ağırlaşmalar.

1. Funksional pozğunluqlar:

- dempinq - sindrom;
- hipoqlikemik sindrom;
- gətirici ilgəyin funksional sindromu;
- rezeksiyadan sonrakı asteniya;

2. Mexaniki pozğunluqlar:

- gətirici ilgəyin mexaniki sindromu;
- bağırsaqlararası anastomozun funksiyasının pozulması;
- anastomozitlər;

3. Üzvi zədələnmələr:

- mədə güdülünün və ya anastomozun peptik xorası;
- Zollinqer - Elisson sindromu;
- anastomozun daralması və çapıq deformasiyası;

- reflüks - ezofagit;
- mədə güdülünün xərçəngi.

## **10.1. Postgastrorezeksion ağırlaşmalar**

### **10.1.1. Funksional pozğunluqlar**

#### **10.1.1.1. Dempinq - sindrom**

Y. M. Pançirev, Q. D. Vilyavin və B.A.Berdova görə dempinq-sindrom mədə rezeksiyasından sonra ən çox (10-30% xəstələrdə) rast gəlinən ağırlaşmadır.

Dempinq sindromun patogenezinə həsr olunmuş çoxsaylı müayinələrə baxmayaraq onun əsasında hansı patofizioloji prosesin dayandığı hələlik aşkarlanmayıb. M.A. Somsonov müəlliflərlə dempinq-sindromun patogenizinə dair 25-dən artıq nəzəriyyənin mövcud olmasına baxmayaraq hələlik bu haqda qəti qərar qəbul edilmədiyini qeyd edirlər.

Bir çox müəlliflər dempinq-sindromun əmələ gəlməsində hiperqlikemiya, hipoqlikemiya, böyrəküstü qabığının hiperaktivliyini, histamin və serotonin tipli aktiv maddələrin təsirini, duodenal hormonların ifrazının pozğunluğunu, digərləri mədənin bağı aparatının genişlənməsini, hipovolemiyanı və s. əsas faktor kimi götürürlər.

A.A.Şalimov və V.F.Saenko dempinq-sindromu orqanizmin dəyişilmiş həzm prosesinə uyğunlaşması reaksiyası kimi qiymətləndirirlər. Bu prosesdə nervnorefleks mexanizmlə bərabər neyrohumoral mənşəli bioloji aktiv maddələrin də iştirakı qeyd edilir. Dempinq-sindromun inkişaf mexanizminin işə düşməsində əsas yeri tez həll olunmamış konsentrasiyalı qidanın mədədən birbaşa nazik bağırsağa düşməsinə verirlər.

Dempinq-sindromun klinik əlamətləri qida qəbulu zamanı və ya ondan 15-20 dəqiqə sonra "dempinq-hücum" vaxtı özünü biruzə verir. Ağır lıq dərəcəsindən asılı olaraq bu əlamətlər 20-30 dəqiqədən 2 saata qədər davam edə bilər. Tutmalar, epigastral nahiyənin dolması, zəiflik, xoşagəlməz istilik hissinin olması, kəskin tərləmə ilə müşayiət olunur. Sonradan yorğunluq, yuxululuq, başgicəllənmə, qulaqlarda küy, görmənin pisləşməsi, ətrafların əsməsi başlayır. Bəzi hallarda tutmalar huşun itməsi ilə müşayiət olunur. "Dempinq hücum" tutması taxikardiya, boğulma (bəzən), baş ağrısı, vaqomotor rinitlə başlayır. Tutma zamanı qarında ağrı ya olmur və ya çox az biruzə verilir. Tutmalar zamanı müxtəlif dispeptik əlamətlər: ağızdan su axması və ya ağızda quruluq, ürəkbulanma, hıçqırma, gəyirmə baş verir. Xəstələrdə qarında "çalxalanma" və tutmadan qısa müddət sonra ishal olur. Bu kateqoriyadan olan xəstələrdə

ishal daimi və üzücü olur. Horizontal vəziyyətdə klinik əlamətlər azaldığından, xəstələr qida qəbulundan sonra horizontal vəziyyət almaq məcburiyyətində qalırlar. Süd məhsulları və karbohidratlı qida qəbulu dempinq - sindromu provokasiya edir.

Rentgenoloji müayinə zamanı bariumun mədə güdülündən evakuasiyasının (10-15 dəqiqə ərzində) və onun nazik bağırsaqda hərəkətinin tezləşməsi (orta hesabla 2 saatdan artıq olmur) qeyd edilir.

Ağırliq dərəcəsinə görə dempinq-sindrom yüngül, orta, orta-ağır və ağır gedişli olur.

### **I dərəcə-yüngül.**

Qida qəbulundan sonra dempinq-sindromun simptomatikası başlayır və 20-30 dəqiqə davam edir. Hemodinamik göstəricilər stabil qalır. Tutmalar südlü və karbohidratlı qida qəbulundan sonra başlayır və öz-özünə keçir.

### **II dərəcə-orta ağır.**

Bu mərhələdə klinik əlamətlər az biruzə verilir. Qida qəbulundan sonra xəstələrdə zəiflik, başgicəllənmə, ürək nahiyəsində ağrı, tərləmə, ishal olur. Tutmalar 30-60 dəqiqə davam edir. Bu əlamətlər istənilən növ qida qəbulundan sonra başlayır. Tutmalar vaxtı taxikardiya (nəbz dəqiqədə 20-30 vuruğu artır) olur, arterial təzyiq qalxır və ya enir. Bu qrupdan olan xəstələrdə çəkinin defisiti, əmək qabiliyyətinin enməsi qeyd edilir. Konservativ müalicə yalnız qısa müddətli effekt verir.

### **III dərəcə-ağır.**

Ağır dərəcəli dempinq-sindrom bəd xarakterli olur. Qəbul edilən qida-nın miqdarından və xarakterindən asılı olmayaraq xəstəni kollaps və bayılma vəziyyətinə salan daimi tutmalar, ishal olur. Tutmalar 1 saatdan 2 saata qədər davam edir. Arterial təzyiqin 20-30 mm civə sütunu artması, taxikardiya (nəbz 1 dəqiqədə 25-35 vuruğu artır) olur. Xəstələrdə yanaşı hipoqlikemiya qeyd olunur. Əmək qabiliyyəti itir, konservativ müalicə effekt vermir. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi xəstəliyin yüngül və orta formalarında müalicənin az da olsa effekti olur, lakin ağır formasında aparılan konservativ müalicə yalnız xəstələri əməliyyatönu hazırlamaq məqsədi daşıyır.

Dempinq-sindrom zamanı aparılan konservativ müalicə 2 yerə bölünür: dietoterapiya və farmakoterapiya.

Dietoterapiyaya zülallarla, vitaminlərlə, mineral duzlarla və lazımi miqdarda yağlarla zəngin müxtəlif növ yüksək kalorili qidalar daxildir. Yüngül həzmolunan karbohidratlar mütləq qida rasionundan çıxarılır. Xəstələrə

gün ərzində 6-7 dəfə qidalanmaq məsləhət görülür. Ağır dərəcəli dempinq - sindrom olduqda yaxşı olar ki, xəstələr qida maddələrini sol böyrü üstə uzanıb qəbul etsinlər, çünki bu zaman mədə güdülündən evakuasiya çox zəifləyir. Xəstələr çox isti və ya soyuq yeməklərdən imtina etməlidirlər.

"Dempinq hücumun" qarşısını almaq məqsədilə yeməkdən öncə dərman maddələrindən spazmolitiklər, novokain (30-40 ml) və ya anestezin daxilə qəbul edilməsi məsləhət görülür. Medikamentoz müalicəyə eyni zamanda sedativ, antihistamin, hormonal preparatlar və vitaminlər də daxil edilməlidir. Elektrolit balansını pozulduqda kalium və dəmir preparatları təyin edilir.

Dempinq-sindrom zamanı xəstəliyin ağır gedişli olması və ya yanaşı digər postqastrorezeksion ağırlaşmaların olması cərrahi müalicəyə göstərişdir. Dempinq-sindromun inkişaf mexanizminin müxtəlifliyini nəzərə alaraq əsasən 4 növ əməliyyat təklif edilir:

1. Mədə güdülündən evakuasiyanı ləngidən əməliyyatlar;
2. Reduodenizasiya;
3. Mədə güdülündən evakuasiyanı zəiflədən əməliyyatla birgə reduodenizasiya;
4. Nazik bağırsaqlarda və onun sinirlərində aparılan əməliyyatlar.

#### **10.1.1.2. Hipoqlikemik sindrom**

Bəzi xəstələrdə mədə rezeksiyasından sonra acqarnına olduqda ümumi zəiflik, ağır fiziki işdən və ya qida qəbulundan 2-3 saat sonra qanda şəkərin miqdarının aşağı düşməsi (3-3,5 mmol/l) qeyd edilir. Ədəbiyyatlarda belə vəziyyət hipoqlikemik sindrom adı almışdır.

Hazırkı patologiyada zəiflik tutması qanda şəkərin miqdarının düşməsi ilə izah edilir. Xəstələrdə kəskin əzələ zəifliyi, başgicəllənmə, baş ağrısı, arterial təzyiqin düşməsi, aclıq hissinin artması olur. Bəzən tutmalar hüşün itməsi ilə müşayiət olunur.

Dempinq-sindromdan fərqli olaraq, hipoqlikemik sindrom qəbul edilən qidanın tərkibindən asılı olmayaraq başlayır və şirin qida qəbul etdikdən sonra xəstənin vəziyyəti nəzərəçarpacaq dərəcədə yaxşılaşır.

Hipoqlikemik sindromun patogenezi indiyə qədər öyrənilməyib. Bir çox müəlliflər hipoqlikemik sindromun əmələ gəlməsində səbəbi, hər dəfə qida qəbulundan sonra təkrari hipoqlikemiya olduğundan orqanizmin insulina həssaslığının artmasında və ya yeməkdən sonra tez bir zamanda karbohidratların bağırsaqlardan sorularaq insulinin ifrazının



artmasında görürlər (*Bernes, Culerer, Stemner*).

Hipoqlikemik sindrom ağırlıq dərəcəsinə görə bölünür:

I dərəcə - xəstəliyin əlamətləri həftədə 2-3 dəfə qida qəbulundan 2-2,5 saat sonra başlayır; xəstələr bir qayda olaraq bu əlamətlərə fikir vermirlər.

II dərəcə - xəstəliyin əlamətləri həftədə 2-3 dəfə özünü biruzə verir; xəstələr tez-tez yeməklə bunun qarşısını almağa çalışırlar.

III dərəcə - xəstəliyin əlamətləri hər gün olur; xəstələr tez-tez və tərkibi şirin olan qida məhsulları qəbul etməyə və horizontal vəziyyət almağa məcbur olurlar.

Hipoqlikemik sindromun I-II dərəcəsi konservativ yolla müalicə edilir. Konservativ müalicə planına dempinq-sindromda olduğu kimi dieta və medikamentoz terapiya daxil edilir. Hipoqlikemik sindromun III dərəcəsi cərrahi müdaxiləyə göstərişdir. Əsasən 2 növ - reduodenizasiya və anti-peristaltik qastroeyunoplastika əməliyyatları aparılır.

#### **10.1.1.3. Gətirici ilgəyin funksional sindromu**

Y.M. Pançirev gətirici ilgəyin funksional sindromunun əmələ gəlməsində diskineziya və ya spazm nəticəsində aparıcı ilgəyin motor funksiyasının pozulması nəticəsində həzm traktının funksional pozğunluğunu əsas səbəb kimi qeyd edir. Bu xəstəlik zamanı öd onikibarmaq bağırsaqlarda deyil mədə güdülündə toplanır. Axırncı mədəyə düşərək selikli qişanı qıcıqlandırması xəstəni ödlü qusmağa vadar edir ki, bu da gətirici ilgəyin funksional sindromunun klinikasında əsas əlamət hesab edilir.

Xəstəliyin klinikasını danışarkən xəstələr, periodik epiqastral nahiyədə olan ağrıdan, ağızda acılıqdan, ürəkbulanma, öd qarışıq qusmadan şikayət edirlər. Xəstələr qusduqdan sonra vəziyyətləri yaxşılaşır, klinik əlamətlər sönür.

Gətirici ilgəyin funksional sindromunun müalicəsi konservativ aparılır. Mədə güdülünün və nazik bağırsaqların peristaltikasını yaxşılaşdıran dərmanlar (serukal, reqlan, benzoheksonium və s.), spazmolitiklər təyin edilir.

#### **10.1.1.4. Postqastrorezeksion asteniya**

Postqastrorezeksion sindrom zamanı mədə, mədəaltı vəz, qara ciyər və bağırsaqların həzm prosesindəki funksiyaları pozulur. Postqastrorezeksion asteniyalı xəstələrdə mədə güdülü öz həzmetmə funksiyasını

itirdiyindən sərbəst duz turşusunun və fermentlərin (pepsin, qastriksin) ifrazı ya azalır və ya tamamilə dayanır. Mədə güdülünün, onikibarmaq bağırsağın və nazik bağırsaqların selikli qişalarında progressivləşən atrofik proses inkişaf edir. Bunada şərait yaradan qastrin, həmçinin onikibarmaq bağırsaq hormonlarının və digər həzm traktı hormonlarının trofiki funksiyasının (azalması) pozulmasıdır.

Sərbəst duz turşusunun və fermentlərin ifrazının azalması və ya tam dayanması nəticəsində qida kütləsi mədə güdülündə həzmin sonrakı transformasiyasına hazırlanmadan nazik bağırsağa ötürülür. Onikibarmaq bağırsağın təcrid olunması da öd və mədəaltı vəzi fermentlərinin həzm prosesində vaxtında iştirak etməsinin qarşısını alır.

Bu pozğunluqların əsasında duz turşusunun onikibarmaq bağırsağa düşməsi nəticəsində, onikibarmaq bağırsağın selikli qişasında həzm hormonlarının - sekretin və xolesistokininin ifrazının azalması durur. Mədə, onikibarmaq bağırsaq, qara ciyər və mədəaltı vəzin disfunksiyası nəticəsində nazik bağırsaqda həzm prosesi pozulur.

A.A.Şalimov və V.F.Saenko qeyd edirlər ki, postqastrorezeksion asteniyalı xəstələrdə nazik bağırsağın distal və proksimal hissələrində xroniki ileitə bənzər morfoloji dəyişikliklər baş verir. Bu morfoloji dəyişikliklər selikaltı qatın follikullarında tərkibində çoxlu miqdarda sial turşusu olan proliferasiyaya uğramış limfoid elementlərinin selikli ifrazının artması, qələvi fosfatazanın azalması nəticəsində baş verir. Distal hissələrin selikli qişasında asidofil qranulalı enterositlərin artması qeyd edilir. Nazik bağırsağın selikli qişasında baş verən dəyişikliklər və həmçinin ximusun pasajının tezləşməsi öd turşusu duzlarının resorbsiyasının qarşısını alaraq, onun çoxlu miqdarda yoğun bağırsağa düşməsinə gətirib çıxarır ki, bununda nəticəsində xəstələrdə ishal olur. Bağırsaqlardakı həzm prosesinin pozulması nəticəsində (boşluq və membran həzminin və həmçinin sorulmanın), zülal, piy, karbohidrat və mikroelementlər mübadiləsi də pozulur, polivitamin çatışmamazlığı inkişaf edir.

Qanda olan dəyişikliklər postqastrorezeksion asteniyanı daha da ağırlaşdırır. Anemiya mədə rezeksiyasının ağırlaşmalarından biri olub iki variantda özünü biruzə verir: dəmirdefisitli və zülal defisitli.

Mədənin kəsilən hissəsinin həcmi nə qədər çox olarsa yuxarıda göstərilən dəyişikliklər bir o qədər kəskin olur.

Postqastrorezeksion asteniyanın klinik əlamətləri əməliyyatdan sonra həmən olmur. Bu əlamətlər, əməliyyatdan bir neçə ay və ya il keçdikdən sonra da meydana çıxıb bilər. Xəstələr bu müddət ərzində zəiflikdən, iştahsızlıqdan, arıqlamadan şikayət edirlər.

Klinik olaraq postqastrorezeksion asteniyanın birinci müşayətçisi əməliyyatdan 1,5-2 ay sonra baş verən ishaldır. İshal daimi və bəzən də profuz xarakter daşıyır. Gün ərzində 6-7 dəfə stul olur. Xəstələr tez bir zamanda 20-50 kq çəki itirərək arıqlırlar. Postqastrorezeksion asteniya üç dərəcəyə bölünür: yüngül, orta ağır və ağır. Postqastrorezeksion asteniyanın yüngül dərəcəsi konservativ müalicə olunur. Orta ağır və ağır dərəcə əməliyyata göstərişdir.

Konservativ müalicə, qan komponentlərinin (eritrositar kütlə, plazma, albumin) köçürülməsini, su - elektrolit balansının korreksiyasını, zülal sintezini yaxşılaşdırmaq məqsədilə anobolik hormonların vurulmasını özündə birləşdirir. Vitaminoterapiya aparılır. Dietoterapiya zamanı qida rasionuna çoxlu zülal, piy və karbohidrat tərkibli məhsullar əlavə olunur. Cərrahi müalicədə reduodenizasiya, Henley üsulu ilə rekonstruktiv gastroeyunoplastika icra edilməlidir.

### **10.1.2. Mexaniki pozğunluqlar.**

#### **10.1.2.1. Gətirici ilgəyin mexaniki sindromu.**

Gətirici ilgəyin mexaniki sindromu mədənin Bilrot II üsulu ilə rezeksiyasını keçirmiş xəstələrdə rast gəlinir.

Gətirici ilgəyin kəskin və xroniki keçməməzliyi ayırd edilir.

Gətirici ilgəyin kəskin keçməməzliyini mexaniki faktorlar: əməliyyatdan sonrakı bitişmələr, invaginasiya, müsariqənin arxasında nazik bağırsağın boğulması, daxili yırtıqlar, anastomozun daralması və ya stenozu törədir. Bir qayda olaraq, gətirici ilgəyin kəskin keçməməzliyi bilavasitə əməliyyatdan sonra və ya bir neçə il sonra baş verə bilər.

Gətirici ilgəyin xroniki keçməməzliyi və ya gətirici ilgəyin mexaniki sindromu əməliyyatdan sonra istənilən vaxtda yarana bilər. Bir qayda olaraq bu, uzun ilgəkdə Braun anastomozu qoyulmayan Bilrot II üsulu ilə rezeksiya olunmuş xəstələrdə olur. Gətirici ilgəyin mexaniki sindromunun əsasında gətirici ilgəyin düzgün yerləşməməsi, gətirici ilgəyin çox uzun olması, invaginasiya, əməliyyatdan sonrakı bitişmələr, aparıcı ilgəkdə evakuasiyanın pozulması, gətirici ilgəyin daralması durur.

Y.D.Vitebski gətirici ilgəyin sindromuna duodenal keçiriciliyin xroniki pozulması nəticəsində yaranan progressivləşən duodenostaz kimi baxır. Buna da səbəb Treys bağıının deformasiyası, arteriomezenterial kompresiya və mezenterial limfadenit də ola bilər.

Gətirici ilgəyin kəskin keçməməzliyinin klinikası epigastral nahiyədə və sağ qabırğa altında olan daimi ağrı, ürəkbulanma, ödlü qusma ilə

xarakterizə olunur. Tam keçməməzlik baş verdikdə qusuntu kütləsində öd olmur. Tezliklə xəstənin ümumi vəziyyəti pisləşir, bədən hərarəti yüksəlir, leykositoz artır.

Xəstənin obyektiv müayinəsində epiqastral nahiyədə və sağ qabırğaaltında ağrı, həmçinin həmin nahiyədə şişəbənzər törəmə əllənir. Bəzi hallarda onikibarmaq bağırsağa olan təzyiq artır və öd yollarına, mədəaltı vəzə keçərək mexaniki sarılıq verir. Belə şərait əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə onikibarmaq bağırsağ güdülünün çatmamazlığına gətirib çıxara bilər.

Gətirici ilgəyin kəskin keçməməzliyinin müalicəsi cərrahi yolladır. Əməliyyatın həcmi bitişmələrin ayrılmasından, burulmanın və invaginasiyanın düzəldilməsindən ibarət olur. Evakuasiyanı yaxşılaşdırmaq üçün bəzən enteroenteroanastomoz qoyulur.

Gətirici ilgəyin xroniki keçməməzliyinin və ya gətirici ilgəyin mexaniki sindromunun klinikası aşağıdakı əlamətlərlə xarakterizə olunur: xəstələr qida qəbulundan 10-20 dəqiqə sonra epiqastral nahiyədə ağırlıq hissinin olmasından şikayət edirlər. Bu fonda ürəkbulanma və epiqastral nahiyədə ağrılar başlayır. Ağrı sindromu çoxaldıqda aramsız ödlü qusma başlayır. Qusduqdan sonra yuxarıda qeyd edilən əlamətlər itir və xəstənin ümumi vəziyyəti yaxşılaşır. Ağır hallarda xəstələr qusmaqla 1 litrə qədər öd itirirlər.

Obyektiv müayinə zamanı sklerada subikteriklik, orqanizmin susuzluğu əlamətləri: dəri turqorluğunun azalması, dilin quruluğu, sidiyin xüsusi çəkisinin artması, ağır hallarda anemiya qeyd edilir.

Gətirici ilgək sindromunun yüngül, orta ağır və ağır dərəcələri ayırd edilir.

Xəstəliyin yüngül dərəcəsində ayda 1-2 dəfə qusma olur. Orta ağır dərəcədə tutmalar həftədə 2-3 dəfə, güclü ağrı və 200-300 ml ödlü qusma ilə müşayiət olunur.

Gətirici ilgək sindromunun ağır dərəcəsi hər gün ağrı tutmalarının olması və ödlü qusma ilə (500 ml və daha çox) xarakterizə olunur.

Gətirici ilgəyin mexaniki sindromunun müalicəsi cərrahi yolladır. Konservativ müalicə əməliyyatını hazırlıq məqsədi ilə aparılır. Burada məqsəd əməliyyatı xəstələrdə olan hipoproteinemiyanı və anemiyanı aradan götürməkdir.

Əməliyyat planına 3 növ operativ müdaxilə daxil edilir:

1. Gətirici ilgəyin əyilməsinin düzəldilməsi və ya qısaldılması əməliyyatı.
2. Gətirici ilgəkdəki durğunluğu aradan qaldırmaq məqsədi ilə aparılır.

lan drenləşdirici əməliyyatlar.

3. Rekonstruktiv əməliyyatlar (reduodenizasiya, qastroeyunoplastika).

### 10.1.2.2. Anastomozit

Anastomozit dedikdə həm anastomozun özündə, həm də onu əhatə edən toxumalardakı iltihabi proses nəticəsində mədə güdülündən evakuasiyanın pozulması başa düşülür. Bu zaman anastomozun özünü və ya aparıcı ilgəyi sıxan iltihabi infiltrat əmələ gəlir ki, bu da mədədən evakuasiyanı pozur. İltihabi infiltrat mədənin evakuator funksiyasını pozan əsas səbəbdir. Anastomozitin yaranmasında və inkişafında iştirak edən faktorları üç əsas qrupa bölmək olar:

1. Mədə-bağirsaq yaralarının infeksiyalaşması, toxumaların zədələnməsi (travmatizasiyası), toxumaların kimyəvi qıcıqlandırılması, allergik reaksiya, orqanizmin hiperplastik proseslərə meyilliyi;
2. Əməliyyat zamanı texniki xətlər (selikli qişaların pis adaptasiyası);
3. Tikiş materiallarının keyfiyyəti və tikişlərin texnikası.

Hələ 1947-ci ildə Boller anastomozitin üç növünü ayırd etmişdir.

1. sadə (selikli qişanın ödemi)
2. eroziv ( evakuasiyanın pozulmasına səbəb olan proses)
3. xoralı.

Anastomozit epigastral nahiyədə ağrı, ürəkbulanma, qusma kimi klinik əlamətlərlə özünü biruzə verir. Qusma gün ərzində bir neçə dəfə təkrarlana bilər və yalnız müvəqqəti yaxşılaşma gətirir. Xoralı anastomozit kəskin ağrı ilə keçir. Xəstəliyin progressiv gedişində xəstələrdə kəskin susuzlaşma və üzülmə müşahidə edilir.

Mədənin aspirasiyası zamanı gün ərzində 1 litrdən artıq mədə möhtəviyyəti xaric olur. Fibroqastroskopik müayinə zamanı anastomozun kəskin daralması, kənarlarının ödemli olması və hiperemiya qeyd edilir. Rentgenoloji müayinədə mədə güdülünün genişlənməsi, bariumun nazik bağırsağa tam keçməməsi və ya nazik şırımla keçməsi, həmçinin bir neçə gün mədə güdülündə ləngiməsi müşahidə olunur.

Anastomozit konservativ üsullarla müalicə edilir. Gündə 2-3 dəfə mədənin aspirasiyası təyin edilir. Mədə möhtəviyyəti xaric edildikdən sonra mədəyə - amidoprin-1q; kanamisin-0,5q; nistatin-0,5q; adrenalın-1 ml; prednizalon-5 mq; furasilin 1:5000-400ml dərmanlar qarışığı yeri-

dilir və orada saxlanılır. İltihab əleyhinə (antibiotiklər, antihistamin preparatlar), parenteral qidalanmanı və su-elektrolit mübadiləsini tənzimləmək üçün infuzion terapiya aparılır. Zondla enteral qidalandırmaq üçün, nazik zond endoskopun müşayiəti ilə ödemli anastomozdan aparıcı ilgəyə keçirilir.

### **10.1.3. Üzvü zədələnmələr**

#### **10.1.3.1. Mədə güdülünün və ya anastomozun peptiki xorası**

Anastomozun və ya mədə güdülünün peptiki xorası, onikibarmaq bağırsağın xorasına görə aparılan mədə rezeksiyasından sonra başlayır. Mədənin standart - ekonom rezeksiyasına baxmayaraq xoraəmələgətirən əsas patogenetik yüksək turşuəmələgətirmə (mədə güdülündə pH 1,2-1,3) faktorunun qalması belə ağırlaşmaya gətirib çıxarır. Peptiki xoranın digər səbəbi rezeksiyanın düzgün icra edilməməsi nəticəsində onikibarmaq bağırsağ güdülündə selikli qişanın qalmasıdır.

Peptiki xoraların ən çox yerləşdiyi yerlər: mədə güdülü (nadir rast gəlinən lokalizasiyadır); Bilrot II üsulu ilə rezeksiyadan sonra ən çox mədədə və bəzən nazik bağırsaqda; Bilrot I üsulu ilə mədə rezeksiyasından sonra onikibarmaq bağırsaqda; nazik bağırsaqda isə - a) anastomozun əks tərəfində (anastomozla üz-üzə) bağırsağın müsariqə kənarında, b) anastomozun ön və arxa divarında, v) aparıcı ilgəkdə (40 sm-ə qədər), q) gətirici ilgəkdə bağırsağ arasına mənfi nahiyəsində.

Peptiki xoralar adətən əməliyyatdan bir il sonraya qədər yaranır.

Peptiki xoranın əsas klinik simptomu ağrıdır. Ağrı sindromunun xarakteri onikibarmaq bağırsağ soğanağının xorasındakı kimidir. Xəstəliyin başlanğıcında ağrılar periodik xarakter daşıyır və qida qəbulu ilə əlaqəli olur (gecə və aclıq ağrıları). Qida qəbulundan sonra ağrılar keçir. Zaman keçdikcə ağrılar artır və daimi xarakter alır. Xəstələr qısqırmadan, turş gəyirmədən, ürəkbulanmadan şikayət edirlər.

Obyektiv müayinədə xəstənin qarınının yuxarı yarısında ağrılar və anqilama qeyd edilir.

Peptiki xoraların diaqnostikasında aşağıdakı instrumental müayinə metodlarından istifadə edilir.

1. Fibroqastroduodenoskopiya peptiki xoranın olması və lokalizasiyası, mədə və onikibarmaq bağırsağın (Bilrot I üsulu ilə rezeksiya olunubsa), gətirici və aparıcı ilgəyin (Bilrot II üsulu ilə rezeksiya olunubsa) selikli qişasının vəziyyəti öyrənilir.

2. pH-metriya (peptiki xoralarda mədə güdülündə turşu göstəricisi artır).

3. Rentgen müayinəsi ilə "taxça" aşkarlanır və mədə güdülünün motor cc- evakuator funksiyası, anastomozun keçiriciliyi, aparıcı ilgəyin vəziyyəti araşdırılır.

Peptiki xoralar müxtəlif ağırlaşmalara (qanaxma, perforasiya) meyilli olduğundan aparılan konservativ müalicə istənilən effekti vermir.

Əməliyyat zamanı, qarın boşluğu açıldıqdan sonra peptik xora nahiyəsi təftiş olunur və onun əmələ gəlməsi səbəbi araşdırılır. Mədənin saxlanılan antral hissəsindən selikli qişanın çıxarılmadığını inkar etmək üçün, onikibarmaq bağırsağın tikilmiş güdülünə, həmçinin mədəaltı vəzidə müxtəlif ölçülü ağımtıl-çəhrayı rəngli bərk düyünlərin (qastrinom) olmasına baxılır. Bu düyünlər Zollinger-Ellison sindromunun səbəbi hesab edilir.

Anastomozun peptiki xoralarında əgər anastomoz nahiyəsi kobud çapıq nəticəsində daralmayıbsa ikitərəfli diafraqmaaltı kötük vaqotomiyası (xoranın tikilməsi və qastrotom dəlikdən piyliyın sərbəst kənarı ilə xora kraterinin tıxaclanması) əməliyyatı aparılır.

Mədə güdülündə və ya anastomoz nahiyəsində kobud çapıqlaşma nəticəsində daralma əmələ gəlibsə rezeksiya edilir və Ru anastomozu qoyulur.

#### **10.1.3.2. Zollinger-Ellison sindromu**

Xəstələrdə birinci əməliyyatdan sonra bəzi hallarda Zollinger-Ellison sindromu hesabına peptik xoralar yaranır. Bu qrupdan olan xəstələr peptiki xoraların residivinə görə dəfələrlə təkrari əməliyyata məruz qalırlar.

Xəstəliyin əsasında, mədə sekresiyasını stimule edərək çoxlu miqdarda mədə şirəsi ifrazına səbəb olan mədəaltı vəzidə yerləşən törəmədən xaric olan qastrin dayanır.

Zollinger-Ellison xəstəliyinin klinikası peptiki xoralardakı kimidir, lakin bu qrup xəstələrin çoxunda ishal olur.

Diaqnoz dinamik klinik əlamətlərə əsasən qoyulur.

Zollinger-Ellison sindromu fonunda residiv xoraların müalicəsi operativ yollaadır. Əməliyyat planına mədə güdülünün ekstirpasiyası daxil edilir.

### 10.1.3.3. Anastomozun daralması və çapıq deformasiyası

Anastomozun daralması və çapıq deformasiyası gecikmiş ağırlaşmalara aid olub əməliyyatdan çox sonra baş verir. Qastroenteroanastomozun funksiyasının pozulması əməliyyat zamanı buraxılan texniki səhvlərdən, həmçinin anastomoz nahiyəsində və ya ondan kənarında olan patoloji proseslərdən ola bilər.

Əməliyyat zamanı anastomoz dar qoyula bilər və ya əməliyyatdan sonra darala bilər (anastomozit, patoloji çapıqlaşma, bitişmələr).

Bilrot II üsulu ilə aparılan əməliyyatdan sonra anastomozun funksiyasının pozulması aparıcı ilgəyin deformasiyasından ola bilər (əyilmə, burulma, əməliyyatdan sonrakı bitişmə prosesi).

Anastomozun funksiyasının pozulmasının klinik gedişi daralmanın dərəcəsindən asılı olur. Əgər anastomozun mənfəzi tam daralarsa xəstələr epigastral nahiyədə olan güclü ağrılardan, aramsız qusmadan şikayət edirlər. Xəstələrdə susuzluq simptomları (dərinin turqorluğunun azalması, dilin quruması) inkişaf edir.

Xəstəliyin diaqnostikasında üstünlük rentgenoloji və endoskopik müayinələrə verilir.

Qastroenteroanastomozun daralmasının və çapıq deformasiyasının müalicəsi cərrahidir. Əməliyyatın həcmi prosesdən asılı olaraq seçilir.

### 10.1.3.4. Reflyuks-ezofagit

Reflyuks ezofagit mədə rezeksiyasının lazımi qədər öyrənilə bilməyən ağırlaşmalarındandır.

Eudo et al. göstərir ki, mədənin distal rezeksiyasından sonra yaranan reflyuks-ezofagite səbəb aşağıdakı faktorlardır:

#### I. Travmatik faktorlar:

- 1) əməliyyat zamanı mədə üzərində traksiya edərkən, mədənin proksimal hissəsinin bağı aparatının dartılması;
- 2) mədənin böyük əyriliyinin mobilizasiyası;
- 3) mədə damarlarının (xüsusən də kiçik əyrilikdə) kəsilməsi;
- 4) qida borusu-diafraqmal və mədə-diafraqmal bağı kəsilməsi ilə icra edilən vaqotomiya;
- 5) mədə-bağırsaq anastomozunu qoyarkən His bucağının düzlənməsi;



## II. Trofik faktorlar:

1) damarların zədələnməsi qida borusu mədə keçəcəyi nahiyəsinin işemiyasına və kardial nahiyənin venalarının tromboflebitinə gətirib çıxarır.

2) qida borusunun innervasiyasında iştirak edən neyrohümorall faktorların pozulması;

3) arıqlama və hipoproteinemiya nəticəsində diafraqmanın trofikasının pozulması;

4) onikibarmaq bağırsağın qələvi möhtəviyyətinin mədə güdülünə atılaraq onun özələ qatının tonusunu azaltması.

## III. Mexaniki faktorlar:

1) mədənin stazı;

2) mədə həcmnin kiçilməsi nəticəsində mədədaxili təzyiqin qalxması.

Xəstəliyin klinikası mədə möhtəviyyətinin qida borusunu mexaniki və kimyəvi qıcıqlandırmasına uyğun gedir. Qida borusunun selikli qişasına daimi təsir olduğundan ezofagit inkişaf edir. Ezofagit öz növbəsində kataral, eroziv və xorali-nekrotik ola bilər.

Xəstəliyin simptomatikası müxtəlif olduğundan qarın və döş boşluğu xəstəliklərinin klinikasını xatırlada bilər. Əsas simptomlardan biri epiqastral və döş sümüyünün aşağı 1/3-də lokallaşan, döş qəfəsinin sol yarısına irradiasiya edərək stenokardiya tutmalarını xatırladan ağrıdır. Əlamətlərdən biri də qida qəbulundan 1-1,5 saat sonra əmələ gələn qıçırma və çoxlu tüpürcək ifrazıdır. Reflyuks - ezofagitin diaqnozu xəstəliyin klinikasına, rentgen və fibroskopik müayinələrin nəticələrinə əsasən qoyulur.

Reflyuks-ezofagitin müalicəsi əsasən konservativ aparılmalıdır. Xəstələrə kəskin, isti və kobud qidaların qəbulunun dayandırılması və dietoterapiya təyin edilir. Qidanın az-az və gün ərzində 6-8 dəfə qəbul edilməsi məsləhət görülür.

Dərman müalicəsinə bürüyücü, yumşaldıcı və spazmolitiklər daxil edilir. Xorali-nekrotik ezofagitdə və konservativ müalicənin effekti olmadıqda operativ müalicə aparılır. Əməliyyat His bucağının bərpasından ibarət olur. (Nissen üsulu ilə ezofaqofundoplikaasiya, ezofaqofrenofundoplikaasiya).

### 10.1.3.5. Mədə güdülünün xərçəngi

Xoraya görə rezeksiyadan sonra mədə güdülünün xərçəngi əməliyyatdan 15-20 il sonra yaranır (*Q.D.Vilyavin və B.A.Berdova, A.A.Şalimov və V.F.Saenko, M.Y.Kuzin* müəlliflərlə fikirlərinə görə). Bu məlumatlara görə mədə güdülünün ilkin xərçəngi orta hesabla 8-12% təşkil edir. Domeloff et al. hesab edir ki, mədə güdülünün xərçənginə əməliyyat olunmamış mədəyə nisbətən 2-4 dəfə çox rast gəlinir. Müəlliflərin çoxu qeyd edirlər ki, mədə güdülünün xərçəngi əsasən öncə mədə xorasına görə əməliyyat keçirmiş xəstələrdə olur.

Mədə güdülünün xərçənginin əmələ gəlməsinin əsas səbəbləri:

- 1) atrofik gastrit;
- 2) anastomoz nahiyəsinin mexaniki və kimyəvi qıcıqlanması;
- 3) onikibarmaq bağırsağın və ya bağırsağ möhtəviyyətinin mədə güdülünə refluyksu.

Bir qayda olaraq şiş anastomoz nahiyəsində olur.

Mədə güdülünün xərçəngi simptomuz gedir. Təəssüflər olsun ki, xəstəliyin ilk simptomları, zəiflik, arıqlama, iştahsızlıq, daimi artan ağrılar gecikmiş olur. Şiş anastomoz nahiyəsində yerləşdiyindən mədə güdülündən evakuasiyasının pozulması xarakter əlamətlərdən sayılır.

Xəstəliyin diaqnozunun qoyulmasında rentgenoloji və fibroqastro-duodenoskopik müayinələrdən istifadə edilir.

Metastaz olmadıqda xəstəlik cərrahi yolla müalicə edilir. Əməliyyat planına mədə güdülünün ətraf üzvlərlə (dalaq, mədəaltı vəzin cismi və quyruğu, çəmbər bağırsağın dalaq əyriliyi, qaraciyərin sol payı) bir blokda ekstirpasiyası daxil edilir.

### 10.2. Postvaqotom (vaqotomiyadan sonrakı) ağırlaşmalar

Onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin cərrahi müalicəsində patogenetik əsaslandırılmış və geniş tətbiq olunan vaqotomiyadan sonrakı ağırlaşmalara da tez-tez rast gəlinir.

Vaqotomiya əməliyyatının ağırlaşmalarının təsnifatı:

#### 1. Əməliyyat zamanı baş verən ağırlaşmalar:

- a) qida borusunun cırılması;
- b) mədənin cırılması;
- v) dalağın kapsulasının cırılması;
- q) Laterget antral şaxələrinin zədələnməsi;

d) kardianın çatmamazlığının və ya diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığının dəqiqləşdirilməməsi.

2. Əməliyyatdan sonra erkən dövrdəki ağırlaşmalar:

a) liqaturanın sürüşməsi nəticəsində kiçik piylik damarlarından və ya mədə divarından qanaxma;

b) mədənin kiçik ayrılığının nekrozu;

v) qanaxma və ya perforasiya ilə ağırlaşan kəskin mədə xorası;

q) onikbarmaq bağırsağın penetrasiya edən kallyoz xoralarının dibindəki arroviv damarlardan qanaxma;

d) mədənin atoniyası;

e) disfagiya.

3. Əməliyyatdan sonra gecikmiş dövrdəki ağırlaşmalar:

a) residiv və ya uzun müddət sağalmayan yaralar;

b) dempinq-sindrom;

v) diareya;

q) disfagiya.

### 10.2.1. Əməliyyat vaxtı baş verən ağırlaşmalar

#### 10.2.1.1. Qida borusunun cırılması

Qida borusunun cırılması, daha dəqiq onun mənfəzinin açılması çox təhlükəli ağırlaşmalara, ağır dərəcəli mediastenitə və ya peritonitə gətirib çıxarır. Qida borusunun zədələnməsi, azan sinirin ön və arxa kötüyünü alətlə kobud və ya "kor-koranə" ayıran zaman baş verir. Belə ağırlaşmanın baş verməsinin qarşısını almaq üçün əməliyyatdan öncə xəstəyə mədə zondunun salınması və əməliyyat zamanı qida borusu-mədə keçəcəyinin yaxşı işıqlandırılması məsləhət görülür. Qida borusunun abdominal hissəsini örtən peritonun kəsilməsi və sinir kötüklerinin ətraf toxumalardan ayrılması bilavasitə "gözün" müşayəti altında olmalıdır.

Əməliyyatı yaxşı aparmaq üçün aparılacaq kəsik düzgün seçilməlidir. Kəsiyin yuxarı kənarı döş sümüyü qabırğa birləşməsindən başlayıb (xəncərvarı çıxıntını soldan keçməklə), aşağı kənarı göbəkdən solda qurtarmalıdır. Əməliyyat zamanı diafraqmaaltı sahələrdə sərbəst işləmək üçün xüsusi güzgülərdən istifadə edilməlidir.

Əgər əməliyyat zamanı qida borusunun zədələnməsi baş verərsə mütləq qida borusunun divarı zədələnmə yerindən 3-5 sm yuxarı və aşağı mobilizə edilir. Həmçinin mədənin kardial və subkardial hissəsində mobilizə edilir. Öncə qida borusunun selikli qişası tək-tək tikişlərlə tikilir.

