

На правах рукописи

Маевский Евгений Изидорович

**ПОКАЗАНИЯ И СПОСОБ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ
СЛИЗИСТОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЭРОЗИЯХ
ЖЕЛУДКА**

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск - 2006

Работа выполнена в государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:

Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор

Жерлов Георгий Кириллович

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор,

доктор медицинских наук

Ведущая организация:

Защита диссертации состоится “_____” _____ 2006 г. в _____ час. на заседании диссертационного совета Д 208.096.01 при Сибирском государственном медицинском университете по адресу: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2.

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

Автореферат разослан “_____” _____ 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Суханова Г.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы

Возможность выявлять хронические эрозии желудка и дифференцировать их с другими заболеваниями желудка и ДПК появилась только с внедрением в клиническую практику эндоскопических методов исследования. В настоящее время фиброгастроскопия является основным скрининговым методом диагностики эрозивных поражений желудка, которые составляют от 3% до 11,5 % среди всех заболеваний желудка [Я.С. Циммерман, В.Е. Ведерников, 1999]. Хронические эрозии часто сочетаются с язвенной болезнью, дуодено - гастральным рефлюксом, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и другой патологией проксимальных отделов желудочно – кишечного тракта.

Различные подходы к лечению хронических эрозий неоднозначны, а результаты лечения переменны. Поверхностные и геморрагические эрозии (острые), за редким исключением, быстро эпителизируются (5-14 дней), что нельзя сказать о хронических эрозиях. Длительно незаживающие хронические эрозии очень часто принимают рецидивирующий характер течения. На месте эрозии в подслизистом слое вследствие выраженного продуктивного воспаления и развившегося фиброза появляется выбухание, которое не исчезает даже после эпителизации. При этом, после эпителизации хронической эрозии её сложно отличить от полипа без гистологического исследования слизистой. Вместе с тем получены данные, свидетельствующие о возможности образования хронических эрозий желудка на вершинах гиперпластических полипов [А.С. Логинов, Ю.В. Васильев, Л.И. Болдырева, 1996] и малигнизации хронических эрозий [В.Д. Водолагин и др., 1983].

Таким образом, отсутствие гистологической верификации может обусловить несостоятельность эндоскопической трактовки диагноза и неправильный выбор лечебной тактики. Почти в 5 % результатов исследования

биопсийного материала взятого из хронических эрозий желудка выявляют наличие кишечной метаплазии железистого эпителия. А учитывая то, что ещё в 1967 г. Kawai К. доказал достоверность цепочки: хроническая эрозия желудка – железистый полип – рак, проблема лечения хронической эрозии желудка до настоящего времени остается актуальной.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения больных с хроническими эрозиями желудка путем усовершенствования диагностики и выбора адекватного оперативного лечения.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Изучить морфофункциональное состояние желудка при хронических эрозиях.
2. Обосновать показания к эндоскопическому лечению единичных хронических эрозий желудка.
3. Разработать способ эндоскопического лечения единичных хронических эрозий желудка, предусматривающий эндоскопическую мукозэктомию с эрозией аспирационным методом.
4. Провести анализ непосредственных и отдаленных результатов мукозэктомии с хронической эрозией желудка.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Разработан лечебно-диагностический алгоритм при хронических эрозиях желудка, который позволяет проводить своевременную и адекватную коррекцию диспластических изменений со стороны слизистой оболочки желудка. Впервые обоснован и применен способ эндоскопической резекции слизистой при единичных хронических эрозиях желудка. Выполнение эндо-

скопической резекции слизистой предотвращает рецидив и прогрессирование хронических эрозий желудка, способствует своевременной диагностике и профилактике раннего рака желудка. Научная новизна исследования подтверждена патентом РФ № 2275867 от 10.05.2006 г. «Способ хирургического лечения хронических эрозий желудка».

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Работа имеет непосредственную практическую направленность, так как в процессе исследований создана и апробирована приемлемая для хирургов, эндоскопистов и гастроэнтерологов методика лечения больных с единичными хроническими эрозиями желудка. Среди полученных результатов важное практическое значение имеют рекомендации по выбору тактики лечения больных с единичными хроническими эрозиями в зависимости от степени выраженности морфологических и эндосонографических признаков дисплазии в зоне эрозии, состояния микроциркуляции, кислотопродуцирующей функции желудка, а так же нарушения его моторно-эвакуаторной функции. Обоснована целесообразность и необходимость своевременного выполнения эндоскопической мукозэктомии при наличии длительно незаживающих единичных хронических эрозий желудка.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

Изложенные в диссертации теоретические положения и методики используются в практике НИИ гастроэнтерологии СибГМУ, лечебных отделений ЦМСЧ–81 г. Северска.

