

Спосіб відноситься до медицини, саме, до шлунково-кишкової хірургії та може бути використаний для лікування невиліковних виразок дванадцятипалої кишки (ДПК), розташованих у зоні великого дуоденального сосочка.

Хірургічне лікування виразок ДПК такої локалізації являє значну проблему, котра до теперішнього часу не отримала остаточного рішення. Тому розробляються різноманітні підходи, спрямовані на збереження великого дуоденального сосочка, наприклад, шляхом його пересаджування, на профілактику травмування підшлункової залози (ПШЗ) шляхом зшивання тканин без натягування.

Найближчим до даного способу є "Спосіб формування культі ДПК при резекції шлунку", котрий включає резекцію шлунку з наступним накладанням анастомозу та ушиванням культі ДПК за допомогою багатошарового трансплантату, висіченого із виділеної частини слизової шлунку, причому лінію швів заховують під капсулою ПШЗ. Цей спосіб не виключає можливості постопераційного панкреатиту через захват швом тканини ПШЗ та загрози ушкодження великого сосочка через необхідність фіксування швами багатьох шарів трансплантату, а також не може бути застосованим при циркулярних велетенських виразках ДПК, які пенетрують не тільки у голівку ПШЗ, але і в жовчний міхур чи в печіночно-дванадцятипалу зв'язку.

Задачею даного винаходу є створення способу хірургічного лікування низькорозташованих невиліковних виразок ДПК, котрий забезпечував би ефективне загоювання виразок, у тому числі, і колососочкових, виключаючи розвиток постопераційного панкреатиту та ушкодження великого дуоденального сосочка.

Поставлена задача вирішується таким чином, що в способі хірургічного лікування низькорозташованих невиліковних виразок ДПК, котрий включає резекцію шлунку з наступним накладанням анастомозу та ушиванням культі ДПК за допомогою трансплантату, вказаний трансплантат на судинній ніжці викроюють з порожньої кишки, переміщують його до дуоденотомічного отвору та зшивають із верхнім півкрусом виразкового дефекту та переднім півкрусом ДПК.

Використання трансплантату дозволяє вільно оперувати на невеликій ділянці над виразкою, не порушуючи великого дуоденального сосочка, та зшивати тканини без натягування. Укриття швів надійно ушитої культі не вимагається і тому в операцію не утягується тканина ПШЗ, що виключає її травмування у ході операції з наступним розвитком панкреатиту, тобто сукупність ознак способу дозволяє вирішити поставлену задачу.

Спосіб здійснюється наступним чином та ілюструється кресленням (фіг.), на котрому дана резецирована ділянка ДПК 1, яка переходить у порожню кишку 2, з великим дуоденальним сосочком 3, виразкою 4 навколо нього та пришитим трансплантатом 5 на судинній ніжці, котрий був викроєний з порожньої кишки 2 недалеко від зв'язки Трейтца 6 (найбільш фізіологічні у цьому випадку операції резекції шлунку по Ру та анастомозування не показані внаслідок відомості їх схеми).

Виконують верхню середню лапаротомію зі зміщенням ранньої апертури та за допомогою ревізії черевної порожнини підтверджують діагноз виразкової хвороби ДПК та встановлюють локалізацію виразки, визначають її розміри, ступінь пенетрації у голівку ПШЗ, взаємозв'язок виразки з великим дуоденальним сосочком і стан останнього. Далі мобілізують шлунок по обидвом кривизнам в межах 2/3, проксимальний кінець ДПК та виконують резекцію шлунку. Потім із порожньої кишки 2, на відстані, приблизно, 10см від зв'язки Трейтца 6, викроюють трансплантат 5 довжиною коло 4 - 6см на судинній ніжці, переміщують його до неушитої культі ДПК 1 та зшивають із верхнім півкрусом виразкового дефекту 4, не ушкоджуючи великий дуоденальний сосочок 3, і з переднім півкрусом ДПК 1. Далі дистальний кінець порожньої кишки 2 анастомозують з культею шлунку "кінець в кінець", а її проксимальний кінець включають в травлення по Ру на відстані 40 - 45см від гастроєюноанастомозу.

Приклад. Хворий І., 50 років, госпіталізований в КНПО ШМД та МК по швидкій допомозі. Скарги: слабкість, виражені болі у правому підребер'ї; епігастрії, ірадіюючі у спину, ліву лопатку; диспептичні явища. Анамнез - виразкова хвороба ДПК більше 10 років, неодноразово лікувався у відділах гастроентерологічного профілю. Обстеження показали наявність зацибулинної виразки ДПК Ø3,5см. У зв'язку з вираженим больовим синдромом, обумовленим пенетрацією виразки в ПШЗ, хворий був прооперований. Після верхньої середньої лапаротомії при ревізії було виявлено ектазування шлунку і на ділянці вертикальної частини ДПК був виявлений виразковий запальний інфільтрат. При роз'єднанні спайкових зрощень була виявлена виразка, пенетруюча в жовчний міхур, печіночно-дванадцятипалу зв'язку та тіло ПШЗ. На дистальному півкрусі виразки був розташований великий дуоденальний сосочок. При таких обставинах ушивання культі ДПК відомими способами без ушкодження останнього неможливо. Тому була виконана резекція 2/3 шлунку, далі викроєння із порожньої кишки трансплантату на судинній ніжці, його переміщення до неушитої ДПК та укриття культі ДПК за допомогою зшивання викроєного та щільно ушитого з одного кінця лоскута із верхнім півкрусом виразкового дефекту та переднім півкрусом ДПК, а також анастомозування дистального кінця порожньої кишки з культею шлунку і включення її проксимального кінця в травлення по Ру на відстані 45см від гастроєюноанастомозу. Хворий був виписаний у задовільному стані на 12 добу. При контрольних дослідженнях через рік скарг не подавав.

В КНПО ШМД та МК було виконано 5 таких операцій, котрі дали позитивні результати.

A line drawing of a nematode, likely a parasite, with numbered labels 1 through 6 pointing to various anatomical features. The nematode has a long, slender body with a curved posture. The head region at the top left shows a circular mouthpart (pharynx) with internal structures, labeled 1, 2, 3, and 4. A small, dark, circular feature, possibly an eye or sensory organ, is labeled 5. The body is marked with a series of transverse lines, labeled 6, which represent segments or internal structures. The tail end of the nematode is shown at the bottom right, with a small, rounded structure labeled 5.

Fig.