İkinci sıra tikişlər əzələ qişasına qoyulur. Sonra dəlik nahiyəsini fundaplikasiyon manjetlə bağlamaq məqsədilə Nissen üsulu ilə ezofaqofundaplikasiya icra edilir. Diafraqmaaltı sahəyə (tikilmiş yerə yaxın) drenaj boru yeridilir. Xəstə 6-7 gündən sonra qidalandırılır və 5-7 gün müddətində yalnız kərə yağı, ilıq yumurta və ət bulyonu verilir. Bərk qidalar 12-15 gündən sonra verilir. Xəstə ağızdan qidalanmaya qədər, parenteral qidalandırılır. Birinci gündən (gündə 3-4 dəfə) 10-15 ml konsentrasiyalı antibiotik məhlulu içirdirilir. Antibiotiklər, anabolik hormonlar, vitaminlər parenteral yolla da təyin edilir.

#### **10.2.1.2. Mədənin cırılması**

Mədənin cırılması ən çox kiçik əyrilik nahiyəsində, cərrah SPV edərkən onu qat-qat (təbəqə-təbəqə) deyil "an mass" skeletləşdirməyə çalışdıqda baş verir.

Belə ağırlaşmanın qarşısını almaq üçün kiçik piyliyin səhifələrini qat-qat ayırıb sonra kəsmək lazımdır.

Əgər mədənin divarında zədələnmə olarsa, onda zədələnmə yerindən 4-5 sm yuxarı kiçik əyrilik mobilizasiya edilir və ikiqat tikişlərlə tikilir. Sonra mədənin ön və arxa divarını örtən periton hesabına həmin nahiyə peritonizasiya edilir. Əməliyyatdan sonra xəstələrə qulluq mədə üzərində aparılan digər əməliyyatlardakı kimidir.

#### **10.2.1.3. Dalağın kapsulasının cırılması**

Dalağın kapsulasının cırılması ən çox diafraqma-dalaq və ya dalaq-köndələn çəmbər bağırsağ bağıının dalağın yuxarı və ya aşağı qütbünə birləşən yerində olur.

Azan sinirin kötöklərini ayıran zaman mədə üzərindəki kobud traksiya dalağın kapsulasının cırılmasına səbəb olur.

Əgər belə ağırlaşma baş verərsə qanaxmanı saxlamaq məqsədilə böyük piyliyin sərbəst kənarı və ya qarının yan divarının parietal peritonundan ayaqcıq üzərində loskut götürüləcək П-vari tikişlərlə cırılan yerə qoyulub tikilir. Dayanıqlı hemostaz olmazsa splenektomiya icra edilir.

#### 10.2.1.4. Laterget antral şaxələrinin zədələnməsi

Laterget antral şaxələrinin zədələnməsi selektiv proksimal vaqotomiya və ya kombine olunmuş mədə vaqotomiyasını mədəni drenləşdirən əməliyyatlarla birgə aparılmadıqda bir neçə səbəbdən ola bilər:

1) kiçik piylikdə, xüsusən də mədə bucağı nahiyəsində Laterget şaxəsinin mədə divarından 0,5-1,0 sm məsafədə və qida borusu-mədə keçəcəyi nahiyəsində piy toxuması və birləşdirici toxuma çox olduğu yerdə cərrah toxumalar arasında anatomik münasibəti düzgün qiymətləndirmədikdə;

2) mədənin kiçik əyriliyini skletləşdirərkən piylik toxumasını qat-qat deyil "an mass" sıxıcıya alarkən damar-sinir törəmələrinin bağlanması;

3) kiçik piylik damarlarına qoyulmuş liqaturanın sürüşməsi nəticəsində baş verən qanaxmanı saxlamaq və ya artan hematomanın qarşısını almaq məqsədi ilə piyliyə kor-koranə sıxıcı qoyulmasından.

Bu ağırlaşmanın qarşısını almaq üçün azan sinir kötüyü qida borusu-mədə keçəcəyi nahiyəsində tələsmədən, ehtiyatla, sinir şaxələri və mədə divarının anatomik münasibətlərini qiymətləndirərək mədə divarından ayrılıb asılqan tutacağa götürülür.

Kiçik piyliyın bağlanmış damarlarından qanaxma olarsa, artan hematomanın qarşısını almaq məqsədilə tələsmədən sol əlin barmaqları arasında qanaxan damar sıxılır, sonra "maskit" tipli sıxıcı ilə qanaxan damar səliqəli tutulur, nazik liqatura ilə bağlanır.

Antral şaxələrin zədələnməsinə azacıq şübhə olarsa mütləq mədəni drenləşdirən əməliyyat (piloroplastika, gastroduodenostomiya) icra edilməlidir.

#### 10.2.2. Əməliyyatdan sonra erkən dövrdəki ağırlaşmalar

##### 10.2.2.1. Liqaturanın sürüşməsi nəticəsində kiçik piylik damarlarından və ya mədə divarından qanaxma

Bu ağırlaşma, əməliyyatı bitirdikdən sonra ilk saatlarda başlayır, peritonaxili qanaxma və anemiya əlamətləri ilə xarakterizə olunur.

Dəri örtüyünün avazıması; soyuq yapışqan tər; taxikardiya; arteial təzyiqin enməsi; periferik qanda hemoqlobinin, eritrositlərin və hemotakrit göstəricilərinin dəyişməsi əlamətləri əmələ gəlir. Mədə-bağırsağ traktının mənfəzinə qanaxmanı inkar etmək üçün xəstəyə nazoqastral zond

qoyulur və yuyulur. Qanaxmaya şübhə olarsa, təcili relaparotomiyaya göstərişdir. Əməliyyat aparılmış nahiyənin təftişi, qanaxan damarın liqaturaya alınması, periton boşluğunun sanasiyası icra edilir.

#### **10.2.2.2. Mədənin kiçik əyriliyinin nekrozu**

Kiçik əyriliyin nekrozu SPV əməliyyatından 1-3 gün sonra başlayır. Bu ağırlaşmaya səbəb mədə divarında orqandaxili damarlararası anastomozun çatmamazlığı nəticəsində, kiçik əyrilik nahiyəsində deserozə və devaskulərizə olunmuş nahiyələrin işemiyasıdır. Xəstəliyin diaqnozu yayılmış peritonit inkişaf etdikdən sonra qoyulur. Buna baxmayaraq ilkin əlamətlər də qeyd edilir: birinci gündən intoksikasiya əlamətlərinin olması, yuyulmuş mədədən iyli, çirkli-qəhvəyi rəngli möhtəviyyatın xaric olması.

Ağırlaşmanın baş verməsinin qarşısını almaq üçün mədənin kiçik əyriliyində əmələ gələn deserozə olunmuş nahiyələr mədənin ön və arxa divarı hesabına bağlanmalıdır.

Ağırlaşma inkişaf etdikdə relaparotomiyaya göstərişdir. Əgər nekroz sahəsi 3-5 sm-dən böyük olmazsa onda kiçik əyrilik seroz-əzələ tikişlərilə tikilir. Nekroz sahəsi böyük olarsa, onda kiçik əyriliyin rezeksiyasına göstərişdir. Rezeksiya sağlam toxumalar səviyyəsində aparılır. Kiçik əyriliyin nekrozu mədənin perforasiyası ilə ağırlaşbsa, perforativ dəlik və bütünlükdə kiçik əyrilik iki sıra seroz-əzələ tikişləri ilə tikilir. Əməliyyatdan sonrakı dövr tam peritonitin müalicəsinə uyğun aparılır.

#### **10.2.2.3. Mədənin kəskin (stress) xoraları**

Vaqotomiyadan sonra patogenezinə görə stress xoralara aid edilən kəskin mədə xoralarının əmələ gəlmə ehtimalı olur.

Bu xoralar öz növbəsində perforasiya və ya qanaxma ilə ağırlaşma bilər. Vaqotomiyadan sonra ağırlaşmamış mədə xoralarının spesifik klinik əlamətləri olmadığından diaqnoz qoyulması çətinlik tələb edir. Xəstəliyin diaqnozu yalnız kontrol rentgen və ya endoskopiya zamanı qoyulur. Kəskin xoraların əmələ gəlmə müddətinin müxtəlif olmasına baxmayaraq, ən çox əməliyyatdan 3-5 gün sonra inkişaf edir. Kəskin xoraların perforasiya və ya qanaxma ilə ağırlaşması ən çox əməliyyatdan 3-14 gün sonrakı dövrdə baş verir. Vaqotomiyadan sonra kəskin mədə xoralarının ilk 2-4 gün müddətində perforasiya ilə ağırlaşmasının diaqnostikası çətinlik tələb edir. Belə ki, əməliyyatdan sonrakı ilk dövrlərdə yaranan

özündə olan ağrılar həkimi perforasiya ağrıları barəsində düşünməkdən uzaqlaşdırır. Bunu nəzərə alaraq həkim həmişə əməliyyatdan sonrakı dövrü hərtərəfli nəzərdən keçirməlidir. Əgər xəstədə əməliyyatdan sonra ilk günlərdə taxikardiya, qarın divarında gərginliyin artması, leykositar formulanın sola meyilli olması qeyd edilərsə, təcili endoskopik və rentgenoloji müayinə aparılmalıdır. Yaxın 2-3 saat müddətində perforasiya ağırlaşmasını inkar etmək mümkün olmazsa, relaparotomiyaya göstərişdir. Əməliyyat zamanı perforativ delik tikilir, qarın boşluğu antiseptiklərlə yuyulub drene edilir. Əməliyyatdan sonrakı kəskin dövrdə peritonit əleyhinə tam həcmdə müalicə aparılır. Vaqotomiyadan sonra kəskin mədə xoralarından qanaxmanın diaqnozu artan anemiya əlamətlərinə (taxikardiya, arterial təzyiqin düşməsi, dəri örtüyünün avazıması, hemoqlobin, hematokrit göstəricilərinin enməsi) əsasən qoyulur. Diaqnostikada qanaxmanın mənbəyini dəqiqləşdirməkdə əsas üstünlük endoskop müayinəyə verilir. Diaqnoz dəqiqləşdirildikdən sonra digər mədə qanaxmalarında olduğu kimi kompleks konservativ müalicə aparılır (ciddi yataq rejimi, lokal hipotermiya artıran dərman preparatların tətbiqi, 5%-li aminokapron turşusu köçürmək, onu hemofobinlə içmək, jelatinol, qan köçürülür, disinon vurulur). Qanaxmanı endoskopik saxlamaq ən effektiv üsul sayılır.

Vaqotomiyadan sonra kəskin mədə xoralarından qanaxma adətən konservativ yolla saxlanılır. Əgər dayanıqlı hemostaz olmazsa relaparotomiya edilir və xora pazvari kəsilib götürülür.

#### **10.2.2.4. Onikibarmaq bağırsağın penetrasiya etmiş kallyoz xorasının dibindəki arroziya olunmuş damardan qanaxma**

Bu ağırlaşma birinci əməliyyat vaxtı xora tikilməyibsə, əməliyyatdan sonrakı istənilən dövrdə baş verə bilər. Onikibarmaq bağırsağın penetrasiya edən xorasının dibində arroziya olmuş damardan qanaxma bir qayda olaraq, massiv xarakter daşıyır və xəstəni tez bir zamanda kollapsa salır. Bəzən qanaxmanın endoskopik saxlanmasına baxmayaraq əksər hallarda cərrah relaparotomiya etmək məcburiyyətində qalır. Əməliyyat zamanı geniş qastropiloroduodenotomiya edilir, xora tikilərək böyük piylə tamponada edilir.

Qeyd etmək istəyirəm ki, birinci əməliyyat vaxtı penetrasiya olunmuş kallyoz xoranın dibinin tikilməsi belə ağırlaşmanın baş verməsinin qarşısını almış olur.

#### 10.2.2.5. Mədənin atoniyası

Mədənin atoniyası kötük və selektiv vaqotomiyadan sonra mədənin antral hissəsinin denervasiyası zamanı müşahidə edilir. Hətta adekvat drenləşdirmə olduğu halda bu ağırlaşma ola bilər. Mədənin atoniyası ən çox stenoza görə əməliyyat olunmuş xəstələrdə müşahidə edilir. Çünki bu xəstələrdə artıq əməliyyata qədər mədənin motor-evakuator funksiyasının pozulması və ektaziyası inkişaf etmiş olur. Əməliyyatdan 3-5 gün keçmiş, bağırsaqlarda peristaltika bərpa olunan zaman xəstədə qabırğaaltı nahiyədə ağırlıq, dürğunluq möhtəviyyəti qusmaq, zondla aspirasiya zamanı 300-500 ml möhtəviyyətin xaric olunması müşahidə edilərsə, mədə atoniyasının inkişaf etməsi haqqında düşünmək olar. Mədə atoniyasını piloroplastika nayihəsində və ya anastomozit nəticəsində anastomoz nayihəsində və ya mənfəzin çapıq-bitişmə deformasiyası nəticəsində baş verən mexaniki keçməməzliklə differensiya etmək lazımdır. Differensial diaqnostikada endoskopik və rentgenoloji müayinə üsulları əvəzəlməz yardımçı vasitələrdir. Belə ağırlaşmanın qarşısını almaq üçün onikibarmaq bağırsağın xorası olan xəstələrdə stenoz inkişaf edəne qədər (əgər konservativ müalicə effekt verməzsə) əməliyyat aparmaq lazımdır.

Kötük və ya selektiv proksimal vaqotomiya keçirən xəstələrdə profilaktika məqsədilə ilk günlərdən mədə möhtəviyyətini gündə iki dəfə aspirasiya etmək, benzoheksonium və serukal vermək, venadaxilinə polliion məhlulları, kalium və xlorid duzları, zülal epiqastral nahiyəyə Bernar cərəyanı verilir və həmçinin mədə elektrostimulyasiya edilir. Aparılan konservativ tədbirlərdən 10-12 gün sonra mədə tonusu bərpa edilir. Əgər bu göstərilən müddət ərzində mədə atoniyasının qarşısı alınmazsa, onda relaparotomiya və üzvün rezeksiyası icra olunur.

#### 10.2.2.6. Disfagiya

Disfagiya vaqotomiya əməliyyatından sonra baş verir. Xəstələrdə qida borusunun distal hissəsi skeletləşdirildiyinə görə bu əlamət əməliyyatdan erkən dövrdə əmələ gəlir. Bu ağırlaşmaya səbəb qida borusunun aşağı sfinkterində və qida borusu-mədə keçəcəyi nayihəsində innervasiyanın pozulmasıdır. Disfagiyanın diaqnostikası çətinlik törətmir. Diaqnoz xəstənin anamnezinə əsasən qoyulur. Buna baxmayaraq disfagiyanı, fundoplikasiya nəticəsində qida borusu-mədə keçəcəyi nayihəsində qida borusunun mexaniki keçməməzliyindən fərqləndirmək lazımdır.



Bütün bu şübhələr rentgenoloji və endoskopik müayinələr nəticəsində aradan götürülür. Belə ağırlaşma xəstənin həyatı üçün təhlükə törətmir. Disfagiya konservativ yolla müalicə edilir. Qida maddələri az-az və maye şəklində verilir. Xəstələrdə "B" qrup vitaminlər, serukal, benzoheksonium, daxilə novakain məhlulu verilir, epiqastral nayihəyə elektrofarez təyin olunur. Bir qayda olaraq 2-3, nadir hallarda 4-6 həftə ərzində disfagiya əlamətləri götürülür.

### **10.2.3. Vaqotomiya əməliyyatından sonra gecikmiş dövrdəki ağırlaşmalar**

#### **10.2.3.1. Residiv xora xəstəliyi və ya uzun müddət sağalmayan xoralar**

Residiv xoralar və uzun müddət sağalmayan xora xəstəliyi vaqotomiya əməliyyatından sonrakı gecikmiş dövrdə baş verən ən ciddi ağırlaşmalardandır. Bu ağırlaşmaya səbəb olan faktorlar:

- 1) natamam (qeyri adekvat) vaqotomiya;
- 2) mədənin adekvat drenə edilməməsi (xora mədədə inkişaf edir);
- 3) əməliyyata qədərki dövrdə Zolinger-Ellison sindromu diaqnozunun qoyula bilməməsi;

Bu ağırlaşma vaqotomiyanın digər növlərinə nisbətən kötük vaqotomiyasından sonra daha çox rast gəlinir. Çünki qida borusunun arxa və sol divarı ilə mədənin dibinə gedən kiçik vaqal şaxəciklər ciddi təftiş olunub kəsilmir.

Xəstəliyin diaqnozu xora xəstəliyinin tipik klinikasına, qastroskop və rentgen müayinələrin nəticələrinə əsasən qoyulur. Mədə şişəsinin müayinəsində məlum olur ki, onun turşuəmələgətirmə göstəricisi əməliyyatdan əvvəlki dövrdəki qədər yüksəlmişdir. Residiv xora xəstəliyi və uzun müddət sağalmayan xora xəstəliyinin profilaktikası məqsədilə əməliyyatdan öncə xəstələr tam müayinə olunmalıdırlar. Mədənin sekrotor və mator-evakuator funksiyası qiymətləndirilməlidir, Zolinger-Ellison sindromu inkar edilməli, cərrahi əməliyyat vaxtı bütün mərhələlər dəqiqliklə işlənilməlidir. Qida borusu hər tərəfdən 4-5 sm məsafədə skeletləşdirilməli, mədənin turşuəmələgətirən sahələrinə gedən bütün şaxələr kəsilməlidir. Əgər lazım gələrsə mütləq drenləşdirici əməliyyatlar aparılmalıdır. Piloroplastika və ya qastrodudenoanastomozun eni 2,5-3,0 sm-dən az olmamalıdır.

Dempinq sindrom əsasən mədə rezeksiyasından sonra baş verir.

Vaqotomiyadan sonra o nadir hallarda rast gəlinir və heç vaxt ağır dərəcəyə çatmır. Bu ağırlaşmanın patogenezinə müxtəlif fikir ayrılıqlarının olmasına baxmayaraq, cərrahların böyük əksəriyyəti xəstəliyin əmələ gəlməsində mədə çıxacağının kəsilməsi və mədədən evakuasiyanın artmasının əsas səbəb kimi göstərir. Mədəni drenə etmədən aparılan selektiv proksimal vaqotomiya və kombinə olunmuş vaqotomiyadan sonra dempinq sindrom demək olar ki, olmur, əgər bu ağırlaşma baş verərsə, yüngül dərəcə olur və 1-3 ay ərzində öz-özünə keçir.

Dempinq sindrom diaqnozu klinik əlamətlərə əsasən qoyulur (zəiflik, tərləmə, başgicəllənmə, yeməkdən sonra taxikardiya, xüsusən də çoxlu karbohidrat və süd məhsulları qəbulundan sonra). Rentgenoloji olaraq mədədən evakuasiyanın tezləşməsi qeyd edilir.

Bu ağırlaşmanın qarşısını almaq üçün onikibarmaq bağırsağ xoralarının konservativ müalicəyə tabe olmadığı hallarda erkən, mədəni drenləşdirmədən selektiv proksimal vaqotomiya icra etmək lazımdır. Əgər bu mümkün olmazsa (stenozda) anastomozu 2,5-3 sm-dən geniş qoymaq olmaz.

Vaqotomiyadan sonra baş verən dempinq-sindrom konservativ müalicə edilir. Qida qəbulu gün ərzində 5-6 dəfə olur, rezerpin, benzoheksonium, serukal (12-14 gün) təyin edilir.

#### 10.2.3.3. Diareya

Diareya bir qayda olaraq kötüq vaqotomiyasından sonra müşahidə edilir. Bu ağırlaşmanın patogenezi hələlik tam aydınlaşdırılmayıb. Diareya klinik olaraq ağır gedişli olmur və xəstələrin əmək qabiliyyətini aşağı salmır. Belə ağırlaşmanın baş verməməsi üçün kötüq vaqotomiyadan imtina edib, selektiv proksimal vaqotomiya etmək lazımdır. Diareya konservativ yolla müalicə edilir. Xəstələrə pəhriz ilə bərabər, serukal, benzoheksonium, festal, panzinor və qarınıüstü nahiyəyə fizioterapevtik proseduralar təyin edilir.

#### 10.2.3.4. Disfagiya

Əməliyyatdan sonrakı gecikmiş dövrdə baş verən disfagiya nadir hallarda müşahidə edilir. Bu ağırlaşma əməliyyatdan 2-3 ay sonra başlayır və müalicəsi konservativ yolladır.

Bu fəsilə yekun vuraraq belə nəticəyə gəlmək olar ki, əməliyyat vaxtı və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmanın qarşısını almaq üçün, xəstələr

əməliyyatdan öncə tam m yayinə olunmalıdırlar. Əgər xəstələrdə konservativ müalicə effekt verməzsə vaxtında və əməliyyat n v  düzgün se ilməklə əməliyyat aparılmalıdır. Əməliyyatdan sonrakı d vrde reabilitasiya tədbirləri düzgün se ilməklə əməliyyat aparılmalıdır. Bu prinsiplərə düzgün riayət olunsa, əməliyyat vaxtı və əməliyyatdan sonrakı d vrde baş verən ağırlaşmaların sayı kəskin aşıağı d ş r.

## Nəticə

Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi problemi müasir dövrlərdə nəzəri və praktiki cəhətdən öz aktuallığını saxlayır. Bu mövzuda çoxlu sayda yazıların olmasına baxmayaraq patogenezi, klinika, müalicəyə dair prinsipial suallar mübahisəli və tam aydın olmayaraq qalır.

Xora xəstəliyi geniş yayılmış xəstəliklərə aiddir. Xəstəlik insan ömrünün ən məhsuldar dövrlərini əhatə edir. Xəstəliyin kəskinləşməsi həftələrlə, aylarla davam edir, ağır fəsadlara və əlilliklə nəticələnməsinə səbəb olur. Buna görə də hər konkret hal üçün effektiv, əlverişli müalicə yollarının seçilməsi zəruridir.

Son illər mədə və onikibarmaq bağırsağ xoralarının patogenezi, klinika, diaqnostikası, müalicəsinin müxtəlif aspektlərinin öyrənilməsində nəzərə çarpan irəliləyiş qeyd edilir. Xəstəliyin patofiziologiyası, patogenezinə bir çox suallar dərinlən öyrənilib və bunun əsasında klinikalara yeni müalicə metodları daxil edilib.

Təklif olunan dərslər vəsaitində müəllif ənənəvi cərrahi müalicə metodları ilə yanaşı (mədə rezeksiyası) müasir orqan saxlayıcı əməliyyat metodları (vaqotomiyanın drenləşdirici əməliyyatlarla birləşən müxtəlif növləri), təxirəsalınmaz cərrahiyyənin müxtəlif aspektləri öz əksini tapmışdır.

Dərs vəsaiti 10 fəsildən ibarətdir. İlk əvvəl qısa anatomo - fizioloji məlumatlar verilir. Ardınca müasir klassifikasiyalar, xora xəstəliyinin, onun ağırlaşmalarının kliniki şəklə, diaqnostikası şərh olunur. Sonrakı fəsillərdə müəllif laparotomik kəsikləri, anastomozlarda tətbiq edilən tikişləri təsvir edir. Mədə rezeksiyasının, vaqotomiyanın, qanaxma və perforasiya olan xoralar zamanı palliativ əməliyyatların cərrahi texnikasını göstərir və dəqiq şərhini verir.

Əməliyyatdan sonra müalicə taktikası, reabilitasiyası, ağırlaşmalara ayrıca fəsillər həsr olunmuşdur.

Kitabda sadaladığımız problemlər sadə dildə izah olunmuş və rəngli şəkillərlə illüstrasiya edilmişdir.

## Summary

The problem of gastral and duodenal ulcers even now remains theoretically and practically acute. Despite numerous publications (home and abroad) many principal problems in pathogenesis, clinics and treatment are still controversial and unclear.

Peptic ulcer is one of wide spread diseases. There is ahead for individual approach in each case caused by the age of patients (young and middle), duration of worsening of the disease.

There are significant successes in researches of pathogenesis, clinics, diagnostics and treatments of peptic ulcer in last decades. Many problems of pathophysiology and pathogenesis are deeply researched. This resulted in new approaches of the treatment.

This book is intended for medical students young practitioners and supplied with rich illustrations to facilitate reading.

## Заключение

Проблема язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и в настоящее время полностью сохраняет свою актуальность как в теоретическом, так и практическом аспектах. Несмотря на большое число отечественных и зарубежных публикаций по данной теме, многие принципиальные вопросы патогенеза, клиники и лечения остаются спорными и не вполне ясными.

Язвенная болезнь относится к числу широко распространенных заболеваний. Так как этой патологией чаще страдают лица молодого и среднего возраста, наиболее трудоспособные и активные, а обострения процесса нередко затягиваются на многие недели и месяцы, вызывая тяжелые осложнения и преждевременную инвалидизацию больных, является необходимым поиск и отбор наиболее эффективных и приемлемых в каждом конкретном случае способов лечения, в том числе и хирургических.

Последние десятилетия характеризуются значительными успехами в изучении различных аспектов патогенеза, клиники, диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Глубже изучены многие вопросы патофизиологии, патогенеза заболевания и на основе этого в клинику внедрены новые методы лечения.

В предлагаемом учебном пособии автором освещены и обобщены как традиционные хирургические методы лечения этой патологии (резекция желудка), так и современные методы органосохраняющих операций (различные виды ваготомии в сочетании с дренирующими операциями), вопросы неотложной, ургентной хирургии таких ее осложнений как кровотечение и перфорация.

Учебное пособие насчитывает 10 разделов. Вначале даются краткие анатомо-физиологические сведения, затем приводится современная классификация, описывается клиническая картина и диагностика язвенной болезни и ее осложнений. В последующих разделах автор описывает лапаротомические разрезы, швы, применяемые при анастомозах, подробно останавливается на хирургической технике резекции желудка, ваготомии с дренирующими операциями, паллиативных операциях при кровотечении и перфорации язвы.

Отдельные разделы посвящены уходу и реабилитации больных в послеоперационном периоде, а также послеоперационным осложнениям.

Приведенные в книге проблемы описываются понятным языком и дополняются богатыми иллюстрациями, чтобы облегчить чтение.

## Ədəbiyyat xülasəsi

### А

- Абасов И.Т., Рабиль О.С.* Язвенная болезнь. - Баку, 1980.- 257 с.
- Авдей Л.В., Космачев В.И.* Хирургическое лечение осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии.- Минск, 1976.- С.58 - 66.
- Авдей Л.В., Космачев В.И.* Хирургия осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в -Белорусской ССР // В кн.: XXXI Всесоюзный съезд хирургов. Тез. докл.- 1974.- С.266 - 282.
- Агафонов А.А.* Операции на слоях желудочной стенки : Дисс. ... докт., мед. наук.- М., 1971.
- Агафонов А.А., Кулаков Е.П., Кулаков С.П.* Интрамуральная ваготомия как метод лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Казанский медицинский журнал.- 1977.- № 3.- С.24 - 29.
- Агеев А.К.* Значение инфекции в развитии острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии.- 1984.- №3.- С.16-21.
- Агеев А.К., Мамедов В.М., Галиев С.И.* Селективная проксимальная ваготомия-метод выбора хирургического лечения при пилородуоденальных язвах // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. - Ташкент, 1982.- С.150 - 151.
- Агеевко В.А., Пинский С.Б.* Причины летальности при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия.- 1982.-№ 12.-С.35-39.
- Агейчев В.А.* Хирургическое лечение пилородуоденальных стенозов// Хирургическое лечение осложненных пилородуоденальных язв. - М., 1981.
- Агейчев В.А.* Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза: Автореф. дисс... докт. мед. наук.-М., 1982.- 40 с.
- Агзамходжаев С.М., Яругский Е.Е., Рахманов Р.К., Халтех Н.Ю.* Выключение антрального отдела желудка в сочетании с селективной проксимальной ваготомией при лечении язвенных пилородуоденальных стенозов // Вестн. хирургии.- 1988.- №4. С.136- 137.
- Агрба В.З., Григорьев П.Я., Исаков В.А.* Опыт трансэндоскопического лечения ультразвуком язв желудка // Клини.медицина.- 1990.- № 1,- С.87 - 90.
- Адамович А.М., Берлов Г.А.* Динамическая эндоскопия в диагностике и лечении дуоденальных язв // Здравоохранение Белоруссии.- 1992.- № 9.- С.44 - 46.
- Александров И.К.* Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с язвами желудка : В сб. Хирургия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка. - Куйбышев, 1988. - С. 44 - 58.
- Алексеев А.А.* Селективная проксимальная ваготомия в хирургическом лечении язвенных стенозов: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1983. - 19 с.
- Алексеев А.В., Семенович Р.В., Паляница С.И., Василев В.И., Щербин Н.Г.* Влияние дуоденогастрального рефлюкса на исходы ваготомии // Хирургия. - 1987.- № 5.- С.56 - 60.
- Алексеев С.А., Тимошин С.С.* Влияние блокаторов H2-рецепторов гистамина и даларгина на репаративные процессы в слизистой оболочке гастродуоденальной

системы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. // Клиническая медицина. 1996. № 9. С.52-55.

*Алиев М.А., Кошкин К.А., Абикулов К.А., Дарменов О.К., Нарумов И.В., Верболович В.П.* Диагностика и лечение рецидивных язв после ваготомии // Хирургия. - 1986.- № 5.- С. 10 - 13.

*Алимов А.В., Касумян С.А., Буцик И.В.* Пути совершенствования комбинированного гемостаза при острых гастродуоденальных кровотечениях. // Росс.симпозиум "Внутрипросветная эндоскопическая хирургия" - М. 1998. С.105-106.

*Альмамбеков А.Г.* Влияние различных оперативных вмешательств при рецидиве язвенной болезни на функциональное состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. Дисс... канд. мед. наук.. - М., 1991. - 22 с.

*Альшиуллер Б.А.* Генетические исследования язвенной болезни : Автореф. дисс. ... канд. мед. Наук. -М., 1978.

*Альхасун М.Д.* Ранние осложнения после первичных резекций желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1980. 24 с.

*Апаньев В.Г.* Ваготомия в сочетании с органосохраняющими операциями как метод хирургического лечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Гастроэнтерология. - Киев, - 1980.- Вып.12.- С.63 - 65.

*Арипов У.А., Фаши С.И.* Селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой в лечении осложненной дуоденальной язвы // Хирургия. 1979.- № 2.- С.26 - 29.

*Арипов У.А., Фаши С.И.* Выбор операции при осложненной дуоденальной язве // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. - Ташкент.- 1982. - С.8 - 10.

*Арипов У.А., Фаши С.И., Низиров Ф., Фаши А.С., Кхаи А.Р.* Ваготомия с пилоропластикой или антрэктомией при дуоденальной язве, осложненной кровотечением // Хирургия. 1982.- № 12.- С. 17 - 20.

*Артемов Ю.В., Воинова Н.Е., Зубко В.А., Головин Е.А.* Индуктотермофорез бензогексония в комплексном лечении расстройств моторики желудка и двенадцатиперстной кишки у больных язвенной болезнью до и после операции на желудке с ваготомией // Клин. хирургия.- 1986.- № 8.- С.32 - 33.

*Аруш Л.И.* Helicobacter (Campylobacter) pylori в этиологии и патогенезе гастрита и язвенной болезни // Архив патологии. - 1990. № 10. - С.3 - 8.

*Аруш Л.И., Морозов И.А., Нежданова Г.А.* Функциональная морфология слизистой оболочки желудка и ее изменения после ваготомии // Всесоюзная конф. по органосохраняющим операциям (Ваготомия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки): Тез. докл. М., - 1978.- С.11.

*Аруш Л.И., Смотрова И.А., Ильченко А.А.* Campylobacter pyloridis при язвенной болезни // Архив патологии. -1988,- №2.- С.13- 18.

*Аруш Л.И., Исаков В.А.* Оценка обсемененности слизистой оболочки желудка Helicobacter pylori и активности хронического гастрита // Архив патологии. 1995. Т. 57. № 3. С.75-77.

*Аруш Л.И.* Helicobacter pylori: начало второго десятилетия. Седьмая сессия Европейской группы // Архив патологии. 1995. Т. 57. № 3. С.77-79.

*Архипов В.Ф., Одицова И.А.* Влияние ваготомии с антрэктомией на очень высокую кислотопродукцию у больных язвой двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии.- 1986.- № 7.- С.30 - 32.

*Архипов В.Ф., Мовчан К.Н., Зуев В. К.* Выбор способа оперативного вмешательства



у больных язвой двенадцатиперстной кишки с очень высокой желудочной кислотопродукцией // Вестник хирургии. 1995. Т. 154. № 3. С.34 - 36.  
*Астапенко В.Г., Космачев В.И.* Хирургическое лечение профузных язвенных гастродуоденальных кровотечений // В кн.: Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. - Курск. - 1981. - С. 144 - 146.

## **Б**

- Бабалич А.К., Фесенко В.П., Собецацкая Е.А. и др.* Осложнения ваготомии и их лечение // Республиканская конференция хирургов "Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка": Тез. докл. Ташкент, 1982.-С.155 - 157.
- Бабикер Осман, Лиссов И.Л.* Моторно-эвакуаторная функция желудка после различных видов ваготомии // Клиническая хирургия.- 1984,- № 8.- С.28-30.
- Бабиченко М.Е.* Моторная функция желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после внутривенного введения инсулина до и после селективной ваготомии // Клиническая хирургия. 1973.- № 12.- С.11 - 16.
- Бабкин О.В.* Селективная проксимальная ваготомия у пациентов с высокими показателями стимулированной желудочной секреции // Новые направления в хирургии. - М., 1980. -С.72 - 74.
- Бабкова И.В.* Нарушения функции пищевода-желудочного перехода при пилородуоденальном стенозе и после операций с ваготомией : Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1979. - 23 с.
- Бабкова И.В.* Рецидивы язвенной болезни после селективной проксимальной ваготомии // Диагностика и лечение постваготомических осложнений /Сб. научн. Трудов. - М., 1987.- С.76 - 83.
- Байдо В.П.* Секреторная и моторно-эвакуаторная функции желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после селективной проксимальной ваготомии: Автореф. дисс... канд. мед. наук. М. -1977.- 18с.
- Бакулев А.Н.* Ваготомия при язве желудка // Терапевт. архив. - 1949. - № 8. С.94.
- Балалыкин А.С.* Эндоскопическая абдоминальная хирургия. - М. 1996. - 152 с.
- Барановский Ю.В., Цверкова Т.Л.* Прогноз течения и исходов язвенной болезни // Тер. архив. 1990.- № 2.- С.54 - 58.
- Батвишков Н.И.* Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на современном этапе // Здравоохранение Беларуси. - 1983. - № 2. - С.10 - 18.
- Батвишков Н.И., Иоскевич Н.Н.* Влияние селективной проксимальной ваготомии на функцию слизеобразования желудка при пилородуоденальной язве // Клиническая хирургия.- 1992.- № 8.- С. 9 - 12.
- Батвишков Н.И., Иоскевич Н.Н., Кояло И.К., Можейко М.А.* Отдаленные результаты ваготомии и резекции желудка двенадцатиперстной кишки // Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы II Всесоюзной конференции,- Курган.- 1988.- С.54- 56.
- Батвишков Н.И., Иоскевич Н.Н., Кояло И.К., Можейко М.А.* Рецидивы язв после органосохраняющих операций // Съезд хирургов УССР ( 16; 1988; Одесса ): Тезисы докл. - Киев, 1988. - С.129 - 130.
- Батвишков Н.И., Иоскевич Н.Н., Кояло И.К., Можейко М.А., Губарь Л.М., Каширин Ю.А.* Органосохраняющие операции при декомпенсированном стенозе язвенной

- этиологии // *Здравоохранение Беларуси.* -1988.- № 7.- С.12 - 16.
- Батвишков Н.И., Иоскевич Н.Н., Можейко М.А.* Влияние селективной проксимальной ваготомии на биоэлектрическую активность желудка у больных пилородуоденальными язвами // *Здравоохранение Беларуси.* -1989.- № 1.-С.8- 12.
- Батвишков Н.И., Иоскевич Н.Н., Можейко М.А.* Выбор способа операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // *Здравоохранение Беларуси.* - 1985. - № 3. - С.66 - 69.
- Батвишков Н.И., Иоскевич Н.Н., Можейко М.А., Каширин Ю.А.* Ваготомия в хирургии пилородуоденальных язв // *Хирургия.*- 1989,-№ 10.-С.19-22.
- Батвишков Н.И., Кояло И.К., Богданович Ф.А., Можейко М.А.* Ваготомия при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // *Здравоохранение Беларуси,* 1981. № 3. С. 15 - 18.
- Баторфи И.* Селективная проксимальная ваготомия в лечении осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.- М.,1983.
- Бачев И.И.* К вопросу об улучшении результатов лечения больных язвенной болезнью // *Клин. медицина.*-1992.-№2.-с.88-91.
- Бачев И.И.* Повторные операции по поводу рецидивных язв после хирургических вмешательств пи язвенной болезни // *Хирургия.*- 1990.- № 2. - С.66 - 69.
- Бачев И.И.* Хирургическая тактика при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки (Обзор) // *Хирургия.* 1984.- № 3.- С. 137 - 140. Библиогр. 53 назв.
- Башияк В.В.* К этиопатогенезу и лечению язвенной болезни // *Вести, хирургии.*- 1989.- № 9.- С.61 - 64.
- Бегма Н.И.* Содержание электролитов и кислотно-щелочное равновесие у больных язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки до и после операции: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Киев., 1974.- 25 с.
- Беличенко И.А., Станулис А.И., Зайцева Е.П., Алиев М.М.* Эндоскопическая остановка гастродуоденальных кровотечений с помощью инъекций гемостатической смеси // *Хирургия.*- 1984.- № 3.- С. 120 - 122.
- Белобородова Э.И.* Оценка желудочного кровообращения методом реографии у больных язвенной болезни // В кн.: *Актуальные вопросы гастроэнтерологии.*- М.- 1979.- Т.1.- № 11.- С.111 - 115.
- Белокопеев В.И., Чернышев В.Н.* Поперечный гастродуоденоанастомоз при органосохраняющих операциях по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Хирургия.* - 1988. - № 5. - С. 110 - 114.
- Белюсов А.С., Кожеевникова Т.Д., Левите О.И.* К вопросу о патогенезе демпинг-синдрома.-В кн.: *Вопросы гастроэнтерологии. Труды МОНИКИ,*- М., 1971.- С.81 - 83
- Бельый И.С., Вахтангшвили Р.М.* Ваготомия при прободных пилородуоденальных язвах. Киев, 1984. 160 с.
- Бельый И.С., Вахтангшвили Р.М.* Выбор метода дренирующей операции при ваготомии в лечении больных прободной пилородуоденальной язвой // В кн.: *Общая и неотложная хирургия.* Киев, - 1981. Вып. 11. С.50 - 54.
- Бельый И.С., Вахтангшвили Р.М.* О диагностике и оперативном лечении прободных гастродуоденальных язв // *Клин. хирургия.*- 1979.- № 8.- С.9 - 11.
- Бельый И.С., Вахтангшвили Р.Ш., Чалая Л.В.* Профилактика и лечение

- постваготомических осложнений // Клиническая хирургия. - 1986. - № 8. - С.72 - 73.
- Бенедикт В.В.* Функциональное состояние желудка после ваготомии и коррекция некоторых постваготомических осложнений // Хирургия. - 1991. - №3. - С.52 - 57.
- Березин И.М.* Адаптация желудочно-кишечного тракта после селективной ваготомии // Новые технические решения диагностики и лечения в хирургии: Тез. докл. конф. - Куйбышев, 1979. - С.92 - 93.
- Березин И.М.* Селективная ваготомия с дренирующими операциями на желудке при язвенной болезни : Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - Куйбышев., - 1969. - 14 с.
- Березов Е. Л.* Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Горький. 1950. - 232 с.
- Березов Ю.Е., Варшавский Ю.В.* Оперированный желудок. - М.: Медицина, 1974. - 192 с.
- Березов Ю.Е., Ермолов А.С.* Показания к хирургическому лечению и выбор метода операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1977. - № 7. - С.42 - 47.
- Березов Ю.Е., Ермолов А.С., Удовский Е.Е.* Патологические синдромы после ваготомии // Хирургия. - 1974, №6. - С.114-118.
- Березов Ю.Е., Ермолов А.С., Удовский Е.Е.* Демпинг-синдром после сочетанных с ваготомией операций в хирургии язвенной болезни // Вестн. хирургии. - 1974. - № 2. - С.23 - 27.
- Березов Ю.Е., Ермолов А.С., Удовский Е.Е.* Проблема демпинг-синдрома в хирургии язвенной болезни // Сов. медицина. - 1976. - № 2. - С.65 - 68.
- Березов Ю.Е., Сотников В.Н., Ботувинов А.М. и др.* Остановка гастродуоденального кровотечения комбинированным методом // Хирургия. - 1977, № 1. - С.85 - 89.
- Березов Ю.Е., Фокин Н.С., Бастатский В.Г. и др.* Местное лечение длительно не заживающих гастродуоденальных язв через эндоскоп // Сов.мед. 1981. - № 2. - С.26- 30.
- Бершаденко Д.Д., Гусев А.С.* Эндоскопическое исследование желудка у больных с постгастрорезекционными синдромами // Хирургия. - 1977. - № 1. - С.111 - 116.
- Бершаденко Д.Д., Печеная Н.А.* Кислотообразовательная функция культи желудка при постгастрорезекционных пептических язвах тощей кишки // Хирургия. - 1987. - № 1. - С.57 - 62.
- Блажитко Е.М., Орфеева Т.Н.* Альтернативные операции при язвенной болезни. - Новосибирск.: Наука. 1997. - 96 с.
- Богданов В.Е.* Повторные операции у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореферат дисс. канд.мед.наук. Самара. 1998. - 25 с.
- Богданов-Березовский А.Г., Калинин Ю.И.* Диагностика и хирургическое лечение пилорических язв желудка // Вестн. хирургии. - 1990. - №8. - С.121 - 122.
- Богер М.М.* Гемодинамические сдвиги при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Гипертоническая болезнь и гипертонические состояния. - Новосибирск, 1970. - С.65 - 67.
- Богер М.М., Морозова С.А.* Ощелачивающая способность дуоденального содержимого при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клиническая медицина. - 1980. - № 3. - С.36 - 39.
- Бондаренко Н.М., Бондарь Н.И., Коваль И.И., Правоторова Л.И.* Сравнительная оценка хирургических вмешательств при пенетрирующих гастродуоденальных язвах // Клиническая хирургия. - 1983. - № 8. - С.56- 58.
- Бондаренко Н.М., Крышень В.П., Сергеевич П.Г., Десятерик В.И.* Аспекты

хирургического лечения язвенной болезни, осложненной кровотечением // Вестн. хирургии. - 1990. - № 9. - С.123- 125.