Выводы и рекомендации, вытекающие из проведенного исследования, используются в учебном процессе на курсе хирургических болезней ФПК и ППС Сибирского государственного медицинского университета.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Наличие длительно незаживающих единичных хронических эрозий желудка требует динамического эндоскопического исследования с обязательным забором биопсийного материала из разных точек зоны эрозии.

2. Методом выбора лечения единичных хронических эрозий желудка является эндоскопическая мукозэктомия пораженного участка слизистой желудка до подслизистого слоя.

3. Показанием для эндоскопической мукозэктомии являются единичные хронические эрозии желудка при наличии признаков дисплазии и метаплазии эпителия по данным морфологического и инструментального исследования.

АПРОБАЦИЯ МАТЕРИАЛОВ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы и основные положения диссертационной работы доложены на: Томской областной эндоскопической конференции (Томск 2004, 2006), Томском областном обществе хирургов (Томск, 2005), на 2-й научно-практической конференции, посвященной памяти А.Ф. Родина (Северск, 2006).

ПУБЛИКАЦИИ

По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ, в том числе 2 статья в журналах, рекомендованных ВАК РФ, и 1 патент РФ на изобретение.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация изложена на 148 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы включает 125 отечественных и 79 иностранных источников. Работа иллюстрирована 73 рисунками и документирована 6 таблицами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положен анализ клинических исследований и динамического эндоскопического наблюдения за 83 пациентами с единичными хроническими эрозиями, которым выполнена эндоскопическая колпачково-вакуумная резекция слизистой желудка с эрозией. Возраст пациентов составлял от 20 до 69 лет (в среднем 45 лет), мужчин было 35 (42,3%), женщин – 48 (57,7%) (табл. 1). Больным проводилось комплексное обследование, оперативное лечение и последующее динамическое диспансерное наблюдение на базе научно-исследовательского института гастроэнтерологии СибГМУ, эндоскопического отделения Городской больницы № 2 города Северска.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возрастные группы	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	2	2,5	4	4,8	6	7,2
30-39	9	10,9	15	18	24	28,9
40-49	19	22,8	13	15,6	32	38,5
50-59	3	3,7	16	19,3	19	22,9
60-69	2	2,4	0	0	2	2,5
Всех возрастов	35	42,3	48	57,7	83	100

В дооперационном и послеоперационном периоде пациентам проводились как традиционные, так и современные методы обследования:

- общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, электрокардиография,
- эндоскопическое исследование,
- трансабдоминальная и эндоскопическая ультрасонография,
- морфологическое исследование биопсийного материала,
- хромогастроскопия,
- изучение кислотопродукции желудка,
- лазерная доплеровская флоуметрия,

-антродуоденальная манометрия,

Клинические проявления хронической эрозии желудка выявлены у всех 83 пациентов. Наиболее частой жалобой (до 76,0%) являлся дискомфорт в области эпигастрия, изжога беспокоила 23,0% больных, ночная боль – 19,3% пациентов, отрыжка воздухом – 9,6%, боль после приема пищи – 21,7%. Давность постановки диагноза хронических эрозий желудка у пациентов варьировала от 1,5 до 5 лет.

При эндоскопическом исследовании у 68 (81,9%) пациентов единичные хронические эрозии располагались в антральном отделе желудка, у 9 (10,8%) – в непосредственной близости от привратника, у 6 (7,2%) – выше угла желудка. В 43 (52,8%) случаях хронические эрозии диагностированы на фоне гастрита, в остальных 40 (48,2%) – окружающая слизистая визуально была неизменной. У 37 (44,5%) пациентов выявлен дуодено-гастральный рефлюкс.

При хромогастроскопии с метиленовым синим у 56 (67,5%) пациентов отмечалось равномерное прокрашивание слизистой в области хронической эрозии, без накопления красителя, что доказывало наличие доброкачественного образования желудка.

По данным уреазного теста *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке выявлена у 79 (95,2%) пациентов, из них по степени обсемененности слизистой: «+++» – в 45 (56,9%), «++» – в 19 (24,1%) и «+» – 15 (19,0%) случаях.

