

ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Владимир Анатольевич Белобородов¹, Евгений Вячеславович Генич¹, Вячеслав Николаевич Антонов²
 (¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – проф. В.А. Белобородов; ²Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр, гл. врач – к.м.н. И.В. Ушаков)

Резюме. В статье представлены сведения о частоте выявляемости основных осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, методах их лечения и ее эффективности, способах оценки качества послеоперационной жизни больных.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненные формы, качество жизни.

THE COMPLICATED FORMS OF PEPTIC ULCER AND THE QUALITY ASSESSMENT OF POSTOPERATIVE TIME OF PATIENTS

V.A. Beloborodov, E.V. Genich, V.N. Antonov
 (Irkutsk State Medical University)

Summary. The paper presents the information of the frequency of diagnosis of the main complicated forms of gastric ulcer and duodenal ulcer, methods and evaluation of the effectiveness of their treatment, ways to assess the quality of postoperative patients' life.

Key words: the gastric ulcer and duodenal ulcer, complicated forms of peptic ulcer, quality of life.

«Вероятно, настанет время, когда знания о язвенной болезни двенадцатиперстной кишки будут настолько исчерпывающи-

ми, а методы ее лечения до такой степени совершенными, что окажется возможным стойко излечивать это заболевание уже при первом обращении пациента за медицинской помощью»

К.Н. Мовчан

Язвенная болезнь (ЯБ), несмотря на многочисленные многолетние исследования, посвященные этиологии, патогенезу и лечению, накопленный большой клинический опыт, продолжает оставаться актуальной проблемой современной гастроэнтерологии [2]. Она занимает одно из ведущих мест в структуре патологии органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). По данным Министерства здравоохранения России, в нашей стране на учете находится около 3 млн. больных, из них каждый десятый был оперирован. В Европе число таких больных составляет 2-3% населения. В США ежегодно регистрируется 350 тыс. новых случаев заболевания ЯБ, 100 тыс. человек ежегодно подвергаются хирургическому лечению и 6 тыс. умирают от различных осложнений этого заболевания [15]. Среди причин инвалидности заболевания ЖКТ занимают 5-е место (2,3% от первичной инвалидности), причем к стойкой утрате трудоспособности в 50,6% случаев из них приводит ЯБ. Из них в 2/3 наблюдений это бывает после оперативного лечения.

В России острота проблемы ЯБ не только сохранилась, но и приобрела национальную значимость в последние два десятилетия в связи с ростом осложненных форм заболевания [23]. Одной из наиболее значимых причин этого является снижение плановой хирургии при отсутствии доступного и хорошо организованного консервативного лечения [18]. Ею страдают 10-15% населения земного шара, а в России около 3 миллионов человек [2].

Заболеваемость ЯБ продолжает увеличиваться. Так, за 10 лет, число пациентов с указанной патологией в России увеличилось на 8,3% случаев. Ежегодно на диспансерном наблюдении находится более 1 миллиона больных язвенной болезнью, из них каждый второй проходит стационарное лечение.

ЯБ является основной причиной кровотечений из верхних отделов ЖКТ [4], а показатели летальности при этом осложнении достигают 10% [17]. ЯБ занимает 1% среди причин смерти взрослого населения [6].

Несмотря на успехи фармакологии и пристальное внимание исследователей к вопросам патогенеза ЯБ в привычном свете соотношений факторов агрессии и защиты, у значительной части больных не удается достичь стойкой ремиссии или предупредить развитие осложнений [14]. Известно, что консервативная терапия требует

длительных усилий, а осложнения отмечаются у 10-20% пациентов.

Значительная распространенность этого недуга среди трудоспособного населения, склонность к затяжному течению и рецидивированию, развитию тяжелых осложнений, приводящих к длительным срокам временной нетрудоспособности, ранней инвалидизации и преждевременной смертности больных определяют не только медицинскую, но и большую социальную значимость ЯБ.