*Борисов Б.Ф., Василенко Л. И., Куницкий Ю.Л.* Вторичные язвы желудка после органосохраняющих операций ш болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. - 1988. - № 6. - С.25 - 27.

*Братусь В.Д., Федоров Е.А., Лиссин И.Л., Фокин П.Д., Гудим-Левкович Н.В., Пицаленко Н.Т., Сидоренко В.М.* Хирургическое лечение острокровотокающих гастродуоденальных язв и // Вестн. хирургии. -1990. -№ 8.- С.118 - 121.

*Братусь В.Д., Фокин П.Д., Пицкаий Б.М., Утратин П.А. и др.* Хирургическое лечение острых кровотечений из гастродуоденальных язв при тяжелой сопутствующей патологии // Клинич. хирургия.- 1986.- № 8.- С.6 - 9.

*Бредихина Н.А., Бендиков Э.А., Сильвестрова С/О., Гиладова Д.А.* Профилактическая фармакотерапия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. медицина.- 1990.- № 9.- С.83 - 87.

*Брехов Е.И., Кулешов И.Ю., Негребов М.Г., Хворостов Е.Д.* Обеспечение полноты ваготомии при лечении язвенной двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1990.- № 12.- С.121 - 125.

*Брискин Б.С., Клецкин С.З., Калайтаров К.Д., Тукабаев Л.Т.* Оценка величины кровопотери при остром желудочно-кишечном кровотечении // Сов. медицина.- 1989.- № 6.- с.94 - 97.

*Брискин Б.С., Хрисанопуло В.М., Новоселец С.А.* Интраоперационный контроль адекватности селективной проксимальной ваготомии // Хирургия. -1985.- № 10.- С.25 - 29.

*Бритвин А.А., Шипулин П.М.* Малигнизация язвы желудка // Хирургия. -1984.- № 9.- С.60 - 63.

*Буинов Б.Б.* Значение объема и метода резекции желудка при язвенной болезни для исхода лечения : Дисс... канд. мед. наук. - Иркутск., 1980. - 204 с.

*Булгаков К.А., Хатырев В.А.* Причины неудовлетворительных результатов селективной проксимальной ваготомии // Хирургия. -1986.- № 10.- С.31 - 36.

*Бурчинский Г.И.* Проблемы клинической гастроэнтерологии// Клин. медицина.- 1980.- № 8.- С.38 - 42.

*Бурчинский Г.И., Кушир В.Е.* Язвенная болезнь. - Киев. 1973.

*Бусалов А.А.* Резекция желудка при язвенной болезни. - М.: Медгиз, 1951.

*Бусалов А.А., Комаровский Ю.Т.* Патологические синдромы после резекции желудка. М., 1966.

*Буянов В.М., Баладыкин А.С.* Хромогастроскопия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // В кн: Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. - М., - 1973. - С.52 - 56.

*Бытка П.Ф., Ковалев А.Д., Телишов В.В. и др.* Селективная проксимальная ваготомия влечении дуоденальной язвы // Хирургия. - 1986. - № 10. - С.31 - 36.

## **В**

*Вагнер Е.А., Репин В.Н., Рыжков П.С.* Органосохраняющие операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. 30-го Всесоюзн. Съезда хирургов. - Минск, 1981. С.207 - 208.

*Валиев М.А.* Клиническая оценка функционального состояния культи желудка в

- различные сроки после резекции у язвенных больных: Дис... канд. мед. наук. - М., 1976. - 175 с.
- Валиев М.А.* Задняя стволовая и передняя селективная проксимальная ваготомия в хирургии язв // В кн: Республиканская конференция хирургов язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. -Ташкент, 1982.-С. 162 - 163.
- Варфоломеев А. М.* Восстановление трудоспособности после ваготомии // В кн.: Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.,-1978.-С.120-121.
- Варфоломеев А. М.* Сравнительная оценка различных видов ваготомии с антральной резекцией в свете отдаленных результатов / Труды 2-го Московского мед. института.- 1979.- Т. 100.- вып.21.- С.33 - 39.
- Варфоломеев А.М., Перкин Э.М.* Выбор метода операции при хронических язвах двенадцатиперстной кишки // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент.- 1982.- С.20 - 21.
- Варфоломеев А.М., Перкин Э.М.* Отдаленные результаты ваготомии с экономной резекцией желудка при лечении язв двенадцатиперстной кишки // В кн.: Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.,- 1978.- С.113 - 115.
- Василенко В.Х., Гребнев А.Л.* Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. - М., 1981. - 340 с.
- Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Шептушин А.А.* Язвенная болезнь. - М., 1987. - 288 с.
- Василенко В.Х., Коржукова П.И., Николаев И.О., Пономаренко В.Н.* Постгастрорезекционные расстройства.- М., -1966,-198с.
- Василенко В.Х., Коржукова П.И., Николаев И.О., Пономаренко В.Н.* Постгастрорезекционные расстройства. М., Медицина, 1974.- 255с.
- Василенко В.Х., Майоров В.Н., Сальман В.Н.* Внелуковичные язвы двенадцатиперстной кишки. М. 1975. - 119 с.
- Василенко Л. И.* Хирургическое лечение осложненных гастродуоденальных язв // Вестн. хирургии.- 1989.- № 9.- С.14- 17.
- Василенко Л. И., Попазов Ф.К.* Трубочатая резекция желудка с селективной ваготомией в лечении гастродуоденальных язв // Хирургия.- 1991.- №3.- С.48 - 52.
- Васильев О.М.* Ишемические осложнения со стороны желудка после органосохраняющих операций у больных дуоденальной язвой : Дисс. ... канд. мед. наук. Минск 1993.
- Васильев О.М., Мартов Ю.Б., Соболев С.М.* Кровоток желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и после органосохраняющих операций // Здравоохранение Белоруссии.- 1993.- № 6.- С.13 - 17.
- Вахидов В.В., Калиш Ю.И., Байбеков И.М., Садыков Р.А.* Стволовая ваготомия и функция антрального отдела желудка у больных с дуоденальными язвами // Хирургия. - 1986, - № 4. - С. 13 - 16.
- Вахидов В.В., Калиш Ю.И., Байбеков М.М., Садыков Р.А.* Влияние селективной проксимальной ваготомии на функциональное состояние желудка // Хирургия. - 1987, № 5. - С.3 - 6.
- Вахидов В.В., Калиш Ю.И., Макаров К.Н., Низамходжаев З.М.* Пути профилактики демпинг-синдрома в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. - 1985, № 8. - С.24 - 26.
- Вахидов В.В., Калиш Ю.И., Малинов Ю.Р.* Язвенные гастродуоденальные

- кровотечения // Клиническая хирургия. - 1983, №4.-С. 16-19.
- Вахидов В.В., Хаджибаев А.М., Фим Фазмур Рахман.* Рецидивные и пептические язвы после ваготомии // Вестн. хирургии. - 1985, № 2. - С.28 - 31.
- Вахидов В.В., Хачиев Л.Г., Калиш Ю.И.* Выбор способа хирургического лечения язвенной болезни в условиях плановой хирургии // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл.- Ташкент,-1982.-С.21-24.
- Вахидов В.В., Хачиев Л. Г., Хаджибаев А.М.* Корректирующие и реконструктивные операции при постваготомических синдромах // Хирургия.- 1990.- № 2. - С.73 - 77.
- Вахрущев А.В.* Интраоперационная рН-метрия с целью определения полноты ваготомии : Труды 2-го Московского мед.института.- 1978.- Т.90.- вып. 19. С.22 - 25.
- Ващенко А.Е.* Дифференциальный выбор метода хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Киев. 1981. 29 с.
- Велигоцкий Н.Н.* Результаты органосохраняющих операций при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки в сравнении с резекционными методами // Клиническая хирургия. - 1984,- № 10. - С.25 - 28.
- Велигоцкий Н.Н., Дерман А.И., Лев Б.И. и др.* Органосохраняющие подходы в хирургическом лечении рецидивных гастродуоденальных язв // Съезд хирургов УССР ( 16; 1988; Одесса ): Тезисы докл. - Киев, 1988. - С.138 - 139.
- Велигоцкий Н.Н., Дерман А.И., Слюсарева С. В., Тесленко И. В., Комарчук В. В.* Содержание гастрина в сыворотке крови больных при хирургическом лечении язвенного дуоденального кровотечения // Клиническая хирургия.- 1991.-№ 4.- С.6 - 7.
- Велигоцкий Н.Н., Зайцев В.Т., Дерман А.И., Бойко В.А.* Индивидуальная хирургическая тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенного генеза // Хирургия.- 1989.- № 8. - С.88 - 91.
- Величенко В.М., Мартов Ю.Б.* Обоснование показаний, выбор метода оперативного лечения и реабилитация больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. (Методические рекомендации). Витебск., 1984.
- Величенко В.М., Мартов Ю.Б.* Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1984.- № 9.- С.81 -85.
- Величенко В.М., Мартов Ю.Б.* Комплексная оценка секреторной функции желудка у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки до и после оперативного лечения по модифицированному способу Лея // Тез. докл. 1 научно-практической конференции гастроэнтерологов Северного Кавказа "Диагностика и лечение язвенной болезни и гастродуоденитов". Ростов-на-Дону. 1985. С.97 - 98.
- Величенко В.М., Мартов Ю.Б.* Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Здоровоохранение Белоруссии. - 1981. - № 3. - С.42 - 44.
- Величенко В.М., Мартов Ю.Б., Подолинский С. Г.* Хирургическое лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // Актуальные вопросы гастроэнтерологии.- Л, 1987.- С.80 - 82.
- Величенко В.М., Мартов Ю.Б., Подолинский С.Г.* Осложнения ваготомии и их профилактика // Хирургия, - 1987.- № 5.- С.104 - 107.
- Величенко В.М., Мартов Ю.Б., Сушков С.А., Фролов Л.А.* Пути улучшения результатов оперативного лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки // Здоровоохранение Белоруссии 1987. 8. С.48 - 51.
- Величенко В.М., Мартов Ю.Б., Чиркин А.А.* Гистамин и кислотообразовательная

- функция желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после органосохраняющих операций // Вестн. хирургии - 1984, - № 8, - С.26 - 28.
- Величенко В.М., Мартов Ю.Б., Галушков Г.М., Подолинский С.Г.* Комбинированная желудочная ваготомия // 1987.- № 11.- С.11 - 14.
- Верушкин Ю.И., Коноплев Е.П., Верушкина Г.А.* О тактике хирурга при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста // Вестн. хирургии.-1989.- № 1,- С.13-14.
- Вилявин Г.Д., Бердов Б.А.* Болезни оперированного желудка.- М..Медицина. 1975. - 296 с.
- Виниченко А.Г., Елоев В.А., Тимченко К.Г.* Селективная проксимальная ваготомия в лечении язвенной болезни кишки // Клинич. хирургия. - 1982, № 8. - С.5 - 8.
- Виниченко А.Г., Елоев В. А., Хворостов Е.Д. и др.* Профилактика и хирургическая тактика при осложнениях после ваготомии // Хирургия.- 1984, №3.-С.85-87.
- Виниченко А.Г., Тимченко К.Г., Елоев В.А.* Ваготомия в хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия,- 1981.-№9.- С.30- 32.
- Витебский Я.Д.* Хронические нарушения дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. - Челябинск, 1976.
- Витебский Я.Д.* Патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы II Всесоюзной конференции. - Курган. 1988.- С.33 - 35.
- Витебский Я.Д.* Клапанные анастомозы в хирургии желудочно-кишечного тракта. М., 1988. 112с.
- Витебский Я.Д., Ручкин В. И.* Вопросы патогенеза и профилактики недостаточности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка: (Методические рекомендации). Курган.- 1979. 13 с.
- Власов В.С., Куригин А.А.* Трудоспособность, как критерий эффективности ваготомии и резекции желудка при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // В кн.: Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.,- 1978.- С.118 - 120.
- Власов В.С., Куригин А.А., Семко Л.А.* Трудоспособность больных после резекции желудка и ваготомии по поводу двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1980.- № 9.- С.25 - 28.
- Водолажская А.В.* Оценка эффективности современных препаратов в лечении язвенной болезни и критерии их использования : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1980.
- Воинова М.Х., Климинский В.Н.* Роль гистамина в желудочной секреции при язвенной болезни // Хирургия.-1974.- № 4.- С.58 - 62.
- Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М.* Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости.- М., Медицина, 1965. - 606 с.
- Волков А. Н.* Осложненная язвенная болезнь. - Чебоксары. 1997. - 189 с.
- Волков В.Г.* Лечение язвы двенадцатиперстной кишки селективной проксимальной ваготомией : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. -Л., 1982.- 26с.
- Волков В.Г., Архипов В.Ф.* Причины смерти больных после ваготомии // Клинич. хирургия.- 190.- № 8.- С.54 - 56.
- Волков В.Е.* Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. (Методические рекомендации). Чебоксары. 1981. 42 с.

*Волобуев Н.Н., Артемов Ю.В., Чижов А.И.* Выбор метода оперативного вмешательства при сочетании болезни с дивертикулами желудка и двенадцатиперстной кишки // Вести, хирургии. 1986.- № 10.- С.28 - 30.

*Воробьев Л.П., Дронова О. Б., Корнеев Г.И., Самсонов А.А.* Оценка эффективности лазерной и медикаментозной терапии больных дуоденальными язвами // Клиническая медицина.- 1992.- № 2.- С.77-81.

*Ворошич М.В., Полажинец М.Н., Ганич О.Н.* Ранняя реабилитация больных после хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия.- 1986.- № 8.- С.59 - 60.

*Вусик И.С., Борисова Г.В.* Рак, развившийся из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // В кн: Некоторые вопросы клинической и экспериментальной онкологии.- Томск.- 1975.- С.36 - 38.

## Г

*Гулйёв Ш.Б.* Тъярраци хястяликляр. Бақы - "Тябиб" - 2000.

*Гавриленко Я. В., Силев В.В.* Об остановке гастродуоденальных кровотечений через эндоскоп // Клиническая медицина.-1980.- № 3.- С.24-27.

*Гавришко И.Ю.* Реабилитация больных язвенной болезнью после ваготомии // Общая и неотложная хирургия.- Киев.- 1980.- Вып.10.- С.65 - 68.

*Галимов О.В.* Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, сочетанных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Здоровоохранение Белоруссии.- 1992.- № 11.- С.53 - 55.

*Галимов О.В., Праздников Э.Н.* Способ хирургического лечения рефлюкс-эзофагита оперированного желудка // Здоровоохранение Белоруссии.- 1992.- № 6.- С.52 - 54.

*Галлигер Ю.И., Клявин Ю.Я., Ежова Г.И. и др.* Экстренная фиброгастроскопия при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Хирургия.- 1975.- № 9.- С.29 - 34.

*Ганчикин А.М., Резник С.Д.* Методы восстановления желудочно-кишечной непрерывности при резекции желудка.- Л.: Медицина, 1973.-279 с.

*Геллер Л. И., Бессонова Г.И.* О долгонезаживающих язвах двенадцатиперстной кишки // Клиническая медицина.- № 2.- С.85 - 88.

*Геллер Л. И., Петренко В.Ф.* Желудочно-пищеводный рефлюкс и механизмы развития его у больных язвенной болезнью и хроническим дуоденитом без диафрагмальной грыжи // Тер. архив.- 1978.- Т.58.- С.27 - 31.

*Гельфанд И.М., Гринберг А.А., Извекова Л.М., Лахтина В.П.* Прогнозирование рецидива кровотечения у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Вести, хирургии. 1983.- № 4.- С.21 - 24.

*Гервазиев В.Б., Лубянский В.Г.* Десимпатизация и декомпрессия чревного ствола в сочетании с проксимальной селективной ваготомией при хирургическом лечении осложненной дуоденальной язвы // Вести, хирургии.- № 1.- С.31 - 36.

*Герич Р.П., Софьин В.В., Кирсанов Ю.В.* Влияние селективной проксимальной ваготомии эвакуаторную функцию желудка в раннем послеоперационном периоде // Клиническая хирургия. 1984. 8. С.22 - 25.

*Гетьман Н.П., Полецук В.Ф., Зорина З.И., Солонович Н.П.* Наш опыт лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Здоровоохранение Белоруссии.- 1993.- № 7.- С.64 - 65.

*Гильдебрандт Ю., Герман У., Лаушке Г., Вольф Г.* Отдаленные результаты селективной проксимальной ваготомии с пилоропластикой и без нее при



- неосложненной хронической язве двенадцатиперстной кишки // 1989.- №8.- С.84-88.
- Гнешный Н.А.* Диагностика и лечение острых гастродуоденальных кровотечений : Автореф. дис... канд. мед. наук.- Донецк., 1971.- 24 с.
- Годлевский А.И., Митюк И.И.* Профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка // Вестн. хирургии.-1989.- №9.- С.34 - 36.
- Гоман М.М., Карпинский Р.М., Олешкевич Э.В., Гавецкий Ч.В.* Резекция желудка в лечении язвенной болезни // Здравоохранение Беларуси. 1993.- № 10.- С.70 - 71.
- Гончарев А.И.* Особенности эвакуаторно-секреторных расстройств при язвенной болезни и хроническом гастрите и пути их коррекции: Дисс... канд. мед. наук. - Л., 1981. - 146 с.
- Горбашко А.И.* Патогенетическое обоснование активной тактики хирурга при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии // Вестн. хирургии. 1980. - № 12. -С.28 -34.
- Горбашко А.И.* Развитие хирургического лечения желудочно-кишечных кровотечений в СССР // Вестн. хирургии.- 1987.- № 10.- С.3 - 9.
- Горбашко А.И.* Острые желудочно-кишечные кровотечения.- М.: Медицина,- 1974.- 240 с.
- Горбашко А.И., Батчаев О.Х., Акимов В.П.* Способ лечения высоких язв задней стенки желудка // Вестн. хирургии.- 1989.- №1.- С.7-9.
- Горбашко А.И., Батчаев О.Х., Егоров Н.В.* Профилактика и лечение постгастрорезекционных синдромов. (Лекция для врачей-слушателей).-Л., 1986.- 22с.
- Горбашко А.И., Батчаев О.Х., Егоров Н.В., Напалков А.Н.* Особенности техники селективной проксимальной ваготомии // Вестн. хирургии.-1984.- № 9.- С.9 - 13.
- Горбунов В.Н., Сытчик А.П. и соавт.* Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. 1998 № 9. С.14-17.
- Горшков В.А.* Протеолитическая активность желудка при язвенной болезни // Клиническая медицина.- 1977.- № 6.- С.53 - 58.
- Гравировская Н.Г.* Моторно-эвакуаторная функция желудка и тонкой кишки в ранний период после стволовой ваготомии //Гастроэнтерология. Киев.- 1980.- Вып. 12.- С.70 - 73.
- Граменецкий А.Б.* Клинико-физиологические аспекты ваготомии в хирургии язвенной болезни // Клиническая хирургия.- 1978. №8.- С.20 - 24.
- Граменецкий А.Б.* Хирургическое лечение язвенной болезни в свете изменений кислотообразовательной функции желудка и обмена гистамина : Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Ярославль, 1971. - 19с.
- Гребнев А.Л., Лемешко З.А.* Особенности клиники и диагностики язвенной болезни локализацией в верхнем отделе желудка // Клиническая медицина.- 1974.- № 2.- с. 19 - 23.
- Гриб В.М.* Патогенетическая роль дуоденогастрального рефлюкса и эффективность лечения больных язвенной и эрозивным гастродуоденитом : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Минск, 1992. - 23 с.
- Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. и соавт.* Медикаментозная профилактика обострений язвенной болезни // Тер.архив. 1995. Т.67. № 2. С.26-29.
- Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П.* Местные факторы патогенеза язвенной болезни // Клиническая медицина. - 1988, № 5.- С.25 - 30.

- Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко З.П. Сравнительная эффективность ранитидина и фамотидина в лечении обострений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клини. медицина.- 1992.- № 11 - 12.- С.48 - 50.
- Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко З.П., Вдовиченко В.И. Причины возникновения и тактика лечения. послеоперационных рецидивов язвенной болезни // Клини. медицина.- 1990.- № 1.- С. 136 - 144.
- Григорьев П.Я., Харьковская Н.Н. и др. Лечение язвенной болезни гастрозепином // Сов. медицина.- 1984.- № 1. С.48 - 51.
- Гришберг А.А., Нестеренко Ю.А., Ахтина В.П. Неотложная хирургия дуоденальной язвы // VIII Всеросс.съезд хирургов : тезисы. - Краснодар. 1995. С.63-65.
- Гришберг А.А. Ваготомия в неотложной хирургии осложненной дуоденальной язвы // Хирургия. - 1990. - № 7.- С.20 - 24.
- Гришберг А.А. Органосохраняющие операции с ваготомией в хирургии осложненных пилородуоденальных язв : Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., - 1977.- 29 с.
- Гришберг А.А., Галлингер Ю.И., Гришко С. Г. Определения регионарного кровотока в слизистой оболочке желудка по клиренсу водорода // Сов. мед. - 1985. - № 1. - С.40 - 41.
- Гришберг А.А., Даренская С.Д., Абрамович Г. В. Гастрин сыворотки крови у больных с рецидивной язвы после ваготомии // Хирургия. - 1980, № 9. - С. 21 - 25.
- Гришберг А.А., Ермолов А. С., Затевахин И.И., Нестеренко Ю.А., Извекова М.Л., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия.- 1990.- № 2. - С.81 - 84.
- Гришберг А.А., Сидоренко В.И., Кузеев Е.А. Селективная проксимальная ваготомия и ушивание перфорации при прободной дуоденальной язве // Вестн. хирургии. -1980. -№ 11.- С.32 - 36.
- Гришин И.Н. Некоторые основные аспекты хирургического лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // В кн: IX съезд хирургов Белоруссии: Тез. докл. - Витебск, 1985. - С. 36-37.
- Гришин И.Н., Батян Н.П. Актуальные вопросы хирургической тактики при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки //Здравоохранение Белоруссии. 1981. 3. С. 18 - 21.
- Гройсман Х.Д., Бачинская С.Б., Красильщиков К.Б. и др. Исследование механизмов нормализации моторной и эвакуаторной функции желудка после селективной проксимальной ваготомии // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент.- 1982.- С. 169 - 170.
- Гройсман Х.Д., Харченко Н.М., Красильщиков К.Б., Бачинская С.Б. О динамике эвакуаторной функции желудка после стволовой ваготомии в комплексе с пилоропластикой или гастродуоденостомией // В кн.: Хирургическое лечение язвенной болезни. М., 1979.-С. 134- 141.
- Гроховский Л.П., Туголуков В.Н. О функциональном состоянии гастральной системы у больных язвой пилородуоденальной области // В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии.-М.-1979.-т.1,-№ 1;- С.96 - 101.
- Грошев Н.Н. Влияние органосохраняющих операций на дуоденогастральный рефлюкс у больных с дуоденальной язвой: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М, 1986. - 26 с.
- Грубник В.В. Селективная проксимальная ваготомия и эндоскопический гемостаз

при лечении кровотокающих дуоденальных язв // Хирургия.- 1988.- № 3. - С.20 - 25.  
*Грубник Ю.В., Четвериков С.Г. и соавт.* Сравнительная оценка различных методов эндоскопического гемостаза // Росс.симпозиум "Внутрипросветная эндоскопическая хирургия" - М. 1998. С.112-114.  
*Грушко В.А., Полищук А.И., Лазня С.С., Митерухин А.Н.* Эндоскопическая диагностика и лечение ранних послеоперационных осложнений при хирургическом лечении язвенной болезни // Вестн. хирургии.- 1990. С.118- 121.  
*Гусак В.К., Мишнер О.П., Загоруйко Н.Н., Попандоуло Г.Д., Веселый В.Я., Сиверский А.И., Кушницкий Ю.Л.* Объективизация выбора оперативного пособия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки хирургия.- 1986.- № 8.- С.41 - 43.  
*Гусева Л.Н., Казаченок В.М.* Хирургическая тактика при хронических пилородуоденальных язвах // В кн: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент,- 1982.- С.27 - 28.  
*Гусейнов А.М.* Предупреждение дуоденостаза при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1976. - 21 с.

## Д

*Дадаев Ш.А., Жарова Н.В., Лобанков Н.В.* Интраоперационный контроль сохранения нерва Латерже : В кн.: Тез. докл. XI съезда хирургов Закавказья. Тбилиси. 1984. с.74.  
*Дашманс А.Я.* Гастродуоденальные секреторно-моторные взаимосвязи у больных с язвой двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс... д-ра мед. наук. - Рига, 1984.  
*Дашкина А.Я.* Клинические аспекты патогенеза и проблема прогнозирования язвы двенадцатиперстной кишки: Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. - Рига., - 1973.  
*Даренская С.Д.* Рецидивы язвы после ваготомии с лернирующими операциями: Автореф. дисс... канд. мед. наук. -М., 1973.- 18 с.  
*Датхаев Ю.М., Шалонов П.М.* Результаты ваготомии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // В кн.: Республиканская конференция хирургов "Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка." Тез. Докл. Ташкент, 1982 - С. 171 - 173.  
*Даценко Б.М., Белов С.Г., Мартыненко А.П.* Критерии выбора способа операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент, - 1982.- С.29-31.  
*Десярева И.И., Куштур В.Е.* Язвенная болезнь. Киев.,- 1983.- 285 с.  
*Десяренко В.М.* Моторно-эвакуаторная функция культи желудка после резекции по Тапроверу при гастродуоденальной болезни : Дисс... канд. мед. наук.- Волгоград., 1971. - 258 с.  
*Деревцов Б.Г.* Роль пилорического кампилобактера в развитии пред- и послеоперационных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореферат дисс. канд.мед.наук. Мн. 1997. - 13 с.  
*Джаман С.В.* Распознавание озлокачественных хронических язв желудка и их оперативное лечение : Автореф. дисс. канд. мед. наук.-Л., 1988,- 13с.  
*Джумбалаев С.У.* Ошибки и осложнения при ваготомии // Республиканская конференция хирургов "Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка." Тез.докл. - Ташкент. 1982. - С.173 - 174.

- Джумбалаев С.У., Сухотерин В.Г., Мешанов А. М., Ваккасов А.К.* Диагностика и лечение рецидивных и пептических язв // Вестник хирург.- 1990, № 5. - С. 31 - 33.
- Джумбалаев С.У., Мехманов А.М.* Ангиоархитектоника и микроциркуляторное русло желудка после селективной ваготомии // Хирургия.- 1991.- № 3,- С.44 - 48.
- Джумбалаев С.У., Мехманов А.М., Нуритдинов А.Т., Саидходжаева Д.Г.* Выбор способа хирургического лечения при болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия язвенной болезни и заболеваний желудка. - Ташкент. 1982. - С.31-32.
- Дибиров А.Д.* Прогнозирование, профилактика и лечение ранних осложнений после резекции желудка и ваготомии при гастродуоденальных язвах: Автореф. дисс. ... канд. мед. Наук. - Астрахань. 1984. - 21 с.
- Дорошин Г.М., Машин А.Т., Колосова О.Л.* Электрофизиологическая характеристика моторной деятельности различных отделов желудка у больных язвенной болезнью с локализацией процесса в луковице двенадцатиперстной кишки // В кн.: Заболевания органов пищеварения.-М.,- 1979.-т.2.-№ 11.-С.70-73.
- Дорофеев Г.И.* Механизмы хронизации язвенной болезни // 18 Всесоюзный съезд терапевтов : Тез. докл.- Ташкент, 1983.- 11 раздел.-С. 281 -282.
- Дорофеев Г.И.* Функциональные расстройства желудка. Л., 1976.- 48 с.
- Дорофеев Г.И., Акимов Н.П., Ткаченко Е.И.* К вопросу о язвенной болезни в аспекте сосудистой патологии // В кн.: Заболевания органов пищеварения.- М.,- 1979.- т.2.- № 11.- С.34 - 37.
- Дорофеев Г.И., Успенский В.М.* О классификации язвенной болезни // Врач. дело.- 1980.- № 9.- С.27 - 30.
- Дорох Н.Н.* Селективная проксимальная ваготомия и дуоденопластика в лечении пилородуоденальных стенозов. Автореферат дисс. канд.мед.наук. Мн. 1997. - 20 с.
- Дубровицкий О.И.* Применение адаптогенов в предоперационной подготовке больных язвенной болезнью с повышенным риском // Здравоохранение Белоруссии.- 1992.- № 8.- С.57 - 59.
- Дуденко В.Г.* Непосредственные и отдаленные результаты селективной проксимальной ваготомии в лечении болезнью двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс... канд. мед. наук. Харьков, 1984. - 24с.
- Дуденко Г.И., Брек О.П., Дуденко В.Г.* Постваготомические нарушения у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от способа проксимальной желудочной ваготомии // Хирургия.- 1991.- № 3.- С.30 - 36.
- Дуденко Г.И., Гарагатый И.А.* Моторно-эвакуаторная функция двенадцатиперстной кишки в ранние сроки после селективной проксимальной ваготомии // Хирургия.- 1989.- № 4.- С.21 - 23.
- Дуденко Г.И., Зыбин В.М., Дуденко В.Г.* Последствия ваготомии и лечения язвенной болезни // Клини. хирургия. - 1985, № 8.- С.6 - 8.

## **Е**

- Егиев В.Н.* Резекция желудка через минидоступ с применением E№ do Gia // Хирургия. 1998. № 1. С.32 - 34.
- Егоров А.Е.* Прогнозирование и профилактика рефлюкс-гастрита после резекции желудка по принципу Бильрот I: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. -Тюмень, 1993. 24 с.
- Елецкий Ю.К.* Экстрагастральный эффект ваготомии // Республиканская конференция хирургов "Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного

- желудка": Тез. докл. - Ташкент, 1982. - С. 177 - 179.
- Елецкий Ю.К., Цибулевская А.Ю., Эттингер А.П.* Перестройка профиля пристеночного рН пищеварительного канала в процессе развития ацетатной язвы двенадцатиперстной кишки // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент.- 1982.- С.32 - 33.
- Еляшевич Б.Л.* О преимуществах нижнего анизоперистальтического анастомоза при резекции желудка // Вестн. хирургии.- 1990.- №9.- С. 137- 139.
- Ермолов А.С., Удовский Е.Е.* К оценке отдаленных результатов ваготомии в хирургии язвенной болезни: Труды 2-го Московского мед.института.- 1979.- Т. 100.- вып.21. С.6 - 11.
- Ермолов А.С., Уткин В.В.* Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Рига:- Знание. 1983.- 210 с.
- Ерлюхи И.А., Успенский В.М., Сацукевич Д.Н.* Содержание гастрина в сыворотке крови у больных с течением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия - 1984, № 9. - С.50 - 53.
- Есеин В.И., Малюгин А. Ф.* Оценка двигательной функции желудка поданным ЭГГ у больных язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // В кн.: Материалы симпозиума "Электрогастрография".- Архангельск.- 1970.- С.54-57.

## Ж

- Жиганов Г.Ф., Реут А.А.* Новый подход к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.- Курган,- 1988.- С.67 - 69.
- Жуков Б. П.* Непосредственные и отдаленные результаты ваготомии с экономной резекцией желудка в лечении язвенной болезни // В кн.: 1-й Всесоюзн. съезд гастроэнтерологов. Тез. докл., - М., 1973.- С.327 - 328.
- Жупан В.В., Сацукевич В.Н.* Изменение компонентов желудочного сока после селективной пилоропластикой у больных дуоденальной язвой // Вести, хирургии. 1974, № 5. С.37.

## З

- Зайцев В. Т., Буянов В.М., Пеев Б.И., Бойко В.В., Лагода А.Е.* Определение предрасположенности к постваготомическим моторно-эвакуаторным нарушениям при хирургическом лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия.- 1990.- № 2. - С.77 - 81.
- Зайцев В.Т., Велигоцкий Н.Н.* Обоснование необходимости иссечения кровотокающей хронической язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1989.- № 4.- С.18 - 20.
- Зайцев В.Т., Велигоцкий Н.Н.* Расширенная пилорoduоденопластика в хирургическом лечении стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1985.- № 2.- С.34 - 37.
- Зайцев В.Я.* Выбор метода оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс... докт. мед. наук. - М., 1973. - 24 с.
- Замятин В.В., Голубятников И.А., Морозова О.В., Дорофеева З.Н., Мальцева Л.В.* Специальные методы диагностики и их значение для выбора радикальной хирургической тактики лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // В сб. Хирургия язвенной болезни двенадцатиперстной

- кишки и желудка // Куйбышев. 1988,-С. 15-22.
- Захарова Г.Н., Кац В.Н., Чирков Ю.В., Фишипова Е.А.* Анализ результатов органосохраняющих операций гастродуоденальной язве // Вестн. хирургии. - 1985.- № 4.- С.22 - 26.
- Захарова Г.Н., Кац В.Н., Чирков Ю.В., Филлипова Е.А.* Пути улучшения отдаленных результатов органосохраняющих операций при пилородуоденальных язвах // Диагностика и лечение постваготомических осложнений.- Сб. научн. трудов.- М., 1987.- С.31 - 35.
- Захарова Г.Н., Рабинович П.Д., Чирков Ю.В.* Секреторная функция желудка в определении показаний к хирургическому лечению язвенной болезни // Хирургия.- 1984.- № 9.- С.39 - 42.
- Захаров В.Ф., Чуенков В.Ф.* Хирургия желудка. -Саратов. 1971.- 182с.
- Земляной А.Г.* Модификация резекции желудка по способу Бильрот 1. (Учебное пособие).- Л., 1986.- 17 с.
- Земляной А.Г.* Резекция желудка. - Л: - "Медицина", 1973. - 191 с.
- Земляной А.Г., Алиев С.А.* Профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по поводу пилородуоденальных язв // Вестн. хирургии. - 1985. - № 4. - С.26 - 32.
- Земляной А.Г., Горбашко А.И., Батчаев О.Х.* Реконструктивные и органосохраняющие операции на желудке.- Л., 1978.- 35 с.
- Земляной А.Г., Горбунов Г.М., Степанов Ю.А.* Диспансеризация, лечение и реабилитация больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях медсанчасти // Вести, хирургии. - 1988. - № 5. - С.97 - 99.
- Заматкин С.М.* Морфофункциональные изменения в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки после двухсторонней поддиафрагмальной ваготомии и влияние на них пилоропластики: Автореф. дис... канд.мед.наук.- М., 1978. -20 с.
- Заматкин С.М.* Структурно-метаболическая основа нарушения функции желудка и двенадцатиперстной кишки посл ваготомии // Здоровоохранение Беларуси. -1978.- № 10.- С.33 - 34.
- Зиневич В.П.* К выбору метода оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Вести. Хирургии.- 1980.- №7.-С.7 - 10.
- Зиневич В.П.* Клиника, диагностика и хирургическое лечение осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.-Ленинград., 1981.- 24с.
- Зиневич В.П.* Сравнительная характеристика резекции желудка по Бильрот II с гастроэнтероанастомозом на длинной и короткой петле: Автореф. дисс... докт. мед. наук. Л., 1971. - 25 с.
- Зиневич В.П., Бабкин В.Я., Андреев А.В.* Пути уменьшения летальности при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии.- 1989.- № 6.- С. 12 - 14.
- Зубовский Э.А., Назаренко О.Н., Кукуленский А.А. и др.* Хеликобактериоз у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Здоровоохранение Беларуси. - 1992, № 3. - С.20 - 23.
- Зубов П.С., Чернявский А.А., Михайлова Н.Г.* Изменение кислотопродуцирующей и ошелачивающей функции желудка после селективной проксимальной ваготомии // Республиканская конференция хирургов "Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка." Тез. докл. - Ташкент. 1982. - С. 186 - 188.

## И

- Ибадов И.Ю.* Модификация резекции желудка по Ру и Ридигеру // Хирургия.- 1991.- № 3.- С.76-79.
- Ибадов И.Ю., Мехманов А., Махмудов Н.* Хирургическое лечение рецидивных и пептических язв после селективной ваготомии // Вестн. хирургии.- 1990.- № 11.- С.47 - 48.
- Иванов В.А.* Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1950. - 176 с.
- Иванов И.Н.* Выбор способа коррекции кардии при выполнении селективной проксимальной ваготомии и резекции желудка // Хирургия.- 1992.- № 9 - 10.- С.9 - 13.
- Иванов И.М., Пиксин И.М., Суриш В.М., Брумсуков В.П., Самаркин В.А.* Хирургическая анатомия блуждающих нервов в аспекте ваготомии // Вестн. хирургии. - 1988. - № 4. - С.22 - 24.
- Иванов Н.Н.* Особенности и результаты трансгастральной селективной проксимальной ваготомии: Автореф. дисс... канд. мед. Наук.- Л., 1989.-21 с.
- Иванов Н.Н., Беляев В.Н.* Функциональные нарушения и трудоспособность после селективной проксимальной ваготомии по поводу дуоденальной язвы // Вестн. хирургии. - 1983. - С.59 - 61.
- Иванов Н.Н., Горбашко А.И.* Десятилетний опыт применения трансгастральной селективной проксимальной ваготомии // Вестн. хирургии. -1991,-№ 7 - 8.- С.13- 19.
- Иванов С.Е.* Селективная проксимальная ваготомия в лечении прободных пилородуоденальных язв: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Барнаул, - 1983.-26 с.
- Иванов С.В., Подалужный В.И.* Отдаленные результаты селективной проксимальной ваготомии при прободных пилородуоденальных язвах // Хирургия. 1995. № 12. С.13-15.
- Иванов Ю.В.* Применение клеевой эндоскопической инфльтрации при кровотечении из язв желудка // Росс.симпозиум "Внутрипросветная эндоскопическая хирургия" - М. 1998. С.117-118.
- Избенко Г.С.* Клиническая оценка избирательной желудочной ваготомии с пилоропластикой : Дисс. ... докт. мед. наук. Ивано-Франковск. 1974.
- Избенко Г.С., Шевчук М.Г., Избенко В.Г.* Двадцатилетние результаты ваготомии // Клин.хирургия.- 1988, № 8.- С. 1 - 4.
- Измайлов Е.П.* Оценка результатов ваготомии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и пути их улучшения: Дисс. ... канд. мед. наук.- Куйбышев.- 1990.
- Измайлов Е.П., Садамкин В.А.* Отдаленные результаты ваготомии при язвенной болезни двенадцатиперстной.кишки // В сб. Хирургия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка. Куйбышев, 1988.- С.73 - 84.
- Икрамов Р.З.* Результаты селективной проксимальной ваготомии: Автореф. Дисс. ... канд. мед. Наук. М., 1988. 28 с.
- Ильиченко А.А.* Кислотообразующая функция желудка и пилорический кампилобактериоз у больных язвенной болезнью // В кн.: 4 Всесоюзный съезд гастроэнтерологов. - М.: Медицина, 1990. - С.290 - 291.
- Иоскевич Н.Н.* Селективная проксимальная ваготомия в хирургии пилородуоденальных язв (Обзор) // Здоровоохранение Белоруссии.- 1992.- № 9.- С.58 - 62. - библиогр. 46.
- Иоскевич Н.Н.* Факторы "агрессии" и "защиты" желудка и двенадцатиперстной кишки при пилородуоденальных язвах до и после селективной проксимальной

ваготомии : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Минск. 1990. 18 с.

*Иоскевич Н.Н., Каширин Ю.А., Разводовский В.В., Прокурат В.А., Коробач С.Н.* Селективная проксимальная ваготомия и изофагофундопликация по Ниссену в лечении рефлюкс-эзофагита язвенной этиологии // Клин. хирургия.- 1992.- № 9 - 10.- С.51 - 54.

