

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії шлунка та дванадцятипалої кишки.

Лікування виразкової хвороби гастродуоденальної зони та її ускладнень залишається однією із актуальних проблем в абдомінальній хірургії [1]. Правильний вибір способу резекції шлунка при виразках гастродуоденальної зони обумовлює подальший прогноз та перебіг захворювання. Корисна модель може бути запропонована як одна із альтернативних при виборі способу резекції шлунка.

Відомим являється взятий нами за прототип спосіб резекції шлунка по Більрот-2 (Б-2) з анастомозом по Ру [2]. Техніка операції: Під ендотрахеальним наркозом виконують верхньосерединну лапаротомію. Після ревізії органів черевної порожнини виконується резекція шлунка по Б-2. Закінчивши мобілізацію шлунка, пересікши дванадцятипалу кишку та ушивши її куксу готують анастомозуючу з шлунком петлю тощої кишки. На відстані близько 20см від зв'язки Трейца пересікають судинні аркади між двома радіальними гілками верхньої брижової артерії, та продольним розсіченням брижі. Тощу кишку пересікають. Формують гастроентероанастомоз. Куксу кишки окремими швами фіксують до сформованої малої кривизни. Ентеро-ентероанастомоз кінець в бік накладують на відстані 20см від шлунково-кишкового з'єднання. Обидва анастомоза низводять в нижній поверх черевної порожнини. Куксу шлунка фіксують в вікні брижі поперековоободової кишки. Окремими швами закривають щілину між брижами привідної та відвідної петель кишок. Черевну порожнину дренують трубчатими дренажами, пошарово зашивають.

Недоліками вищенаведеного способу є:

Високий ризик виникнення пептичної виразки гастроентероанастомоза, а також можуть бути різноманітні порушення евакуації із-за різних перегинів відвідної кишки між гастроентеро- та У-подібним ентеро-ентероанастомозом.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є збереження більш фізіологічного пасажу хімуса, та вищу всмоктуючу здатність за рахунок збереження проксимальних відділів тощої кишки, зменшити евакуаторні порушення за рахунок ліквідації У-подібної петлі.

Вирішення поставленої задачі досягається тим, що у заявленому способі оперативне лікування виразкової хвороби гастродуоденальної зони, який виконується шляхом ревізії органів черевної порожнини і резекції шлунка по Б-2 з міккишковим ентеро-ентероанастомозом, згідно запропонованого рішення, перед анастомозом на відстані близько 2 см на привідну петлю тощої кишки накладують заглушку по Шалімову.

Спосіб проілюстровано на Фіг. де зазначено:

- 1 - шлунок
- 2 - гастроентероанастомоз
- 3 - ентеро-ентероанастомоз
- 4 - дванадцятипала кишка
- 5 - привідна петля
- 6 - заглушка по Шалімову

Його виконуємо наступним чином:

Під ендотрахеальним наркозом виконують верхньосерединну лапаротомію, обходячи пупок зліва. Після ревізії органів черевної порожнини починають мобілізацію, поетапно розсікають шлунково-поперековокишкову зв'язку з пересіченням а.gastroepiploica. Мобілізацію великої кривезни проводять від дванадцятипалої кишки з пересіченням правої шлунково-сальникової артерії до нижнього полюса селезінки, або вище, в залежності від об'єму резекції. Мобілізацію малої кривезни починають з перев'язки правої шлункової артерії. Малий сальник розсікають ножицями до лівої шлункової артерії, яку пересікають та перев'язують. При достатній мобілізації дванадцятипалої кишки відсікають шлунок, на 1,5-2см нижче пілоруса за допомогою зшиваючого апарату УО-40. Скрепочний шов вкривають кисетним. По лінії наміченої резекції шлунка накладують шви трималки. Дистальніше лінії резекції накладують на обидві кривизни зажими, розтягують шлунок в косопоперечному напрямку. На ширину майбутнього анастомоза з боку великої кривезни та перпендикулярно їй накладують малий затискач Пайра. З боку малої кривезни - зшиваючий апарат УО-60 щільно до бранш зажима Пайра. На частину яку видаляєм дистальніше лінії резекції накладують великий зажим Пайра, після чого скальпелем пересікають шлунок по стінці зшиваючого апарата та малого зажима Пайра. Лінію резекції протирають сухим тампоном та обробляють спиртовим розчином йоду. Лінію скрепочного шва погружають серозно-м'язовими швами. Переходять до формування анастомоза. Через вікно в брижі поперековоободової кишки проводять підготовану петлю тощої кишки, на відстані 15см від зв'язки Трейца формують анастомоз. По наміченій лінії вільний край тощої кишки вузловими шовковими швами підшивають до задньої стінки кукси шлунка, ширина анастомоза повинна бути не меншою 2-2,5см. Після відгородження анастомоза серветками на всьому протязі підшитої ділянки розкривають тощу кишку паралельно лінії швів, відступивши 4-5мм. Закінчують формування анастомоза загальновідомим способом. Перед анастомозом на відстані біля 2см на привідну петлю накладується заглушка по Шалімову (кишку перев'язують лігатурою, над якою накладують серозно-м'язові вузлові шви). Нижче анастомоза між привідною та відвідною петлями тощої кишки на відстані приблизно 10-12см накладується ентеро-ентероанастомоз за загальноприйнятими правилами. Обидва анастомоза низводять в нижній поверх черевної порожнини. Куксу шлунка фіксують в вікні брижі поперековоободової кишки. Черевну порожнину дренують трубчатими дренажами пошарово зашивають.