В результате широкого применения высокоэффективных противоязвенных препаратов во всем мире снизилось количество операций, выполняемых в плановом порядке. По данным Минздравсоцразвития России, за период с 1997 по 1999 г. количество плановых операций сократилось в 2 раза. Наряду с этим в 2-3 раза возросло число экстренных операций по поводу таких грозных осложнений ЯБ, какими являются кровотечение и перфорация [15].

Многочисленные отечественные и зарубежные авторы указывают на возрастание частоты осложненного течения ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК) до 9-18% наблюдений [26].

Перфорация хронической язвы ДПК возникает в 5-7% случаях, пенетрация — в 10-15%, рубцово-язвенный стеноз — в 5-15%, кровотечение из хронической язвы ДПК — в 15-20% наблюдений [26]. Эти осложнения остаются одной из наиболее сложных проблем в современной хирургии.

Одно из осложнений ЯБ желудка и ДПК — перфорация язвы. Причинами неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных с перфорацией язвы желудка и ДПК являются отсутствие единой хирургической тактики, четких критериев для дифференцированного выбора способа операции, поздняя обращаемость, наличие сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Среди способов хирургического лечения пациентов с перфоративной язвой желудка и ДПК наибольшее распространение получили такие операции, как ушивание перфоративной язвы, резекция желудка с формированием гастроэнтероанастомоза в разных вариантах, дуоденопластика с различными видами ваготомий.

Основным недостатком операции ушивания пер-

форативной язвы является неудовлетворительные отдаленные результаты лечения. Для того чтобы избежать возникновения рецидива язвы после ее ушивания операцией дополняют ваготомией. Однако, после проксимальной желудочной ваготомии ранние послеоперационные осложнения, такие как некроз малой кривизны желудка, атония желудка, внутрибрюшное кровотечение диагностируют у 1,5% пациентов. В отдаленные сроки часто возникают рецидив язвы, диарея, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь [12]. Частота рецидива ЯБ после ушивания перфораций достигает 75% [25].

Различные варианты резекций желудка и по сей день, считаются многими хирургами операцией выбора. Тем не менее, резекционные способы лечения осложненных ЯБ имеют ряд недостатков. Среди них следует отметить длительную нетрудоспособность в послеоперационном периоде, более высокую летальность, нередко возникающие постгастрорезекционные осложнения. Частота рецидивов ЯБ после резекции желудка в среднем составляет 4% [3].

В последние годы в литературе появились сведения об использовании малоинвазивных технологий при лечении осложненных форм язвенной болезни, так как травматичность верхнесрединной лапаротомии, время затрачиваемое как на ее осуществление, так и на ушивание раны, не соответствует объему основного операционного приема и может сопровождаться различными послеоперационными раневыми осложнениями.

По мнению авторов [11], применявших лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка и ДПК, противопоказаниями к данной методике являются большие размеры перфоративного отверстия, локализация язвы по малой и большой кривизне желудка, наличие спячного процесса в пилородуоденальной зоне.

Другим вариантом малоинвазивных технологий является оперативное лечение через мини-доступ. Эта методика обладает теми же преимуществами, что и лапароскопическая техника, но превосходит её по простоте, дешевизне, отсутствию необходимости наложения пневмоперитонеума. Однако, при использовании этой методики затруднено проведение полной ревизии брюшной полости, что ограничивает ее применение при распространенном перитоните. Расширение показаний к применению мини-доступа у пациентов с перфоративной язвой желудка и ДПК может способствовать их комбинированному использованию с эндохирургическими технологиями, заключающиеся в устранении перфоративного отверстия через мини-доступ с санацией брюшной полости под контролем лапароскопа [11].

Кроме того, одним из факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на течение послеоперационного периода у больных с перфоративной язвой желудка и ДПК, являются метаболические нарушения различной степени выраженности, обусловленные неадекватным обеспечением пациентов нутритивным питанием.

Проблема лечения острых язвенных кровотечений до настоящего времени сохранила свою актуальность в первую очередь в связи с высоким и нежелательно стабильным уровнем общей летальности [13]. При этом число больных с язвенным кровотечением постоянно увеличивается и составляет 90-103 на 100 000 взрослого населения в год [28].

