

*Сербина Д. В., Журова А. В.*

## **РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Маркауцан П. В.  
Кафедра Оперативной хирургии и топографической анатомии  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** В связи с увеличением количества хирургических вмешательств на желудке становится необходимым исследование различных видов резекции желудка. Резекцией желудка называют хирургическую операцию, при которой удаляется значительная часть желудка, после чего восстанавливается непрерывность пищеварительного тракта. Первую успешную резекцию желудка выполнил Кристиан Альберт Теодор Бильрот 29 января 1881 г. в Вене по поводу рака привратника желудка. Непрерывность пищеварительного тракта была восстановлена анастомозированием пересеченной двенадцатиперстной кишки с отсеченным концом желудка на его малой кривизне. Позднее Бильрот выполнил анастомоз двенадцатиперстной кишки с пересеченным краем желудка со стороны большой кривизны. Этот тип операции, восстанавливающей пассаж содержимого по желудку и тонкой кишке, позднее получил название резекции желудка с анастомозом по Бильрот-1. Спустя более чем 130 лет резекция желудка претерпела множество изменений, были придуманы модификации, повышающие выживаемость и улучшающие восстановление. Изучив различные варианты резекций, можно предотвратить осложнения во время операции и послеоперационном периоде.

**Цель:** изучить историю резекции, исследовать и проанализировать преимущества и недостатки различных видов резекции желудка.

### **Задачи:**

1 Демонстрация истории развития резекции желудка, объективная оценка различных видов техник, а также выявление наиболее часто используемой техники создания анастомоза в стационаре.

**Материал и методы.** В ходе исследования были проанализированы истории болезни хирургического отделения УЗ «3 ГКБ», научные статьи.

**Результаты и их обсуждение.** По полученным нами данным частота использования в практике анастомоза Бильрот-1 составляет 56%, Бильрот-2 в различных модификациях – 44%, из них в модификации Гоффмейстера-Финстерера – 29%.

### **Выводы:**

1 Выбор метода создания анастомоза зависит от топографо-анатомических особенностей пациента, тяжести патологии, а также квалификации хирурга.