*Иоскевич Н.Н., Можейко М.А., Петельский Ю.В.* Секреторная функция желудка при пилородуоденальных язвах до и после селективной проксимальной ваготомии // Здравоохранение Беларуси.-1989.-№ 4.- С.14 - 17.

*Исаков Х.* Алинико-иммунологическая характеристика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки осложненной пенетрацией: Дисс... канд. мед. наук. - М., 1976. - 153 с.

*Ислам К.М.* Ваготомия и ее влияние на гемомикроциркуляцию и содержание катехоламинов желудка и двенадцатиперстной кишки: Дисс. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 1988. - 212 с.

*Исмаилов А.Х., Бадаева Г.В., Шелухин В.И. и др.* Лечение каллезной язвы желудка // Хирургия.-С.36 - 37.

## К

*Кабанов А.Н., Суворов А.М.* Лечебная эндоскопия при отборе больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, подлежащих хирургическому лечению // Клин. хирургия.- 1986.- № 8.- С.39 - 41.

*Кабанов Н.Я.* Обоснование и результаты резекции желудка при язвенной болезни с применением сшивающих аппаратов: Дисс... докт. мед. наук.- Горький, 1974. - 370 с.

*Кабанов Н.Я., Борисов Л.П., Порядная Т.А.* Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии // Хирургия.- 1985.- № 2.-С.37 - 40.

*Калиш Ю.И.* Сочетанные и вторичные поражения желудка и кардии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. хирургия. - 1979. - № 8. - С.55 - 57.

*Калуйна Г.А.* Осложнения после экономных резекций желудка с ваготомией и без нее и их предусмотрение: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Вильнюс, 1973. - 18 с.

*Кальченко И.И., Ковалев М.М., Скрипиченко Д.Ф.* Спорные вопросы в хирургии осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // В кн.: XXXI Всесоюзный съезд хирургов.- Киев.- 1974.- С.68 - 71.

*Камардин Л.Н., Петров В.Ю.* К обоснованию хирургической тактики при осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. - 1982. - № 9. - С. 19 - 23.

*Камшская Г.А.* Моторная функция желудка. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Душанбе, 1972.- 26 с.

*Капарейцева Т.Д., Мигунова Е.Я.* Клинико-морфологические особенности рефлюкс-гастрита у больных язвенной болезнью до и после оперативных вмешательств // Архив патологии. - 1985, № 7. - С.77 - 80.

*Канищев П.А.* Методы диагностики заболеваний желудка. Л.: Медицина, 1982.-22 с.

*Караман Н.В., Кравчук А.Н., Зимовский В.Л.* Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по поводу язвенной болезни // Клин. хирургия.- 1976.- № 4. С.57 - 60.

*Карачунов А.В.* Возможность прогнозирования эффективности ваготомии при хирургическом лечении язвы двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс. ... канд.



мед. наук.- Л., 1982. - 22 с.

*Ким В.Ю., Смирнов Д.В. и соавт.* Возможности эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях // Росс.симпозиум " Внутривисцеральная эндоскопическая хирургия" - М. 1998. С.118-119.

*Кириллов Ю.В., Скотников И.В., Тарбеев Д.С. и др* Селективная проксимальная ваготомия с дренирующими операциями в лечении стеноза привратника язвенной этиологии // Хирургия. - 1983. - № 10. - С.65 - 69.

*Кириченко В.И., Спивак В.П., Шевченко Б.Ф.* О классификации рецидивов язвенной болезни после ваготомии // Клини.хирургия.- 1986.-№ 8.С.4-6.

*Киселев Ю.И.* Отдаленные результаты стволовой и селективной ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1980. - 23 с.

*Киссин А. Г.* Некроз скелетизированной малой кривизны желудка после проксимальной ваготомии // Вестн.хирургии.- 1981. -№ 12.-С.80 - 81.

*Грушка В.А.* Внутрижелудочный протеолиз и пристеночное пищеварение после различных методов хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. 1984. 9. С.46 - 48.

*Клименко А.Г., Прокопенко И.Е., Грушка В.А.* Основные причины несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки и оценка некоторых методов ее предупреждения // Клинич. хирургия. - 1980. - № 8. - С.41 - 43.

*Климинский И.В., Ступин В.А., Сидиков О.С.* Результаты хирургического лечения больных с поздними стадиями язвенного пилородуоденального стеноза // Хирургия. - 1984. - № 9. - С.35 - 39.

*Кобылицкий И.Г., Матвеевко Л.И., Цыбань М.Е.* Клинико-экспериментальная оценка отдаленных результатов:о лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Клинич. хирургия. - 1984, № 9.- С.35 - 39.

*Ковалев М.М., Теплый В.К.* Оценка некоторых вариантов резекции и ваготомии желудка при осложненных формах язвенной болезни // Клинич. хирургия. - 1983. - № 8.- С.30 - 33.

*Ковальчук Л.А.* Регионарный кровоток в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с дуоденальной язвой до и после селективной проксимальной и стволовой ваготомии // Клинич. хирургия.- 1985.- № 8.- С.10 - 12.

*Ковальчук Л.А.* Применение селективной проксимальной ваготомии с прицельной резекцией ишемического сегмента при лечении язвенной болезни // Хирургия. - 1988. - № 3. - С.29 - 35.

*Ковальчук Л.А., Калашник С.В., Хлопась А.А.* Регионарный кровоток и функция желудка и двенадцатиперстной кишки в отдаленном периоде после селективной проксимальной ваготомии // Клинич. хирургия. - 1988. - № 8.- С.58 - 59.

*Когут Б.М., Дейчули И.П., Войтенко Е.В., Замараев В.А.* Сравнительная оценка полноты денервации кислотопродуцирующей зоны желудка после различных видов ваготомии с помощью теста Grassi // Клини. Хирургия.- 1981. - № 6.- С.6 - 8.

*Когут Б.М., Дейчули И.П., Чешулько Р.Г.* Влияние селективной проксимальной ваготомии на желудочную секрецию // хирургия. 1978. 8. С.14- 18.

*Козина Л.М.* Лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки местным введением новокаина в слизистую желудка через эндофиброскоп // В кн.: Заболевания органов пищеварения. Вып.4. М., 1981, С.28 - 30.

- Козлов В.И.* Органосохраняющие и органощадящие операции при прободных и кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки и желудка. Автореф. дисс... канд. мед.наук, - Волгоград, 1972. - 23 с.
- Козлов М.И.* Органосохраняющие операции при пилородуоденальном стенозе язвенной этиологии: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - Куйбышев, 1987. - 13 с.
- Козлов М.И.* Органосохраняющие операции при пилородуоденальном стенозе язвенной этиологии // В сб. Хирургия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка. Куйбышев, 1988. С.35 - 43.
- Козловский И.В.* Актуальные вопросы исследования функции желудка у больных язвенной болезнью // В кн.: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. - Л., - 1981. - С.34 - 37.
- Колесникова Г.Д., Ермолов А.С., Анахасян В.Р., Гаврилин А.В.* Состояние функции физиологической кардии у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки после ваготомии // В кн.: Последствия ваготомии. - М. 1975. - Вып. 14. - С.70 - 76.
- Комаров И.А., Мохов Е.М.* Пластическое укрепление швов при оперативных вмешательствах на желудке и двенадцатиперстной кишке // Вестн. хирургии. - 1982. - № 9. - С.28 - 30.
- Копьев В.Ю., Шентулин А.А., Макарова О.В., Молчанов Ж.И.* Динамика иммунологических показателей при язвенной болезни желудка // Сов. медицина. - 1990. - № 10. - С. 10 - 14.
- Корж В.П., Кулешов С.Е., Ковальчук И.В., Кудрявцев Б.П.* Селективная проксимальная ваготомия в лечении дуоденальной язвы у лиц молодого возраста // Хирургия. - 1985. - № 10. - С.3 - 6.
- Королев Ю.Н.* Морфологическое состояние органов пищеварения после ваготомии / Труды Всесоюзн. Конф. по органосохраняющим операциям. М., 1978. С.10- 11.
- Корт В.Н., Кулешов С.Е., Ковальчук Н.В. и др.* Селективная проксимальная ваготомия в лечении дуоденальной язвы у лиц молодого возраста // Хирургия. - 1985, № 5. - С.3 - 6.
- Корчак А.М.* Клиника, диагностика и лечение язв кардиального отдела желудка: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., - 1976.
- Корчак А.М.* Осложненные язвы кардиального отдела желудка и их лечение // В кн.: Актуальна хирургии. Тбилиси. 1974. - С.74 - 77.
- Костин А.Е., Мясников А.Д.* Прогнозирование несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка // Хирургия. - 1979. - № 4. - С.130 - 131.
- Кочетков А. В.* Индивидуализация хирургического лечения и медицинской реабилитации двенадцатиперстной кишки. Автореферат дисс. доктора мед.наук. СПб. 1997. - 36 с.
- Кошелев В.Н., Шапкин Ю.Г., Шершнев А.П.* Исходы хирургического лечения кровоточащей язвы 12-перстной кишки в областном специализированном центре // Вестник хирургии. 1996. № 5. С.18-20.
- Кояло И.В.* Эффективность резекции желудка и некоторые возможности улучшения ее отдаленных результатов при язвенной болезни: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Минск., 1978. - 20 с.
- Кояло И.К., Нарушевич Г.А.* Сравнительная оценка отдаленных результатов резекции желудка и органосохраняющих операций при язвенной болезни

- двенадцатиперстной кишки и ее осложнениях // В кн.: Язвенная болезнь (Клинические и экспериментальные исследования). Гродно. 1983. С.39 - 48.
- Краковский А.И., Иванов С.В.* Результаты селективной проксимальной ваготомии при прободной пилородуоденальной язве // Хирургия.- 1986, № 4.- С.16- 19.
- Краковский А.И., Иванов С.В., Фролов Е.Б.* Селективная проксимальная ваготомия при пилородуоденальных язвах // Хирургия.- 1981. - № 7. - С.13 - 16.
- Кривицкий Д. И., Параший З.З., Шуляренко В.А., Корсаков Ю.П.* Радикальные операции при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // Клини. хирургия. - 1988.- № 8.- С.29 - 31.
- Кривицкий Д.И., Шуляренко В.А., Параший З.З.* Хирургическое лечение стенозирующих и пенетрирующих гастродуоденальных язв // Вести, хирургии.- 1990.- № 5.- С.96 - 99.
- Кривицкий Д.И., Шуляренко В.А., Поляков Н.Г., Параший З.З., Сиряченко В.Г.* Некоторые вопросы диагностики и хирургического лечения пенетрирующих язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Клини. хирургия.- 1986.- № 8.- С.43 - 45.
- Кривицкий Д. И., Шуляренко В.А., Полякова Н.Г., Параший З.З., Сиряченко В.Г.* Некоторые вопросы диагностики и хирургического лечения пенетрирующих язв желудка // Клинич. хирургия. - 1986.- № 8. - С.43 - 45.
- Крышень В.П.* Ближайшие результаты применения селективной проксимальной ваготомии при язвенной болезни желудка // Клини. хирургия. - 1984. - № 8.- С.4 - 6.
- Крышень В.П., Пругль Ю.В.* Морфологическая диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.-Киев. Здоров'я, 1978.- 184с.
- Крышень П.Ф., Спивак В.П., Кириченко В.И.* Постваготомические нарушения. Возможные пути их профилактики и лечения // Республиканская конференция хирургов "Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка": Тез. докл. - Ташкент. - 1982. -С.193 - 194.
- Кузин М.И.* Хирургия язвенной болезни в СССР // Материалы Всесоюзн. конф. по органосохраняющим операциям (ваготомии) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1978. С.3 - 4.
- Кузин М.И., Гордеев В.Ф., Торопчина И.А., Самрагинский В.Ю.* Определение дуоденогастрального рефлюкса неинвазивными методами // Сов. медицина.- 1987, № 3. - С. 23 - 29.
- Кузин М.И., Кузин Н.М., Егоров А. В.* Экономическая эффективность консервативного и хирургического методов лечения двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста // Хирургия.- 1991.- № 3.- С.14 - 19.
- Кузин М.И., Меньшикова В.В., Чистова М.А.* Участие системы кининов в демпинг-реакции у больных с демпинг синдромом. // Хирургия.- 1974, № 6.- С.94 - 96.
- Кузин М.И., Панцырев Ю.М, Постолов П.М.* Интраоперационное определение полноты ваготомии // Хирургия.-1978.- № 3.- С.3 - 7.
- Кузин М.И., Постолов П.М.* Ваготомия в хирургическом лечении язвенной болезни желудка // Хирургия. - 1981.- № 8.- С.33 - 37.
- Кузин М.И., Постолов П.М.* Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни // Тр. 29-го Всесоюзн. Съезда хирургов. Киев. 1975. С.132 - 136.
- Кузин М.И., Постолов П.М.* Селективная проксимальная ваготомия в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клини. медицина 1979. 3. С.20 - 27.
- Кузин М.И., Постолов П.М., Вердиева Ш.Г.* Результаты селективной проксимальной ваготомии у больных с гиперсекрецией // Хирургия.- 1986, № 4.- С.3 - 7.

- Кузин М.И., Постолов П.М., Кузин Н.М.* Ваготомия в лечении язвенной болезни // Хирургия. - 1982, - № 12. - С.7 - 14.
- Кузин М.И., Постолов П.М., Кузин Н.М.* Ваготомия вчера и сегодня: Тез. докл. 30-го Всесоюзн. съезда хирургов. Минск. 1981. С.204 - 205.
- Кузин М.И., Постолов П.М., Кузин Н.М.* Рекомендации по применению ваготомии в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. (Методические рекомендации). Москва; 1981.- 27 с.
- Кузин М.И., Постолов П.М., Кузин Н.М.* Селективная проксимальная ваготомия в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Материалы Всесоюзн. конф. по органосохраняющим операциям (ваготомии) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1978. С.17 - 19.
- Кузин М.И., Постолов П.М., Кузин Н.М.* Техника расширенной селективной проксимальной ваготомии // Хирургия.- 1980.- № 2.- С.3 - 9.
- Кузин Н.М., Рустамов Г.А., Заводное В.Я., Воронов Л. И.* Кровоток и функциональное состояние слизистой оболочки желудка до и после ваготомии // Вестн. хирургии.- 1990, № 6. - С.145 - 149.
- Кузнецов Н.Н.* Медицина и профессиональная реабилитация больных после резекции желудка по поводу язвенной болезни // Хирургия.- 1975. - № 3.- С.150- 156.
- Кузнецов В.У.* О показаниях к операции Захарова-Хенлея при постгастрорезекционной болезни // Актуальные хирургии, анестезиологии и реанимации.- Новосибирск.- 1970.- С.122 - 124.
- Кукош И.И., Чернявский А.Н., Черемухин Л.В.* Показания к резекции желудка при язвенной болезни.- М.- 1971.
- Кулишов Е.В., Разумов В.Г.* Пилоросохраняющая резекция желудка при язвенной болезни // Сов. медицина.- 1978.- № 12.- С.95 - 99.
- Кулишов С.Е., Желтов И.П., Торопчина И.А.* СПВ без дренирующих желудок операций в лечении язвенной болезни / Новые направления в хирургии. М., 1980. С.77 - 78.
- Куликов В.А.* О необходимости сохранения привратникового механизма в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент.- 1982.- С.48 - 49.
- Куликов В.А.* Пилородилатация в системе хирургического лечения больных язвой двенадцатиперстной кишки: Лекция. Москва. 1987.- 19 с.
- Курбанов И.А.* Лазерная пилоропластика при экстренных и неотложных операциях по поводу гастродуоденальных язв // Вестн. хирургии. 1990.- № 9.- С.71 - 72.
- Курчавов Г.К.* Роль ваготомии в патогенезе постгастрорезекционных осложнений: Автореф. дисс... докт. мед. наук. - Горький, 1971.- 32 с.
- Курьгин А.А.* Лечение язв двенадцатиперстной кишки ваготомией с пилоропластикой : Автореф. дис... докт. мед. наук.-Л., 1978.- 26 с.
- Курьгин А.А., Баранчук В.Н.* Некоторые частные вопросы лечения острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений // Вестн. хирургии.-1989.- № 5.- С.12-14.
- Курьгин А.А.* Моторная и эвакуаторная функция пищеварительного тракта после операций на желудке. Автореферат дисс. ...доктора мед.наук. СПб. 1997. - 42 с.

## Л

*Латинскас В.И.* Материалы по изучению роли нарушения оттока в патологии

- желудка и обоснования гемигастрэктомии с ваготомией при язвенной болезни: Автореф. дисс... докт. мед. наук. - Вильнюс, 1970.- 29 с.
- Лахтини В.П., Козлов В.И.* Влияние ваготомии на микроциркуляцию в стенке желудка // Бюлл. Экспер. Биол.- 1975.- № 3. - С.7 - 10.
- Лебедев А.Г., Пахомова Г.В., Лященко Ю.Н., Калинина Е.Б., Мачулина Н.Ю.* Энтеральная коррекция при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии // Хирургия. - 1991.- № 3.- С.64 - 70.
- Лебедев Л.В., Тарбаев С.Д., Курыгин А.А.* Состояние эвакуаторной функции желудка у больных с язвой двенадцатиперстной кишки после ваготомии с дренирующими операциями // Вестн. хирургии.- 1989.- № 9.- С.26 - 28.
- Лебедев Л.В., Тарбаев С.Д., Курыгин А.А., Румянцев В.В.* Влияние дренирующей операции на желудочную секрецию больных язвой двенадцатиперстной кишки после ваготомии // Вестн. хирургии.- 1987.- № 11.- С.31 - 35.
- Левин Г.Л.* Язвенная болезнь.- М.,-1972.
- Лея Ю.Я., Сьякте И.И.* Кислотообразующая и секреторная функция желудка после стволовой ваготомии с пилоропластикой // Клин. хирургия - 1978, № 8. - С. 78 - 79.
- Лея Ю.Я., Сьякте И.И.* рН кислотообразующей и нейтрализующей зон желудка у больных после ваготомии с пилоропластикой // Хирургия. - 1978, № 3. - С.35 - 39.
- Линар Е.Ю.* Функциональные проявления дуоденального рефлюкса при проведении внутрижелудочной рН-метрии // В кн.: Первый съезд гастроэнтерологов УССР. - Днепропетровск, 1983. - С.69 - 70.
- Линар Е.Ю.* Кислотообразовательная функция желудка в норме и патологии.- Рига, Знание, 1968.- 120 с.
- Лобанков В.М.* Выбор метода операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в зависимости от моторики желудка // В кн.: Материалы XV Всесоюзной конференции "Физиология пищеварения и всасывания". Краснодар.1990. С.419 - 420.
- Лобанков В.М.* Миоэлектрическая активность желудка и выбор метода операции у больных дуоденальной язвой: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 1992.- 19 с.
- Логинов А.С., Аруш Л.И., Смотрова И.А.* Значение *Campylobacter pyloridis* в этиологии гастрита и язвенной болезни // Клинич. медицина.- 1987, № 8.- С. 20 - 25.
- Логинов А.С., Ильченко А.А., Смотрова Я.А., Аруш А.И.* *Campylobacter pylori* и ранние рецидивы язвенной болезни. // Врачеб. дело.- 1989, № 12. - С.54 - 56.
- Логинов А.С., Мягкова Л.П.* Факторы, влияющие на заживление язвы при язвенной болезни // Тер. архив.- 1979.- № 12. С.11 - 16.
- Логинов А.С., Сперанская И.Е., Птицина Г.П.* Блокаторы H2-рецепторов гистамина в лечении язвенной болезни // В кн.: Заболевания органов пищеварения. Вып.4 М.- 1981. С.37 - 41.
- Ломаченко И.Н.* Материалы к оценке операции резекции желудка при язвенной болезни : Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. Минск. 1973. 33 с.
- Лоранская Т.И.* Комплексная терапия демпинг-синдрома после резекции желудка // Клин. медицина.- 1979.- № 2.- С.79 - 82.
- Лорие И.Ф.* Язвенная болезнь. - М., 1958.- 217 с.
- Лосев Р.З., Чирков Д.В.* Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв // Вестник хирургии. 1996. № 6. С.28 - 31.
- Лохвицкий С.В., Баширов А.В.* Исходы и осложнения ваготомии // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент.-

1982.- С.196 - 197.

*Лукичев О.Д., Марийко В.А., Федотова З.В., Сладкое В.Ю.* Прогнозирование неудовлетворительного течения язвенной болезни после ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1988.- № 5.- С.47 - 52.

*Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В.* Эндоскопия в диагностике и лечении желудочно-кишечных кровотечений // Вестн. хирургии.- 1977.- № 7.- С.11 - 14.

*Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В.* Эндоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях // Хирургия.- 1976.- № 5.- С.80 - 85.

*Лыс П.В., Парацкий З.З., Бурчак В.А.* Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Клинич. хирургия. - 1978. - № 8. - С.43 - 46.

*Лыткин М.И.* Клиническая оценка отдаленных результатов ваготомии по поводу осложнений язвенной болезни: Труды 2-го Московского мед.института.- 1979.- Т.100.- вып.21. С.51 - 56.

## М

*Магдиев Т.Ш., Кузнецов В.Д., Шипилов В.А.* Повторные операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1990.- № 7.- С.16 - 20.

*Магдиев Т.Ш., Кузнецов В.Д., Шипилов В.А., Вензик В.А.* Диагностика и хирургическая тактика при перфоративной гастродуоденальной язве // Вестн. хирургии.- 1989.- № 10.- С.17 - 19.

*Магдиев Т.Ш., Кузнецов В.Д., Шипилов В.А., Вензик В.А.* Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. - 1991.- № 3.- С.39 - 44.

*Магоадов А.З., Дибиров А.Д.* Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка при гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия.-1980.- № 7.- С.62 - 65.

*Мазурик М.Ф., Дихтенко Г.И., Демянюк Г.Д. и др.* Отдаленные результаты резекции желудка по поводу язвенной болезни. Реабилитация больных // Клин. хирургия.- 1977.- № 11.- С.75 - 77.

*Майоров В.М.* Клинико-морфологические особенности хронических язв желудка у лиц пожилого и старческого возраста // В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии.- М,- 1980,- № 12.- С.105 - 115.

*Майстренко Н.А., Човгуи В.И.* Клинико-эндоскопическая оценка результатов ваготомии при дуоденальных язвах // Вестн. хирургии.- 1986.- № 5. - С.20 - 24.

*Макар Д.А., Андрищенко В.П., Трутяк И.Р.* Сочетанные острые осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клинич. хирургия. - 1984. - № 8. - С.46 - 48.

*Макианов И.Я., Томащук Е.А.* Возможности внедрения селективной проксимальной ваготомии в практику хирургических отделений общего профиля // Хирургия.-1985.- № 10.- С.40 - 44.

*Маликов Ю.Р., Макаров К.И.* Результаты хирургического лечения язвенной болезни желудка // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент.- 1982.- С.50 - 51.

*Маневич В.Л., Харитонов Л. Г., Куликов В.А.* Пилородилатация в комплексном хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1983. 4. С.58 - 61.

- Маневич В.Л., Харитонов Л. Г., Ханоян С.А.* Сочетание передней селективной проксимальной и задней стволовой ваготомии в лечении дуоденальных язв // Хирургия. - 1987. - № 11. - С.15 - 18.
- Мансуров Х.Х.* Некоторые новые подходы к лечению больных неосложненной язвенной болезнью // Клин. Медицина. - 1990. - № 1. - С.79 - 83.
- Мансуров Х.Х., Рычагов Г.П., Долгопятов Л.В.* Некоторые вопросы эпидемиологии язвенной болезни // Сов.медицина. - 1987. - № 8. - С.63 - 66.
- Мансуров Х.Х., Рычагов Г. П., Фурсова Е.П.* Комплексная оценка желудочной секреции при язвенной болезни // Сов. медицина. - 1985. - № 7. С.12 - 17.
- Марковский И.А.* Функциональное состояние микроциркуляции и регионарная интрамуральная ишемия при ваготомии. Автореферат дисс. канд.мед.наук. Самара. 1998. - 18 с.
- Мармыш Г.Г.* Профилактика и хирургическая коррекция основных патологических синдромов оперированного желудка при язвенной болезни. Автореферат дисс. доктора мед.наук. Гродно. 2000. - 42 с.
- Миртов Ю.Б.* Способ одновременного исследования кровообращения стенки желудка и секреторной функции и устройство для его проведения // Современные проблемы мед. техники. - Минск, 1983. - С.33 - 43.
- Миртов Ю.Б.* Тактика и выбор метода операции при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // В сб. Этапное лечение urgentных больных хирургического профиля. - Смоленск ; СГМИ, 1991. - С.69 - 71.
- Мартов Ю.Б., Аличкин В.В.* Органосохраняющие операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. - Витебск, 1989.
- Мартов Ю.Б., Васильев А.Б.* Кислотообразовательная функция у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и после ваготомии // Здравоохранение Белоруссии. - 1982, № 6. - С. 27-30.
- Мартов Ю.Б., Подолнский С.Г.* Влияние различных видов ваготомии на органное кровообращение желудка и печени у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. - 1986. - № 1. - С.23 - 26.
- Мартов Ю.Б., Подолнский С.Г., Шваренок В.В.* Реабилитация больных, оперированных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клинич. хирургия. 1986., 8, С.59 - 60.
- Мартов Ю.Б., Чиркин А.А., Подолнский С.Г., Сушков С.А.* Влияние различных видов ваготомии на концентрацию гастрина в крови и кислотопродуцирующую функцию желудка // Хирургия. - 1987, - № 5, - С.20 - 23.
- Марфин Б.И., Автономов Л.А., Бачурина И.Г.* Отдаленные результаты резекции желудка и стволовой ваготомии-ерстной кишки // Вестн. хирургии. - 1989, - № 9. - С.24 - 26.
- Масевич Ц.Г., Горшков В.А.* Местные механизмы регуляции эвакуации соляной кислоты у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Клин. мед. - 1980, № 7. - С. 74 - 79.
- Матвеева И.И., Морозов И.А.* Гастринпродуцирующие клетки желудка при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки до и после селективной проксимальной ваготомии // Архив патологии. - 1989, № 7. - С.15 - 20.
- Матросова Е.М., Курьгин А.А., Гройсман С.Д.* Ваготомия (последствия и механизмы). Л. "Наука". 1981. 215 с.
- Матяшин И.М., Войтеко А.А., Заверный Л.Г. и др.* О хирургической тактике при

- язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной массивным кровотечением // Клиническая хирургия. - 1980. № 5. - С.11 - 15.
- Махов Г.А., Махов О.Г.* Новая методика прямого гастродуоденального анастомоза при резекции желудка по поводу низкосидящих язв двенадцатиперстной кишки, осложненных пенетрацией, стенозом, кровотечением. (Методические рекомендации). Горький. 1979. - 18 с.
- Махов Г.А., Хрипушин Е.А., Игнатов И.Г.* Хирургическое лечение осложненных постбульбарных язв // Вестн. - С.58-60.
- Махов Г., Хрипушин Е.А., Махов О.Г., Игнатов И.Г.* Хирургическое лечение осложненных низкосидящих язв с сохранением пилороантрального отдела. (Методические рекомендации). Горький. 1986. - 11 с.
- Маят В.С.* Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки ваготомией // Клиническая медицина. - 1990. - № 8. - с.31 - 36.
- Маят В.С.* Современные методы лечения осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия. - 1978. - № 11. - С.10 - 14.
- Маят В.С., Климинский И.В.* Хирургическое лечение при дуоденальной язве // Вестн. хирургия - 1987, № 3. - С.19 - 23.
- Маят В.С., Панцырев Ю.М., Гринберг А.А.* Ваготомия в хирургии язвенной болезни // Хирургия. 1970. 6. С.28 - 34.
- Маят В.С., Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. и др.* Эндоскопическое определение границы антрального отдела желудка язвенной болезни // Хирургия. - 1979. - № 5. - С.62 - 66.
- Маят В.С., Квашиш Ю.К., Гринберг А.А., Дмитриев В.Б.* Резекция желудка и гастрэктомия. М., 1975. 307 с.
- Мельников Н.А.* Язвы привратника и их осложнения (Клинико-эндоскопическое исследование). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1980. 16 с.
- Мельников Н.А., Бурьян Н.С., Корхов В.А.* Лечение больных малигнизировавшей язвой желудка // Вестн. хирургии.
- Меркулов О.А.* Оценка методов определения полноты ваготомии во время операции: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1979.
- Меркулов О.А., Курьшин А.А., Салвариди И.М.* Некоторые причины ненадежности пристеночной рН-метрии желудка как метода контроля полноты ваготомии во время операции // Вестн. хирургии. 1981. - № 12. - С.30 - 33.
- Мигаль Л.А., Темников А.И.* Онкологические аспекты хирургического лечения хронических язв желудка. - Саратов. 1998. - 67 с.
- Микрюкова В.Я., Белобородова Э.И.* Содержание простагландинов в слизистой желудка и синтез интерлейкина-1 при различных вариантах течения язвенной болезни желудка // Клиническая медицина. 1996. № 4. С.38 - 39.
- Мишч В.Я., Панин Ю.П., Морозова И.В.* Отдаленные результаты пилоропластики и ваготомии у больных прободными пилородуоденальными язвами // Хирургия. - 19754- № 6. - С.33 - 39.
- Мишчер О.П., Саенко В.Ф., Чернобровый Н.П. и др.* Прогнозирование отдаленных результатов селективной проксимальной ваготомии // Вестн. хирургии. 1986. - № 6. - С.25 - 27.
- Мирзаев А.К.* Моторно-эвакуаторная функция до и после ваготомии у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. - 1989. - № 4. - С.27 - 30.
- Михополус Т.А.* Обоснование операции транспозиции сегмента подвздошной



- кишки при хирургическом лечении тяжелых форм демпинг-синдрома: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- М., 1978. - 20 с.
- Мовчан К.Н.* Особенности оперативных вмешательств по поводу неосложненной язвы двенадцатиперстной кишки // *Клин. хирургия.*- 1992. № 4.- С.36 - 37.
- Мовчан К.Н.* Результаты морфометрического изучения эндокринных клеток антрального отдела желудка при язве двенадцатиперстной кишки // *Клин. хирургия.* - 1989, № 8. - С.17 - 257
- Мовчан К.Н.* Резекция желудка в хирургическом лечении неосложненной язвы двенадцатиперстной кишки // *Клин. хирургия.*- 1992.- № 8.- С.56 - 59.
- Мовчан К.Н., Зуев К.Н., Морозов Ю.М.* Результаты резекции желудка при неосложненной язве двенадцатиперстной кишки через 10 лет после операции // *Вестн. хирургии* - 1988, № 1. - С.43 - 45.
- Мовчан К.Н., Опанасенко Н.С.* Показатели кислотно-основного и пепсино-кислотного коэффициентов в желудочном содержимом у больных с язвой двенадцатиперстной кишки // *Клин. хирургия.*- 1992.- № 8.- С.46 - 48.
- Морозова И.В.* Кислотопродуцирующая функция желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после ваготомии в сочетании с дренирующими операциями: Автореф. дисс... канд. мед. наук.- М.- 1974.- 25 с.
- Мосин В.И.* Язвенная болезнь.- Ставрополь. 1981. - 179 с.
- Мохнюк Ю.Н., Войтенко А.А., Заверный Л. Г. и др.* Опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент.- 1982.- С.57 - 58.
- Муравьева Л.А.* Обоснование выбора операции на желудке при язвенной болезни в свете оценки отдаленных результатов: Автореф. дисс... докт. мед. наук. - М. - 1971. - 67 с.
- Муравьева Л.А., Волков Е.Ю.* Непосредственные результаты 25-ти летнего хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв с анализом диагностических и тактических ошибок // В кн.: Раннее активное выявление заболеваний органов брюшной полости. Ярославль, 1982. - С.143 - 160.
- Мыш В.Г.* Механизмы регуляции секреторной функции желудка при язвенной болезни // *Врачебное дело.*- 1989, № 4.- С.3 - 7.
- Мыш В.Г., Терзова Т.Е.* Секреторная функция оперированного желудка // *Клинич. хирургия.*- 1982.- № 8.- С.24 - 26.
- Мыш Г.Д.* Патофизиологические аспекты хирургии язвенной болезни.- Новосибирск.: Наука, - 1983. 195 с.
- Мышкин К.И., Боровский М.И., Франкфуркт Д.А.* Хирургическая тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии // *Хирургия.*- 1984.- № 9.- С.56 - 90.

## Н

- Навроцкий И.Н.* Ушивание культи двенадцатиперстной кишки - М., 1972. - 183 с.
- Наталков П.Н., Миришиков Б.И.* Особенности течения и хирургического лечения язв кардиального отдела желудка у лиц старческого возраста // *Хирургия.* 1980. 2. С.28 - 30.
- Наталков П.Н., Плотников Ю.В.* Операции при язве желудка у лиц пожилого и

- старческого возраста // Клиническая хирургия. 1977. 11. С.11 - 13.
- Науменко В.А. Ваготомия в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // На службе здоровья человека.- Пенза.- 1977.- С.105-107.
- Неймарк И.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М., Медицина. 1972.- 280 с.
- Неймарк И.И. Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у молодых людей и детей // Вестник хирургии.- 1989.- № 2.- С.18 - 20.
- Некрасов Л.П., Бабинов Б.Н. Эндоскопическая оценка различных способов наложения анастомозов после резекции желудка // Хирургия.- 1991.- №3.- С.83 - 85.
- Нестеренко М.Ф., Стулин В.А., Климинский И.В. Осложнения селективной проксимальной ваготомии // Хирургия.- 1985, № 2.- С.95 - 96.
- Нечай А.И., Зуев В.К., Волков В.Г. Отдаленные результаты стволовой и селективной проксимальной ваготомии с пилоропластикой // Хирургия.- 1989.- № 10.- С.10 - 14.
- Нечай А.И., Калашиников С.А., Меркулов О.А., Джааши С.В. Особенности морфологической диагностики озлокачествления хронической язвы желудка при ее оперативном лечении // Вестник хирургии.- 1989.- № 8.- С.8 - 10.
- Нечай А.И., Карачунов А.В., Мовчан К.Н., Зуев В.К., Иванов Г.Н., Фокин Ю.Н. Атропинрезистентность и ее значение в выборе хирургического лечения больных язвой двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1990.- № 9.- С.103 - 106.
- Нечай А.И., Волков В.Г., Матросова Е.М. Некоторые вопросы лечения язвы двенадцатиперстной кишки селективной проксимальной ваготомией // Вестник хирургии. 1979. 8. С.19 - 23.
- Нечай А.И., Курьгин А.А., Карачунов А.В. Прогнозирование эффективности ваготомии при хирургическом лечении двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. 1984. 9. С.6 - 11.
- Нечай А.И., Ситенко В.М., Курьгин А.А. Ваготомия с пилоропластикой в лечении язв двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. 1979, № 9.- С.3 - 7.
- Нечай А.И., Шмыков Ю.Я., Мовчан К.Н. Протеолитическая активность в желудке при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии.- 1989, № 2.- С.14 - 15.
- Нечипорук В.И., Рыжановская В.М. Некоторые критерии оценки результатов ваготомии // Клиническая хирургия.- 1983.- № 8.- С.11 - 14.
- Нечипорук В.И., Рыжановская В.М., Янчик Г.М. Некоторые электрогастрографические аспекты ваготомии. Клиническая хирургия.- 1978.- № 8.- С.16 - 20.
- Николаев В.Г., Николаев Н.Н., Грищенко Е.Г., Тимошенко В.О. Реабилитация после селективной проксимальной ваготомии // Хирургия.- 1988.- № 5.- С.3 - 6
- Николаев Н.О. К вопросу о расширении показаний к хирургическому лечению неосложненных хронических язв желудка // Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1977. С.149 - 156.
- Николаев Н.О., Богинская Е.М. Сравнительная оценка резекции желудка и ваготомии с дренирующими операциями в хирургическом лечении дуоденальных язв // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент.- 1982.- С.60 - 62.
- Николаев Н.О., Гришин С.Г. Роль способа формирования гастроэнтероанастомоза при резекции желудка по Бильрот II в развитии демпинг-синдрома и синдрома приводящей петли // Вестник хирургии.- 1985.- № 10.- С.6 - 10.

- Нишанов Ф.* Ваготомия в лечении язв пилорического отдела желудка: Автореф. дисс... канд. мед. наук.- М., 1978.- 26 с.
- Новиков Г.А., Сумин В.В.* Трубчатые резекции желудка в рентгенологическом изображении // Вестн. хирургии.- 1969.- № 1 -С.26 - 31.
- Норкунас П.И.* Обоснование экономной резекции желудка с деваскуляризацией, денервацией малой кривизны и ваготомией и ее результаты при лечении язвенной болезни // В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии сердечно-сосудистой хирургии.- Таллин.- 1976.- С.30 - 32.
- Норкунас П.И.* Опыт 1255 гемигастрэктомий с ваготомией // Вестн. хирургии. 1970. № 1. С.73 - 77.
- Норкунас П. И., Лапинскас В.И.* Ваготомия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // кн.: Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки. М.,- 1978.- С. 14 - 16.
- Нурмухамедов Р.М., Мирзаев А.К.* Желудочный стаз и его профилактика в раннем послеоперационном периоде после ваготомии с дренирующими желудок операциями // Хирургия.- 1987.- № 7.- С.132 - 134.
- Нурмухамедов Р.М., Нишанов Ф.Н., Уринов А.Я., Таджибаев Ш.А.* Классификация, диагностика и лечение рецидивов язвенной болезни после селективной проксимальной ваготомии // Съезд хирургов УССР (16; 1988; Одесса): Тезисы докл. - Киев, 1988, - С.165 - 166.
- Нурмухамедов Р.М., Аталиев А.Е., Нишанов Ф.Н.* Ваготомия с дренирующими желудок операциями в лечении стенозирующих пилородуоденальных язв у лиц пожилого и старческого возраста. (Методические рекомендации). Андижан.- 1983.- 22 с.
- Нурмухамедов Р.М., Нишанов Ф.Н., Уринов А.Я. и др.* диагностика и лечение рецидивов язвенной болезни после селективной проксимальной ваготомии // Хирургия. - 1989. - № 10. - С.26 - 28.
- Нурмухамедов Р.М., Яругский Е.Е.* Ваготомия в лечении язвенной болезни. Ташкент. 1976. 58 с.

## О

- Озеран В.А.* Эндоскопическая клеевая остановка и профилактика острых гастродуоденальных кровотечений: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Витебск, 1994. - 25 с.
- Ольшанецкий А.А., Кириченко Б.Б., Капустин А.Г., Чайка О.О.* Радикальная операция - метод выбора при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки // Клини. хирургия.- 1991.- № 4.- С.12 - 15.
- Ольшанецкий А.А., Кириченко Б.Б., Троценко Г.В. и др.* О прогностических показаниях при язвенной болезни // Клини. хирургия. - 1982, № 8. - С. 44 - 47.
- Оноприев В.И.* Дуоденопластика - новое направление в хирургическом лечении осложненных дуоденальных язв // В сб. Дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. Краснодар. 1984. С.6 - 19.
- Оноприев В. И., Замулин Ю.Г., Боровой А.А. и др.* О выборе метода операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1982, № 3. - С.77 - 81.

*Оноприев В.И., Мануйлов А. М., Роговой А.А. и др.* Причины рецидива дуоденальных и возникновения желудочных язв после органосохраняющих операций при осложненной дуоденальной язве // Съезд хирургов УССР (16; 1988; Одесса): Тезисы докл. - Киев, 1988. - С.166 - 168.

*Орликов Г.А.* Атропиновый тест и проблема функциональной классификации язвы двенадцатиперстной кишки // Клин. медицина. 1977.- № 4,- С.43 - 47.

*Орликов Г.А.* Атропинрезистентность при гиперсекреторных состояниях желудка у больных язвой двенадцатиперстной кишки // В кн.: Современные аспекты практической гастроэнтерологии.- Рига.- 1979, - 64 - 66.

*Орлов А. В.* Функциональные и морфологические изменения желудка у больных язвенной болезнью после ваготомии: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Л., - 1975. - 16 с.

*Осипов В.В.* Значение факторов риска в развитии осложнений и определение лечебной тактики при болезни желудка. Автореферат дисс. канд.мед.наук. М. 1996. - 28 с.

*Ошукова С.М.* Функционально-морфологическая характеристика культуры оперированного желудка: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Петрозаводск., 1972. - 26 с.

## П

*Павлишин Л.Б.* Функция различных желудочно-кишечных соустьев после оперативного лечения гастродуоденальных язв : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Самара. 1993. 13 с.

*Павлов В.К.* Результаты ваготомии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // В кн.: Всесоюзная конференция органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки М.,- 1978.-С.136 - 137.

*Павловский М.П., Вдовиченко В.И., Рачкевич С.Л., Смачило М.И., Демчук В.М., Лопатюк Л. П., Кобко И.И.* Отдаленные результаты реабилитации больных язвенной болезнью после органосохраняющих операций с ваготомией // Клин. хирургия.- 1986.- № 8.- С.61 - 63.