Последние десятилетия прошлого столетия ознаменовались бурным развитием эндоскопии и терапии ЯБ, которые приобретают важное значение в современной клинике. Комбинированное использование эндоскопического гемостаза (ЭГ) в сочетании с современной противоязвенной терапией является многообещающим направлением в лечении язвенных кровотечений. Эффективность первичного ЭГ при продолжающемся язвенном гастродуоденальном кровотечении составляет 97-100% случаев [1,23]. В комбинации с современными противоязвенными препаратами, наиболее эффективными из которых являются ингибиторы протонной помпы, это позволяет значительно снизить частоту ре-

цидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений после первичного ЭГ с 12-42% до 2,7-8,9% наблюдений [1,27]. Все это позволяет рассматривать ЭГ в комбинации с современной противоязвенной терапией ингибиторами протонной помпы, как альтернативу хирургическому лечению.

Сегодня эндоскопия обладает широким набором способов ЭГ, различных по своей физической природе, эффективности, доступности, безопасности, стоимости. Так, эффективность первичного гемостаза при применении термических методов составляет 95-96% случаев, а рецидив кровотечения возникает в 6-31,3% наблюдений. Однако к недостаткам всех термических методов следует отнести опасность перфорации полого органа и термического некроза тканей возникающего у 5-10% пациентов, и эффект «приваривания» посткоагуляционного струпа к зонду, что может вести к отрыву образовавшегося тромба и рецидиву кровотечения. Методика механического гемостаза — эндоклипирование, обладает высокой эффективностью и безопасностью, однако ее выполнение сопряжено со значительными техническими трудностями при кровотечениях из хронических каллезных гастродуоденальных язв. Применение инфилтративных методик гемостаза так же не всегда дает необходимый эффект и сопровождается риском перфорации или некроза стенки органа [1].

Метод аргонно-плазменной коагуляции обеспечивает эффективную бесконтактную коагуляцию, в том числе и обширных поверхностей, и при этом обладает хорошо регулируемой и равномерной глубиной проникновения. Таким образом, достигается эффективная равномерная коагуляция, как локальных участков, так и обширных поверхностей и значительное снижение риска перфорации органа, не превышающее 0,5% случаев [1].

Очевидно, что при выборе способа хирургического лечения осложнений ЯБ следует учитывать не только его возможности эффективно устранить жизнеопасное осложнение, но и создать условия по профилактике дальнейшего рецидива заболевания. Проведенное хирургическое лечение должно способствовать улучшению физической и социальной активности больных.

В повседневной практической деятельности выделяют абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению. Если в отношении абсолютных показаний к операции позиции остаются неизменными (срочные: перфорация язвы, профузное кровотечение, не купирующееся консервативно; и отсроченные: декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка, нестойкий гемостаз или рецидив кровотечения), то совсем иная картина наблюдается при рассмотрении вопроса об относительных показаниях (язвы рефрактерные к консервативной терапии или часто рецидивирующие (более 2 раз в год при проведении комплексного лечения), с наличием осложнений в анамнезе, а также язвы в области кардии, большой кривизны и в привратниковой части желудка, не поддающиеся консервативному лечению в течение 8 недель).

В послеоперационном периоде такие больные нередко выходят на инвалидность, нуждаются в активных реабилитационных мероприятиях, в том числе и повторном оперативном лечении, что наносит существенный экономический ущерб пациенту и обществу в целом.

Необходимо помнить, что ЯБ желудка и ДПК оказывает влияние не только на соматическое состояние пациента, но и на его психоэмоциональное поведение и социальный статус. Традиционно врач описывает течение и тяжесть ЯБ, исходя из данных физического, лабораторного и инструментального обследования. Другая составляющая здоровья человека — информация о социальных и психологических проблемах связанных с этим заболеванием, как правило, оставалась недооцененной.

Необходимость изучения психоэмоциональной и социальной сферы жизни пациента объясняется появлением в последние годы особого критерия эффективно-

сти оказания медицинской помощи — оценки качества жизни (КЖ).

