

предпочтительна при недостаточности и халазии кардии, ГПОД небольших и средних размеров. При грыжах ПОД больших размеров показана фундопликация по Ниссену.

2. ГЭРБ довольно часто встречается у больных ЯБДК, КХ, НДП и ГПОД, подлежащих оперативному лечению, в связи с чем эти пациенты должны целенаправленно обследоваться на предмет выявления данной патологии с целью ее устранения по ходу оперативного вмешательства, прибегнув к симультанной операции.

3. Дифференцированный подход к выбору способа оперативного вмешательства при ГЭРБ позволяет достичь в большинстве случаев хорошего и отличного результата в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Рецидив ГЭРБ в отдаленном послеоперационном периоде отмечен в 4,3%. Послеоперационная летальность отсутствовала.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО АНАСТОМОЗИТА

Прохоров А.В.¹, Гладышев А.О.², Хомич Н.В.²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹

Минский городской клинический онкологический диспансер²

Минск, Беларусь

В основе анастомозита лежит острое воспаление зоны желудочно-кишечного анастомоза, возникшее в послеоперационном периоде и сопровождающееся его сужением и нарушением эвакуации из культи желудка. По разным данным, частота данного осложнения после резекции желудка встречается у 0,96–61,5% пациентов.

Основными этиологическими факторами развития анастомозита считаются прежде всего погрешности в технике формирования гастроэнтероанастомоза: в частности, грубый лигатурный гемостаз при рассечении стенки желудка и тонкой кишки, вызывающий деформацию линии шва анастомоза; грубый захват в стежок шва краев стенок анастомозируемых органов, многорядное ушивание анастомоза с избыточным инвагинированием стенок; развитие воспалительного инфильтрата в области анастомоза, обусловленного реакцией организма пациента на шовный материал;

игнорирование наружного дренирования желудочной культи транс-назальным зондом в первые 3–4 суток после резекции желудка и, как следствие, перерастяжение культи желудочным содержимым с последующим развитием ее атонии (Василенко Л.И. и соавт., 2011). По данным ряда авторов, одной из причин развития пострезекционного анастомозита является инфицирование пациента *Helicobacter Pylori*, в особенности высокопатогенными типами с генотипом *cagA vacAsla/mla*. Также отмечена зависимость частоты развития данного осложнения от вида операции: наиболее часто анастомозит развивается после резекции желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2 в модификации Гофмейстера–Финстерера.

Цель исследования: проанализировать частоту возникновения пострезекционного анастомозита в зависимости от вида гастроэнтероанастомоза (ГЭА) и определить оптимальный способ его формирования при дистальной субтотальной резекции желудка (ДСРЖ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 186 пациентов, которым в 2010–2012 гг. в онкохирургическом отделении № 1 МГКОД была выполнена ДСРЖ в различных модификациях по поводу злокачественных опухолей. Из них 55,4% (103 пациента) составили мужчины, 44,6% (83 пациентки) – женщины. Средний возраст пациентов составил $63,2 \pm 8,4$ года. Подавляющее большинство операций было выполнено по поводу рака желудка (181), в 5 случаях дистальная субтотальная резекция желудка выполнена по поводу ГИСТ желудка. 122 (65,6%) пациентам (группа 1) выполнена ДСРЖ по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера–Финстерера, в 26 (14%) случаях (группа 2) – гастроэнтероанастомоз (ГЭА) сформирован на длинной петле с соустьем по Брауну с дополнительной перевязкой приводящей петли тонкой кишки по Шалимову, в 19 (10,2%) случаях (группа 3) ГЭА сформирован по аналогичной методике, но без перевязки приводящей петли кишки. 16 (8,6%) пациентам (группа 4) выполнена резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Райхель–Полиа. Пятую группу составили 3 пациента, у которых ГЭА сформирован на отключённой петле по Ру. В 100% случаев ГЭА накладывался 2-рядным непрерывным атравматическим швом полигликолидом 3/0 (задняя губа – шов Мультиановского, передняя губа – шов Альберта–Шмидена). Культи желудка дренировалась назогастральным зондом у всех пациентов.

Результаты. Развитие анастомозита разной степени выраженности отмечено у 15 пациентов (8,06%). При этом во второй и пятой группах осложнений не было. Абсолютное большинство случаев анастомозита отмечено у пациентов первой группы – 13 (10,7%). В третьей и четвертой группах отмечено по одному случаю осложнения (5,2%) и (6,25%), соответственно. В трех случаях анастомозит имел тяжелое течение, при этом

у 2 пациентов выполнена повторная операция в объеме переднего гастроэнтероанастомоза с соустьем по Брауну, одной пациентке с противовоспалительной целью проведен курс лучевой терапии на область анастомоза в дозе 30 Гр (разовая доза 2 Гр). В остальных случаях пациенты получали консервативное противовоспалительное лечение в течение 10–18 суток. Летальных исходов не было.

Выводы. Анастомозит является достаточно частым полиэтиологическим осложнением после резекции желудка. Один из эффективных методов его профилактики – формирование гастроэнтероанастомоза на длинной петле с соустьем по Брауну и дополнительной перевязкой приводящей петли тонкой кишки по Шалимову, а также на отключенной петле по Ру. Данные модификации анастомозов полностью исключают раздражающее действие желчи и панкреатического сока на зону желудочно-кишечного соустья, а также препятствуют перерастяжению резецированного желудка с последующим развитием его атонии ввиду отсутствия рефлюкса дуоденального содержимого в культю желудка, что значительно снижает риск развития анастомозита в раннем послеоперационном периоде.

ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКАЯ АКТИВНОСТЬ СОТРУДНИКОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ОБЛАСТИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Королёв П.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Беларусь

Обеспечение научно-технического прогресса в медицине необходимо для повышения качества медицинской помощи населению и в значительной степени достигается за счёт активизации и использования интеллектуального потенциала медицинских работников путём разработки ими научно-технических решений на уровне мировой новизны с обеспечением защиты их патентами на изобретения.

Цель исследования – проанализировать изобретательскую активность сотрудников Гродненского государственного медицинского университета (ГрГМУ) в области абдоминальной хирургии.

Для реализации поставленной цели была использована база данных