*Пагромов А.Б., Лашкевич А.В.* Гипоксический фактор и его значение в формировании гастродуоденальных заболеваний // Клиническая медицина. 1996. № 1. С.3 - 6.

*Панин Ю.П.* Некоторые технические методы ваготомии и пилоропластики при прободных пилородуоденальных язвах // В кн.: Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1973. С.30 - 32.

*Панцырев Ю.М., Бабкова И.В., Гельфанд И.М., Алексеевский А.В.* Прогнозирование рецидива язвенной болезни после изолированной селективной проксимальной ваготомии // Вестн. хирургии. - 1989,- № 9. - С.17 - 20.

*Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И., Клявин Ю.И., Поливода М.Д.* Первый опыт применения лазерной эндоскопической коагуляции при желудочно-кишечных кровотечениях // Сов. медицина.- 1978.- № 2.- С.82 - 86.

*Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И., Сулейманов Б.Р., Прохорова И.А.* Диатермокоагуляция через эндоскоп для остановки желудочных кровотечений // Вестн. хирургии.- 1977.- № 2.- С.25 - 28.

- Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И., Сулейманов Б. Р., Прохорова И.А.* Эндоскопическая диатермокоагуляция при желудочно кишечных кровотечениях // Хирургия. - 1976, № 4. - С.153 - 154.
- Панцырев Ю.М., Гринберг А.А.* Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. М., 1979. 160 с.
- Гринберг А.А., Агейчев В.А.* Выбор метода операции при язвенной пилородуоденальном стенозе // Хирургия.- 1979. 2. С.19 - 25.
- Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И.* Место селективной проксимальной ваготомии в хирургии дуоденальной язвы // Хирургия.- 1983. № 10.-С.26 - 31.
- Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И.* О показаниях к хирургическому лечению и выборе метода операции при дуоденальной язве // Республиканская конференция хирургов "Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка." : Тез. докл. - Ташкент, 1982. - С. 210 - 211.
- Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И.* О некоторых вопросах и перспективах хирургического лечения дуоденальных язв // Вестн. хирургии. 1983. 3. С.51 - 56.
- Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Федоров Е.Д.* Эндоскопическая медикаментозная блокада кислотопродуцирующей зоны желудка в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1990.- № 12.- С.24 - 28.
- Панцырев Ю.М., Сидоренко В.М., Бабкова И.В.* Рецидивы язвенной болезни после селективной проксимальной ваготомии // Хирургия.- 1988, № 10.-С.11 - 14.
- Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Эттингер А. П., Деренков С.П.* Определение сохранности антральных ветвей блуждающего нерва при выполнении селективной проксимальной ваготомии // Хирургия. 1984. 9. С.14 - 17.
- Панченков Р.Т., Семенов В.В., Попов Ю.П., Шенкер М.Б.* Современные возможности диагностики и лечения острых верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Хирургия.- 1976.- № 5.- С.85 - 88.
- Пасечников В.Д., Машетцева Е.А. и соавт.* Воспалительный и иммунный ответы слизистой оболочки желудка на *Helicobacter pilori* при язвенной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1998. № 3. С. 41 - 45.
- Пащикова В.В.* Сравнительная оценка отдаленных результатов ушивания и резекции желудка при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки // Вопросы клинической хирургии.- Ижевск.- 1971.- С.8 - 11.
- Перельман М.И.* Ваготомия в лечении язвенной болезни. (Литературно-клинический обзор) // Хирургия. 1948. № 12. С.27 - 31.
- Перкин Э.М., Дьячук В.Д.* Секретция свободной соляной кислоты после органосохраняющих операций по поводу дуоденальных язв // Вестн. хирургии. - 1977.- № 73.- С.34 - 33.
- Перкин Э.М., Островский А.И.* Ваготомия при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. 1984, № 4.- С.34 - 38.
- Перкин Э.М., Рубцова М.А.* Влияние *Helicobacter pilori* на результаты органосохраняющих при язвенной болезни операций двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1995. № 6. С.23-26.
- Перкин Э.Я.* Органосохраняющие методы хирургического лечения язвенной болезни: Автореф. дисс... докт.. мед. наук.- М., 1972.- 28 с.
- Пермяков В.М.* Классическая резекция желудка в хирургии язвенной болезни: Дисс... канд. мед. наук. Свердловск., 1971.- 247 с.

- Петелин В.Л.* Компрессионный гастроэноаноанастомоз при резекции желудка в эксперименте и клинике: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Тюмень. 1993. 26 с.
- Петракова В.С., Крицкая Н.Г., Фильченко Э.И.* Состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных язвенной болезнью при воздействии эндоскопической лазеротерапии санаторно-курортных факторов // Тер. архив. 1997. № 2. С.13-16.
- Петров В.И., Наумов Б.А., Луцевич О.Э., Катаев А.Ю., Белоуглов С.М.* Перфоративные пилорические и препилорические язвы // Хирургия.- 1994.- № 3. - С.8 - 13.
- Петров В.И., Романов П.А., Горбунов В.Н., Наумов Б.А., Гордеев С.А., Егоров О.Е.* Клинико-анатомическое обоснование вариантов проксимальной селективной ваготомии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка // Хирургия.- 1990.- № 12.- С.18 - 24.
- Петров В.И., Сытчик А.П., Горбунов В.Н., Корнев Н.Н., Наумов Б.А., Гордеев С.А.* Передняя серомиотомия тела и функционального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы в хирургическом лечении осложненной язвенной болезни желудка // Хирургия.- 1990.- № 7. С.3 - 8.
- Петров В.П., Рожков А.Г., Данищук И.В. и др.* Профилактика и лечение ранних осложнений селективной проксимальной ваготомии // Вестн. хирургии. - 1985, № 7. - С. 17 - 21.
- Петров В.П., Саввин Ю.Н., Рожков А.Г.* Операции на желудке с анастомозом по Ру // Вестн. хирургии.- 1991.- № 7 - 8.- С.3 - 9.
- Петров В.П., Шемякин И.С., Курицын А.Н.* О хирургической тактике при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии // Вестн. хирургии.-1990.- № 9.- С.120-123.
- Петров В.Ю.* Эвакуаторная функция двенадцатиперстной кишки и несостоятельность дуоденальной культи после резекции желудка по Бильрот II: Дисс... канд. мед. наук. - Л., 1972. - 234 с.
- Петухов И.А., Зеньков А.К.* Желудочно-кишечные кровотечения в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка // Здравоохранение Белоруссии. 1978. № 3. С.61 - 63.
- Печатникова Е.А.* Язвы кардиального отдела желудка // Хирургия.- 1979.- № 8- С. 102 - 106.
- Печатникова Е.А., Кузнецов В.Н.* Физиологические аспекты резекции желудка.// М.,1969.- 232 с.
- Пинский С.Б., Шелест В.Л., Агеевко В.А., Гольдагель А.Я.* Потенциометрический метод интраоперационного определения полноты ваготомии // Хирургия. 1988. 5. С. 107 - 109.
- Погодаев Н.Н., Реут А.А.* Влияние хирургического лечения дуоденальной язвы на состояние иммунного статуса // Вестн. хирургии.- 1989.- № 5.- С.20 - 22.
- Подолинский С.Г.* Хирургическое лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях сельского района: Дисс. ... канд. мед. наук. Минск 1990.
- Подолужный В.И., Фишков А.П.* Переваривающая активность химуса культи желудка при постгастрорезекционных пептических язвах // Вестн. хирургии. 1992.- № 4-5-6.- С 284 - 288.
- Покусаев А.И.* Поддиафрагмальные ваготомии и их экспериментально-

- морфологическая оценка. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Смоленск. 1985. 16 с.
- Поликевич Б.С.* СПВ в хирургическом лечении пилородуоденальных язв: Автореф. дисс... канд. мед. наук.- М., 1980.- 22 с.
- Полоус Ю.М.* Этиопатогенез, клиника и лечение демпинг-синдрома: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.- М., 1980.- 21 с.
- Поляк Р.И., Фишер А.А.* Качественная и количественная оценка вагусной денервации желудка // Вестн. хирургии. 1974.- № 3.- С 14 - 17.
- Поляков Н.Г.* Профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при резекции по поводу профузных язвенных дуоденальных кровотечений // Вестн. хирургии. - 1984,- № 5. - С.27 - 29.
- Поляков Н.Г., Оберемко Б.И., Шуляренко В.А.* Ближайшие и отдаленные результаты селективной проксимальной ваготомии при язвенной болезни // Врач. дело. - 1984. - № 1. - С.28 - 30.
- Полянский Б.А., Добряков Б.С., Гончаров А.И.* Консервативное и оперативное лечение агастральной астении // Актуальные вопросы брюшной хирургии, анестезиологии и реанимации.- Новосибирск.- 1970.- С.103 - 109.
- Помелов В.С., Кубышкин В.А., Будаев К.Д. и соавт.* Результаты органосохраняющих операций при язвенной болезни желудка // Хирургия. 1995. № 1. С.37 - 40.
- Помелов В.С., Кулешов С.Е., Булгаков Г.А.* Секреторная функция желудка после селективной проксимальной ваготомии // Хирургия. 1981. 9. С.33 - 36.
- Помелов В.С., Кулешов С.Е., Графская Н.Д.* Селективная проксимальная ваготомия без дренирующих желудок операций в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1981. 3. С.17 - 22.
- Помелов В.С., Алексеев А.А.* Хирургическое лечение язвенной болезни, осложненной пилоробульбарным стенозом // Третий Всесоюз. съезд гастроэнтерологов: Тезисы докл. - Москва / Ленинград, 1984. - Т.2. - С.127 - 128.
- Помелов В.С., Булгаков Г.А., Алексеев А.А.* Причины неудовлетворительных результатов СПВ при язвенном пилородуоденальном стенозе // Клин. хирургия. - 1983, № 8. - С.14 - 17.
- Помелов В.С., Булгаков Г.А., Самохвалов А.В.* Применение передней селективной проксимальной и задней стволовой ваготомии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Республиканская конференция хирургов "Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка." Тез. докл. - Ташкент, 1982. - С. 212 - 213.
- Помелов В.С., Ганжа П.Ф., Самыкин П.М., Нуриддинов А.Т.* Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни // Вестн. хирургии. -1991. -№ 5 - 6.- С.123 - 129.
- Помелов В.С., Сальман М.М., Баранидзе Г.Г.* Дуоденогастральный рефлюкс при язвенной болезни // Клин.медицина.- 1984, №2.- С.81 -84.
- Постолов П.М.* Ваготомия с экономной резекцией желудка и селективная проксимальная ваготомия в лечении болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1975. 24 с.
- Постолов П.М., Самохвалов А.В.* Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки: (Обзор литературы) // Хирургия. 1984. № 2. С.139 - 144.- Библиогр.: 82 назв.
- Постолов П.М., Вердиева Ш.Г.* Кислотопродуцирующая функция желудка после селективной проксимальной ваготомии у больных с чрезмерно высоким уровнем

кислотопродукции // Хирургия. - 1986. - № 4. - С.8 - 15.

*Постолов П.М., Гук Е.В.* Этиология и патогенез гастрита после операции на желудке // Хирургия. - 1988, № 5. - С.143 - 146.

*Постолов П.М., Кузин Н.М.* Непосредственные и отдаленные результаты клинического применения селективной ваготомии // Сборник научных трудов 2 МОЛГМИ. - М., 1983. - С. 47 - 53.

*Постолов П.М., Кузин Н.М.* Экстрагастральные эффекты селективной проксимальной ваготомии // Хирургия. 1980. 7. С.50 - 56.

## Р

*Рабинович И.П.* Спорные вопросы этиологии, патогенеза и классификации язвенной болезни // Клин. медицина. - 1984. - № 8. - С.146 - 148.

*Радбиль О.С.* Язвенная болезнь. Казань. - 1969. - 199 с.

*Расулов М.И., Рапопорт С.И.* Лазерная терапия язвенной болезни // Клин. медицина. - 1992. - № 2. - с.28 - 32.

*Ратнер Г.Л., Березин И.М.* Экономные операции на желудке в сочетании с селективной ваготомией при язвенной болезни // Хирургия. - 1967. - № 9. - С.94 - 97.

*Ратнер Г.Л., Смирницкий В.В., Шинкин В.М.* Результаты селективной ваготомии в сочетании с антрумрезекцией или дренирующими операциями при лечении язвенной болезни в сроки 20 - 25 лет // Вестн. хирургии. - 1990. - № 9. - С.22-25.

*Реут А.А., Буйное Б.Б.* Исследование кислотопродуцирующей и пепсинообразующей функций желудка при язвенной болезни // Вестн. хирургии. - 1977. - № 8. - С.52 - 56.

*Рзаев Н.М., Сеидов В.Д., Рустамов Э.А., Мамедов К.Б.* Непосредственные и отдаленные результаты селективной проксимальной ваготомии при пилородуоденальных язвах // Хирургия. - 1989. - № 4. - С.11 - 15.

*Робак А.Н.* Разработка и применение резекции желудка по Бильрот I с поперечным компрессионным гастродуоденоанастомозом. Автореферат дисс. канд.мед.наук. Тюмень. 1998. - 26 с.

*Розанов Б.С.* Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение. М., 1960. - 160с.

*Розанов В.Е.* Расширенная селективная проксимальная ваготомия в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением и перфорацией // Хирургия. - 1991. - №3. - С.27 - 30.

*Роман Л.И.* Новый оперативный способ профилактики эвакуаторных нарушений ваготомированного желудка // Гастроэнтерология. Киев. - 1980. - Вып.12. - С.82 - 85.

*Руденко А.С., Мосеев В.П., Панькова Т.Д.* Клинико-морфологическая характеристика пилоросохраняющей резекции при язвенной болезни желудка // Клин. хирургия. - 1986. - № 8. С. 12 - 14.

*Румянцев В.В.* Острые гастродуоденальные кровотечения и значение ваготомии в их комплексном лечении: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Л., 1980. - 28 с.

*Румянцев В.В., Паритский Е.С.* Ваготомия в комплексном лечении больных язвой желудка, осложненной кровотечением // Вестн. хирургии. - 1983. - № 2. - С.32 - 35.

*Русанов А.А.* Резекция желудка Ленинград. "Медгиз" 1956. 148с.

*Русанов А.А.* Ваготомия при язве желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. 1981. - № 1. - С.18 - 31.

*Русанов А.А.* Об осложнениях после резекции желудка по способу Бильрот II // Сборник научн. Трудов. Одесского мед.института. - 1970. - Вып.12. - С.18 - 22.

*Рустамов Г.А.* Влияние селективной проксимальной ваготомии на защитный



барьер и кровоток слизистой оболочки желудка: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва. 1982. 19 с.

*Рустамов М.Н.* Внутрижелудочная рН-метрия при хроническом дуодените и дуоденальной язве // *Здравоохранение Белоруссии.* - 1992. - № 9. - С.28 - 30.

*Рустамов Э.А.* Калликреин-кининовая система крови и состояние микроциркуляции у больных язвенной болезнью до и после различных способов хирургического лечения. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 1980. 28 с.

*Ручкин В.И., Егоров А.Ю.* Резекция желудка для исключения язвы // *Клин. хирургия.* 1987. № 8. - С.19 - 21.

*Ручкин В.И., Егоров А.Ю., Кудрин Б.И.* Отдаленные результаты резекции желудка с верхним терминалолатеральным латеральным поперечным гастродуоденоанастомозом // *Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы II Всесоюзной конференции.* Курган. 1988. С.100 - 102.

*Ручкин В.И., Егоров А.Ю., Кушпиренко О.Ю. и др.* Резекция желудка по Бильрот I с формированием поперечного гастродуоденоанастомоза // *Клин. хирургия.* 1988. № 8. - С.36 - 37.

*Рымаренко Т.В.* Влияние качественно различных пищевых нагрузок на возникновение демпинг-синдром: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1971. - 14 с.

*Рысс Е.С.* Современная оценка защитных факторов в патогенезе язвенной болезни // *Клинич. медицина.* - 1987, № 8. - С.13 - 19.

*Рысс Е.С.* Актуальные вопросы учения о язвенной болезни // *Клин. мед.* - 1981. № 2. - С.11 - 15.

*Рычагов Г.П.* Атропиновый тест для выбора способа операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Сов. медицина.* - 1991. - № 5. - С.64 - 66.

*Рычагов Г.П.* Диагностика и лечение перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / *Здравоохранение Таджикистана.* - 1983. - № 2. - С.48 - 23.

*Рычагов Г.П.* Ошибки, опасности и осложнения в желудочной хирургии. - Минск: Высшая школа. 1993. - 183 с.

*Рычагов Г.П.* Прогнозирование риска рецидива язвы после ваготомии // *Хирургия.* - 1991. - № 3. - С.23 - 27.

*Рычагов Г.П.* Профилактика послеоперационного рефлюкс-эзофагита у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // *Вестн. хирургии.* - 1990. - № 9. - С.38 - 41.

*Рычагов Г.П., Ачилова А.Б., Якимов О.В.* Значение электрогастрографии и фармакологических проб в оценке моторной функции желудка при ваготомии // *Вестн. хирургии.* 1986. 2. С.32 - 37.

*Рычалов Г.П., Гордеева В.В., Ачилова А.Б., Эрфман В.П.* Диагностика, патофизиология и хирургическое лечение дуоденогастрального рефлюкса при язвенной болезни // *Вестн. хирургии.* - 1986, № 10. - С.17 - 24.

*Рычагов Г.П., Кремень В.Е., Нехаев А.Н., Тихон В.К., Сивец, Н.Ф.* Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровоточений // *Здравоохранение Белоруссии.* - 1993. - № 11. - С.16 - 20.

## С

*Савельев В.С., Березов Ю.Е.* Некоторые аспекты хирургии хронической язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // *Хирургия.* 1975. 7. С.3 - 7.

- Савельев В.С., Березов Ю.Е., Панцырев Ю.М.* Сравнительная оценка методов хирургического лечения язвенной болезни // Тр.29-го Всесоюз. съезда хирургов. Киев. 1975. С.152 - 155.
- Савинский Г.А., Байбеков И.М., Худайбергенев Р.У., Хорошаев В.А., Абдуллаев А.А.* Значение реинервации желудка в возникновении рецидивных язв // Вестн. хирургии.- 1989.- № 3.- С.38 - 39.
- Саенко В.Ф.* Селективная ваготомия в хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Дисс...канд. мед. наук.- Курск., 1974. - 227 с.
- Саенко В.Ф.* Профилактика, диагностика и лечение постваготомических расстройств. Киев. 1989.
- Саенко В.Ф., Лаврик А.С.* Сегментарная резекция желудка с сохранением иннервируемого антрального отдела // Клин. хирургия. 1988.- № 3, - С.78 - 79.
- Саенко В.Ф., Минцер О.П., Чернобровый Н.П., Казак И.А., Полинкевич Б.С.* Факторы риска селективной проксимальной ваготомии // Хирургия.- 1986.- № 4,- С.19 - 23.
- Сажин В.П., Пигин А.С., Жаболенко В.П.* Лапароскопические операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.- Рязань. 1995. - 64 с.
- Сажин В.П., Лукачев О.Д., Жаболенко В. П. и др.* Отдаленные результаты оперативного лечения перфоративной пилородуоденальной язвы // Хирургия. - 1987, № 5. - С.52 - 56.
- Салихов И.А., Федоров В.В. Красильников Д.М., Кнубовец С.Я., Мишгалиев М.М., Мосихин Б.Б.* Профилактика и комплексное лечение несостоятельности дуоденальной культи // Хирургия.- 1989.- № 10.- С.23 - 27.
- Самохвалов В.И.* Хирургическое лечение патологических состояний после резекции желудка: Автореф. дисс... докт. мед. наук.- Л.,- 1971.- 31 с.
- Самохвалов В.И., Матросова Е.М.* Пептические язвы, вызванные оставлением слизистой оболочки антрального отдела у двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот II // Вестн. хирургии. 1978. 8. С.24 - 30.
- Самсонов В.А.* О патогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Арх. патологии. - 1972. № 10.- С.3.
- Самсонов В.А.* Язвенная болезнь. Новые материалы к патологии осложнений ее форм. Петрозаводск. 1975. 26 с.
- Самсонов М.А., Лоранская Т.И., Нестерова А.П.* Постгастрорезекционные синдромы. - М., 1984. - 192 с
- Санина З.К.* Моторно-эвакуаторная функция желудка при язвенной болезни и ее изменения после ваготомии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., - 1972.
- Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В.* Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. - М.: Либеря. 1999.- 416 с.
- Сацукевич В.Н.* Клиническое прогнозирование острых осложнений гастродуоденальных язв // Вестн. хирургии. - 1987,- № 2.-С.34 - 39.
- Сацукевич В.Н.* Ваготомия с гастродуоденостомией у больных гастрогенной тетанией // Вестн. хирургии.- 1979,- № 1.- С.39 - 40.
- Сегалов В.И., Торатадзе Н.Н., Бутьилин Л.П.* Рентгенологическая оценка функционального состояния желудка и кишечника у больных демпинг-синдромом до и после стволовой ваготомии // Клин.хирургия.- 1981.- № 8.- С.70 - 71.
- Селезнев В.Н., Сибуль У.Ф.* Профилактика постваготомических синдромов при язвах дуоденальной локализации // Вестн. хирургии. 1989.- № 6.- С.89 - 91.
- Семенов В.В., Сиратов В.И., Зишовьев С.В.* Результаты хирургического лечения

- перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1989.- № 10.- С.94 - 96.
- Семешок Е.Я., Штербец Н.К., Дану М.И.* Организация хирургической помощи больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии. (Методические рекомендации). Кишинев. 1981. 16 с.
- Сенько В.П.* Компенсаторно-приспособительные реакции тонкой кишки после экономной резекции желудка в сочетании с ваготомией: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1980. - 19 с.
- Сенотович Р.В., Ачексеенок А.В.* Метод селективной проксимальной ваготомии // Хирургия. 1987. 1. С.94 - 98.
- Серебрянская М.В.* Лимфоциты крови и их цитохимическая активность у больных язвенной болезнью в различные сезоны года // Клин. медицина.- 1992.- № 2.- С.73 - 75.
- Сибуль У.Ф.* Некоторые специальные методы операционной диагностики и их значение для выбора органосохраняющих операций на желудке при язвенной болезни: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Тарту,- 1972.-62 с.
- Сибуль У.Ф.* Проксимальная ваготомия. Таллин. 1985. 112 с.
- Сибуль У.Ф., Труве Р.А.* Отдаленные результаты ваготомии и резекции желудка при пилородуоденальных язвах // Вестн. хирургии. - 1982. - № 4. - С. 19 - 22.
- Сибуль У.Ф., Труве Р.А.* Сравнительная оценка отдаленных результатов различных методов при пилородуоденальных язвах // Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Тез. докл. - М., 1978.-С. 125- 127.
- Сибуль У.Ф., Труве Р.А.* Проксимальная селективная ваготомия в лечении пилородуоденальных язв // Хирург.1980.9. С.11 - 13.
- Сибуль У.Ф., Труве Р.А., Туру Х.С.* Селективная желудочная ваготомия и селективная проксимальная ваготомия в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1976, № 11. - С. 24 - 27.
- Сибуль У.Ф., Труве Р.А., Юхали Э.А.* Сравнительная оценка отдаленных результатов проксимальной ваготомии некоторых других методов хирургического лечения пилородуоденальных язв. - Сб. научных трудов 2 МОЛТМИМ., 1983.-С. 82-88.
- Сигал З.М., Чуднова В.С., Мальчиков А.Я. и др.* Функция желудка и кишечника после расширенной селективной проксимальной ваготомии // Хирургия.-1987, №5.-С.7-11.
- Сихарулидзе Т.С.* Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот II по поводу язвенной болезни // Вестн. хирургии. 1982.- № 10.- С.139 - 141.
- Скуя Н.А., Даниланс А.Я.* Клиническое значение пепсино-кислотных соотношений в желудочном содержимом при язве двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы гастроэнтерологии. - М. - Медицина, 1973. - С. 83 - 85
- Скуя Н.А., Даниланс А.Я.* Действие парантерально введенного сульфата атропина на внутрижелудочный рН (тест атропина) // Тер. архив.- 1973.- № 4.- С.66 - 69.
- Скуя Н.А., Орликов Г.А.* Концентрация и дебет соляной кислоты и внутрижелудочной рН при атропиноположительных и атропинотрицательных язвах двенадцатиперстной кишки // В кн.: Заболевания органов пищеварения.- М.- 1980.-№ 3.- С.94 - 99,
- Скуя Н.А., Орликов Г.А.* Основные показатели внутрижелудочной рН-метрии и обоснование атропиново:теста // Клин. медицина,- 1984.- № 7.- С. 105 - 108.

- Смагин В.Г.* Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (Патогенез, диагностика, лечение). М., 1981. 165 с.
- Смагин В.Г., Виноградов В.А., Митушкин О.Н.* Циметидин в лечении язвенной болезни // Тер. Архив.- 1979.- № 3.- С.102 - 104.
- Соколова Г.Н.* Диагностическое значение эндоскопического исследования двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., - 1976.
- Солодков Е.В.* К вопросу об осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки больных пожилого и старческого возраста: Дисс... канд. мед. наук. - М., 1972. - 244 с.
- Сорока А.М., Саенко В.Ф., Фурманенко Е.Д.* Дооперационная диагностика демпинг-синдрома // Клин. хирургия.- 1977.- № 3.- С.59 - 62.
- Сливак В.П.* Некоторые аспекты хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка // Хирургия желудка и кишечника. Ставрополь. 1987. С. 15 - 20.
- Сливак В.П., Белый И.С., Вахтангушвили Р.Ш.* Ваготомия при прободных пилородуоденальных язвах // Клин. медицина.- 1985.- № 3.- С.60 - 62.
- Сливак В.П., Березницкий Я.С., Рубан В.М.* Ближайшие результаты резекции желудка по Бильрот I и Бильрот II при язвенной болезни // Вестн. хирургии. 1985.- № 12.- С.17 - 20.
- Сливак В.П., Березницкий Я.С., Шевченко Б.Ф.* Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения ваготомии // Клин. хирургия. 1983. 8. С.65 - 67.
- Сливак В.П., Магомедов А.З., Масуев А.А.* Ваготомия при лечении гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста // Вестн. хирургии. 1985. 3. С.24 - 28.
- Сливак В.П., Шевченко Б.Ф., Березницкий Я.С.* Опыт применения реконструктивных операций при болезнях оперированного желудка // Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Ташкент. 1982. С.141 - 142.
- Спыну А.В.* К вопросу о выборе хирургической тактики при постбульбарных язвах // В кн.: Хирургия язвенной болезни и оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент.- 1982.- С.75 - 76.
- Спыну А.В.* Пенетрирующие гастродуоденальные язвы // Хирургия.- 1984.- № 9.- С.78 - 81.
- Станчев И.Н.* Попытка создания современной классификации язвенной болезни // Клиническая медицина. 1996. № 5. С.68 - 70.
- Старостенко И.Н., Прейгель И.А.* Возможность прогнозирования осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. медицина.- 1992.- № 2.- с.81-85.
- Стрепекоев В.С., Буиков Б.Б.* Дуоденогастральный рефлюкс, его роль в этиологии заболеваний и пострезекционной патологии желудка // Здравоохранение Туркменистана. - 1982, № 5. - С.37 - 43.
- Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В.* Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия. М., 1977. 271 с.
- Сумин В.В.* Трубочатая резекция желудка. - М., 1972.- 112 с.
- Сурмова Р.Т.* Отдаленные результаты в оценке эффективности хирургического и консервативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением: Дисс... канд. мед. наук. - М., 1973.- 192 с.

Сушков С.А. Влияние органосохраняющих операций без разрушения привратника на кишечное пищеварение белков у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: Дисс. ... канд. мед. наук. Минск 1991.

Сушков С.А., Фролов Л.А., Мартюв Ю.Б. Кишечный гидролиз и трансмембранный транспорт белков у больных двенадцатиперстной кишки до и после органосохраняющих операций // Вестн. хирургии.- 1991.- № 7 - 8.- С.22 - 25.

Сытник А.П., Наумов Б.А. Выбор метода операций при язвенной болезни желудка // Хирургия. 1995. № 3. С.59 - 63.

## Т

Таирова Б.И. Пути снижения летальности при хирургическом лечении рубцово-язвенных пилородуоденальных стенозов. (Методические рекомендации). Ташкент.- 1981.- 11 с.

Талаев М.И. Органические заболевания оперированного желудка: Автореф. дисс... докт. мед. наук. - Иваново., 1971.- 26 с.

Тарашенко Л.Д., Веркулевский И.Е. Пути снижения пострезекционных осложнений при хирургическом лечении язвенной болезни // Вестн. хирургии.-1984.- № 3,- С.24 - 28.

Тарбаев С.Д. Дренирующие желудок операции при ваготомии по поводу язвы двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. - 1987.- № 9.- С.138- 141.

Татишвили Г.Г., Бериашвили З.А. Коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости в профилактике послеоперационных осложнений язвенной болезни // Хирургия.- 1990.- № 12.- С.37 - 42.

Телия А.В. Показания к операциям и тактика хирурга при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1984. 9. С.21 - 25.

Телия А.В., Мачавариани Г.А., Девитая И.И. Острые гастродуоденальные кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1982.- № 12.- С.32 - 35.

Тихон В.К. Значение гелий-неонового лазера в комплексном лечении хирургических осложнений язвенной болезни (экспериментально-клиническое исследование). Автореферат дисс. канд. мед. наук. Мн. 1996. - 19 с.

Тоестев В.К. Эндоскопическая медикаментозная денервация кислотообразующей зоны желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Автореферат дисс. канд.мед.наук. Мн. 1999. - 20 с.

Томсчик Е.А., Мармыш Г.Г., Томащук И.Е., Мишук А.Ф. Ближайшие и отдаленные результаты резекции желудка по поводу язвенной болезни в зависимости от характера предоперационной подготовки // Вестн. хирургии.- 1989.- № 4.- С.14 - 15.

Трофимов В.М., Нечай А.И., Калашников С.А., Зуев В.К., Мовчан К.Н., Архипов В.Ф., Иванов Г.Н. Особенности морфологических изменений слизистой оболочки желудка при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, рецидиве язвы после ваготомии и синдроме Золлингера - Эллисона // Вестн. хирургии.- 1990.- № 11.- С.28 - 33.

Трофимов В.М., Нечай А.И., Ситенко В.М., Мовчан К.Н., Зуев В.К., Сухопара Ю.Н., Морозов Ю.М. Оценка эффективности ваготомии при неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на основании результатов ее через 10 лет после операции // Вестн. хирургии.-1990.- № 9.- С.25 - 31.

*Труве Р.А.* Сравнительная оценка резекции желудка, селективной ваготомии и СПВ в лечении гастродуоденальных язв : Автореф. дисс... докт. мед. наук. - Тарту., 1980. - 24 с.

*Труве Р.А., Сибуль У.Ф.* Повторные операции после проксимальной ваготомии (десятилетний опыт применения проксимальной ваготомии) // В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Тез. докл. Ташкент.-1982.- С.226 - 228.

## У

*Удовский Е.Е.* Демпинг-синдром после сочетанных с ваготомией операций в хирургии язвенной болезни: Дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1973.

*Удод В.М., Мирошук И. В., Андруль П.К и др.* Опыт диспансеризации больных с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки // Клин. медицина.- 1981,-№ 2. - С.32 - 34.

*Ульп С.Ю.* Изобарическая операционная рН-метрия: Автореф. дисс... канд. мед. наук. -Тарту, 1979. - 16 с.

*Успенский Л. В., Кургузов О.П., Кузин Н.М., Кузнецов Н.А., Артюхина Е.Г.* Сочетанные операции при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1990.- № 2. - С.60 - 66.

*Устинов В.А.* Функционально-морфологические особенности секреторного аппарата желудка в условиях нарушенного кровообращения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Ашхабад, 1969.

*Утешев Н.С. Арвеладзе А.М., Пахомова Г.В. и др.* Ваготомия в хирургии язвенной болезни.- Тбилиси.- 1975.- 120 с.

*Уткин В.В., Рибешекс Р.Р.* Диагностика и лечение пострезекционного рефлюкс-гастрита // Вестн. Хирургии.- 1985.-№ 4.-С.37 - 40.

## Ф

*Файн С.И.* Сравнительная клинко-экспериментальная оценка селективной проксимальной ваготомии, резекции желудка и циркулярной гастротомии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и числа рецидивов дуоденальных язв после селективной проксимальной ваготомии // Хирургия.- 1990.- № 12.- С.28 - 32.

*Файн С.И., Амросова Т.М., Файн А.С., Файзуллаев Х.Ф.* Операции при рецидивных язвах двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1988.- № 11.-С.88 - 91.

*Фасенко В.Г., Шестопалов Д.П., Бабалич А. К.* Клапанный гастроэнтероанастомоз как метод профилактики постгастрорезекционного синдрома // Хирургия.- 1989.- № 8.- С.121 - 122.

*Федоров Н.Е.* Современные принципы лечения язвенной болезни // Здоровоохранение Беларуси - 1992, № 6 - С.45 - 47.

*Феофилов Г.Л.* Функция желудка при различной степени его денервации // Научн. труды Новосибирского мед. института.- 1977.- Т.92.- С.62 - 66.

*Филипович Н.Е., Жук В.В.* Реиннервация желудка после ваготомии как фактор рецидива язвы // Хирургия.- 1990.- № 12.- С.146 - 151.

*Фишер А.А.* Критерии оценки эффективности лечения язвенной болезни // Новости медицины. Экспресс - информация.- № 11 - 12.- 84 с.

- Фишер А.А., Могильная Г.М., Горбань В.В.* Морфофункциональная характеристика слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у больных с дуоденальной язвой в разные сроки заболевания // Тер. архив. 1990.- № 2.- С.28 - 33.
- Фишзон-Рысс Ю.И., Рысс Е.С.* Гастродуоденальные язвы. Л., 1978. 232 с.
- Фищенко А.Я., Калибаба С.С., Шевня П.С., Химич С.Д., Бондарчук В.Л., Сливка В.П.* Хирургическая тактика при остром желудочно-кишечном кровотечении // Клиническая хирургия.- 1992. № 4.- С.27 - 29.
- Флеккель И.М.* Язвенная болезнь. - Л., 1958.
- Фомин М.В., Кошелев М.С., Фомин А.М. и др.* Применение нерасширенной и расширенной селективной проксимальной ваготомии в лечении хронической неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 1989.-№ 4.-С.15 - 17.
- Фролов Л.А.* Кишечный гидролиз и трансмембранный транспорт углеводов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и после органосохраняющих операций. Дисс. ... канд. мед. наук. Минск 1990.

## Х

- Хаджибеков А.* Функциональное состояние культи желудка в различные сроки после резекции и при некоторых постгастрорезекционных синдромах: Автореф. дисс... канд.мед.наук. - М., 1981. - 21 с.
- Хазарова Г.Н., Рабинович П.Д., Чирков Ю.В.* Секреторная функция желудка в определении показаний к хирургическому лечению язвенной болезни // Хирургия. - 1984, № 9. - С.39 - 42.
- Халаяси Н.Б.* Клинико-генетические аспекты в хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Дисс. ... канд. мед. наук.. Ростов-на-Дону. 1987. 88 с.
- Харабарюш В.А., Кондратенко П.Г., Труфанов А.Г.* Принципы комплексного лечения больных с острыми язвенными кровотечениями // Клиническая хирургия. - 1984. - № 4, - С.22 - 25.
- Харабарюш В.А., Кондратенко П. Г., Яловецкий В.Д.* Органосохраняющие операции при кровоточащих язвах привратника и двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия. - 1989. - № 8. - С.6 - 8.
- Харкевич В.А., Озеран В.А.* Клеевая эндоскопическая инфильтрация как метод выбора остановки гастродуоденального кровотечения органов брюшной полости.- Смоленск. 1992.- С.42.
- Харламов В.Н., Плескачев И.А., Волков В.П.* Отдаленные результаты ваготомии с пилоропластикой у больных с осложненными дуоденальными язвами // В кн.: Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.,- 1978.- С.139 - 140.
- Хасанов А.Г., Резбаев А.Н., Сендерович Е.И.* Диагностика и результаты хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия.- 1991.-№ 4.-С.15 - 18.
- Хачиев Л.Г., Калиш Ю.И.* Частота осложнений после резекции желудка // Клиническая хирургия. - 1980. - № 8. - С.52 - 57.
- Хачиев Л.Г., Калиш Ю.И., Хаджибаев А.М.* Выбор способа хирургического лечения больных с осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне

- гиперсекреции // Клиническая хирургия. - 1982, № 6. - С. 21 - 22.
- Хачиев Л.Г., Маликов Ю.Р.* Хирургическая тактика при кровоточащих дуоденальных язвах // Хирургия. - 1990. - № 7. С.32 - 36.
- Хачиев Л. Г., Хаджибаев А.М.* Неудовлетворительные результаты ваготомии // Актуальные вопросы хирургии желудка. - Алма-Ата, 1985. - С. 31 - 40.
- Хачиев Л.Г., Хаджибаев А.М.* Постваготомные синдромы и их хирургическое лечение // Вестн. хирургии. - 1998. - № 8. - С. 143 - 148.
- Хачиев Л.Г., Хаджибаев А.М.* Выбор метода реконструктивных операций при постваготомных синдромах // Вестн. хирургии. - 1990. - № 9. - С.31 - 33.
- Хлюх Л.И., Агаджанов А.А., Орликов Т.А.* Атропиновый тест. Возможности дифференциальной песинтерпритации отдаленных результатов ваготомии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1985, № 2. - С. 27 - 29.
- Ходьков К.А.* Постваготомные осложнения у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и роль пилорических геликобактеров в их формировании: Дисс. ... канд. мед. наук. Минск 1995.
- Холод А.В., Староженко И.Н.* Биоэлектрическая активность желудка до и после его резекции по поводу язвенной болезни // В кн.: Материалы симпозиума "Электрогастрография". Архангельск. - 1970. - С.35 - 37.
- Хорее А.Н., Чумаков А. Н., Малошенко В.Н., Медведь М.А.* Лечение кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки // VIII Всеросс. Съезд хирургов: Тезисы. - Краснодар. 1995. С. 130.

## Ц

- Циммерман Я.С.* Язвенная болезнь // Клиническая медицина. - 1984. - № 2. - С. 101 - 106.
- Циммерман Я.С., Михайловская Л.В.* Нарушение регионарного кровотока и активность процессов перекисного окисления липидов при рецидиве язвенной болезни и возможности их медикаментозной коррекции // Клиническая медицина. 1996. № 4. С.31 - 34.
- Циммерман Я.С., Зиннатулин М.Р.* *Helicobacter pylori* и их роль в развитии хронического гастрита и язв болезни // Клиническая медицина. 1997. № 4. С.8 - 13.
- Циммерман Я.С., Телянер И.И.* Концепция патогенеза язвенной болезни и перспективы ее излечения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1998. № 3. С.35 - 41.
- Цыбырне К.Э., Семенов Е.Я.* О выборе метода хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // В кн.: Диагностика и хирургическое лечение заболеваний органов брюшной полости. - Кишинев. - 1976. - С.5 - 18.

## Ч

- Чекмазов И.А., Николаев Н.О.* Реконструктивная хирургия пептических язв и изъязвлений в зоне гастроэнтероанастомоза // Вестн. хирургии. - 1989. - № 10. - С.20 - 23.
- Чемодуров Н.Т.* Ранние осложнения ваготомии // Вестн. хирургии. - 1988. - № 5. - С.103 - 106.
- Червинский А.А.* Органосохраняющие и органосберегающие операции в хирургии язвенной болезни // Здравоохранение Киргизии. - 1979. - № 6. - С.41 - 46.