В настоящее время во всех разделах медицины уделяется большое внимание оценке самочувствия пациентов. Еще два десятилетия назад уделялось недостаточно внимания изучению отдаленных результатов лечения и отношению пациента к уровню своего здоровья. Показателями эффективности любого вида лечения до сих пор являются физикальные данные, лабораторные показатели и нередко просто отсутствие жалоб. С развитием новых методов диагностики и лечения современная медицина все больше отдалается от принципа, который был сформулирован еще в середине XIX века С.П. Боткиным — «лечить больного, а не болезнь». Но, проблема КЖ весьма актуальна и для современной хирургии. Хирургическое лечение часто является неотложным и подчас далеко нефизиологичным вмешательством и оказывает различное воздействие на состояние здоровья и нередко просто отсутствия заболевания, а выбор хирургического вмешательства или консервативного лечения обусловлен наличием абсолютных или относительных показаний или противопоказаний. Несомненно, любая операция, а равно и консервативное лечение в дальнейшем сказываются на состоянии здоровья пациента, его физическом, психическом и социальном статусе. Данное воздействие не всегда оценивается должным образом, и в современной отечественной хирургии по-прежнему пользуются узким спектром таких определений исхода лечения больного, как выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, перевод в другое учреждение, смерть, которые не являются достаточно информативными для пациента и врача. Закономерно возникла потребность в разработке различных методов и способов, позволяющих оценить исход любого вида лечения.

В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем» [20], но его общепринятого определения пока не существует. Большинство исследователей сходятся во мнении о том, что данное понятие тесно связано с определением здоровья, которое предложено Всемирной организацией здравоохранения: «Здоровье — это полное физическое, социальное и психическое благополучие, а не просто отсутствие заболевания» [38]. В связи с этим под КЖ понимают интегральную оценку физической, психической и социальной деятельности больного, основанную на его субъективном восприятии [37].

Современная концепция исследования КЖ в медицине была разработана и активно внедряется специалистами Межнационального центра исследования КЖ [20]. Участие больного в оценке его состояния: наиболее важная и уникальная составляющая КЖ, которая позволяет наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, учесть мнение самого больного и составить максимально полную и объективную картину болезни и ее последствий. Многочисленными исследованиями показано, что оценка КЖ, сделанная больным, часто не совпадает с оценкой КЖ врачом.

В современной хирургии и здравоохранении в целом сферы исследования КЖ достаточно широки, к ним относят следующие: стандартизация методов лечения; экспертиза новых методов лечения с использованием международных критериев, принятых в развитых странах; обеспечение полноценного индивидуального мониторинга состояния больного с оценкой ближайших и отдаленных результатов лечения; разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания; проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска; обеспечение динамического наблюдения за группами риска и оценка эффективности профилактических программ; разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины [21].

Большой период времени в медицине не существовало унифицированных методов и инструментов оценки КЖ. Сейчас все общепризнанные методики предполагают использовать стандартизированный опросник, который заполняется непосредственно самим пациентом, визуально-аналоговые шкалы, степенные шкалы и проективные методы. В наибольшей степени стандартам современной методологии измерения КЖ (использование валидных и надежных инструментов) отвечают опросники, разработкой и стандартизацией которых занимаются специальные организации.

К таким организациям относят «Межнациональный центр исследования качества жизни», «Международное общество исследования качества жизни» и другие, из которых главным координационным учреждением является институт «МАРІ» во Франции. В обязанности института «МАРІ» входит всесторонний анализ предложенных опросников, их регистрация и внесение предложений по усовершенствованию. Наличие такого центра делает возможным сравнение результатов различных исследований и позволяет избежать разночтений в их интерпретации. Создание опросников весьма трудоемко, где кроме работы по их созданию необходимо отметить многоэтапность самого процесса, включающего выделение параметров (шкал и сфер) КЖ, их описание и представление в виде вопросов с вариантами ответов в балльном измерении, испытание, разработку формата и предварительное тестирование опросника в различных популяциях, при необходимости перевод на языки региона исследования и культурную адаптацию. На заключительном этапе осуществляется валидация опросника, оценка его воспроизводимости и чувствительности.

