**Корнієнко Олексій Михайлович. Експериментально-морфологічне обгрунтування клиноподібно-трубчастої резекції шлунка: дисертація канд. мед. наук: 14.03.01 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2003. : табл.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Корніенко О.М.**Експериментально-морфологічне обгрунтування клиноподібно- трубчастої резекції шлунка.– Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.01-нормальна анатомія.- Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця.- Київ, 2003 р.  Дисертацію присвячено експериментально-морфологічному обгрунтуванню удосконалених методів органозаощаджуючих втручань при лікуванні хронічних та усладнених гастродуоденальних виразок–кліноподібно-трубчастої резекції шлунку (КТРШ). На секційних дослідженнях, здійснених на 30 трупах людей, 21 трупах собак та експериментально-морфологічних дослідженнях на 48 собаках вивчено кровопостачання, інервація, визначені закономірності змін судинно-нейроклітинних мікрокомплексів міжм’язового нервового сплетіння стінок шлункової кукси після КТРШ 1/3 і 2/3 з формуванням гастродуодено – (ГДА) та гастроентероанастомозу (ГЕА). Виявлене надійне кровопостачання та інервація стінок шлункової кукси незалежно від рівня резекції та методів відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту. Розроблена найбільш удосконалена хірургічна техника КТРШ із застосуванням спеціальних затискачів та зшиваючих апаратів. Запропоновано ефективний засіб КТРШ 2/3 з високою мобілізацією малої кривизни. Удосконалена методика формування кінце-кінцевого протистенотичного ГДА при резекції шлунка (визнана Укрпатентом, як винахід), получено 2 свідоцтва на раціоналізаторскі пропозиції. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної та маловивченої наукової задачі – експериментально-морфологічне обгрунтування удосконалених вариантіворганозаощаджуючого втручання - клиноподібно-трубчастої резекції шлунка, вивчене кровопостачання, інервація шлункової кукси після клиноподібно-трубчастої резекції 1/3 і 2/3 шлунка, визначені закономірності змін судинно-нейроклітинних мікрокомплексів міжм’язового нервового сплетення стінок шлункової кукси після різних рівнів резекції в різні терміни спостереження (1-2 тижні - 5 років) після операції.  1. Стан судинно - нейроклітинних мікрокомплексів інтрамуральних гангліїв міжм’язового нервового сплетення стінок шлункової кукси після різних рівнів резекцій шлунка та варіантів відновлення шлунково-кишкової безперервності вивчено недостатньо, а існуючі відомості подані фрагментами і суперечливі.  2. Шлункова кукса після клиноподібно-трубчастої резекції 1/3 і 2/3 шлунку забезпечена надійним кровопостачанням та іннервацією незалежно від рівня резекції і способу відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту.  3. Стереометричний аналіз стану судинно-нейроклітинних мікрокомплексів інтра-муральних гангліїв міжм’язового нервового сплетення стінок шлункової кукси після клиноподібно-трубчастої резекції 1/3 і 2/3 шлунка виявив закономірності в їх перебудові, що відповідають обсягу виконаної операції, супроводжуються атрофічними і частково дистрофічними змінами судинно-нейроклітинних мікро-комплексів, обумовлених операційною травмою органа, рівнем мобілізації шлунка (частковою деваскуляризацією і денервацією), які не поновлюються через 5 років після втручання: об'ємна щільність нейронів інтрамуральних гангліїв шлункової культі після клиноподібно-трубчастої резекції 1/3 знизилася до 0,420 ± 0,019 (Р<0,05), що на 19,3% нижче норми (0,520 ± 0,023); після клиноподібно-трубчастої резекції 2/3 шлунка об'ємна щільність нейронів була на 24,3% нижче від норми і становила 0,394 ± 0,02.  4. Більш рання адаптація судинно-нейроклітинних мікрокомплексів інтрамуральних гангліїв міжм’язевого нервового сплетення стінок шлункової кукси відбувається після органозаощаджуючої клиноподібно-трубчастої резекції 1/3 шлунка.  5. Використання технічних пристосувань: зшиваючих апаратів і хірургічних затискачів спеціальної конструкції за удосконаленими нами методиками значно спрощує та прискорює виконання клиноподібно-трубчастої резекції шлунка, що підвищує ефективність операції в цілому.  6. Шлункова кукса після клиноподібно-трубчастої резекції 1/3 і 2/3 шлунка забезпечена надійною пластичною мобільністю, що дозволяє без натягу формувати гастродуоденоанастомоз без додаткової мобілізації дванадцятипалої кишки і селезінки.  7. Удосконалена методика формування прямого гастродуоденоанастомозу з додатковим висіченням країв стінок, що анастомозуються, розширює можливості до формування прямого гастродуоденоанастомозу при стенозуючих пілородуоденальних виразках, попереджує стенозування анастомозу, розвиток анастомозиту, покращує результати резекцій шлунка.  8. Клиноподібно-трубчаста резекція шлунка є ефективним способом оперативного втручання в морфологічному відношенні. | |