- Червяк П.И.* Осложнения в области анастомозов, выполненных при хирургических вмешательствах на желудке // Клиническая хирургия. - 1986. - № 8. - С.17 - 19.
- Черноусов А.Ф., Ануфриев А.М., Корчак А.М., Мусабиев Н.Х., Эфендиев Э.М.* Селективная проксимальная ваготомия в лечении язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1988. 3. С.14 - 19.
- Черноусов А.Ф., Богопольский П.М.* Хирургическое лечение постгастрорезекционных пептических язв // Хирургия. 1985. - № 2. - С.99 - 104.
- Чернышев В.Н.* Показания к хирургическому лечению и его принципы при язвах двенадцатиперстной кишки и желудка в плановой хирургии // В сб. Хирургия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка. Куйбышев, 1988. С.22 - 34.
- Чернышев В.Н., Александров И.К., Белоконов В.И.* О хирургическом лечении язв желудка // Вестн. хирургии. - 1989. - № 1. - С.47 - 49.
- Чернышев В.Н., Белоконов В.И.* Пути улучшения результатов хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. (Методические рекомендации). Москва; 1989. 21 с.
- Чернышев В.Н., Белоконов В.И., Александров И.К., Измайлов Е.П.* Опыт хирургического лечения дуоденальных и желудочных язв // Вестн. хирургии. - 1990. - № 3. - С.113 - 118.
- Чернышев В.Н., Белоконов В.И., Замятин В.В.* Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Лекция. - Куйбышев: КМИ. 1988. - 43 с.
- Чернышев В.Н., Белоконов В.И., Козлов М.Н.* Органосохраняющие операции при пилородуоденальном язвенном стенозе // Вестн. хирургии. - 1986, № 4. - С. 7 - 9.
- Чернышев В.Н., Белоконов В.И., Козлов М.Н., Замятин В.В., Самадкин В.А. и др.* Релапаротомия в плановой хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. - 1988, № 7. - С. 93 - 96.
- Чернявский А.А., Зубеев П.С., Астахов И.М., Михайлова Н.Г.* Пути улучшения результатов хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1986, - № 4. - С. 23 - 26.
- Чернявский А.А., Михайлова Н.Г.* Обоснование селективной проксимальной ваготомии (СПВ) при дуоденальных язвах с позиций желудочной секреции // Физиология пищеварения и всасывания: Тезисы докл. Всесоюзн. конф. Краснодар, 1990. - С.520 - 521.
- Чирков Ю.В., Баранов А.И., Суходоло И.В., Изосимов А.С.* Профилактика демпинг-синдрома после дистальной резекции желудка по поводу язвенной болезни. Хирургия. - 1990. - № 7. С. 27 - 32.
- Чирков Ю.В.* Некоторые показатели секреторной функции желудка при различной тяжести течения язвенной болезни // Вестн. хирургии. - 1982, № 3. - С.27 - 30.
- Чирков Ю.В.* Особенности функционального состояния гастродуоденальной системы при осложненных дуоденальных язвах // Вестн. хирургии. - 1989, № 5. - С. 16 - 22.
- Чистихин В.С., Калашников Г.Г., Митудин П.Р.* Ваготомия при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., - 1978. - С.67 - 68.
- Чистов Л.В.* Оценка реконструктивной гастродуоденопластики как метода хирургического лечения демпинг-синдрома и синдрома приводящей петли: Труды 1-

го Московского мед.института.- 1972.- Т.80.- вып.19. С.29 - 31.

*Чистова М.А., Чистов Л.В.* Реконструктивные операции при постгастрорезекционном синдроме // Хирургия. 175. 5. С.131 - 137.

*Чудинова В.С.* Сравнительная оценка моторно-эвакуаторной функции культи желудка после резекции в ближайшие и отдаленные сроки // Вопросы клин. хирургии.- Ижевск,- 1971.- С.16 - 25.

*Чуенков В.Ф., Чеканов Б.Я., Кац В.Н., Шкода С.М.* Очерки хирургии язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Саратовский университет. 1977. 173 с.

*Чухриенко Д.П., Березницкий Я.С., Горобец Н.Л.* Органосберегающие операции при кровоточащих язвах желудка двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. - 1980, № 10. - С. 95 - 99.

### Ш

*Шабанов Т.В.* Секреторная функция желудка после селективной проксимальной ваготомии и дуоденопластики двенадцатиперстной кишки // В сб.: Дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. Краснодар. 1984. С.71 - 79.

*Шалимов А.А.* Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Вопросы лечения язвенной болезни. Киев. 1976. С.11 - 19.

*Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Ващенко А.Е., Дешко С. В.* Современные принципы хирургического лечения язв желудка // Клин. хирургия. 1987. 8. С.1 - 3.

*Шалимов А.А., Саенко В.Ф.* К вопросу о ваготомии в хирургическом лечении язвенной болезни // Клин. хирургия.- 1981. № 6.- С.6 - 12.

*Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Поликевич Б.С.* Органосохраняющие операции в хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. 30-го Всесоюзн. съезда хирургов. Минск. 1981. С.206 - 207.

*Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Поликевич Б.С., Пустович Р.А.* Современные методы хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Теоретические особенности различна ваготомии // Клин. хирургия. 1980.2. С.72 - 73.

*Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Поликевич Б.С., Сыромятишкова А.В.* Селективная проксимальная ваготомия в хирургическом лечении язвенной болезни и методы ее интраоперационного контроля (Методические рекомендации). Киев.1979. 18 с.

*Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Поликевич Б.С.* Выбор метода оперативного лечения язвенной болезни и заболеваний двенадцатиперстной кишки // Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. - Ташкент,-1982.-С.45 - 46.

*Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Поликевич Б.С.* Пути улучшения результатов хирургического лечения язвенной болезни // Первый съезд гастроэнтерологов СССР: Тезисы докл. - Днепропетровск, 1983. - С.90 - 91.

*Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Поликевич Б.С., Ващенко А.Е.* Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни // Клин. хирургия. - 1980, № 8. - С. 1 - 5.

*Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Поликевич Б.С. и др.* Постваготомические синдромы // Клин. хирургия.- № 8. - С.1 - 4.

*Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Поликевич Б.С., Волуенко А.Е.* Результаты селективной проксимальной ваготомии в хирургическом лечении пилородуоденальных язв // Клин. хирургия. - 1985, № 8. - С.1 - 4.

- Шалимов А.А., Харабериш В.А., Саенко В.Ф.* Органосохраняющие операции в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. - (Метод. реком.) - Донецк, 1982.
- Шалимов А.А., Полупан В.Н.* Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке. М., 1975. 304 с.
- Шапошников А.В., Неделько А.И.* Современные принципы хирургического лечения язвенной болезни // Диагностика и лечение язвенной болезни и гастродуоденитов // Материалы 1-ой конференции гастроэнтерологов Северного Кавказа. Ростов-на-Дону. 1985. С. 165 - 166.
- Шапошников А.В., Неделько А.И.* Эффективность интраоперационного контроля полноты ваготом. Экстремальные состояния организма. Ростов-на-Дону. 1986. С.68.
- Шапошников А.В., Неделько А.И., Ислам К.М.* Реконструктивные операции после резекции желудка и органосохраняющих вмешательств // Тез. докл. 11-го съезда хирургов Дагестана. Махачкала, 1987. С.134 - 135.
- Шапошников А.В., Неделько А.И., Паптелева Л.А.* Выбор тактики в лечении гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Материалы к 6-му Всероссийскому съезду хирургов. Воронеж. 1983. С.202 - 203.
- Шевченко Б.Ф.* Моторная функция желудка и тонкой кишки до и после ваготомии в сравнении с резекцией двух третей желудка по методу Бильрот I // Гастроэнтерология. Киев, - 1980. - Вып. 12. - С.68 - 70.
- Шевченко Б.Ф., Кириченко В.И., Сергейчук В.А.* Особенности диагностики пептических и рецидивных язв после ваготомии // Клин. хирургия. 1984. 8. С.60 - 62.
- Шевчук М.Г., Герич Р.П.* Непосредственные и отдаленные результаты селективной проксимальной ваготомии с различными видами дренирующих желудок операций в лечении пилородуоденальных язв // Клин. хирургия. - 1985. - № 3. - С.28 - 31.
- Шевчук М.Г., Избенко Г.С., Избенко В.Г., Ляхновский Я.Г.* Условия снижения частоты рецидивов после ваготомии // Съезд хирургов УССР (16; 1988; Одесса): Тезисы докл. - Киев, 1988. - С.192 - 193.
- Шевчук М.Г., Федорук О.Б., Избенко Г.С.* Кислотообразующая функция желудка у больных язвенной болезнью в отдаленные сроки после селективной ваготомии // Клин. хирургия. - 1981. - № 8. С.4 - 6.
- Шеломанов Н.Ф.* Ранние осложнения после резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Витебск. 1965. 19 с.
- Шентулин А.А.* Современные принципы фармакотерапии язвенной болезни // Клиническая медицина. 1996. № 8. С.17 - 19.
- Шиленок В.Н., Шапко Г.М., Буянов В.В., Лекторов В.Н.* Результаты применения ваготомии // Хирургия. - 1984. - № 8. - С.1 - 4.
- Шиленок В.Н., Соболев В.Н., Шапко Г.М.* Непосредственные и отдаленные результаты применения ваготомии // Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: Сб. научн. тр. - Ленинград, 1981. - С.72 - 75.
- Шиленок В.Н., Соболев В.Н., Шапко Г.М. и др.* Непосредственные и отдаленные результаты применения ваготомии // В кн.: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. - Ленинград. - 1981. - С.72 - 75.
- Шкода С.М.* Ваготомия с дренирующими операциями в лечении прободных язв двенадцатиперстной кишки // В кн.: Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и

двенадцатиперстной кишки. М., - 1978. - С.73 - 74.

*Шор Л.М., Вайсбейн И.З.* О показаниях к экстренным операциям при профузных кровотечениях язвенной этиологии // Вестн. хирургии. - 1983. - № 10. - С.20 - 23.

*Шорох Г.П., Шиманский Е.И., Крукович Е.А. и др.* Диагностика и лечение прободных гастродуоденальных язв // IX съезд хирургов Белоруссии: Тез. докл. - Витебск, 1985. - С.117 - 118.

*Шотт А.В.* Актуальные вопросы хирургического лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // IX съезд хирургов Белоруссии: Тез. докл. - Витебск, 1985. - С.115 - 117.

*Шотт А.В., Ахмед Ш.* Диагностика и хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии // Здравоохранение Белоруссии. - 1980. - № 12. - С.32 - 37.

*Штрапов А.А., Серегин В.А., Скрябин О.Н.* Желудочно-кишечные кровотечения после операции по поводу перфоративных гастродуоденальных язв // Хирургия. - 1991. - №3. - С.70 - 72.

### Щ

*Щербаков А.И.* Об условиях развития круглой язвы желудка. - М., 1991.

### Э

*Эсперов Б.Н., Авакимян В.А.* Показания в ваготомии в зависимости от желудочной секреции // В кн.: Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., - 1978. - С.75 - 77.

*Эсперов Б.Н., Авакимян В.А.* Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Клин. хирургия. - 1982. - № 8. - С.8 - 11.

*Эсперов Б.Н., Биток Д.И.* Ваготомия в хирургии прободных пилородуоденальных язв // Вестн. хирургии. - 1987. - № 6. - С.8 - 11.

### Ю

*Юдин С.С.* Хирургия язвенной болезни желудка и нейрогуморальная регуляция желудочной секреции у человека. М., Медицина. 1962.

*Юдин С.С.* Этюды желудочной хирургии. М., 1955. 264 с.

*Юлдашев К.Ю., Ирмухамедов А.Г., Хайдаров Т.С. и др.* Изучение некоторых обменных процессов и патогенетическое лечение больных с постгастрорезекционным синдромом // Тер. архив. - 76. - № 3. С.89 - 96.

*Юмашкина А.Г., Белоусов А.С., Ивницкая В.В.* Ультраструктура микроциркуляторного русла слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни // Тер. архив. - 1982. - № 3. - С.120 - 124.

### Я

*Яругский Е.Е.* Ваготомия при язвенной болезни, осложненной стенозом // В кн.: Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., - 1978. - С.71 - 78.

*Яругский Е.Е.* Некрозы малой кривизны желудка // Хирургия. - 1992. - № 4. - С.105-109.

*Яругский Е.Е., Файзуллаев Х.Ф.* Язвенные гастродуоденальные кровотечения в пожилом и старческом возрасте // Хирургия. - 1977. - № 4. - С.57 - 61.

## Xarici ədəbiyyat

### A

- Ablasmaier B., Steinhilper U., Bandl WD., Ziehen T., Munster W., Fockersperger H.* 100 years after Billroth... Laparoscopic Billroth I and Billroth II distal stomach resection // *Chirurg.* 1994 Apr., 65(4): 367-72.
- Aboulola M., Boukheloua B., Salem A., Rekhroukh H.* Chronic duodenal ulcer in children and response to highly selective vagotomy // *Eur. J. Pediatr. Surg.* 1992 Feb., 2(1): 5-7.
- Abrashev D., Mikhailov Kh., Kostov D., Nikolov V.* A retrospective survey study of diagnosis and surgical treatment in peptic ulcer // *Khirurgiia Sofiia.* 1993, 46(4): 11-3.
- Achord J. L.* Gastric pepsin and acid secretion in patients with acute and healed duodenal ulcer. - *Gastroenterol.*, 1981 v.81, N 1, p. 15- 18.
- Ackemann C., Harder F.* Fundus plication with or without proximal selective vagotomy? // *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1992 Jun 20, 122(25): 983-7.
- Ackermann C., Muller C., Harder F.* Necrosis of intraabdominal esophagus and proximal third of the stomach after proximal gastric vagotomy and fundoplication // *World J. Surg.* 1990 Jan-Feb., 14(1): 133-4.
- Adami H., Enanger L., Ingvar C.* Clinical results of 229 duodenal ulcer 1 - 6 year after highly selective vagotomy // *Brit. J. Surg.* 1980. 67. 1.29-32.
- Adami H.O., Bjukland O., Enander L.K.* Cimetidine or propantheline combined with antacid therapy for shortterm treatment of duodenal ulcer. - *Dig. Dis. Sci.*, 1982, N 5, p. 388 - 393.
- Adami H.O., Enander L.K., Enskog L.* et al. Recurrences 1 to 10 years after highly selective vagotomy in prepyloric and duodenal ulcer disease // *Ann.Surg.*- 1984.- Vol.199, N4. - P. 393 - 399.
- Aghzadi Traki R., Almou M., Boukind B., Zerouali N.* Anterior seromyotomy and posterior vagotomy in the treatment of perforated duodenal ulcer // *Ann. Chir.* 1992, 46(5): 461.
- Agossou Voyeme A.K., Hureau J., Germain M.* Arterial vascularization of the operated stomach: highly selective vagotomy, anterior lesser curve seromyotomy, esophageal replacement by transposed stomach after esophagectomy or circular pharyngolaryngectomy // *Surg. Radiol. Anat.* 1990, 12(4): 247-57.
- Ahallat M., Baroudi S., Benamar A., Hosni K., Bouinidane A., Oudanane M., Mjhaed A., Halhal A., Tounsi A.* Place super-selective vagotomy in the treatment of perforated duodenal ulcer // *J. Chir. Paris.* 1993 Apr., 130(4): 173-6.
- Alexander Williams J., Hoare A.M.* Partial gastric resection // *Clin. Gastroenterol.*, 1979, vol. 8, N 2, p. 321 -353.
- Alexander Williams J.* A requiem for vagotomy // *BMJ.* 1991 Mar 9, 302(6776): 547-8.
- Alhava E.M., Auree S., Junf M.* et. al. The effect of vitamin D-treatment on bone mineral after partial gastrectomy // *Scand. J. Gastroenterol.* 1977, vol. 12, N 4, p. 497 - 499.
- Alichniwecz A., Soltvsiak A., Kaszynski M.* et al. Miejsce wazotomii w chirurgicznym leczeniu wrozodu dwunastni i zoladka // *Pol. Przegl.Chir.*- 1987.- Vol.59, N6.- P. 445 - 451.
- Alonso M., Galera M.J., Reyes G., Puig La Calle J.Jr., Comes J., Rius X., Lopez Gibert J.* Prepyloric antrectomy, truncal vagotomy, and front pylorotomy for the treatment of duodenal ulcer // *Am. J. Surg.* 1994 Feb., 167(2): 279-80.
- Amdrup E., Andersen D., Insen H.* Parietal cell highly selective or proximal gastric (vagotomy for peptic ulcer disease) // *Wid.J. Surg.* 1977. 1. 19-25.

- Amdrup E., Andersen D., Insen H.* Selective vagotomy of the parietal cell mass preserving innervation of the undrained antrum et preliminary report of results with duodenal ulcer // *Gastroenterology*. 1970. 59. 522- 527.
- Amdrup E., Jensen N., Johnston D.* et al. Clinical results of parietal cell vagotomy (highly selective vagotomy) two to four years after operation // *Ann. Surg.* 1974. 180. 279 - 284.
- Andersen D., Hostrup H., Amdrup E.* The århus county vagotomy trial. 2. An interim report on a reduction in acid secretion and ulcer recurrence rate following parietal cell vagotomy and selective gastric vagotomy // *World J. Surg.* - 1978. - Vol.2, N 1.- P. 91 - 99.
- Anselmi A., Salvini P., Crozzoli L., Manenti F., Papotti R., Sallusti M., Signorelli F., Segala M.* Comparison of mechanical and manual anastomoses in emergency gastric resection // *G. Chir.* 1991 Mar., 12(3): 81-3.
- Anvari M., Jamieson G.G.* Surgical applications of the function of the pylorus // *Surg. Annu.* 1992, 24 Pt 1: 181-94.
- Arora A., Tandon R.K., Nijhawan S., Mathur M., Shenoy S.* Unusual postoperative sequelae of duodenal ulcer // *J. Assoc. Physicians India*. 1990 May, 38(5): 347 9.
- Avgerinos A., Stavropoulos G.S., Yalouris A., Rekoumis G., Stavrakaki A., Raptis S.* Duodenogastric reflux before and after surgical or medical therapy for duodenal ulcer // *Am. J. Gastroenterol.* 1990 Feb., 85(2): 150 3.

## B

- Bahnini J. M., Roseau E., Hollender L.F.* Hemorrhagic ulcer of the bulb. Plea for gastric resection // *Chirurgie*. 1992, 118(4): 197-200, discussion 200-1.
- Bailey R.W., Flowers J.L., Graham S.V., Zucker K.A.* Combined laparoscopic cholecystectomy and selective vagotomy // *Surg Laparosc Endosc.* 1991 Mar., 1 (1): 45-9.
- Balint A., Balazs P., Batorfi J., Fazekas T., Refi M., Ihasz M.* Study on dysphagia after proximal selective vagotomy // *Acta Chir. Hung.* 1991, 32(4): 341-5.
- Banerjee S.T., Chatterjee A., Bhattacharya S.* Clinical and endoscopic evaluation of gastroduodenal haemorrhage // *J. Indian Med. Assoc.* 1994 Jul., 92(7): 221-2.
- Barbier P., Limboch J.M.* Duodenal ulcer: long-term treatment // *Acta Gastroenterol. Belg.* 1991 May-Aug., 54(3-4): 273-5.
- Baron I.H.* Clinical tests of gastric secretion. - London, 1978.
- Batorfi J., Ihasz M., Balint A., Fazekas T., Koiss I.* Technique of extensive proximal selective vagotomy // *Acta Chir. Hung.* 1991, 32(2): 141-52.
- Batorfi J., Kiss K., Radnai Z., Fazekas T., Balint A., Barta T.* Surgical treatment of stenosed duodenal ulcers // *Acta Chir. Hung.* 1992-93, 33(1-2): 37-44.
- Bazira L., Ndabaneze E., Rukeratabaro A.* Evaluation of the surgical treatment of duodenal ulcers. Apropos of 616 patients operated on in Bujumbura // *Med. Trop. Mars.* 1990 Apr., 50(2): 191-4.
- Becker H.D.* Pathogenese, diagnostik und therapie der dumping-syndroms // *Chirurg*, 1977, Bd 48, N 4, S. 247- 253.
- Benichoux R., Durlik M., Mainard D.* The gastric stress ulcer of the rat: The relative contribution of piloric sphincter, HCO<sub>3</sub>, bile reflux and mucosal blood flow // 31st Congr. Int. Soc. Surgery, - 1985. - P. 39.
- Beno I., Chorvathova V., Cerven J.* Eiwei Bstoffwechsel nach Magenresektion // *Dtsch z. Verdau. Stoffwechselkr.*, 1976. Bd36, N 5-6, S. 263- 267.
- Berger H.G., Meves F., Apitzsch D.* Angiographische und intraoperative Befunde bei isolierter Stenose oder Verschluss der Arteria coeliaca // *Thoraxchir. vasc. chir.* - 1977.- Vol.25. - N2. -

P. 74 - 82.

*Bergmann W., Concenterius K., Braun H.E.* Olcera duodenu - multizentrische Doppelblind - Studie mit Proglumid. Med.

*Berstad A., Aadland E., Bjerke A.* Relapse of duodenal ulcer after treatment with trimipramine-antacids ore cimetidine - antacids. - Scand. J. Gastroentorol., 1981, v.16, p. 433 - 936.

*Berstad A., Rydning A., Aadland E.* Controlled clinical trial of duodenal ulcer healing with antacids tablets. - Scand. J. Gastroenterol., 1982, v. 17, p. 953 - 959.

*Berthoud H.R., Powley T.L.* Vagal afferent innervation of the rat fundic stomach: morphological characterization of the gastric tension receptor // J. Comp. Neurol. 1992 May 8, 319(2): 261-76.

*Besker H.* Effect of vagotomy on Gastrointestinal Hormones: Solieto internationale di Chirurgie 28th Congress. San -Francisco. Sept. 2- 8. 1979.

*Bettschart V., Vuilleumier H., Cutlat J.F.* Selecrive proximal vagotomy by laparoscopy // Helv. Chir. Acta. 1994 Jul., 60(5): 793-7.

*Bhowmick B.K.* Recurrent near-death experience with post-vagotomy syndrome // J.R. Soc. Med. 1991 May, 84(5): 311.

*Bianchi Porro G., Dal-Monte P.P., Petrillo M.* Pirenzepin versus cimetidine in duodenal ulcer. - Digestion, v.23, p.110-115.

*Bleckett R.L., Johnston J.* Recurrent ulceration after highly selective vagotomy for duodenal ulcer // Brit. J. Surg. - 1981. - Vol. 68. N 10.- P. 705-710.

*Bliznashki I.* Selective surgical treatment in hemorrhages from gastric and duodenal ulcers. The surgical procedure a methods // Khirurgiia Sofiia. 1993, 46(4): 5-10.

*Bloom S.R., Royston C., Thomson J.* Enteroglucagon release in the dumping syndrom // Lancet, 1972, vol. 2, N 7781, P. 789-798.

*Blum A.L., Greutzfeldt W., Hausamen T.U.* Konservative und chirurgische Ulkustherapie. - Dtsch. med. Wschr., 1978, N 14. S.581 -586.

*Bodner B., Harrington M.E., Kim U.* A multifactorial analysis of mortality and morbidity in perforated peptic ulcer disease // Surg. Gynecol. Obstet. 1990 Oct., 171(4): 315-20.

*Boldi S.D.* Critial review of the results of vagotomy in the treatment of duodenal ulcer // Minerva Chir. - 1987. - Vol.42, N 19.- P. 1465- 1472.

*Bolton F.J., Hutchinson D.N., Hinchlijje P.M.* et al. Distribution in various clinical groups of antibody to Campylobacter pylori detected by enzyme-linked immunosorbent assay, complement fixation and microagglutination tests // Serodiagnosis Immunother. Infect. Dis. - 1989. - Vol.3, N1. - P. 41 - 50.

*Booth L., Holdstok J., MacBride H.* Clinical importance of Campylobacter pyloridis and associated serum IgG and IgA antibody responses in patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy // J. Clin. Pathol.- 1986.Vol.39. N 2.- P.215-219.

*Bowden T.A.Jr., Hooks VH 3d, Rogers D.A.* Role of highly selective vagotomy and duodenoplasty in the treatment of postbulbar duodenal obstruction // Am. J. Surg. 1990 Jan., 159(1): 15-9, discussion 19-20.

*Brancatisano R., Falk G.L., Hollinshead J.W., Gillet D.J.* Bleeding duodenal ulceration: the results of emergency treatment with highly selective vagotomy // Aust. N-Z. J. Surg. 1992 Sep., 62(9): 725-8.

*Branicki F.J., Nathanson L.K.* Minimal access gastroduodenal surgery // Aust. N-Z J. Surg. 1994 Sep., 64(9): 589-98.

*Braticu E., Ungureunu D., Ulmeanu D.* The delayed refractory stomach after gastroduodenal surgery // Chirurgia Bucur. -1993, 42(2): 18-30.

- Braun L.* Surgical therapy of ulcer disease. Early and late results of elective and emergency interventions // *Chirurg.* 1991 Sep., 62(9): 681-5.
- Bretzke G., List A.* The site of recurrent ulcer following stomach surgery (Billroth I and II) // *Z. Gesamte Inn. Med.* 1--Mar 1990. Mar 1, 45(3): 78-80.
- Brodie S.W.* Survival after postoperative avascular necrosis of lesser curve of stomach // *Br. Med.J.* - 1975. -Vol.3. - P. 229.
- Brzozowski T., Dembinski A., Konturek S.* Influence of Tolpa Peat Preparation on gastroprotection and on gastric and duodenal ulcers // *Acta Pol. Pharm.* 1994, 51(1): 103-7.
- Bues M., Langhaus P., Schonleben K.* Cancer Risk for the Gastric Surgery Patient - Criterif for Remedial Intervention // *A. Century of Ulcer Surgery.* Munich, Vienna, Baltimore, 1984. 300 - 303.
- Burge H.* Vagotomy. London, 1964. 100 p.
- Busman D7C., Volovics A., Munting J.D.K.* Recurrence rate after highly selective vagotomy // *Wid J. Surg.* 1988. Vol. 12, - N 2, p. 217-223.
- Busman O.A., Munling J.D.K.* Results of highly selective vagotomy in a nonuniversity teaching hospital // *Br.J.Surg* :- 1982.-Vol.69.- P. 620-624.
- Byrne D.J., McAdam W.A.* Highly selective vagotomy: use of a ligature carrier // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 1990 Jan. 72(1): 9-10.

### C

- Calan L., Portier G., Legue E.* et al. Cent-dix vagotomics hyperselectives pour ulsere duodenal: Resultats ammoyen terme (mediane de surveillance: Vingt - cingmois) // *Sem. Hop.-* 1986. - Vol.62, N.48-49. - P. 3817-3821.
- Campbell R., Kennedy T., Johuston G.W.* Gastric ulceration after Nissen fundoplication // *Brit. J. Surg.* 1983, vol. 70, N 7, p. 406 - 407.
- Carditello A., Bartolotta M., Bonavita G.* Vagotomie tronculaire et inhibiteurs des recepteurs H2 // *Lyon Chir.* 1985, vol. 81, N2, p.130- 131.
- Carditello A., Sturniolo G., Bartolotta M., Banavita G., Brancato V.* La vagotomia tronculaire, oggi // *Minerva chir.* 1984, vol. 39, N 17, p. 1155- 1159.
- Carlson R.G., Hocking M. P., Sninsky C.A., Vogel S.B.* Erythromycin acts through a cholinergic pathway to improve canine-delayed gastric emptying following vagotomy and Roux-Y antrectomy // *J. Surg. Res.* 1991 May, 50(5): 494-8.
- Carrillo N., Garassini M.E.* Echography of post-vagotomy gallbladder emptying // *G.E.N.* 1990 Jan-Mar., 44(11): 41-5.
- Carvajal S.H., Mulvihill S.J.* Postgastrectomy syndromes: dumping and diarrhea // *Gastroenterol. Clin. North Am.* 1994,- Jun., 23(2): 261-79.
- Casal M.A.* Cesar Roux and his Roux-en-Y anastomosis // *Acta Gastroenterol. Latinoam.* 1993, 23(3): 175-85.
- Caspary W.F., Schlissel R.* Postoperative Folgezustande nach Vagotomy // *Internist.* - 1982. - Bd23. - S.486 - 493.
- Caygill C.P.S., Hill M.J., Hall C.N., Kirkham J.S.* Increased risk of cancer of multiple sites after gastric surgery for peptic ulcer // *Gut.* 1987. 28. 8. 924-928.
- Caygill C.P., Knowles R.L., Hall R.* Increased risk of cancer mortality after vagotomy for peptic ulcer: a preliminary analysis // *Eur. J. Cancer Prev.* 1991 Oct., 1(1): 35-7.
- Cheadle W., Baker P.P., Cuschieri A.* Pyloric reconstruction for severe vasomotor dumping after vagotomy and pyloroplasty // *Ann. Surg.* - 1985. - Vol. 202, N 5. - P. 586 - 572.
- Chevallier J. M.* Surgery of gastro-duodenal ulcers. Vagotomy // *Soins Chir.* 1990 Mar (109):I



- II. Chirurgia Bucur. 1992, 41(1):19-31.

*Chisholm E.M., Raimes S.A., Leans H.T., Li A.K.* Proximal gastric vagotomy and anterior seromyotomy with posterior truncal vagotomy assessed by the endoscopic congo red test // *Br. J. Surg.* 1993 Jun., 80(6): 737-9.

*Chittajallu R.S., Dorrian C.A., McColl K.E.* Effect of *Helicobacter pylori* on serum pepsinogen I and plasma gastrin in duodenal ulcer patients // *Scand. J Gastroenterol.* - 1992. - 27(1). - P. 20 - 24.

*Choi S., Boey J., Alagartnam T.T.* et al Proximal gastric vagotomy in emergency peptic ulcer perforation // *Surg. Gynec. Obstet.*- 1986.-Vol. 163, N 6. - P.531-535.

*Christensen A., Bousheld R., Christensen J.* Incidence of perforated and bleeding peptic ulcers before and after the introduction of H<sub>2</sub>-receptor antagonists // *Ann. Surg.* - 1988. - Vol. 207, N 1. - P. 4 - 6.

*Christiansen P.M., Hansen O.H., Pedersen T.* Reconstruction of the pylorus for postvagotomy diarrhoea and dumping // *Brit. J. Surg.* - 1974. - Vol. 61, N 7.- P.519-520.

*Civalero L.A.* Selective proximal vagotomy in duodenal ulcer. Anatomy of vagal nerves. Surgical technique. Clinical results // *Acta Chir. Scand.*- 1979. - Suppl.491.- p. 146.

*Civalleri D., Camerini G., D'Aniello R., Arnone G.B., Cosce U., Simoni G., Bonalumi U., Griffanti Bartoli F., Anfossi A., Bachi V.* Distal gastrectomy with Y gastroenteroanastomosis not associated with vagotomy in elective surgical treatment of gastroduodenal ulcer. Clinical and functional long-term results // *Minerva Chir.* 1990 Mar 15, 45(5): 257-70.

*Clark C.G.* Nutritional and metabolic complications of partial gastrectomy. In: *Vagotomy on trial.* // London: Heinemann, 1973, p. 53 - 65.

*Clark C.G., Fresini A., Araujo J.C., Boulos P.B.* Proximal gastric vagotomy or truncal vagotomy and drainage for chronic duodenal ulcer? // *Curr. Surg.* 1986, vol. 73.N 4, p. 298 - 300.

*Clark C.G., Fresini A., Araujo J.C., Boulos P.B.* Proximal gastric vagotomy or truncal vagotomy and drainage for chronic duodenal ulcer? // *Curr. Surg.* 1987, vol. 44, N 6, p. 521 - 522.

*Clark C.G., Fresini A., Arayo J.G.C.* et al. Truncal vagotomy and drainage: a comparison of elective and emergency operations // *Brit. J. Surg.* - 1985. - Vol. 72, N 2.- p. 149- 151.

*Clement D.J., Meyer G.W.* Peptic ulcer disease. Pt. 1. - *Pract. Gastroenterol.*, 1983, v. 7, N 2, p. 52- 67.

*Cochran T.A.* Bleeding peptic ulcer: surgical therapy // *Gastroenterol. Clin, North. Am.* 1993 Dec., 22(4): 751-78.

*Collard J.M., Ballet T., Malise J., Otte J.B., Kestens P.J.* The treatment of perforated gastro-duodenal ulcer // *Acta Chir. Belg.* 1990 Jul-Aug., 90(4): 158-62.

*Constantinescu C., Bratucu E.* Ulcer perforation- a risk factor in the evolution and treatment of duodenal ulcer // *Chirurgia Bucur.* 1991, 40(2): 91-8.

*Cooke A.R.* Environmental aspects of ulcer disease. In: *Advances in ulcer disease.* N.Y., 1980, p. 27 - 36.

*Costalat G., Dravet F., Alquier Y., Noel P., Vernhet J.* Treatment of perforated peptic ulcer using the round ligament under celioscopy // *J. Chir. Paris.* 1991 Feb., 128(2): 91-3.

*Couinaud C.* Necrose ishemique de la petite courbure de L'estomac a pres vagotomy supra-selective // *J. Chir. (Paris).* - 1983.- Vol. 120.- P.77 - 83.

*Croce E., Azzola M., Golia M., Russo R., Angelini S., Contin G., Ubezio D., Pompa C.* Laparoscopic posterior truncal vagotomy and anterior proximal gastric vagotomy // *Endosc. Surg. Allied. Technol.* 1994 Apr., 2(2): 113-6.

*Croft R.A.* Reperitonealization and imagination of the lesser curvature of the stomach following proximal gastric vagotomy // *Arch. Surg.* - 1978. - Vol. 113.- P. 206 - 207.

*Csendes A., Maluenda F., Braghetto I., Schutte H., Burdiles P., Diaz J.C.* Prospective randomized study comparing surgical techniques for the treatment of gastric outlet obstruction secondary to duodenal ulcer // *Am. J. Surg.* 1993 Jul., 166(1):45-9.

*Cugini P., Giangregorto G., Leonardi C., Monetti D.* Fasi lunari e malattia peptica ulcerosa // *Minerva dietol. Gastroenterol* // 1987. 3. 189 - 192.

#### D

*Dal Monte P.P., Bianchi Porro G., Petrillo M.* Long term treatment of duodenal ulcer with pirenzepine. - *Scand. J. Gastroenterol.*, 1982, v. 17, Suppl. 72, p. 225 - 228.

*Damamme A., Le Roux Y., Dornier L., Brefort J.L., Samama G.* Celioscopic treatment of perforations of duodenal ulcers. 6 cases // *Presse Med.* 1994 Jun 4, 23(21): 982-4.

*Dammann H.G.* H2-blocker refractory ulcers: what can be done? // *Z. Gastroenterol.* 1992 Apr., 30(4): 268-71.

*Darle N.* Operative treatment in massive peptic ulcer bleeding // *Scand. J. Gastroenterology.* - 1985. Vol. 20, suppl. 110.- P. 109 - 111.

*De Miguel J.* Does proximal gastric vagotomy without drainage meet the expectations of surgery in the treatment of duodenal ulcer? // *Rev. esp. enferm. apar. dig.*, 1979, vol. 56. N 1, p. 9 - 18.

*De Veres B.C., Eeftink G., Schattenkark E.B.* et al. Prospective randomized multicenter trial of proximal gastric vagotomy or truncal vagotomy and antrectomy for chronic duodenal ulcer: results after 5-7 years // *Brit. J. Surg.* - 1983. - Vol. 70. - P. 701 -703.

*Defraigne J. O., Innocenti C., Dekoster G., Limet R.* Truncal vagotomy and pyloroplasty combined with valvular replacement in patients with ulcer disease // *J. Cardiovasc. Surg. Torino.* 1991 Jan-Feb., 32(1): 42-5.

*Delcore R., Cheung L.Y.* Surgical options in postgastrectomy syndromes // *Surg Clin North Am.* 1991 Feb., 71(1): 57-55.

*Demartines N., Rothenhuhler J.M., Chevalley J.P., Harder F.* Results of the surgical treatment of gastroduodenal hemorrhage // *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1991 Jun 1, 121(22): 839-42.

*Demling L., Lux G.* Ulcer duodeni - Internistische Behandlung, Erfolge und Grenzen. - *Chirurg.* 1982, N 1. S. 1 - 8.

*Di Vita G., Siragusa G., Scoya A.S., Franco V., Aragona F., Di Pace G.* A comparative study of Billroth II and Roux-Y gastrojejunostomy. The mucosa of the gastric stump // *Minerva Chir.* 1991 Mar 15, 46(5): 169-73.

*Dica S., Herman G., Turdeanu N.* et al. Sindrom Mallory - Weiss causa rara a hemoragiilor digestive superioare grave in patologia de urgenta // *Rev. chir. (Chir.).* - 1986. Vol. 35, N 2. - P. 153 - 156.

*Doberneck R.C.* Limited operation for bleeding or perforated gastric ulcer in high risk patients // *Am. Surg.* 1993 Jul., 59(7):472-4.

*Docobo Durantez F., Fernandez F., Dovale M., Lozano Crivell M., Del Alamo Juzgado C.* Risk of carcinoma of the stomach after vagotomy // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 1990 May, 77(5): 323-6.

*Doldi S.B.* Ruole della vagotomie nella terapia dell' ulcera duodenale // *Minerva Chir.* - 1989. - Vol.44,- N 3.- P. 275-282.

*Domschke S., Domschke W.* Modifizierte H2-Rezeptorenblocker in der Ulkustherapie. *Dtsch. med. Wschr.*, 1982, N 48, S.1827-1830.

*Donahue P.E., Bombeck C.T., Condon R.E., Nyhus L.M.* Proximal gastric vagotomy versus selective vagotomy with antrectomy: Results of a prospective, randomized clinical trial after

- four to twelve years // *Surgery*. 1984, vol. 96. N 4, P.585-591.
- Donahue P.E., Bombeck C.Th., Yoshida Y., Nyhush M.* Endjsejpic congo red test during-proximal gastric vagotomy // *Amer. J. Surg.* 1987, vol. 153, N 3, p. 248 - 255.
- Donahue E., Richter H.M., Liu K.J., Anan K., Nyhus L.M.* Extended superselective vagotomy. Experimental bases and application in the surgical treatment of duodenal ulcer // *J. Chir. Paris*. 1994 Jan., 131(1): 1-9.
- Dooley C.P., McKenna D., Humphreys H.* et al. Hycological gastritis in duodenal ulcer: relationship to *Campylobacter pylori* and effect of ulcer therapy // *Am. J. Gastroenterol.* - 1988. - Vol.83, N3. - P. 278 - 282.
- Dousa T.P.* Pathogenesis of ulcer disease: comments and perspectives. - In: *Advances in ulcer disease*. Stockholm, 1982, P. 131 -137.
- Duca S., Chirileanu T., Acalovschi I., Vlad L.E., Funariu G., Paraian I., Popa E.L., Kovacs T., lancu C.* Late reinterventions after the surgical treatment of gastric and duodenal ulcer // *Pop. F.* et al.
- Duek S.D., Barzilai A.* Treatment of Zollinger-Ellison syndrome // *Harefuah*. 1991 Apr 1, 120(7): 384-5.
- Dujer B., Nanxiong S., Kaldor J., Tee W.* Antibody respons to *Campylobacter pylori* in an ethnic group lacking peptic ulceration // *J. Infect. Dis.* - 1988. - Vol.20. - P. 63 - 68.
- E
- Eagon J.C., Miedema B. W., Keliy K.A.* Postgastrectomy syndromes // *Surg. Clin. North. Am.* 1992 Apr., 72(2): 445-65.
- Eastman M., Cear M.* Vagotomy and Pyloroplasty for Gastric Ulcers // *Brit. J. Surg.* 1979. 66. 4. 238 - 241.
- Edwards D.A.* Post-vagotomy dysphagia // *Lancet*, 1970, vol. 2. N 7662. p. 90 - 92.
- Elder J.B., Knight T.* Surgical suppression of gastric acid secretion. Lessons from long-term follow-up studies // *Scand J. Gastroenterol. Suppl.* 1991, 188: 26-32.
- Ellis F.H.Jr., Gibb S.P.* Vagotomy, antrectomy, and Roux-en-Y diversion for complex reoperative gastroesophageal reflux disease // *Ann. Surg.* 1994 Oct., 220(4): 536-42, discussion 542-3.
- Eloff S.J.* Neopylorus: a functional reflux-free gastroenterol anastomosis // *J. R. Coll. Surg. Edinb.* 1992 Oct., 37(5): 313-8.
- Emas S., Fernstrom M.* Prospective randomized trial selective vagotomy with pyloroplasty and selective proximal vagotomy with and without pyloroplasty in the treatment of duodenal, pyloric and prepyloric ulcers // *Amer. J. Surg.* -1985.-Vol. 149, N 2.-P. 236-243.
- Emas S., Eriksson B.* Twelve-year follow-up of a prospective, randomized trial of selective vagotomy with pyloroplasty and selective proximal vagotomy with and without pyloroplasty for the treatment of duodenal, pyloric, and prepyloric ulcers // *Am. J. Surg.* 1992 Jul., 164(1): 4-12.
- Emas S., Grupcev G., Eriksson B.* Six-year results of a prospective, randomized trial of selective proximal vagotomy with and without pyloroplasty in the treatment of duodenal, pyloric, and prepyloric ulcers // *Ann. Surg.* 1993 Jan., 217(1): 6-14.
- Emas S., Grupcev G., Eriksson B.* Ten-year follow-up of a prospective, randomized trial of selective proximal vagotomy with ulcer excision and partial gastrectomy with gastroduodenostomy for treating corporeal gastric ulcer // *Am. J. Surg.* 1994 Jun., 167(6): 596-600.
- Engeike B., Kamphauen V., Roth E.W.* Selective proximale vagotomie (SPV). Erfahrungen und technic mit dem LDS - Gerat // *Chirurg.* - 1977. - Bd.48. - S.728 - 731.
- Engell J.* Complications of vagolomy // *Amer. J. Gastroenterology.* 1978. 70. 1. 55 - 60.
- Eriksson B., Szego T., Emas S.* Duodenogastric bile reflux before and after selective proximal

vagotomy with and without pyloroplasty // *Scand. J. Gastroenterol.* 1990 Feb., 25(2): 161-4.