По данным эндоскопической ультрасонографии у 7 (8,4%) пациентов отмечено уплотнения эпителия с утолщением собственной мышечной пластинки слизистой и распространением изменений на подслизистый слой. У 41 (49,4%) пациента вблизи хронических эрозий выявлены участки с уплощенным эпителием и островками фиброза.

По данным морфологического исследования хронических эрозий желудка до операции во всех случаях выявлялись явления хронического воспаления различной степени активности. Другим частым изменением слизистой

была тонкокишечная метаплазия, которая наблюдалась у 40,9% обследованных. Значительно реже отмечалась дисплазия – у 6,0% пациентов.

Перстневидноклеточный рак был выявлен у 2,4% больных, у которых при визуальном осмотре данные за злокачественное поражение отсутствовали, что говорит о необходимости типичной многофрагментарной биопсии в динамике на фоне хронической эрозии.

Изучение кровотока с помощью лазерной доплеровской флоуметрии у 68 (81,9%) больных выявило уменьшение кровотока в капиллярном звене микроциркуляторного русла только над эрозиями ($M=4,09\pm 0,27$ пф.ед.), в то время как над интактной слизистой желудка сохранялась перфузия в пределах нормальных цифр ($M=16,16\pm 3,88$ пф.ед.). Низкие показатели среднего квадратичного отклонения амплитуды микроциркуляции и коэффициента вариации отражают нарушение регуляции сосудистого тонуса и снижение реактивности и функционального резерва микроциркуляторного русла.

Из 54 (65,1%) пациентов при исследовании желудочной секреции базальная нормацидность установлена у 48 (88,9%), базальная гиперацидность – у остальных 6 (11,1%). При стимуляции гистамином у 19 (35,2%) больных зарегистрирована гиперацидность, у остальных 35 (64,8%) – нормацидность. Дуоденогастральные рефлюксы зарегистрированы у 26 человек (48,1%).

Полученные результаты объективно свидетельствуют в пользу участия стимулированной гиперацидности и дуоденогастрального рефлюкса в патогенезе хронической эрозии. Так, повышенная секреция соляной кислоты поддерживает воспалительный процесс в месте повреждения слизистой, а заброс дуоденального содержимого приводит к нейтрализации барьерной функции слизи. Кроме того, одновременная нейтрализация желудочного сока приводит к повышению уровня внутрижелудочного pH, маскируя гиперсекрецию под нормацидное состояние.

Антродуоденальная манометрия у 48 (57,8%) пациентов выявила нормальные показатели моторной функции лишь у 5 (23,2%) из них. Наиболее

частые нарушения мигрирующего моторного комплекса: снижение моторной активности антрального отдела желудка – у 33 (68,7%); нарушение соотношения периодов покоя и моторной активности – у 28 (58,3%); нарушение антродуоденальной координации – у 23 (47,9%); повышение амплитуды сокращений в ДПК и ретроградное их распространение – у 22 (45,8%); патологическая ритмическая активность ДПК – у 17 (35,4%); укорочение всего цикла мигрирующего моторного комплекса – у 13 (27,1%).

Выявленные нарушения моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с хроническими эрозиями желудка потребовали включить в комплекс лечебных мероприятий препараты, улучшающие двигательную активность этого комплекса.

Проведение трансабдоминального ультразвукового исследования в режиме цветного доплеровского сканирования у 74 (81,9%) пациентов позволило выявить дуодено-гастральный рефлюкс I степени в 23 (31,1%) случаях, II степени – в 38 (51,4%) случаях и III степени – в 13 (17,5%) случаях.

При исследовании стенки желудка симптом поражения полого органа был обнаружен лишь у 14 (16,9%) пациентов и соответствовал выходу патологических изменений за пределы слизистой оболочки желудка.

Данные исследования позволяют говорить о хронических эрозиях антрального отдела желудка как о локальных изменениях микроциркуляции слизистой желудка на фоне системных функциональных нарушений антродуоденального сегмента, требующих комплексного оперативного и консервативного лечения.

На основании комплексного обследования пациентов с хроническими эрозиями были сформулированы показания и противопоказания к оперативному лечению. Относительными показаниями являются:

✓ длительно (6 мес. и более) незаживающие хронические эрозии, при условии полноценного медикаментозного лечения;

- ✓ рецидивирующее течение эрозивного гастрита не менее 5 лет, с ежегодными (1-2 раза) обострениями при условии правильного медикаментозного лечения;
- ✓ эрозивный гастрит с ежегодными обострениями, когда пациент настаивает на операции в силу невозможности проведения полноценного консервативного лечения либо на фоне выраженного болевого синдрома при обострении, значительно снижающими трудоспособность.