Существуют общие и специальные варианты опросников.

Общие опросники предназначены для оценки КЖ независимо от характера патологии, тяжести заболевания и способа лечения. Наиболее распространенными общими опросниками, общепризнано отмеченными различными организациями [30] являются:

- EuroQol (EQ-5D);
- MOS SF-36 и его модификации (SF-22, SF-20, SF-12);
- Quality of Well-Being Index;
- Sickness impact profile;
- Nottingham Health Profile;
- Quality of Life Index.

Специальные опросники применяются для оценки КЖ больного при конкретных нозологических формах. Примерами таких опросников в гастроэнтерологии, как одного из разделов хирургии, служат:

- Irritable Bowel Syndrom Quality of Life (IBS-QoL);
- Inflammatory Bowel Disease Quality of Life (IBDQ);
- Quality of duodenal Ulcer Patients (QLDUP);
- Quality of life Reflux and Dyspepsia (QOLRAD);
- Gastrointestinal Quality of Life Index y-(GIQLI);
- Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS).

В заключении следует указать, что современный этап развития хирургической гастроэнтерологии предъявляет высокие требования в необходимости определения показаний и противопоказаний к операции, соблюдения принципа при выборе оперативного лечения «каждому больному — своя операция», добиваясь наиболее благоприятного ближайшего и отдаленного результата.

Таким образом, до настоящего времени распространенные формы ЯБ желудка и ДПК являются распространенными вариантами патологии живота. При этом данная патология продолжает сопровождаться высокой инвалидизацией, летальностью, различными осложнениями в послеоперационном периоде, и все это как следствие ведет к значительному снижению КЖ пациентов. Кроме того, в последние годы наблюдается рост заболеваемости и смертности при осложнениях ЯБ, значительную долю которых занимают желудочно-кишечные кровотечения. Это определяет необходимость четко формулировать показания к оперативному лечению, опти-

мального выбора его объема в каждой ситуации, оценки факторов, провоцирующих рецидив заболевания и послеоперационные осложнения, что и определяет риск снижения КЖ у пациентов с осложненной ЯБ. В литературе описываются отдаленные результаты той или иной операции и есть единичные описания уровня КЖ при резекционных методах лечения ЯБ. Существуют четко