## F

*Falk G.I., Hollinshead J. H., Gillett D.J.* Highly selective vagotomy in the treatment of complicated duodenal ulcer // *Med. J. Aust.* 1990 Jun 4. 152(11): 574-6.

*Fallahzadeh H.* Elective procedure for peptic ulcer: a disappearing operation // *Am. Surg.* 1993 Jan., 59(1): 20-2.

*Farthmann E.H., Hanng R.L.* Therapeutic possibilities in therapy-resistant ulcers-surgical aspects // *Schweiz. Rundsch. Med. Prax.* 1992 Jul 28. 81(31-32): 929-31.

*Fasching W.* Laparoscopic selective proximal vagotomy (letter) // *Dtsch. Med. Wochenschr.* 1991 Jan 25, 116(4): 156.

*Favre J.P.* Perforated ulcer. The first episode of ulcer. Vagotomy? What type? // *Ann. Chir.* 1990, 44(4): 269-71, discussion 271-2.

*Faxen F., Kewenter J., Koch N.* Gastric Emptying and Acid Secretion during the First Postoperative Year after Parietal Cell Vagotomy // *Scand. J. Gastroenterology.* 1978. 13. 5. 551 - 556.

*Feldman M.* Inhibition of gastric acid secretion by selective and non selective anticholinergics. - *Gastroenterol.*, 1984. v. 86, N2, p. 361-366.

*Fibak J., Onyszkiewicz A.J., Slowinski K., Burchardt W., Kolasinski J.* Factors effecting recurrence of duodenal ulcers after highly selective vagotomy // *Pol. Tyg. Lek.* 1991 Nov 11-25. 46(45-47): 869-71.

*Fich A., Neri M., Camilleri M., Kelly K.A., Phillips S.F.* Stasis syndromes following gastric surgery: clinical and motility features of 60 symptomatic patients // *J. Clin. Gastroenterol.* 1990 Oct., 12(5): 505-12.

*Fischer A.* Late mortality after ulcer surgery // *Ugeskr. Laeger.* 1990 Jan 22, 152(4): 211-2.

*Fixa B., Komarkova O., Krejsek J.R.* et al. Specific Cellular Immune Response in Patients with *Helicobacter pylori* infection // *Hepatogastroenterology.* - 1990. - Vol.37. N6. - P. 606 - 607.

*Flook O., Stoddard C.J.* Gastro-aesophageal Reflux and Oesophagitis Before and after Vagotomy for Duodenal Ulcer // *Brit. J. Surg.* 1985, vol. 72, N 10, p. 804 - 807.

*Franke S., Lehmann E., Kerscher P.* Benign Gastric Outlet Obstruction- Results of Therapy by Selective Proximal Vagotomy Alone // *A Century of Ulcer Surgery.* Munich, Vienna, Baltimore, 1984. 69 - 72.

*Franke A., Gateckle F., Reding R.* Complicated duodenal ulcer, vagotomy or distal resection - own experience // *Sb. Ved. Pr. Lek. Fak. Karlovy Univerzity Hradci Kralove.* 1992, 35(1): 143-8.

*Frede K., Muller C.* Type and Frequency of Recurrent Ulcer Disease Following Proximal Selective Vagotomy // *A Century of Ulcer Surgery.* Munich, 1984. 86 - 88.

*Fritsch W., Hengenis K.* Einfluss der Vagotomie auf die Serum-Gastrinspiegel // *Z. Gastroenterology.* 1979. 17. 8. 503 - 510.

*Fugger R., Niederle B., Jantsch H., Schiessel R., Schulz F.* Endoscopic tube implantation for the palliation of malignant esophageal stenosis // *Endoscopy.* 1990 May, 22(3): 101-4.

*Funariu G., Chirileanu T., Duca S., Vlad L., Cotul M.* The reinsertion of the duodenum into the digestive circuit indications and surgical technics in operated stomach syndromes // *Rev Chir Oncol Radiol. O. R. L. Oftalmol. Stomatol. Chir.* 1990 Mar-Apr., 39(2): 195-104.

## G

- Galimov O.V., Prazdnikov E.N.* Surgical management of gastroduodenal ulcer associated with hiatal hernia // *Surg. Gynecol. Obstet.* 1993 Sep., 177(3): 223-6.
- Gaurts M.J.C., Winckers E.K.A., Wittebol P.* The effects of highly selective vagotomy on secretion and emptying of the stomach // *S.G. O.*, - 1977.-Vol.145, N6.- P. 826 - 836.
- Geldof H., van der Schee E.J., van Blankenstein M., Smout A.J., Akkermans L.M.* Effects of highly selective vagotomy on gastric myoelectrical activity. An electrogastrographic study // *Dig. Dis. Sci.* 1990 Aug., 35(8): 969-75.
- Georgi B.A., Rossi R.L.* Parietall cell vagotomy in ulcer treatment // *Infect. Surg.* - 1988. - Vol. 7, N 4. - P. 265 -275.
- Gibinski K., Novak A., Gabrielewitz A.* Treatment of duodenal and gastric ulcer with ranitidine. - *Dsch. Z. Verdau u. Stoffwechsellkrn.*, 1982, N 2 - 3, S. 64 - 69.
- Click S.N.* Duodenal ulcer // *Radiol. Clin. North. Am.* 1994 Nov., 32(6): 1259-74.
- Gluszek S., Matusiewicz J.* Morphology of canine pancreas in electron microscopy following truncal and highly selective vagotomy // *Mater. Med. Pol.* 1993 Jan-Mar., 25(1): 27-31.
- Gobet B., Malikova E., Mignon M., Vattier J.* Gastric secretory investigation of recurrent ulcer after surgery for duodenal ulcer // *Hepatogastroenterology.* 1991 Dec., 38(6): 522-7.
- Goh P., Tekant Y., Isaac J., Kum C.K., Ngoi S.S.* The technique of laparoscopic Billroth II gastrectomy // *Surg. Laparosc. Endosc.* 1992 Sep., 2(3): 258-60.
- Goligher J. C., Hill G., Kenny T., Nutter E.* Proximal gastric vagotomy for duodenal ulcer: results after 5-8 years / *Brit. J. Surg.*, 1978, vol. 65, N 1, p. 145 - 151.
- Gollinger J., Feather D., Holl R.* Several standart elective operations for duodenal ulcer: 10 to 16 year clinical results // *Ann. Surg.* 1979. 189. 1. 18-24.
- Gomez Ferrer Bayo F.* A new technique for the treatment of chronic duodenal ulcer // *Int. Surg.* 1992 Oct-Dec., 77(4): 317.
- Gomez-Ferrer-Bayo-F.* A new technique for the treatment of chronic duodenal ulcer // *Surg-Laparosc-Endosc.* 1994 Feb., 4(1): 76.
- Gonzalez E.M., Amam B.N.* Proximal gastric vagotomy. A prospective study of 829 patients with four-years follow up // *Acta Chir. Scand.* - 1983. - Vol.149. - P. 69 - 76.
- Goodwin C.S., Armstrong J.A., Chilvers T.* et al. Trasfer of *Campylobacter pylori* and *Campylobacter mustelae* to *Helicobacter gen.nov* as *Helicobacter pylori comb.nov*, respectively // *Int. J. Syst. Bacteriol.* - 1989. - Vol.30, N4. - P. 397 - 405
- Goodwin C.S., Armstrong J.A., Marshall B.J.* *Campylobacter pyloridis*, gastritis and peptic ulceration // *J. Clin. Pathol.* - 1986.-Vol.39 - P. 353 - 365.
- Gorey T.F., Lennon F., Hefferman S.J.* Highly selective vagotomy in duodenal ulceration and its complications. A - 12 year review // *Ann. Surg.* 1984, vol. 200, N 2, p. 181 - 184.
- Gradinaru V., Seicaru T., Horeanga D., Miron A.* Complicated postbulbar duodenal ulcers: the characteristics of the diagnosis and of the surgical procedure and management // *Chirurgia Bucur.* 1991, 40(1): 11-20.
- Graham D. Y., Opekun A., Zew G.M.* *Helicobacter pylori* - associated exaggerated gastrin release in duodenal ulcer patiens. The effect of bombesin infusion and urea ingestion // *Gastroenterology.* - 1991 Jun. - 100(6). - P. 1571 - 1575,
- Grassi G.* The technique of proximal selective vagotomy // *Chir. Gastroenterology.* 1971. 5. 3. 399 - 405.
- Greenali M.J., Kettlewell M.G.* Highly selective vagotomy: history, development and current clinical results // *Mount Sinai J. Med.* - 1986. Vol. 53, N 7. - P. 566 - 577.
- Grosse G., Niedobitek F., Taube F.* Langzeitbeobachtungen zur Magenschleimhautbesiedlungen durch *Campulobacter pylori* // *Z. Gastroenterol.* - 1987. - 25, N 10. - S. 659 - 661.

- Grossman M.Z.* Peptic ulcer: The pathophysiological background // *Scand. Z. Gastroent.* - 1980. - Vol.15, Suppl.58. - P. 7-16.
- Guerre J., Chaussade S., Tulliez. M., Gaudric M., Zone A.* Helicobacter pylori infection and the surgically treated stomach // *Ann. Chir.* 1991, 45(10): 905-8.
- Gugler R., Musch L.* Cimetidine und neuere H2Rezeptorenblocker. - *Med. Welt.*, 1982, N 31 - 32. S.1083 - 1086.
- Guillert R., Buffard P., Tissot E., Philippe O.* Indications restantes de la vagotomie tronculaire // *Chirurgie (Paris)*, 1979., 105., 2., 125- 131.

## H

- Hadrani A., Lavelle Jones M., Kennedy N., Nill G., Sutton D., Cuschieri A.* Bile acid malabsorption in patients with post-vagotomy diarrhoea // *Ann. Chir. Gynaecol.* 1992. 81(4): 351-3.
- Hahn.Z., Batoosch. N., Zohmann.Z.* Helicobacter pylori Nachweis bei Patienten mit Zustand nach selektiver proximaler Vagotomie (SPV) // *Z. Gastroenterol.*- 29(10). - 1991.- S.567 - 568.
- Hakhoo S., Jalali B.K., Wani H.U.* Anterior seromyotomy with posterior truncal vagotomy in chronic duodenal ulcer // *Indian J. Gastroenterol.* 1990 Jan.. 9(1): 15-6.
- Hall R.H., Sammers G.A., Green M.A.* Complication of proximal gastric vagotomy // *Br. Med. J.* - 1974. - Vol.3. - P. 806 - 807.
- Halvorsen J. F., Heimann P., Solhaug J.H.* et al. Localized avascular necrosis of lesser curve of stomach complicating highly selective vagotomy // *Br. Med. J* - 1975. - Vol.2. P. 590 - 592.
- Hamby L.S., Zweng T.N., Strodel W.E.* Perforated gastric and duodenal ulcer: an analysis of prognostic factors // *Am. Surg.* 1993 May, 59(5): 319-23, discussion 323-4.
- Hamdi A., Zouari K., Nouri A., Saad H., Gargouri R., Tabka M.H., Achour H.* Long-term outcome of surgically // treated peptic ulcer. Review of a series of 419 patients operated for peptic ulcer // *Ann. Chir.* 1991, 45(6): 490-6.
- Hanisch E., Schwille P., Engelhardt W.* Super selective vagotomy with preserved vessels at the lesser curvature is more effective in preventing stress ulcers than conventional selective proximal vagotomy: An experimental study in the rat // 31st Congress of the international society of surgery (1985. 1 - 6 Sept., Paris): Abstracts. - Paris, 1985. - P. 96.
- Hannon J.K., Snow L.L., Weinstein L.S.* Linear gastrectomy: an endoscopic staple-assisted anterior highly selective vagotomy combined with posterior truncal vagotomy for treatment of peptic ulcer disease // *Surg. Laparosc. Endosc.* 1992 Sep., 2(3): 254-7.
- Harju E.* Metabolic problems after gastric surgery // *Int. Surg.* 1990 Jan-Mar., 75(1): 27-35.
- Harju E., Seppala E., Koivula T., Nordback I.* Postprandial blood concentrations of insulin-independent carbohydrate, galactose, in oral test after gastric surgery // *Surg. Res.* 1991, 23(5-6): 322-6.
- Harrington J.* A possible solution to the vagotomy - antrectomy and vagotomy pyloroplasty controversy // *Amer. J. Surg* 1971. 121. 3. 215-216.
- Hautefenille P.* La vagotomie fundique (proximal) pour ulcere du duode en dehors de complications // *Chirurgie (Paris)*. - 1981. -Vol.107. N 7.- P.533 - 535.
- Hautefenille P., Desnousseaux J. L., Adam P.* et al. 75 vagotomies fundiques pour ulcere du bulbe. Resultats operatories, cliniques, lesionnels et secretories // *Chirurgie.* 1978. - Vol.104. - P. 436 - 447.
- Heberer G., Teihman R.K.* Recurrence after proximal gastric vagotomy for gastric, pyloric, and prepyloric ulcera // *Wld. Surg.*, 1987, 11.3. p. 283 - 288. Bibliogr. 59 ref.
- Hedenstendt S., Moberg S.* The completeness of selective proximal vagotomy tested peroperatively with PH metry // *Acta chir. Scand.* 1971. 137. 551 - 554.

- Hefferman S.J. Lesser curve necrosis after proximal vagotomy // *Br. Med. J.* - 1976. - Vol.1. - P. 216 - 220.
- Heger R.A., Laughaus P., Hohenstein J. Estimating of Risk of Late Complication in Ulcer Surgery // *A Century of Ulcer Surgery*. Munich, Viena, Baltimore, 1984. 269 - 271.
- Heil Th., Mattes P., Pervs G. Reflux - ung Entleerungsrate gastroduodenaler und gastrojejunaler Anastomosen nach distaler Magenresektion. // *Langenbeck's Arch. Chir.*, 1980, Bd 353. S. 143 - 154.
- Henriou C., Bloquiaux W. Cent cas de vagotomie superselective sans pyloroplastie pour ulcer duodenal suivis pendant quatre a huitans // *Acta Chir. Belg.* 1982. 2. 85 - 89
- Hentschel E. Therapie und Prophylaxe des Ulcer duodeni und ventriculi mit Histamin-H2-Rezeptorantagonisten. - *Wien. med. Wschr.*, 1983, N 4,5. S. 104. Isenberg J.J. Gastric secretion in ulcer disease. - In: *Advances in ulcer disease*. N.Y., 1980, p. 243 - 254.
- Hentschel E. Current therapy of Helicobacter pylori-induced chronic gastritis and/or peptic ulcer // *Wien. Klin. Wochenschr.* 1994, 106(17): 543-6.
- Herbst F., Gruber E., Pratschner T., Schiessel R. Results of selective proximal vagotomy after 13 years // *Langenbeck Arch. Chir.* 1992, 377(5): 262-6.
- Herrington J.E. A 25-year experience with vagotomy-antrectomy // *Arch. Surg.* 1973. vol. 106. N 3. p. 466 - 473.
- Herrington J.L. The surgical management of duodenal ulcer and benign gastric ulcer // *Int. Surg.* - 1983. - Vol. 68. N 4.- P. 299 - 300.
- Herschlog A., Argov S. Parietal cell vagotomy. The first decade - physiologic considerations // *Curr.Surg.* - 1983. - Vol.40, N 1.- P.4 - 12.
- Hewitt P.M., Krige J., Bornman P.C. Perforated gastric ulcers: resection compared with simple closure // *Am. Surg.* 1993 Oct., 59(10): 669-73.
- Hildebrandt J., Hermann U. Selective proximal vagotomy with and without pyloroplasty in uncomplicated chronic duodenal ulcer. Results of a randomized clinical study 5 and 10 years following surgery // *Zentralbl. Chir.* 1992, 117(1): 36-40.
- Hill G.Z., Barker M.C.I. Anterior highly selective vagotomy with posterior truncal vagotomy: a simple technique for denervating the parietal cell mass // *Brit. J. Surg.* - 1978. - Vol.65. - P. 702 - 705.
- Himal H. Surgery for intractable duodenal ulcer // *Canad. J. Surg.* 1980, vol. 23, p. 411 - 412.
- Hirschowitz B.I., Fong J. Effects of antral vagotomy in dogs on gastrin and gastric secretion with various stimuli // *Am. J. Physiol.* 1990 Jun., 258(6 Pt 1): G919-25.
- Hoare A.M., Donovan I., Alexander Williams J. Effects of proximal gastric vagotomy and truncal vagotomy on gastritis, bile reflux, and acid output. // *Gut*, 1977, vol. 18, N 11, p. A950.
- Hoare A.M., Jones E, Alexander Williams J., Hawkins C. The symptomatic significance of gastritis and endoscopic hyperaemia following gastric operations // *Gut.*, 1976, vol. 17, N 5, p. 396.
- Hobsley M. Dumping and diarrhoea // *Brit. J.Surg.* - 1981. - Vol 68. - P. 681 - 684.
- Hoffman J., Fischer A., Jensen H. Unsuccessful experience with closure of foboulay gastro-duodenostomies in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea // *Ann. Surg.* - 1983. - Vol.198, N2. - P. 142 - 145.
- Hoffman J., Jensen H. Prospectiv 14- to 18-jears follow up study after parietal cell vagotomy // *Brit. J. Surg.* - Vol.74, N 11,- P. 1056-1059.
- Hoffman J., Jensen H., Christiansen J. Prospective controlled vagotomy trial duodenal ulcer. Results after 11-15 jears // *Ann. Surg.* - 1989. - Vol.209, N1. - P. 4045.
- Haffmann J., Shokouh-Amini M.H., Klarskov P., Madsen O.G., Jensen H.E. Gastrectomy for Reccurent Ulcer after Vagotomy: Five- to Nineteen - Year Follow - up // *Surgery*. 1986, vol. 99,

N 5, p. 517 - 522.

*Hoile R.W., Turner J.C.D.* Gastric fistula after proximal vagotomy // *Br.Med. J.* - 1975. -Vol.3. - P. 282-283.

*Holle F.* Adequate selective proximal vagotomy with pyloroplasty as new resective surgery for peptic ulcer disease: a 20 year review // *Jnt. Surg.* - 1983. - Vol.68, N4. - P. 295 - 298.

*Holle F.* The Physiopathologic Background and Standard Technique of Selective Proximal Vagotomy and Pyloroplasty // *Surg. Gynec. Obstet.* 1977. 145. 6. 853 - 859.

*Holle F., Andersson S.* Vagotomy (910 Falle) // Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg, 1974.

*Holle F., Holl G.* Vagotomy and Pyloroplasty (1456 Falle) // Springer - Verlag, Berlin - Heidelberg. *Erg. Chir. Orth.* 1980. 12- 17.

*Hollender L., Marrie A.* La vagotomie supra-selective. Masson, 1977. 144.

*Hollender L.F., De Manzini N.* State of the art in the treatment of peptic ulcer // *Ann. Ital. Chir.* 1990 Jan-Feb., 61(1): 5-8.

*Hollinger A., Nuesch H., Largiorder F.* Proximal selective Vagotomie mit oder ohne Pyloroplastik? // *Helv. Chir. Acta.* 1979. 45 6. 677-680.

*Holstein C.S., Graffner H., Oscarson J.* One hundred patients ten years after parietal cell vagotomy // *Brit. J. Surg.* - 1987. - Vol.74, N 2. - P. 101 - 103.

*Holtmann G., Layer P.H.* pylori and chronic duodenal ulcer: eradication therapy with ranitidine-antibiotic combination and follow-up of ulcer disease // *Z. Gastroenterol.* 1994 Aug., 32(8): 474-5.

*Hooks V.H., Bowden T.A., Mansberger A.R.* Highly selective vagotomy with dilatation or duodenoplasty // *Ann. Surg.* -1986. Vol. 203, N 5. - P. 545 - 551.

*Hooper T.L., Mactoy D., Magell J.* Lesser curve disconnection using a stapling device: highly selective vagotomy made quicker and easier // *Br. J. Surg.* - 1985. - Vol.1972. - P. 175 - 176.

*Houghton P.W.J., Leaper D.J.* Gastric cancer following highly selective vagotomy // *Postgraduate Med. J.* 1987. 63. 47 - 48.

*Hould F.S., Cullen J.J., Kelly K.A.* Influence of proximal gastric vagotomy on canine gastric motility and emptying // *Surgery.* 1994 Jul., 116(1): 83-9.

*Hrycek A., Dabek J., Zielinska Stasiura H., Klaptocz B., Nowakowska M., Radosz Komoniewska H.* Activity of lysozyme in serum and selected granulocytic cytoenzymatic markers evaluated in patients with duodenal ulcer treatment with ranitidine // *Wiad. Lek.* 1994 Feb., 47(3-4): 84-7.

*Huguier M., Marc F., Houry S.* Perforated peptic ulcer. Immediate results of therapeutic strategy // *Ann. Chir.* 1991, 45(5): 408-13.

*Hui W.M., Ho J., Jam S.K.* Pathogenetic role of *Helicobacter pylori* in duodenal ulcer disease. Multivariate analysis of factors affecting relapse // *Dig. Dis. Sci.* - 1991Apr. - Vol.36, N4. - P. 423 - 430.

*Hunt Ph.S.* Bleeding gastroduodenal ulcers: Selection of patients for surgery // *World J. Surg.* - 1987. - Vol. 11, N 3. -P.289 - 294.

## I

*Ihasz M., Batorfi J., Bolint A.* Proximal selective vagotomy for the management of the complications (bleeding, perforation, stenosis) of duodenal ulcer // *Acta Chir. Hung.* - 1987. - Vol. 28, N 2. - P. 67 - 77.

*Ihasz M.* Dumping syndrome and diarrhoea after vagotomy // *Acta chir. Acad. sci. hung.*, 1977, vol. 18, N 1, p. 1 - 12.

*Ihasz M., Batorfi J., Baiogh J. et al.* Ischaemic necrosis of the stomach as a complication of



- proximal selective vagotomy. //Acta Chir. Hungarica. - 1984. - Vol.25. - P, 21 - 31.
- Ihasz M., Balorti J., Szabo K.* Ergebnisse der vagotomie // Zbl. Chir. 1980. 105. 7. 376 - 383.
- Ihasz M., Radnai Z., Balint A., Szalay F., Mate M., Bereczky M., Posfai G.* Early complications of gastric resection // Acta Chir. Hung. 1991, 32(2): 183-96.
- Iliar V., Medrea B., Stoica A.* Valorea vagotomieii selective in treatmentul boalei ulceroase fara ulcer // Clij.med., 1970., 43 ., I., 81 -85.
- Imperati L., Natabl C., Morinaccio F.* Acid-fundic selective vagotomy of the stomach without drainage in the treatment of duodenal ulcer: technique and results // Brit. J. Surg. 1972. 59. 8. 602 - 604.

## J

- Jacobson E.I.* Gastric secretion. Regulation of Gastric secretion // Gastrointestinal Physiology. Saint Louis, 1977. 46 - 69.
- Jaffe B.* Parietal cell vagotomy Surgical Technique. Gastric Acid Secretion and Recurrence // Surgery. 1977. 82. 2. 284 - 286.
- Jamieson G.G., Maddern G.J., Myers C.* Gastric emptying after fundoplication with and without proximal gastric vagotomy //Arch. Surg. 1991 Nov., 126(11): 1414-7.
- Jaramillo J.L., Galvez C., Carmona C., Montero J.L., Mino G.* Prediction of further hemorrhage in bleeding peptic ulcer // Am. J. Gastroenterol. 1994 Dec., 89(12): 2135-8.
- Jatzko G., Lisborg P., Muller M., Wette V., Oschmautz. H.* Value of surgery in treatment of complicated gastroduodenal ulcer // Wien. Klin. Wochenschr. 1993, 105(9): 255-8.
- Jhnston D., Wilkinson A.* Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer // Brit. J. Surg. 1970. 57. 4. 289 - 296.
- John S., Fett H., Kunkel M., Latka H.* Indications, surgical technique and Early Results of Yedtnstend't's Selective Proximal Vagotomy // A Century Ulcer Surgery Munich, Viena, Baltimor, 1984. 65 - 68.
- Johnson A.G., Mc Dermitt S.J.* Lysolecithin in the pathogenesis of gastric ulceration // Gut. - 1974. - N 9. - P. 710 - 713.
- Johnson A.G., Reynolds K.N.* Technique of Vagotomy. Baceles and London, 1979. 55.
- Johnston D.* Operative mortality and postoperative morbidity after highly selective vagotomy // Brit. J. Surg. 1975. 62. 151-164.
- Johnston D.* Operative mortality and postoperative morbidity of highly selective vagotomy // Br. Med. J. - 1975. - Vol.4. -p. 545 - 547.
- Johnston D.* Recidive ulcereuse apres vagotomie suprasedective pour ulcere duodenal. Qui est responsable: lacidite pre-operatoire, la methode onle chirurgien? // Chir Mem. Acid. Chir. - 1985.-Vol.III.-N8.- P. 621-626.
- Johnston D., Blacket R. L.* Recurrent peptic ulcer // World J. Surg. - 1987. - Vol. 11, N 1. - P. 274 - 282.
- Johnston D., Blackrit R.L.* A new look at selective vagotomies // Amer. J. Surg. - 1988 - Vol. 156, N 5. - P. 416 - 436.
- Johnston D., Martin I.G.* A requiem for vagotomy // BMJ. 1991 Apr 20, 302(6782): 968.
- Johnston G.W., Spencer E.F., Wilkinson A.J., Kennedy T.L.* Proximal gastric vagotomy: follow-up at 10-20 years // Br. J. Surg. 1991 Jan., 78(1): 20-3.
- Jordan P.* A prospective study of rarietal cell vagotomy and selective vagotomy- antrectomy for treatment of duodenal ulcer // Ann. Surg. 1976. b. 183. 619.
- Jordan P.* Current status of parietal cell vagotomy // Ann. Surg. 1976. a. b. 659 - 671.
- Jordan P., Condon R.* A prospective evaluation of vagotomy - pyloroplasty and vagotomy -

- antrectomy for treatment of duodenal ulcer // *Ann. Surg.* 1970. 172. 547 - 563.
- Jordan P.H.* Our first 35 patients studied five year after parietal cell vagotomy // *Arch. Surg.* - 1979. - Vol.114. N4. -P. 528-535.
- Jordan P.H.* Proximal Gastric Vagotomy without Drainage for treatment of perforated duodenal ulcer // *Gastroenterology*, 1982, 83, 1 Vol. 179-183.
- Jordan P.H.Jr.* Surgery for peptic ulcer disease // *Curr. Probl. Surg.* 1991 Apr., 28(4): 265-330.
- Jordan P.H.Jr., Thornby J.* Twenty years after parietal cell vagotomy or selective vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. Final report. // *Ann. Surg.* 1994 Sep., 220(3): 283-93, discussion 293-6.
- Josephs L.G., Arnold J.H., Sawyers J.L.* Laparoscopic highly selective vagotomy // *J. Laparoendosc. Surg.* 1992 Jun., 2(3): 151-3.
- Junginger Th.* Folkeskrankheiten nach Vagotomie bei Gastroduodenal ulcus // *Leber. Magen. Darm.* - 1982. - Bd12, H2. - S. 52 - 59.
- Junginger Th., Pichlmaier H.* Ergebnisse nach SPV wegen Gastroduodenal Ulkus // *Dtsch. med. Wschr.* 1978. 104. 4. 127 - 132.
- Junginger Th., Pichlmaier U.* Vagotomie und Vagotomie Kontrolle - Ergebnisse einer Umfrage // *Lang. Arch. Chir.* - 1986. -Bd. 367. - Nr.3. - S.155 - 166.
- Junginger T., Riechert B.* The surgical therapy of gastroduodenal ulcer. The results of a survey // *Chirurg.* 1992 Mar., 63(3): 211-5.

## K

- Kalaja E.* et al. Accidents and complications in selective and prosimal gastric vagotomy // *Surgery.* - 1975. - Vol. N 1. - P. 140-143.
- Kalaja E., Clemensen I., Banke L.* et al. Accidents and complications in selective and proximal gastric vagotomy // *Surgery.* - 1975. - Vol.77. - P. 140 - 143.
- Kalsbeck H.C.* Ulceration and necrosis of the gastric wall after highly selective vagotomy // *Arch. Chir. Neer.* - 1977. - Vol.29.- P. 101 -108.
- Kaminishi M., Oohara T., Chiu M.L., Aoki F., Yamaguchi H., Shimoyama S.* Severe gastric mucosal changes following vagotomy with duodenogastric reflux // *J. Clin. Gastroenterol.* 1992, 14 Suppl 1: S.15-24.
- Karnes W.E., Ohning G. V., Sytnik B.* et al. Elevation of meal-stimulated gastrin release in subjects with *Helicobacter pylori* infection: reversal by low intragastric pH // *ReV. infect. Dis.* - 1991 Jul. - Aug 13. - Suppl.8. - P. 8665 - 8670.
- Katkhouda N.* Peptic ulcer surgery in 1994 // *Endosc. Surg. Allied. Technol.* 1994 Apr., 2(2): 87-90.
- Katkhouda N., Mouiel J.* A new technique of surgical treatment of chronic duodenal ulcer without laparotomy by videocoelioscopy // *Am. J. Surg.* 1991 Mar., 161(3): 361-4.
- Kato S., Fujii T., Nakano K., Naganuma H., Nakagawa H.* The effects of omeprazole on the ultrastructure of gastric parietal cells // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 1994 Jul., 19(1): 91-6.
- Kato T.* Myoelectrical appraisal of the operative procedure with preservation of the right gastroepiploic neurovascular peduncle in selective gastric vagotomy plus antrectomy // *Nippon Geka Gakkai Zasshi.* 1990 Nov., 91(11): 1675-84.
- Kaushik S.P.* Surgery in uncomplicated duodenal ulcer: are we close to the ideal operation? // *Indian J. Gastroenterol.* 1990 Jan., 9(1): 11-2.
- Kaushik S.P., Kohli P., Kumar P., Pradeep R., Saxena R., Suresh A.* Highly selective vagotomy in the treatment of peptic ulcer diathesis // *J. Assoc. Physicians India.* 1990 Sep., 38 Suppl 1: 716-9.

- Kaushir S.P., Ralphis D., Hobsley M., Le Quesne L.* Use of a provocation test for objective assessment of dumping syndrome in patients undergoing surgery for duodenal ulcer // *Amer. J. Gastroenterol.*, 1980, vol. 74, N 3, p. 251 - 257.
- Kayser L., Moller B., Harting K., Rune S.J.* Seven-year follow up of patients with duodenal ulcer disease // *Scand. J. Gastroenterol.* 1994 Aug., 29(8): 684-7.
- Kelly K.* Which Operation for Duodenal Ulcer? // *Mayo Clin. Proc.* 1980. 55. 1 - 2. 5 - 9.
- Kennedy T., Magill P., Johnston G.W. et al.* Proximal gastric vagotomy, fundoplication and lessercurve necrosis // *Brit. Med. J.*- 1979.-Vol. 1.-P. 1455- 1456.
- Kennedy T., Spencer A.* The long-term results of proximal gastric vagotomy // *Int. Surg.* - 1983. - Vol. 68, N 4. - P. 315 - 316.
- Keshavarzian A., Steck T.B., Conway D., Gordon J.H., Fields J.Z.* Canine gastric muscarinic receptors up-regulate after vagotomy // *Dig-Dis-Sci.* 1990 Apr., 35(4): 449-52.
- Khosrovani C., Kohen M., Guiberteau B., Le Neel J.C.* Perforation of duodenopyloric ulcers. Prognostic factors and therapeutic choices. Retrospective study of 140 patients // *Ann. Chir.* 1994, 48(4): 345-9.
- Kirk R.M.* Factors determine the site of chronic gastroduodenal ulcers. - *Hep. - Gastroenterol.*, 1982, v. 29, N 2. p. 75 - 85.
- Klotz H.P., Largiader F.* Reconstruction following distal gastrectomy: Billroth or Roux? // *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1994 Aug 20, 124(33): 1442-6.
- Knight C., van Heerden J., Kelly K.* Proximal gastric vagotomy // *Ann. Surg.* 1983. 197. 1. P. 22 - 26.
- Koelz H., Gewertz B.* Part I Vagotomy // *Clinic in Gastroenterology.* 1979. 8. 2. 305 - 320.
- Kole W., Wetl K.* Die klassische resektion beim perforierten duodenal ulcus // *Wien. Med. Wschr.*, 1983., 131., 16., 453 - 456.
- Kondo T., Oka S., Wada M. et al.* Gastric ulceration selective proximal vagotomy with or without pyloroplasty // *Arch. J. PN. Chir.*- 1980. Vol. 49. N 3. - P. 353 - 358.
- Konradt J., Karavias T., Haring R.* Selective Proximal Vagotomy of Therapy for Duodenal Ulcer. A Clinical, Radiological and Scintimetric Follow-up Study // *A Century of Ulcer Surgery.* Munich, Viena, Baltimore, 1984. 79- 82.
- Koop H., Frank M., Kuly S., Nold., Eissele R., Rager G., Ruschoff J., Rothmund M., Arnold R.* Gastric argyrophil (enterochromaffin-like) gastrin and somatostatin cells after proximal selective vagotomy in man // *Dig. Dis. Sci.* 1993 Feb., 38(2): 295-302.
- Korner T., Jaspersen D., Schorr W., Volmur J., Hammar C.H.* Endoscopic pseudocysto-gastric drainage involving the stomach after Billroth II operation // *Z. Gastroenterol.* 1993 Apr., 31(4): 250-2.
- Korompai F.* Parental cell vagotomy symposium on new methods of treatment of gastrointestinal disease // *Surg. Clin. N. Amer* 1979. 59. 11. 951 - 956.
- Koruth N.M., Dua K.S., Brunt P.W., Matheson N.A.* Comparison of highly selective vagotomy with truncal vagotomy and pyloroplasty: results at 8-15 years // *Br. J. Surg.* 1990 Jan., 77(1): 70-2.
- Kosunen T.N., Hook J., Rautelin H.I., Myllyla G.* Age - dependent increase of *Campylobacter pylori* antibodies in blood donors // *Scand J. Gastroenterol.* - 1989. -Vol.24, N1. - P. 110- 114.
- Kotwall C., Williams H.T.* Vagotomy and antrectomy revisited // *Can. J. Surg.* 1990 Oct., 33(5): 375-9.
- Kozol R.A., Dekhne N.* *Helicobacter pylori* and the pathogenesis of duodenal ulcer // *J. Lab. Clin. Med.* 1994 Nov., 124(5): 623-6.
- Kwok-Hung Lai, Full-Young Chang, shn-haw Tsay et al.* Medical treatment of duodenal ulcer :

acid inhibition or *H. pylori* eradication? // *Gastroenterology and Hepatology*. - 1991. - Vol.6, N2. - P. 141 - 144.

## L

*Labenz J., Borsch G.* Is ulcer disease an infectious disease? // *Dtsch-Med-Wochenschr.* 1994 Oct 28, 119(43): 1488-9.

*Labenz J., Jorjas I., Sollbohrer M., Peitz U., Stolte M., Borsch G.* 24-hour gastric pH profile with 2 x 20 mg and 2 x 40 mg omeprazole in patients with *Helicobacter pylori*-associated gastroduodenal ulcer disease // *Z-Gastroenterol.* 1994 Aug., 32(8): 436-40.

*Laffe B., Clendinnen B., Clarke R., Williams J.* Effekt of selective and proximal vagotomy on serum *Gastroenterology*. 1974. 66. 944 - 953.

*Lambert R., Bagnon B., Partensky C.L.L* Ulcere gastrique precoce apres vagotomie hyperselective sans drainage // *Arch. Fr. Mal. App. Dig.* - 1976.- Vol.65.- 41-46.

*Lambrecht W.* Nekrose der kleinen Magenkurvatur als Komplikation der selectiv - proximal Vagotomie // *Chirurg.* - 1977.- Bd.48. - S.742 - 744.

*Landini M.P., Varoli O., Tucci A.* et al. Antibodies to *Campylobacter pylori* in patients with idiopathic dyspepsia // *Microbiologica.* - 1989. - Vol.12, N 3.- P.181 - 188.

*Landreneau R.J., Marshall J.B., Johnson J.A., Boley T.M., Hazelrigg S.R., Curtis J.J., McClelland R.N.* A new balanced operation for complex gastroesophageal reflux disease // *Ann. Thorac. Surg.* 1991 Aug., 52(2): 325-6, discussion 327.

*Langer L.* Vagotomy and Antropylorectomy in the Surgical Treatment of Peptic Ulcer. Praha, 1972. 105.

*Larsson I.* Demonstration of a refractory period of the parietal cell after vagotomy with special reference to the Grassi test // *Chir. Gastroenterology.* 1973. 7. 3. 367 - 376.

*Laws H.L., McKernan J.B.* Endoscopic managment of peptic ulcer disease // *Ann. Surg.* 1993 May, 217(5): 548-55, discussion 555-6.

*Lebreton J.M.* Les ulcères gastroduodénaux aux confins de la médecine et de la chirurgie // *Maroc. med.* 1973, vol. 53, 569, p. 396 - 398.

*Lee A., Eckstein P.P., Fevre D.I.* et al. Non *Campylobacter pylori* spiral organisms in the gastric antrum // *Aust. New. Zealand J. Med.*- 1989.-Vol.19.N2. - P. 156 - 158.

*Lehmann L., Kerscher P., Franke S., Dusel H.* Long-term Results (5-9 years) Following Selective Proximal Vagotomy plus Pyloroplasty for Gastroduodenal ulcer // *A Century of Ulcer Surgery.* Munich, 1984. 73 - 78.

*Leibur M., Kengsepp A.T., Sibul U., Truve R.* Effect of proximal gastric vagotomy on the activity of hydrogen, potassium stimulated ATPase in the gastric mucosa of patients with duodenal ulcer // *Eur. J. Surg.* 1992 Apr., 158(4): 223-6.

*Leibur M., Truve R., Sibul U., Roosaar P., Zilmer K.* Recurrent ulceration after proximal gastric vagotomy. Possible role of mucosal barrier // *Acta Chir. Scand.* 1990 Sep., 156(9): 621-4.

*Leicester R.J.* Surgery in peptic ulcer disease // *Br. J. Clin. Pract. Symp. Suppl.* 1994 May-Jun., 75: 30-2, discussion 33-5.

*Leitie C., Luchman A.* Treatment of underweig male patients following BII gastric resection, using diet and diet + anabolic steroid + vit B 12 // *Z. Allgemein med.* 1973, Bd 49, N 26, S. 1238 - 1239.

*Lengyel G., Feher J.* Famotidine in the treatment of gastroduodenal ulcer // *Orv. Hetil.* 1994 Oct 16, 135(42): 2299-304.

*Leroux P., Farley A., Archamboult A.* Effect of ranitidine on healing of peptic ulcer: a 2 month study. *Amer. J. Gastroenterol.*, 1983, N 4, p. 227 - 230.

- Leunk R., Ferguson M., Morgan D. et al.* Antibody to cytotoxin in infection by *Helicobacter pylori* // *J. Clin. Microbiol.* - 1990.- Vol.28, N6.- P. 1181 -1184.
- Levine B.A., Curtsinger L.J., Sirinek K.R.* Vagotomy effect on gastric prostaglandins. Primarily neural or secondary to hypoacidity? // *Arch. Surg.* 1990 Apr., 125(4): 457-9
- Levine M.S.* Erosive gastritis and gastric ulcers // *Radiol. Clin. North. Am.* 1994 Nov., 32(6): 1203-14.
- Li S.Y.* Extended parietal cell vagotomy in the treatment of perforation, hemorrhage, and stenosis due to duodenal ulcer // *Chung Hua Wai Ko Tsa Chih.* 1991 May, 29(5): 321-3, 335.
- Li S. Y., An P., Liang J.J., Yuan S.J., Yu J.* Extended parietal cell vagotomy in the treatment of perforation, hemorrhage and stenosis due to duodenal ulcer // *Chin. Med. J. Engl.* 1992 Apr., 105(4): 289-92.
- Liavag J., Roland M.* A seven-year follow-up of proximal gastric vagotomy // *Scand. J. Gastroenterology.* 1979. 14. 409 - 416.
- Liavag J., Roland M.* Selective proximal vagotomy in the treatment of gastroduodenal Ulcer // *Scand. J. Gastroenterology.* 1973. 8. 20. 10-11.
- Liavag J., Roland M., Broch A.* Gastric function after selective vagotomy of the parietal cells // *Acta Chir. Scand.* 1972 138. 15. 493-498.
- Lim S.P.K., Lam S.K., Lee N. W. et al.* Effects of gastrocystoplasty on serum gastrin and gastric acid secretion // *Br. J. Surg.* - 1983. - Vol.70. - P. 275 - 277.
- Lind T., Cederberg C., Olausson M., Olbe L.* 24-hour intragastric acidity and plasma gastrin after omeprazole treatment and after proximal gastric vagotomy in duodenal ulcer patients // *Gastroenterology.* 1990 Dec., 99(6): 1593-8.
- Lindecken K.D., Salm B.* The effectiveness of Braun's anastomosis in Billroth II surgery. The role of hepatobiliary sequence scintigraphy (HBSS) in the diagnosis of bile flow following stomach resection // *Rofu Fortschr. Geb. Rontgenstr. Neuen. Bildgeb. Verfahr.* 1993 Aug., 159(2): 158-60.
- Lindensmidt E.G., Recker H.D.* Verhalten der Sekretion von HCl, der gesamten proteolytischen Aktivität sowie von Pepsin nach selektive - proximal Vagotomie bei Ulcus duodeni Patient // *Ghirurg.* - 1979. - Vol.50, N8. - P. 498 - 502.
- Longo A., Blanco G.F., Spagliardi E.* Use of mechanical staplers in gastric resection // *G Chir.* 1990 Mar., 11(3): 172-3.
- Lonroth H., Rosengren E., Lundell L.* The role of the antrum and the vagus nerve in the metabolism of histamine in the human gastric mucosa // *Scand. J. Gastroenterol.* 1991 Aug., 26(8): 827-38.
- Luck J.M., Seth T.N.* Gastric urease // *Biochem. J.* - 1924. - N18. - P. 1227 - 1231.
- Lukasiewicz S., Jonderko K.* Effect of highly selective vagotomy on gastric emptying, gastric acid secretion, and gastrin release: an early postoperative study in duodenal ulcer patients // *Tokai J. Exp. Clin. Med.* 1993 Jun., 18(1-2): 29-37.
- Lukasiewicz S., Jonderko K.* A comparative study on gastric emptying and secretory status in the early postoperative period after truncal vagotomy with two pyloroplasty variants performed for peptic ulcer disease. II. Heineke-Mikulicz pyloroplasty and comparison with the classically routine // *Tokai J. Exp. Clin. Med.* 1990 Nov., 15(6): 467-76.
- Lundegardh G., Adami H.O., Helmick C., Zack M.* Risk of cancer following partial gastrectomy for benign ulcer disease // *Br.J. Surg.* 1994 Aug., 81(8): 1164-7.
- Lundegardh G., Ekbohm A., McLaughlin J.K., Nyren O.* Gastric cancer risk after vagotomy *Gut.* 1994 Jul., 35(7): 946-9.