Прикладом застосування заявленого способу є історія хвороби №5466 хворої Д., 65р., яка знаходилась у хірургічному відділенні білоцерківської центральної районної лікарні з 24.10.06 по 5.11.06. Поступила з діагнозом: хронічна виразка дванадцятипалої кишки ускладнена декомпенсованим стенозом виходу із шлунка. 27.10.06 - операція: Лапаротомія резекція 2/3 шлунка по Б-2 з заглушкою по Шалімову та Брауновським анастомозом дренажування черевної порожнини. Під час оперативного втручання було виявлено хронічну виразку дванадцятипалої кишки з пенетрацією в головку підшлункової залози та декомпенсованим стенозом виходу із шлунка. Кукса дванадцятипалої кишки оброблена по Ніссену. Хвора була прооперована за даною методикою. Післяопераційний період без особливостей. Даний спосіб був застосований у 14 випадках. Безпосередні та віддалені результати добрі.

Таким чином, використання заявленої корисної моделі забезпечує збереження проксимальних відділів тощої

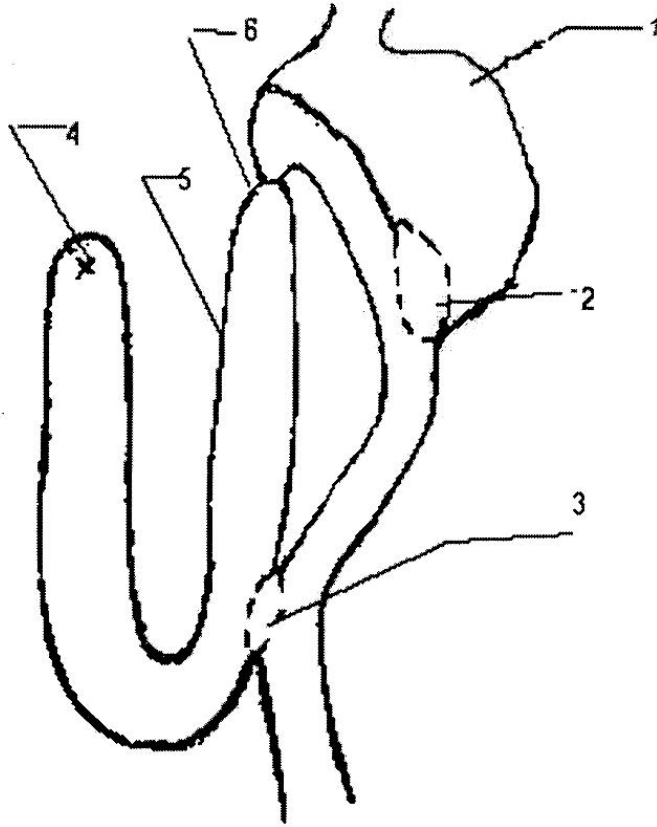
кишки, що обумовлює більш повноцінне всмоктування хімуса, нівелюються синдроми пов'язані з У-подібною петлею. Цей спосіб більш досконалий та простий в виконанні, не потребує виділення та формування У-петлі.

Впровадження заявляемого способу дозволяє нівелювати післярезекційні синдроми пов'язані з У-петлею, зберегти проксимальні відділи тощої кишки, забезпечує відсутність кишково-шлункового рефлюкса.

Література:

1. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., Пустовит А.А. Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе. // Клінічна хірургія. - 2003. - 3. - С.5-8.

2. Маят В.С., Панцырев Ю.М., Квашин Ю.К. Резекция желудка и гастректомия. // Москва "Медицина" - 1975. - С.365. (С.232 Желудочно-кишечный анастомоз с межкишечным соустьем по Ру).



Фіг.