

желудка по пологим краям сформированной по этой методике манжете, хорошо опорожняя её.

2) СПВ не проводилась, так её эффект, как мы указывали ранее, носит временный характер, 3–6 месяцев, а затем наступает реиннервация. Кроме того, нами этим самым снят был один из факторов отрицательного влияния ваготомии на моторику желудка,

3) на протяжении 3–4-х месяцев сразу после операции стала проводиться фармакологическая ваготомия квамателом, или препаратами протонной помпы,

4) кроме дубликации малой кривизны желудка мы чаще стали проводить её и по большой кривизне,

5) все остальные этапы выполнялись в полном объёме, как указано выше (дренирующая операция по Финнею, фиксация желудка к малому сальнику). Между тем, сама операция значительно упростилась. Все оперированные нами по данной методике 30 больных с декомпенсированным стенозом выздоровели и вернулись к труду.

Итак, поставленные цели и задачи были решены – сняты ограничения к органосохраняющим операциям при лечении стенозов пилородуоденального канала. Объем вмешательства уменьшился.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО КАНАЛА (АГАНГЛИОЗ) И ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИХ

Гришин И.Н., Чепик Д.А., Бочко В.Н., Лагодич С.Н., Лой А.В.

**ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,**

**УЗ «Минская областная клиническая больница»,
Минск, Республика Беларусь**

Целью сообщения является определить общие и частные закономерности указанных патологических состояний в пищеварительном тракте с функциональными стенозами пилородуоденального канала и наметить принципы их хирургической коррекции.

Почти более 50-летние наблюдения в хирургической практике и анализ литературы показывает, что многие процессы в пищеварительном тракте, приводящие к нарушению пассажа пищевых масс на различных уровнях, аналогичны другим патологиям, хорошо известным и изученным явлениям: ахалазия кардии, афункционирование желчных протоков, нейрогенный мочевой пузырь, болезнь Гиршпрунга и др. Связана эта патология с нарушением функции иннервации органов. Многие исследователи по этому вопросу отмечают дегенеративные изменения в мейснеровских и ауэрбаховских ганглиях гипо- или даже аганглиоз, чаще всего врожденного характера.

В основу исследования положены клинические наблюдения различных учреждений, начиная с 1960 года. Морфологические исследования проводились на кафедре нормальной анатомии БГМУ.

Сравнивая клинические проявления первичных стенозов пилородуоденального канала, а именно, отсутствие перистальтики в дистальных отделах (препилорический и пилорический), деформация желудка со смещением его в малый таз, постепенное расширение желудка с заострением угла провисания, что усиливает стенозирующий эффект в пилородуоденальном канале, расправление угла Гиса, с другими локализациями аганглиоза, как причины функционального стенозирования, и самое главное – дефицит в массе тела до 30%, указывает на большие сходства данных патологий. Это было подтверждено и предварительными гистохимическими исследованиями. Поэтому и был предпринят весь комплекс хирургического органосохраняющего желудка лечения аналогичного при язвенных стенозах, но без дренирующих операций. Получен прекрасный результат (10 больных). При этом отмечено, что функциональный стеноз на почве аганглиоза может носить полифокальный характер. В этих случаях приходилось проводить поэтапные операции (в связи с ахалазией кардии, дуоденостазом, цекоцеле, болезнью Гиршпрунга, ректоцеле). В связи с тем, что суть органосохраняющих операций на желудке не предусматривает вскрытие его просвета, нами и предпринята попытка видеоскопической коррекции разбираемой патологии желудка из 4-х проколов брюшной полости. При проведении операции были выполнены все её этапы: мобилизация желудка по

большой и малой кривизне, выделение кардиального отдела пищевода и его максимальная абдоминализация, проведение дна желудка по Ниссену в нашей модификации, образование высокой желудочной манжетки с образованием по передней его стенке “треугольника” по Гришину, дубликация по малой и большой кривизне с фиксацией желудка к малому сальнику, расправление пилородуоденального перегиба. Длительность операции – 2 часа 30 минут, учитывая первый их опыт. Послеоперационный период протекал гладко. Питание постепенно восстановилось, и все симптомы стеноза прошли. У последней больной имелись остаточные симптомы типа тошноты после приёма пищи.

В перспективе имеются все предпосылки выполнения органосохраняющих операций при коррекции язвенных стенозов пилородуоденального канала.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНГИОДИСПЛАЗИЙ ВИЗУАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*Гришин И.Н.^{1,2}, Давидовский И.А.^{1,2}, Воевода М.Т.^{1,2},
Воробей А.В.^{1,2}, Попель Г.А.^{1,2}, Авдей П.П.²*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Введение. Ангиодисплазии (сосудистые мальформации, врожденные пороки развития сосудов) – это результат нарушения формирования сосудов в эмбриогенезе. Они являются достаточно сложным разделом клинической ангиологии, т.к. это сравнительно редкая и недостаточно знакомая практически врачам патология. По данным ряда авторов, число ангиодисплазий составляет от 2 до 5,5% от общего числа пациентов с патологией сосудов. Значимость проблемы лечения ангиодисплазий определяется реальной опасностью развития серьезных осложнений: трофиче-