## M

- Macintyre I.M., Millar A.* Impact of H<sub>2</sub>-receptor antagonists on the outcome of treatment of perforated duodenal ulcer // *J. R. Coll. Surg. Edinb.* 1990 Dec., 35(6): 348-52.
- Macintyre I.M., Millar A.* Highly selective vagotomy-a safe operation for duodenal ulcer. Immediate and long-term complications and sequelae in 500 patients // *Eur. J. Surg.* 1991 Apr., 157(4): 261-5.
- Macintyre I.M., Millar A., Smith A.N., Small W.P.* Highly selective vagotomy 5-15 years on // *Br. J. Surg.* 1990 Jan., 77(1): 65-9.
- Mackie C.R., Wisbei M.L., Cuschieri A.* Milk 99Tc - EHIDA test for enterogastric bile reflux // *Brit. J. Surg.* - 1982. - Vol.69.-P. 101-104.
- Mackie C.R., Jenkins S.A., Hartley M.N.* Treatment of severe postvagotomy/ postgastrectomy symptoms with the somatostatin analogue octreotide // *Br. J. Surg.* 1991 Nov., 78(11): 1338-43.
- Maddern G.J., Vauthey J.N., Devitt P., Britten Jones R., Hetzel D.J., Jamieson G.G.* Recurrent peptic ulceration after highly selective vagotomy: long-term outcome // *Br. J. Surg.* 1991 Aug., 78(8): 940-1.
- Madsen P.* et al. Bilrot I gastric resection versus truncal vagotomy and pyloroplasty in the treatment of gastric ulcer // *Chir. Scand.* 1976., v.142., n.2., P. 151 - 153.
- Madsen P., Kronborg O.* Recurrent ulcer 5, 5-8 years after highly selective vagotomy without drainage and selective vagotomy without drainage and selective vagotomy with pyloroplasty // *Scand. J. Gastroenterol.* - 1980. - Vol.15, N2. P.193 - 199.
- Mann O., Glaser J., Pausch J., Rosemeyer D., Tibroni T.* Prognostic value of long-term pH-metry in the B-II resected stomach // *Z. Gastroenterol.* 1993 Jun., 31(6): 392-4.
- Markov N.* The modern aspects of the surgical treatment of the perforated gastric and duodenal ulcer with a view to the immediate results // *Khirurgiia Sofiia.* 1993, 46(1): 14-8.
- Marks J.N., Wright J.P., Lucke W.* Relapse rates following initial ulcer healing with sucralfate and cimetidine. - *Scand. J. Gastroenterol.*, 1983, v. 18, Suppl. 83, p. 53 - 56.
- Marschall B.I., Armstrong J.A., McGeachie D.B., Glancy R.A.* Attempt to fulfill Koch's postulates for *Campylobacter pylori* // *Med. J. Aust.*- 1985. - 142.- P. 438 - 439.
- Martin E., Eurigner O.* Vagotomia riu drenage in forme de 185 casas // *Rev. Cuba. Chirug.* 1977. 16. 3. 253 - 269.
- Martinez-Ramos, Sang M.B., Pardo P.* et.al. Denervation of the Greater Crevature in Proximal Gastric Vagotomy // *World J. Surg.* 1983. 7. 5. 604 - 609.
- Martinoli S.* Follow up after partial gastric resection// *Ther. Umsch.* 1980. vol. 37. N 9. p. 700 - 704.
- McColl K.E., Fullarton G.M., Chittajalu R.* Plasma gastrin, daytime intragastric PH, and nocturnal acid output before and at 1 and 7 months after eradication of *Helicobacter pylori* in duodenal ulcer subjects // *Scand. J. Gastroenterol.* - 1991 Mar. Vol.26, N 3.- P. 339 -346.
- McKeown K.C.* A prospective study of the immediate and longterm results of polyga gastrectomy for duodenal ulcer // *Brit. J. Surg.*, 1972, vol. 59, N 5, p. 849 - 868.
- McKernan J.B.* Duodenal ulcer disease and gastric cancer: vagotomy, drainage and resection // *Baillieres. Clin. Gastroenterol.* 1993 Dec., 7(4): 823-31.
- McLoughlin J.C., Bradley J., Chapman D.* et al. IgA Deficiency and severe postvagotomy diarrhoea // *Lancet*, 1976, vol. 1, N 7949, p. 168 - 170.
- McMahon M.J., Greenall M.J., Johnston D., Goligher J.C.* Highly selective vagotomy plus dilatation of the stenosis compared with truncal vagotomy and drainage in the treatment of pyloric stenosis secondary to duodenal ulceration // *Gut.* - 1976. - N 17. - p. 471 -476.

- McWilliam P.N., Woolley D.C.* The effect of supranodose vagotomy on the hexamethonium-resistant bradycardia in the anaesthetized rabbit // *J. Auton. Nerv. Syst.* 1990 Mar., 29(3): 227-30.
- Meloll K.E.L., Fullartoh G W., Chi Hajallu.* et al. Plasma gastrin, Daytime intragastric pH, and Nocturnal Acid Output before and at 1 and 7 Month after Eradication of *H.pylori* in Duodenal Ulcer Subjects // *Scandinavian Journal of Vol.26, N3.* - P. 339 - 346.
- Mentes A.S.* Parietal cell Vagotomy and dilatation for peptic duodenal stricture // *Ann. Surg.* 1990 Nov., 212(5): 597- 601.
- Michek J., Necas F., Wechsler J., Vokurka J., Ochmann J., Penka I.* Recurrent peptic ulcer-surgical complications // *Rozhl. Chir.* 1990 Dec., 69(12): 785-91.
- Miedema B. W., Kelly K.A.* The Roux operation for postgastrectomy syndromes // *Am. J. Surg.* 1991 Feb., 161(2): 256-61.
- Mieer F.* Dumping syndrome // *Rozhl. Chir.*, 1977. vol. 56, N 1, p. 22 - 26.
- Mignon M., Lamorthe B., Cadiot G.* Zollinger-Ellison syndrome // *Rev. Prat.* 1994 Jun 15, 44(12): 1620-8.
- Miguel J.* Late results of proximal gastric vagotomy without drainage for duodenal ulcer. 5-9 years follow-up // *Brit. J. - Surg.-* 1982. - Vol.69. - P. 7- 10.
- Millat B., Hay J.M., Valleur P., Fingerhut A., Fagniez P.L.* Emergency surgical treatment for bleeding duodenal ulcer: oversewing plus vagotomy versus gastric resection, a controlled randomized trial. French Associations for Surgical Research // *World J. Surg.* 1993 Sep-Oct., 17(5): 568-73, discussion 574.
- Mistiaen W., Van Hee R., Blockx P., Hubens A.* Gastric emptying for solids in patients with duodenal ulcer before and after highly selective vagotomy // *Dig. Dis. Sci.* 1990 Mar., 35(3): 310-6.
- Mitov A., Viiachki I., Iarumov N.* The current aspects of the diagnosis and procedure in gastroduodenal hemorrhages of ulcerous origin // *Khirurgiia Sofiia.* 1993, 46(2): 7-9.
- Mocek F.W., Richardson R., Williams R., Richardson J.D.* Management of patients with the Zollinger-Ellison syndrome // *J. Ky Med. Assoc.* 1993 Sep., 91(9): 403-7.
- Modlin I.M.* From Prout to the proton pump-a history of the science of gastric acid secretion and the surgery of peptic ulcer // *Surg. Gynecol. Obstet.* 1990 Jan., 170(1): 81-96
- Monson R.R.* Duodenal ulcer as a second disease. - *Gastroenterol.*, 1970, v. 59, p. 712 - 717.
- Moore F., Wyllie J.H.* Ischaemic necrosis of lesser curve after proximal gastric vagotomy // *Br. Med. J.* - 1975. - Vol.4. - P. 328.
- Morris A., Nicholson G.* Ingestion of *Campylobacter pyloridis* causes gastritis and raised fasting pH // *Am. J. Gastroenterol.* - 1987. - Vol.82. - P. 192 - 199.
- Morris D.L., Harrison J.D., Jorgensen J.O., Perkins A.C., Stanley J.* Posterior truncal vagotomy and stapling of the anterior stomach wall in 30 patients with duodenal ulcer: acid inhibition, gastric emptying, and endoscopic dye spraying // *Surg. Laparosc Endosc.* 1993 Oct., 3(5): 375-80.
- Mountford R.A., Brown R., Salmon P.R.* Gastric cancer detection in gastric ulcer disease. *Gut*, 1980, N 1, p. 9 - 17.
- Muhe F., Schick A., Rosch W.* Selektive proximale Vagotomie ohne Drainage beim unkomplizierten Duodenalulkus // *Fortschr. med.* 1979, 97. 47. 2195 - 2199.
- Muller C., Gyr K., Allgower M.* Die Necrose der Klein Kurvatur des Magens nach proximal - selektiver Vagotomie // *Helv. Chir. Acta.* - 1978. - Bd. 45. - S.673 - 676.
- Murphy J.J., McDermott E.W.* Laparoscopic truncal vagotomy without drainage for the treatment of chronic duodenal ulcer // *Ir. Med.J.* 1991 Dec - 1992 Jan., 84(4): 125-6.

## N

- Nahrwold D.* Bile as a gastric secretory stimulant // *Surgery*. - 1972. - Vol.17. - P. 157 -160.
- Nana A., Mircioiu C., Jonescu G., Nana M.* Experienta clinici chirurgicale in trata mentul bolii ulceroase prin vagotomie selectiva // *Gluj. Med.*, 1970., 43., 1., 57-72.
- Narbona B., Davila D., Barrero H., de Lera F.* Supraselective or proximal gastric vagotomy. Report of 1,250 surgical cases. 777 special cases with objective follow-up for over 10 years // *Chirurgie*. 1990, 116(1): 99-108.
- Neuhaus P., Lemmens H.* Ulcer disease. The role of the surgeon // *Ther. Umsch.* 1992 Nov., 49(11): 776-81.
- Newcombe J.H.* Fatality after highly selective vagotomy // *Br. Med. J.* - 1973. - Vol. 1. - P. 610.
- Nicosia R., Pustorino R., Sessa R., Santino I., Busicchio P., D'Ambra G.C., Di Paola M., Del Piano M.* Rate of occurrence of *Helicobacter pylori* in patients with gastroduodenal pathology: pilot research // *Microbiologica*. 1994 Jul., 17(3): 217-23.
- Niedobitek F., Grosse G., Hammer M.* et al. Gastritis and bacterial colonization of the gastric mucosae in adolescents // *Am. J. Path. Gastroenterol.* - 1989. - Vol.84, N3. - P. 239 - 244.
- Nilsell K.* Five to nine years results of selective proximal vagotomy with and without pyloroplasty for duodenal ulser // *Acta Chir. Scand.* - 1979.-Vol.145. - P. 251 -255.
- Niv Y.* Pentagastrin-induced urinary alkaline tide-a repeatable phenomenon that is abolished after vagotomy // *Isr. J. Med. Sci.*, 1992 Feb., 28(2): 97-8.
- Nottle P.D.* Laparoscopic vagotomy for chronic duodenal ulcer // *Med. J. Aust.* 1991 Nov 4., 155(9): 648.
- Nyhus L.M.* The Sun Yat-sen Lecture. The surgical treatment of duodenal ulcer: past, present and future // *J. Gastroenterol. Hepatol.* 1994 Mar-Apr., 9(2): 172-6.
- Nylamo E.* Parietal cell vagotomy: 10-15 years' results // *Ann. Chir. Gynaecol.* 1991, 80(4): 349-52.
- Nylamo E., Inberg M., Havia T.* Vagotomy and gastroenterotomy for atenosing duodenal ulcer // *Ann. Chir. Ginecolog.*, 1987., 76., 2., p. 93 - 95. Bibliogr. 9 ref.
- Nylamo E.I., Inberg M.V.* Results of five standard operations for selective surgery of duodenal ulser // *Ann. Chir. Gynec.* - 1986. - Vol.75. - N13. - P. 135 - 141.

## O

- O'Leafy J.P.* Dragstedt's first vagotomy in the treatment of duodenal ulcer disease // *Am. Surg.* 1994 May. 60(5): 376-7.
- Occhipinti S., Feliciotti F.* Reconstruction techniques using surgical staplers after gastric resection // *G. Chir.* 1991 Mar., 12(3): 214-5.
- Ole-Christian Lunde, Ivar Laivag, Magne Roland.* Proximal gastric vagotomy and pyloroplasty for duodenal ulser with pyloric stenosis: a thirteen-year experience // *World. J. Surg.* - 1985. - Vol.9. - P. 165 - 170.
- Oostvogel J.N., Van Vroonhiven J.M.V.* Anterior Lesser curve seromyotomy with posterior truncal vagotomy versus proximal gastric vagotomy // *Brit. J. Surg.* - 1988. Vol. 75, N 2. - P. 121 - 124.
- Orozco H., Mercado M.A., Takahcishi T. Hernandez T., Ortiz J., Capellan J. F., Garcia Tsao G.* Elective treatment of bleeding trices with the Sugiura operation over 10 years // *Am. J. Surg.* 1992 Jun., 163(6): 585-9.
- Oudafel J., Assem A., Jalil A., Balafrej S.* Treatment of the perforated duodenal ulcer. A personal series of 188 cases // *Tunis. Med.* 1990 Nov., 68(11): 663-5.



*Ovaska J.T., Haapiainen R.K., Vuottilainen P.E., Linnankivi A.P.* Acute surgical treatment of bleeding peptic ulcer. A retrospective analysis of 193 patients // *Ann. Chir. Gynaecol.* 1992, 81(1): 33-6.

*Ovesen H., Christensen B.A., Friis S.* 10-22 years follow-up after truncal vagotomy and drainage of chronic duodenal ulcer // *Ugeskr Laeger.* 1990 Sep 24, 152(39): 2858-61.

## P

*Paakkonen M., Alhava E.M., Aukec S.* et al. Late effects of proximal gastric vagotomy compared with antrectomy and selective vagotomy for chronic duodenal ulcer: a randomized study with 5 years follow-up // *Am. Chir. Res.* - 1985. - Vol.17, N3. - P. 90 - 95.

*Paimela H., Kivilaakso E., Tuompo P., Perakyla T., Hockerstedt K., Saarlo I.* Changes in ulcer surgery following introduction of H2 - blockers // *Nord. Med.* 1991, 106(6-7): 198-201.

*Paimela H., Tuompo P.K., Perakyl T., Saario I., Hockerstedt K., Kivilaakso E.* Peptic ulcer surgery during the H2-receptor antagonist era: a population-based epidemiological study of ulcer surgery in Helsinki from 1972 to 1987 // *Br.J.Surg.* 1991 Jan., 78(1): 28-31.

*Parrilla P., Lujan J.A., Robles R., Torralba J.A., Fuente T., Cifuentes J., Perez D.* Duodenogastric reflux quantification in peptic ulcer surgery: comparison between different surgical techniques // *Surgery.* 1993 Jan., 113(1): 43-7.

*Pastore V., Lotti G., Aceto A.* Aspetti Fisiopatologici tardivi della resezione gastrica tipo Billrot 1 // *Minerva Chir.*, 1979. vol, 34, N 19, p. 1267- 1272.

*Pechlivanides G., Xynos E., Chrysos E., Tzovaras G., Fountos A., Vassilakis J.S.* Gallbladder emptying after antiulcer gastric surgery // *Am.J. Surg.* 1994 Oct., 168(4): 335-9.

*Peetsalu A., Maaros H.J., Sipponen P., Peetsalu M.* Long-term effect of vagotomy on gastric mucosa and *Helicobacter pylori* in duodenal ulcer patients // *Scand. J. Gastroenterol. Suppl.* - 1991. - Vol.186. - P. 77 - 83.

*Peetsalu A., Maaros H.J., Sipponen P., Peetsalu M.* Long-term effect of vagotomy on gastric mucosa and *Helicobacter pylori* in duodenal ulcer patients // *Scand. J. Gastroenterol. Suppl.* 1991, 186: 77-83.

*Peitsch W.* Cancer Risk in the Stomach Following Billroth II Resection - A long-term Retrospective Study // *A Century of Ulcer Surgery.* Munich, Vienna, Baltimore, 1984. 254 - 256.

*Pemberton J.H., Van Heerden J.H.* Vagotomy and pyloroplasty of duodenal ulceration // *Mag. Clin. Proc.* - 1980 - Vol.55. - P. 14 - 18.

*Penston J.G., Boyd E.J., Wormsley K.G.* Complications associated with ulcer recurrence following gastric surgery for ulcer disease // *Gastroenterol. Jpn.* 1992 Feb., 27(1): 129 - 41.

*Petrat H., Schroder H., Jacob M., Petrat G.* Results of Billroth I and Billroth II stomach resection // *Zentralbl. Chir.* 1991, 116(6): 369-73.

*Pezzolla F., Guerra V., Lorusso D.* Morbidity and mortality after elective Billroth II gastric resection in duodenal ulcer // *Minerva Chir.* 1993 Feb., 48(3-4): 123-6.

*Piasecki C.* Role of ischemia in the initiation of peptic ulcer // *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.* - 1977. - Vol.59. - P. 476 - 478

*Poppen B., Delin A., Sunastend R.* Parietal cell vagotomy for duodenal and pyloric ulcers // *Amer. J. Surg.* - 1981 - Vol 141 N 3. - P. 330 - 333.

*Pounder R.E.* Developments in duodenal ulceration // *J. Gastroenterol.* 994 Jul., 29 Suppl 7:125-7.

## Q

*Qureshi H., Maher M., Ahmed W., Zuberi S.J.* Is the vagotomy complete? // JPMA J. Pak. Med. Assoc. 1991 Nov., 41(11):279-80.

## R

*Rabinovici R., Manny J.* Perforated duodenal ulcer in the elderly // Eur. J. Surg. 1991 Feb., 157(2): 121-5.

*Radulescu D., Pacescu E., Radu C., Vereanu I.* Reinterventii chirurgicale dupa vagotomie // Chirurgia (Buc.), 1979., 25., 5., 345 - 352.

*Ramirez B., Eaker E.Y., Drane W.E., Hocking M.P., Sninsky C.A.* Erythromycin enhances gastric emptying in patients with gastroparesis after vagotomy and antrectomy // Dig. Dis. Sci. 1994 Nov., 39(11): 2295-300.

*Ramus N.I., Williamson R.C.N., Oliver J.M., Johnston D.* Effect of highly selective vagotomy on pancreatic exocrine function and on CCK and gastrin release // Gut. - 1982. - Vol. 23, N 7. - P. 553 - 557.

*Reisig I., Vinz H., Georgi B.* Revisionsoperationen nach Vagotomie // Zbl. Chir., 1985, 110, 9, 505 - 523 (deutsch).

*Richter H.M.* Physiologic consequences of vagotomy and gastric resection // Gastroenterol. Clin. North Am. 1994 Jun., 23(2): 193-213.

*Rieger N.A., Jamieson G.G., Britten Jones R., Tew S.* Reoperation after failed antireflux surgery // Br. J. Surg. 1994 Aug., 81(8): 1159-61.

*Rojas Ortega S.* Proximal gastric vagotomy // Rev. Gastroenterol. Mex. 1992 Apr-Jun., 57(2): 95-104.

*Rondes J.* Etiology of gastric ulcer // Gastroenterol. - 1972. - Vol.63. - P. 171-72.

*Rossi R.L., Dial P.F., Georgi B.* at all. A Five to Ten Year Follow up Study of Parietal Cell Vagotomy // Surg. Gynec Obstet., 1896, 162, 4, 301-306 (engl).

## S

*Sachdeva A.K., Zaren H.A., Sigel B.* Surgical treatment of peptic ulcer disease // Med. Clin. North Am. 1991 Jul., 75(4): 999-1012.

*Saegesser F., Roenspies U.* Primary Gastric Carcinoma as a Late Complication of Ulcer Surgery // A Century of Ulcer Surgery. Munich, Vienna, Baltimore, 1984. 245- 251.

*Salim A.S.* Modified highly selective vagotomy // Surg. Gynecol. Obstet. 1992 Jul., 175(1): 64-6.

*Salvini P., Sallusti M., Papotti R., Manenti F., Vigorelli M.* Surgical treatment of 100 patients with perforated pyloric ulcer. Immediate and follow-up results // Minerva Chir. 1990 Jun 30, 45(12): 835-41.

*Salvini P., Sallusti M., Papotti R., Vigorelli M., Orlotti C., Tiberio G.* Surgical therapy of perforated duodenal ulcers: suture versus highly selective vagotomy. Immediate and remote results (case series from 1978 to 1990) // Ann. Ital. Chir. 1994 Mar-Apr., 65(2): 217-22, discussion 223.

*Sarosiek J., Slomiany A., Slomiany B.* Evidence for weakening of gastric mucus integrity by *Campylobacter pylori* // Scand. J. Gastroenterol. - 1988. - Vol.23, N5. - P. 585 - 590.

*Sawyers J.L., Herrington J.L., Burney D.P.* Proximal gastric vagotomy compared with vagotomy and antrectomy and selective gastric vagotomy and pyloroplasty // Ann. Surg. - 1977. - Vol.186, N4. - P. 510 - 517.

*Sawyers J.L., Herrington J., Burney D.* Proximal gastric vagotomy compared with vagotomy and antrectomy and selective gastric vagotomy and pyloroplasty // Ann. Surg., 1977, vol. 186,

N 4, p. 510 - 517.

*Sawyers J.L.* Management of postgastrectomy syndromes // *Am. J. Surg.* 1990 Jan., 159(1): 8-14.

*Schippers E., Vantrappen G., Braun J., Schumpelick V.* Electromyographic and manometric studies of stomach motility after vagotomy // *Z. Gastroenterol.* 1991 Nov., 29(11): 581-4.

*Schumpelick V., Arlt G.* Bile reflux after stomach resection-aggression or protection? // *Langenbecks Arch. Chir.* 1901, 376(2): 67-8.

*Schweizer W., Blunski T., Sella C.* Postgastrectomy symptoms after partial stomach resection: Billroth I vs. Billroth II vs. reconstruction with roux-Y-loop // *Helv. Chir. Acta.* 1994 Apr., 60(4): 665-9.

*Schwobel M., Uhlschmid G., Pargiader F.* Über die Pathogenese der Magenwandnekrose nach selektiv - proximaler Vagotomie // *Chirurg.* - 1981. - Bd. 52. - S.328 - 331.

*Selking O., Krause U., Nilsson F., Thoren L.* Parietal cell vagotomy and truncal vagotomy as treatment of duodenal ulcer. A prospective randomized trial // *Acta chir. Scand.*, 1981., 147., 7., 561 - 567.

*Shaw P.O., Op den Orth J.O.* Postoperative stomach and duodenum // *Radiol. Clin. North Am.* 1994 Nov., 32(6): 1275-91.

*Sheridan W.G., Lowndes R.H., Lewis M.H., Young H.L.* Oxygenation in the stomach and the effect of truncal vagotomy // *Br. J. Surg.* 1991 Aug., 78(8): 937-9.

*Sheurer U., Merki H.* Diagnosis of peptic ulcer disease // *Ther. Umsch.* 1992 Nov., 49(11): 735-42.

*Shramm H.* Nekrose der kleinen kurvatur nach selektiver proximaler Vagotomie // *Zbl. Chirurgie.* - 1982. - Bd. 107. - S.785-786.

*Siewert R., Lepsien G., Schattenmann J.* The significance of the duodenal passage in cardia function in patients following a distal stomach resection of types Billroth I and Billroth II // *Acta Chir. Scand.*, 1979, vol. 145, N 8, p. 1100 - 1105.

*Siewert R., Müller C.* Proximal - gastrische Vagotomie: Eine Zwischenbilanz // *Chirurg.* - 1981. - Bd. 52. - S.511 - 518.

*Sipponen P., Seppala K., Aarynen M.* Chronic gastritis and gastroduodenal ulcer: a case control study on risk of coexisting duodenal or gastric ulcer in patients with gastritis // *Gut.* - 1989. - Vol. 30, N 7. P. 922 - 929.

*Spellberg M.A.* Complications of vagotomy // *Amer. J. Gastroenterol.*, 1978, vol. 70, N 1, p. 55 - 59.

*Spiro H.M.* *Clinical Gastroenterology.* L., 1970. 379 p.

## T

*Tasman-Jones C.* Pathogenesis of peptic ulcer disease and gastritis: importance of aggressive and cytoprotective factors // *Scand. J. Gastroenterol.* - 1986. - Vol.21, suppl. 122. - P. 1 - 5.

*Taylor T.V.* Parietal cell vagotomy: longterm follow-up studies // *Brit. J. Surg.* - 1987. - Vol.74, N11. - P. 971 - 97.

*Taylor T.V., Holt S., Heading R.C.* Gastric emptying after anterior lesser curve seromyotomy and posterior truncal vagotomy // *Brit. J. Surg.* - 1985. Vol. 72. N 4. - P. 620 - 622.

*Taylor T. V., Thomas P.E., Lythgoe P.J., MacFarland J.B.* The advantages of anterior lesser curvature seromyotomy with posterior truncal vagotomy for chronic duodenal ulcer // *Amer. J. Gastroenterol.* - 1988. - Vol. 83, N 9. - P. 1040 - 1041.

*Thaler W., Martin F., La Guardia G.* A counterpoint to "A requiem for vagotomy" // *Am. J. Surg.* 1994 Aug., 168(2): 217-6.

- Thirlby R.C.* Evaluation of patients with postsurgical syndromes // *Gastroenterol. Clin. North Am.* 1994 Jun., 23(2): 189-92.
- Thirlby R.C.* Postoperative recurrent ulcer // *Gastroenterol. Clin. North Am.* 1994 Jun., 23(2): 295-311.
- Thomas D.M., Langford R.M., Russell R.C.G.* The anatomical basis for gastric mobilization in total oesophagectomy // *Br. J. Surg.* - 1979. Vol.66. - P. 230 - 233.
- Thomas J., Greig M., McIntosh J.* The location of chronic gastric ulcer.- *Digestion*, 1980, v.20, p. 79-84.
- Tompson B.W., Read R.C.* Secondary operations for duodenal ulcer // *Amer. J. Surg.* - 1977. - Vol.134, N6. - P. 758 - 762.

## U

- Uhlschmid G.* Die Nekrose der kleinkurvatur des Magens nach selektiv proximaler Vagotomie // *Helv. chir. Acta* - 1975 -Bd. 42. - S.547 - 550.
- Unser H.L.* Principles of diet Therapy for postgastroectomy dumping syndrome // In: *Major problems in clinical surgery* London, 1976, vol. 20, p. 159 - 162.
- Urbain J.L., Penninckx F., Siegel J.A., Vandenborre P., Van Cutsem-E., Vandenmaegdenbergh V., De Roo M.* Effect of proximal vagotomy and Roux-en-Y diversion on gastric emptying kinetics in asymptomatic patients // *Clin. Nucl. Med.* 1990 Oct., 15(10): 688-91.

## V

- Vadala G., Longo A., Di Mauro C., Caporlinga B.* Le perforazioni gastroduodenali da ulcera peptica: contributo statistico // *Chir. Ital.*, 1979., 31., 4., 474 - 480.
- Valen B., Dregelid E., Tonder B., Svanes K.* Proximal gastric vagotomy for peptic ulcer disease: follow-up of 483 patients for 3 to 14 years // *Surgery.* 1991 Nov., 110(5): 824-31.
- Valen B., Halvorsen J.F.* Reperitonealization of the lesser curve in proximal gastric vagotomy for duodenal ulcer // *Surg. Gynecol. Obstet.* 1991 Jul., 173(1): 6-8.
- Valen B., Horn A., Overland G.B., Halvorsen J.F., Svanes K.* Ischaemic necrosis of lesser curve of stomach after proximal gastric vagotomy // *Eur. J. Surg.* 1991 Aug., 157(8): 481-3.
- Vinci A., Alongi G., Falcone G., Santangelo G.* Modern view of the pathogenesis and therapy of gastroduodenal peptic ulcer // *Minerva Chir.* 1990 Apr 30, 45(8): 589-97.
- Vitoux J., Giedj P., Bernades P.* Valeur pronostique de l'etude secretoire gastrique acide au cours de l'ulcere duodenal // *Arch. francais des Maladies d'Appareil Digestive.* - 1978. - Vol.2, N8-9. - P. 715 - 720.
- Voeller G.R., Pridgen W.L., Mangiante E.C.* Laparoscopic posterior truncal vagotomy and anterior seromyotomy: a porcine model // *J. Laparoendosc. Surg.* 1991 Dec., 1(6): 375-8, 379 discussion.

## W

- Waisbren S.J., Modlin I.M., Lester R.* Dragstedt and his role in the evolution of therapeutic vagotomy in the United States // *Am. J. Surg.* 1994 Mar., 167(3): 344-59.
- Waisbren S.J., Modlin I.M.* The evolution of therapeutic vagotomy // *Surg. Gynecol. Obstet.* 1990 Mar., 170(3): 261-72.
- Waldum H.L., Petersen H.* 24-hour intragastric acidity and plasma gastrin after omeprazole treatment and after proximal gastric vagotomy in duodenal ulcer patients // *Gastroenterology.* 1991 Jul., 101(1): 274.
- Walgenbach S., Junginger T., Eissner D., Hahn K., Schicketanz K.H., Schrewnmeir J.* Stomach

emptying after stomach resection with and without retention of duodenal passage // *Langenbecks Arch. Chir.* 1991, 376(4): 222-7.

*Walgenbach S., Junginger T., Hage C., Wolfinger S., Schollmeyer J.* Animal experiment studies of development of anastomosis ulcers after reflux-inducing and reflux preventing stomach resection // *Langenbecks Arch. Chir* 1991, 376(2): 69-76.

*Walther B., Eriksson S., Hedenbro J.* et al. Necrosis of the lesser curvature after highly selective vagotomy // *MPC* - 1980.-4., N5.-040(1098).

*Warmsley K.G.* Association between duodenal ulcer and other disease // *Scand. J. Gastroenter.* - 1986. - Vol.45, Suppl. 63 -P. 27-35

*Wamer C.W., McIsaac R.L.* The evolution of peptic ulcer therapy. A role for temporal control of drug delivery // *Ann-N-YAcad-Sci.* 1991, 618: 504-16.

#### X

*Xynos E., Mantides A., Papageorgiou A., Fountos A., Pechlivanides G., Vassilakis J.S.* Erythromycin accelerates delayed gastric emptying of solids in patients after truncal vagotomy and pyloroplasty // *Eur. J. Surg.* 1992 Aug.. 158(8): 407-11.

#### Y

*Yoshida J.* Serotherapy prevents regeneration of vagus nerve fibers after proximal gastric vagotomy // *Nippon Geka Gakkai Zasshi.* 1990 Aug., 91(8): 967-71.

*Yoshiya K., Ishikawa Y.* Modified segmental gastrectomy combined with vagotomy for a gastric ulcer near the gastroesophageal junction // *Jpn.J. Surg.* 1991 Jan.. 21(1): 125-7.

#### Z

*Zanbotel V., Wagner S.* Operative complication and early postoperative problems // *Vagotomy in modern surgical practice.* Butterworth. - London, 1982. - P. 249 - 253.

*Zappa A., Sorisio V., Defilippi L., Tomassetti S., Sacchetto G.P.* Palliative gastric resection // *Minerva Chir.* 1990 May 15, 45(9): 631 - 4.

*Zhang T., Jia B.Q.* Duodenal ulcer disease: *Helicobacter pylori* and hyperchlorhydria // *Chung-Hua-Nei-Ko-Tsa-Chih,* -1991.- Vol.30, N6.- P. 335 - 336.

*Zollinger R.M., Ellison E.H., Fahri F.J.* et al. Primary peptic ulceration of the jejunum associated with islet tumors. Twenty-five-year appraisal // *Ann. Surg.* - 1980. - Vol. 192, N 3. - P. 422 - 430.

*Zou Z.S.* Parietal cell ultrastructure and acid secretory function before and after vagotomy // *Chung-Hua-Wai-Ko-Tsa-Chih.* 1990 Jan., 28(1): 29-32, 61.

## Mündəricat

<b>I Fəsil.</b>	
Mədə və onikibarmaq bağırsağ. Mədə (GASTER) .....	5
ONİKİBARMAQ BAĞIRSAQ (DUODENUM) .....	13
<b>II Fəsil</b>	
FİZİOLOJİ FUNKSİYASI HAQQINDA MƏLUMAT .....	18
<b>III Fəsil</b>	
XORA XƏSTƏLİYİNİN TƏSNİFATI .....	24
<b>IV Fəsil</b>	
XORA XƏSTƏLİYİ VƏ ONUN AĞIRLAŞMALARININ KLİNİKA VƏ DİAQNOSTİKASI	
4.1 Xəstəliyin klinikası və diaqnostikası .....	27
4.2 Xora xəstəliyinin paraklinik diaqnostikası .....	31
4.3 Endoskopik və histoloji müayinə .....	32
4.4 Mədə şirəsinin müayinəsinin diaqnostik əhəmiyyəti .....	33
<b>V Fəsil</b>	
XORA XƏSTƏLİYİNDƏ CƏRRAHİ ƏMƏLİYYATI İCRA ETMƏYİN TEXNİKASI	
5.1. Ümumən əməliyyatın təşkili .....	37
5.2. Mədə və onikibarmaq bağırsaqda əməliyyat icra etmək üçün aparılan kəsiklər .....	37
5.3. Mədə-bağırsağ traktında istifadə olunan fikişlər .....	39
5.4. Rezeksiyanın həcmnin təyini .....	40
5.5. Mədənin mobiliziyası .....	41
5.6. Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyasının texnikası .....	41
5.7. Bilrot I üsulu ilə mədə rezeksiyasının texnikası .....	46
5.8. Mədənin boruvari rezeksiyasının texnikası .....	47
5.9. Mədə çıxacağıının saxlanması ilə mədə rezeksiyasının texnikası .....	47
5.10. Nadir lokalizasiyalı xoralar zamanı mədə rezeksiyasının texnikası .....	48
<b>VI Fəsil</b>	
ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN XORA XƏSTƏLİYİNDƏ ORQANSAXLAYICI ƏMƏLİYYATLARIN İCRA OLUNMASI TEXNİKASI	
6.1. Kötük vaqotomiyasının texnikası .....	142
6.2. Selektiv vaqotomiyasının texnikası .....	142
6.3. Selektiv proksimal vaqotomiyasının texnikası .....	143
6.4. Kombinə olunmuş mədə vaqotomiyasının texnikası .....	146

## VII Fəsil

### VAQOTOMİYANI TAMAMLAYAN MƏDƏNİ (MƏDƏNİN BOŞALMASINI TƏMİN EDƏN) DRENLƏŞDİRİCİ

ƏMƏLİYYATLAR .....	160
7.1. Mədə çıxacağıının saxlanması ilə aparılan drenləşdirici əməliyyatlar	
7.1.1. Duodenoplastikanın texnikası .....	160
7.1.2. Bulboduodenostomiyanın texnikası .....	161
7.1.3. Köndələn bulboduodenostomiyanın texnikası .....	161
7.2. Mədə çıxacağıının dağıdılması və ya təcrid edilməsi ilə aparılan drenləşdirici əməliyyatlar	
7.2.1. Qeynek-Mikuliç üsulu ilə piloroplastikanın texnikası .....	162
7.2.2. Finney üsulu ilə piloroplastikanın texnikası .....	162
7.2.3. Cabuley üsulu ilə qastroduodenostomiyanın texnikası .....	163
7.3. Mədə çıxacağı nahiyəsində mədəni drenləşdirən əməliyyatlar	
7.3.1. Velfler üsulu ilə qastroenteroanastomozun texnikası .....	163
7.3.2. Peterson üsulu ilə qastroenteroanastomozun texnikası .....	164

## VIII Fəsil

### MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN PERFORATİV VƏ QANAXAN XORALARINDA PALİATİV ƏMƏLİYYATLARIN TEXNİKASI .....

180	
8.1. Mədə və onikibarmaq bağırsağın perforativ xoralarının tikilmə texnikası	
8.1.1. Perforativ xoraların adi qaydada tikilməsi .....	180
8.1.2. Perforativ deliyn Oppel-Polikarpov üsulu ilə tikilməsi .....	180
8.2. Qanaxan xoralarda paliativ əməliyyatların texnikası	
8.2.1. Qastrotomiya .....	181
8.2.2. Duodenotomiya .....	181
8.2.3. Xoranın kəsilməsi .....	181

## IX Fəsil

Xora xəstəliyinə görə əməliyyat olunmuş xəstələrə əməliyyatdan sonrakı qulluq və reabilitasiya .....	193
--	-----

## X Fəsil

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar .....	196
10.1. Postqastrorezeksion ağırlaşmalar	
10.1.1. Funksional pozğunluqlar	
10.1.1.1. Dempinq-sindrom .....	197
10.1.1.2. Hipoqlikemik sindrom .....	199
10.1.1.3. Gətirici ilgeyin funksional sindromu .....	200
10.1.1.4. Postqastrorezeksion asteniya .....	200
10.1.2. Mexaniki pozğunluqlar	
10.1.2.1. Gətirici ilgeyin mexaniki sindromu .....	202
10.1.2.2. Anastomozit .....	204
10.1.3. Üzvü zədələnmələr	
10.1.3.1. Mədə güdülünün və ya anastomozun peptiki xorası .....	205

*Camalov Fariz Hidayet oğlu*  
**MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ**  
**BAĞIRSAĞIN XORA XƏSTƏLİYİ**  
(azərbaycan dilində)

Rəssam: Qaybaliyev A.S.  
Korrektorlar: Camalova T.P., Abdullayev A.M.  
Kompüter tərtibatı: Abdullayev A.M.

Yığılmağa verilmiş: 12.08.2003

Çapa imzalanmış: 23.10.2003

18,5 çap vərəqi, 296 səh.

Tiraj 1000. Sifariş № 266

**Kitab OŞCAR nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsinin mətbəəsində**  
**ofset üsulu ilə çap olunmuşdur.**

**Tel: 30-23-10, 30-23-20.**



## Fariz Hidayət oğlu Camalov

1963-cü ildə Naxçıvan MR-nın Şərur şəhərində anadan olmuşdur. 1990-cı ildə ATU-nin müalicə profilaktika fakültəsini bitirmişdir. 1990-92-ci illərdə ATU-nin aspiranturasında oxumuşdur. 1995-ci ildən ATU-nun "Cərrahi xəstəliklər" kafedrasında assistent vəzifəsində çalışır. 1997-ci ildə prof. Ş.B.Quliyevin rəhbərliyi ilə namizədlik dissertasiyasını müdafiə etmişdir. Dağlıq Qarabağ döyüşlərinin iştirakçısıdır. Amerika və İngiltərədə cərrahiyyə üzrə ixtisaslaşma kursu keçmişdir. 1998-ci ildən akad. M. A. Mir-Qasimov adına RKX-nin I cərrahiyyə şöbəsinə rəhbərlik edir. Qarın boşluğunun bütün orqanlarında geniş spektrli cərrahi əməliyyatlar aparır. 19 elmi işin və 2 monoqrafiyanın müəllifidir.