Абсолютным показанием является наличие в биоптатах кишечной метаплазии, дисплазии, тубулярной аденомы, малого рака.

Противопоказания включают:

- ✓ множественные хронические эрозии желудка (более 2);
- ✓ острое желудочное кровотечение из эрозии;
- ✓ наличие распространенного злокачественного поражения желудка (за пределы собственной мышечной пластинки слизистой);
- ✓ тяжелая сопутствующая соматическая патология;
- ✓ отказ пациента от оперативного лечения.

Способ эндоскопической аспирационной мукозэктомии заключался в следующем:

Больному перед операцией назначалась премедикация, включающая внутримышечные инъекции растворов атропина сульфата 0,1%-1,0 мл и сибазона 0,5%-2,0 мл за 30 минут до эндоскопии. Анестезия глоточного кольца проводилась 10% раствором аэрозольного лидокаина непосредственно перед процедурой.

После визуальной оценки патологического очага – хронической эрозии, производили маркировку границ резекции в четырех точках коагулятором.

Затем инъектром в подслизистый слой под основание хронической эрозии вводился раствор новокаина 0,5 % от 10 до 15 мл для создания гидравлической подушки.

После этого эндоскоп извлекался. На дистальный конец эндоскопа надевался пластмассовый колпачок, диатермическая петля проводилась через инструментальный канал эндоскопа, дистальный её конец укладывался в желобке колпачка.

Дистальный конец эндоскопа с колпачком плотно прижимался к слизистой над хронической эрозией. Вакуумным отсосом патологический очаг всасывался в полость колпачка.

Диатермическая петля затягивалась на образовавшемся основании. На режимах коагуляции и резания производилось удаление патологического очага (рис. 1).

Удаленный участок слизистой с хронической эрозией извлекался наружу в полости того же колпачка. Затем проводился контроль гемостаза, с целью профилактики кровотечения края образовавшегося дефекта дополнительно коагулировались монополярным диатермокоагулятором.



Рисунок 1. Схематичное изображение данного этапа операции, диатермическая петля затянута на основании образования, подслизистый слой оттеснен водяной подушкой

Макропрепарат размером до 15-20 мм растягивался слизистой оболочкой наружу, а коагуляционной поверхностью к пластинке и закреплялся иголочками - фиксаторами на пенопластовой основе и погружался в 25% раствор формалина для фиксации и дальнейшего гистологического исследования.

У 3 (3,6%) пациентов в первые 3-8 часов возникли кровотечения из краев пострезекционных дефектов, что потребовало выполнения повторной гастроскопии с коагуляцией в 2 (2,4%) случаях и с клипированием кровоточащего сосуда в 1 (1,2%) случае. В последующем кровотечения не возобновлялись.

При окончательном гистологическом исследовании удаленной слизистой с хронической эрозией отмечено расхождение диагнозов, которое составило 4,8% (4 случая). При этом во всех случаях имелось утяжеление характера патологических изменений слизистой, вплоть до выявления признаков атипии в одном (1,2%) препарате. В этой связи эндоскопическая аспирационная мукозэктомия, как способ хирургического лечения хронических эрозий желудка тактически оправдан, так как позволяет удалить полностью патологический очаг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На результаты оперативного лечения у пациентов оказали влияние в том числе и реабилитационные мероприятия, включавшие семидневную схему лечения (Стандарты диагностики и лечения болезней органов пищеварения, 1998), с изменениями эрадикационной терапии согласно Маастрихтскому (Европейскому) консенсусу 2000 г. На фоне этой терапии в течение 2-4 недель в раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось ни у одного пациента. У всех пациентов заживление слизистой желудка завершилось в ближайшем послеоперационном периоде (до 3 месяцев) (табл. 2). В отдаленном периоде у 2 (2,4%) пациентов развился рецидив заболевания в сроки 1,5 и 2 года после операции.

Выполнение эндоскопии и эндоскопической ультрасонографии в разные сроки после операции позволило точно определить сроки и этапы воспаления слизистой на месте пострезекционного дефекта. Поскольку заживление у всех пациентов происходило путем вторичного натяжения основным фак-

тором, влияющим на сроки заживления явился размер первоначального дефекта, что и было выявлено при визуальном осмотре слизистой желудка. При этом степень уменьшения дефекта слизистой при гастроскопии на 7 сутки может быть прогностическим фактором к определению сроков окончательной эпителизации слизистой: при сокращении дефекта на 40-50% заживление наступает к 30 суткам, а эпителизация – к 3 месяцу.