сформулированные показания к оперативному лечению жизнеугрожающих осложнений ЯБ, но отсутствует единая хирургическая стратегия, четкие критерии для дифференцированного выбора способа операции, и не оцениваются отдаленные результаты, что делает актуальной проблему оценки КЖ больных с осложненной ЯБ желудка и ДПК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов В.Н. Эндоскопический гемостаз и прогноз рецидива кровотечения при хронических гастродуоденальных язвах: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Красноярск, 2006. — 27 с.
2. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. — М.: Трида-Х, 1998. — 483 с.
3. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю. Хирургическое лечение больных с язвенной болезнью. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 336 с.
4. Барановский А.Ю., Назаренко Л.И. и др. Пищевая непереносимость. — Изд-во «Диалект», 2006 г. — 136 с.
5. Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. — СПб.: «Политехника», 2004. — С. 70-85.
6. Гончарик И. И. Клиническая гастроэнтерология. — Минск: Ураджай, 2002. — 335 с.
7. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Антисекреторная терапия как составляющая часть консервативного гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. — 2005. — №8. — С. 52-57.
8. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему // Рус. мед. журн. — 2005. — Т.13. № 25. — С. 156-162.
9. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Ивахов Г.Б., Головин Р.А. Антисекреторная терапия в неотложной хирургической гастроэнтерологии: новые горизонты // Рус. мед. журн. — 2006. — Т.14. №12. — С. 7-10.
10. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Меграбян Р.А. Прогностические критерии рецидивов острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Материалы Всероссийской конференции «Современные проблемы хирургического лечения больных язвенной болезнью». — Саратов, 2003. — С. 104-105.
11. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. Лапароскопическая хирургия желудка. — М.: Медпрактика-М, 2000. — 164с.
12. Жаботенко В.П., Сажин А.В., Наумов И.А., Макаров Т.А. Профилактика рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки после открытых и лапароскопических операций // Всероссийский съезд эндоскопической хирургии. 4-й. Тезисы докладов. // Эндоскопическая хирургия. — 2000. — Т.7. — С. 2-24.
13. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. — М., 2000. — 166 с.
14. Ивашкина В.Т. Клинические рекомендации // Гастроэнтерология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 208 с.
15. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 2001. — №1. — С.27-32.
16. Курыгин А.А., Румянцев В.В. Хирургические болезни. — М., 1992. — 105 с.
17. Лапина Т.Л., Ивашкин В.Т. Современные подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // БОП. — 2001. — Т.3. №1. — С. 10-15.
18. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. — 2005. — Т.1. — С. 58-64.
19. Масевич Ц.Г., Ткаченко Е.И. Раздел: Внутренние болезни. — М., — 2001. — 176 с.
20. Новик А.А., Ионова Т.А., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб.: Элби, 1999. — С.139-140.
21. Новик А.А., Ионова Т.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — М.: Олма, 2007. — С. 20-159.
22. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. — М., 1979. — 159с.
23. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. — 2003. — Т.3. — С. 43-49.
24. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит, язвенная болезнь. — Н.Новгород, 2000. — 377 с.
25. Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв // Хирургия. — 2003. — №5. — С. 24-27.
26. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. Хирургическая тактика и оперативное лечение при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. — М.: Информедиа Паблишерз, 2005. — 140с.
27. Хаджибаев А.М., Маликов А.М., Холматов Р.М. и др. Роль эндоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. — 2005. — Т.4. — С. 24-27.
28. Шапкин Ю. Г., Капранов С.В., Матвеева Е.Н. Активная тактика в лечении кровоточащей язвы // Хирургия. — 2004. — № 9. — С. 29-31.
29. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — М., 2002. — 376 с.
30. Aaronson N.K. Quality of life assessment in clinical trials: methodological Issues // Control Clin. Trials. — 1989. — №10. — P. 195-208.
31. Adamopoulos A.B., Efstathiou S.P., Tsioulos D.I. et al. Bleeding duodenal ulcer: comparison between Helicobacter pylori positive and Helicobacter pylori negative bleeders // Dig. Liver Dis. — 2004. — Vol.36. №1. — P.13-20.
32. Donahue P. Parietal cell vagotomy versus vagotomy-antrectomy: ulcer surgery in the modern era // World J. Surg. — 2000. — Vol.24. №3. — P.264-249.
33. Hwai-Jeng Lin, Wen-Ching Lo, Fa-Yauh Lee. A prospective randomized trial showing that omeprazole prevents rebleeding in patients with bleeding peptic ulcers // Courtesy Archives of Internal Medicine. — 1998. — №158. — P.54-58.
34. Ljungdahl M., Eriksson L.G., Nyman R., Gustavsson S. Arterial embolization can often substitute surgery in bleeding ulcer. When endoscopic hemostasis is not successful an alternative emergency treatment is needed // Lakartidningen. — 2004. — Vol.101. №9. — P.768-772.
35. Saccomani G.E., Percivale A., Stella M. et al. Laparoscopic billroth II gastrectomy for completely stricturing duodenal ulcer: technical details // Scand J. Surg. — 2003. — Vol.92. №3. — P.200-202.
36. Skok P., Krizman I., Skok M. Argon plasma coagulation versus injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage — a prospective, controlled study // Hepatogastroenterology. — 2004. — Vol.51. №55. — P.165-170.
37. Staquet M. J. (ed.). Quality of life assessment in clinical trials // Oxford University Press. Oxford. — 1998. — 360p.
38. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? // World Health Forum. — 1996. — P.1-29.

Информация об авторах:

тел.: 8(3952)703729, e-mail: BVA555@yandex.ru
Белобородов Владимир Анатольевич – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор,
Генич Евгений Вячеславович – ассистент, заочный аспирант,
Антонов Вячеслав Николаевич – врач-эндоскопист.