Таблица 2.

Сроки заживления слизистой желудка после эндоскопической мукоэктоми

Размер дефекта	П/язвенная терапия + эрадикация (n=79)	П/язвенная терапия (n=4)
8-10 мм (n=26)	23,4±1,7* суток	22,0±2,0 суток
11-15 мм (n=49)	31,7±3,2 суток	31,0±1,0 суток
16-20 мм (n=8)	42,1±4,6 суток	–

Примечание: * – p=0,05

Эндоскопическая ультрасонография позволяет проследить изменения структуры слизистого и подслизистого слоев, которые недоступны визуальному осмотру. В том числе, она позволяет проследить образование рубца, который формируется на уровне собственной мышечной пластинки слизистой, при ее повреждении во время эндоскопической резекции. Также, с ее помощью возможно достоверно определить толщину слизистой, как показателя репарации. Толщина слизистой в ближайшие сроки после резекции у 93,3% составляет 1,6±0,11 мм, а в отдаленные сроки уменьшается до 0,9±0,12 мм у 90,7% пациентов.

Исследование морфологического материала в разные сроки после резекции слизистой желудка с хроническими эрозиями показало, что кишечной метаплазии и дисплазии слизистой на месте удаленных эрозий выявлено не было ни в одном случае, признаки воспаления с отеком, нейтрофильной или мононуклеарной инфильтрацией уменьшались от 75,7% в ранние сроки после резекции слизистой до 66,7% и 7,5% в ближайшие и отдаленные сроки соответственно. Фиброз стромы с образованием рубцовой ткани в месте резекции

слизистой формировался начиная с 3 месяцев и сохранялся в 19,6% случаев. Физиологическая репарация слизистой на месте резекции слизистой с хронической эрозией устраняла патологические изменения слизистой.

По данным лазерной доплеровской флоуметрии изменения микроциркуляторного русла в послеоперационном периоде характеризуются этапностью репаративных изменений стенки желудка, протекающих с объективным улучшением регионального кровоснабжения.

При исследовании кислотообразующей функции желудка в раннем послеоперационном периоде достоверных различий с показаниями до операции у пациентов не выявлено, что свидетельствует об отсутствии значимого влияния оперативного вмешательства на данную функцию желудка. Выявленная в послеоперационном периоде гипоацидность у 5 (11,6%) пациентов была связана исключительно с приемом поддерживающей дозы антисекреторных препаратов, она сменялась нормацидностью, а иногда даже гиперацидностью при проведении стимуляции гистамином.

Наблюдаемая в отдаленные сроки корреляция показателей секреторной функции желудка у обследуемых пациентов и группы здоровых добровольцев свидетельствует об адекватности и целесообразности проводимой в послеоперационном периоде консервативной терапии.

Эндоскопическая резекция слизистой желудка с хронической эрозией приводила к улучшению показателей антродуоденальной манометрии уже в ближайшие сроки после операции, с нормализацией их в сроки от 6 до 12 месяцев у 74,3% пациентов.

На основании этих данных можно говорить о патогенетической связи отмечаемых у обследуемых пациентов моторных нарушений с хроническим воспалительным изменением слизистой желудка, которое является патологическим очагом, способствующим ухудшению антродуоденального клиренса.

Изменения перистальтической активности желудка по данным ультрасонографии выявляется у 26,2% пациентов в ранние сроки (1-3 месяца) и у

23,7% пациентов в отдаленном периоде (6-12 месяцев). При этом частота регистрации дуоденогастрального рефлюкса сокращается с 7,7% до 1,7%. Эти данные подтверждают патогенетическую роль хронической эрозии желудка в развитии моторно-эвакуаторных нарушений антро-дуоденальной зоны.

Полученные результаты подтверждают правильность выбранной тактики при лечении хронических эрозий желудка. После эндоскопической аспирационной мукозэктомии удалялся патологический очаг, нормализовалась моторно-эвакуаторная и кислотопродуцирующая функции желудка, уменьшались дегенеративно-воспалительные изменения слизистой желудка. Наконец, это снижает риск развития осложнений, связанных с эрозивными изменениями слизистой, в том числе и возможность злокачественного перерождения.

ВЫВОДЫ

1. В области хронических эрозий выявлены явные признаки нарушения микроциркуляции, дискоординация моторики антродуоденальной области, тонкокишечная метаплазия в 40,9% и дисплазия 1-2 степени в 6,0% исследований, злокачественное поражение желудка – в 2,4%.

2. Относительными показаниями для эндоскопической резекции слизистой при хронических эрозиях желудка являются: длительно (6 мес. и более) незаживающие хронические эрозии, при условии адекватного медикаментозного лечения; рецидивирующее течение эрозивного гастрита не менее 5 лет, с ежегодными (1-2 раза) обострениями при условии правильного медикаментозного лечения; эрозивный гастрит с ежегодными обострениями, когда пациент настаивает на операции в силу невозможности проведения полноценного консервативного лечения либо на фоне выраженного болевого синдрома при обострении, значительно снижающими трудоспособность. Абсолютным показанием является наличие в биоптатах кишечной метаплазии, дисплазии, тубулярной аденомы, малого рака.

3. Разработанный способ эндоскопической аспирационной мукозэктомии позволяет радикально удалить патологический очаг в месте хронической эрозии желудка.

4. Частота интраоперационных осложнений эндоскопической аспирационной мукозэктомии составляет 3,6%. В отдаленные сроки после операции осложнений, связанных с разработанной методикой не выявлено, частота рецидивирования хронической эрозии составила 2,4%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Наличие хронических эрозий желудка требует постоянного динамического эндоскопического контроля со взятием многофракционного биопсийного материала.

2. При выявлении длительно (до 2 месяцев и более) незаживающих единичных хронических эрозий желудка требует проведения обследования по программе, включающей эндоскопическое исследование, ультрасонографию, морфологическое исследование слизистой, исследование кислотопродукции, микроциркуляции слизистой в зоне эрозии, моторно-эвакуаторной функции желудка, контаминацию *Helicobacter pylori*.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Хирургическое лечение язвы желудка / Г.К. Жерлов, С.С. Клоков, А.И. Баранов и др // Клин. хирургия. – 1989. - №8. – С. 37-39
2. Маевский, Е.И. Новые технологии в диагностике хронических эрозий желудка / Е.И. Маевский, Н.С. Рудая // Современные технологии в многопрофильной больнице : Сборник трудов научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения главного хирурга врачебно-санитарной службы Красноярской железной дороги. – Красноярск, 2003. – с. 244-245.
3. Жерлов, Г.К. Современные технологии в дифференциальной диагностике хронических эрозий желудка / Г.К. Жерлов, Е.И. Маевский, Н.С.

- Рудая // Актуальные проблемы хирургической службы республики Тыва. – Кызыл, 2004. – с. 45-46.
4. Жерлов, Г.К. Новые технологии в диагностике и лечении хронических эрозий желудка // Г.К. Жерлов, Е.И. Маевский, Н.С. Рудая // Актуальные вопросы клинической медицины (Северск). – Томск, 2004. – с. 66-67.
 5. Жерлов, Г.К. Хронические эрозии желудка: новые технологии диагностики и лечения / Хирургические инфекции и миниинвазивная хирургия (Барнаул). – Барнаул, 2004. – с. 189-190.
 6. Маевский, Е.И. Хронические эрозии желудка / Е.И. Маевский, Н.С. Рудая // Новые технологии диагностики (Сочи). – Сочи, 2004. – с. 102-103.
 7. Возможности эндоскопической ультрасонографии в диагностике хронических эрозий желудка / Г.К. Жерлов, Н.С. Рудая, С.А. Соколов, Е.И. Маевский // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – Т 14, №5, пр. 23. – с. 28.
 8. Жерлов, Г.К. Применение новых технологий в диагностике и хирургическом лечении хронических эрозий желудка / Г.К. Жерлов, Е.И. Маевский, Н.С. Рудая // Актуальные проблемы современной хирургии (Новосибирск). – Новосибирск, 2005. – с. 114-115.
 9. Жерлов, Г.К. Современные методы эндоскопии в дифференциальной диагностике предраковых изменений и рака желудка / Г.К. Жерлов, Е.И. Маевский, Н.С. Рудая // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2005. - №1(12), С. 67-69

ПАТЕНТЫ И ИЗОБРЕТЕНИЯ

Патент РФ №2275867 Способ хирургического лечения хронических эрозий желудка / Г.К. Жерлов, Д.В. Зыков, Е.И. Маевский и др. (РФ). – № 2004113737. Заявлено 05.05.2004; Опубл. 10.05.2006,.