

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії, і може бути використаний при лікуванні хронічних захворювань і підшлункової залози.

Відомий спосіб лікування хронічного панкреатиту [Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Полупан В.Н. Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике. - М.: Медицина, 1979], який полягає в виключенні петлі тонкої кишки з міжкишковим анастомозом "бік в бік", накладанні панкреатоєюноанастомозу.

Недоліками способу є можливість набряку міжкишкового анастомозу з порушенням евакуації з анастомозованої петлі та загрози нездатності швів панкреатоєюноанастомозу внаслідок відсутності декомпресії анастомозованої петлі і недостатньо надійного виключення пасажу кишкового вмісту з місця панкреа-тоєюностомії.

В основу винаходу поставлено завдання удосконалити спосіб лікування хронічного панкреатиту, в якому передбачено можливість дренування відключеної петлі тонкої кишки з анастомозами, чим забезпечується її декомпресія і можливість раннього ентерального харчування і за рахунок цього зменшення частоти нездатності швів панкреатоєюноанастомозу.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі лікування, який включає виключення петлі тонкої кишки, накладання повздожнього панкреатоєюноанастомозу, згідно винаходу пересікають тонку кишку, накладають міжкишковий анастомоз "кінець в бік", привідний кінець відключеної петлі фіксують до передньої черевної стінки, дренують петлю тонкої кишки.

Винахідницький рівень забезпечується неочевидністю введення дренажу в виключену петлю тонкої кишки за зону анастомозу через єюностому.

Спосіб пояснюється кресленням 1 здійснюється наступним чином:

Серединна лапаротомія. Розкривають сальникову сумку. Пересікають початковий відділ тонкої кишки, накладають міжкишковий анастомоз "кінець в бік" (1) з виключенням не менше 60 см петлі тонкої кишки. Накладають повздожній панкреа-тоєюноанастомоз (2). Кінець виключеної кишки за анастомозом підшивають до парієтальної очеревини (3). Всю виключену петлю дренують двома трубками (4), проведеними через шкіру: одна з отворами дренує виключену петлю до ділянки міжкишкового анастомозу і таким чином запобігає гіпертензії у виключеній петлі, друга, яку проводять за міжкишковий анастомоз, служить зондом для раннього ентерального харчування, корекції водно-електролітного балансу. На 9-10 добу після операції при умові задовільного стану хворого видаляють почергово спочатку трубку для дренування, а при переході хворого на адекватне пероральне харчування - другу трубку. Рана на місці трубчатої єюностомії загоюється самостійно.

Приклад: Хворий Д., 47 років, поступив ургентно 08.02.93 (Історія хвороби № 2426) зі скаргами на блювання, приступо-подібні болі в правому підребер'ї та епігастрії через 4 доби від початку захворювання. Подібні болі відмічає з 1980 року, неодноразово лікувався в хірургічних і терапевтичних відділеннях. Працює вантажником, зловживав алкоголем. Аналіз крові при поступленні: гемоглобін 130 г/л, лейкоцитоз 12,9 г/л, формула: $\epsilon - 0$, $\pi - 6$, $\sigma - 80$, $\lambda - 12$, $m - 2$. Діастаза сечі - 64 од. Біохімічні показники - в межах норми. При ультразвуковому дослідженні: печінка гомогенна, жовчний міхур збільшений, без конкрементів. Холедох діаметром 9 мм. Підшлункова залоза товщиною 4 см в задньо-передній проекції, неоднорідна, містить камені. Вірсунгова протока розширена до 12 мм. У головці залози декілька кіст діаметром 1 см, у тілі - кіста 2 x 3 см.

Після підготовки 19.02.93 планова операція за вказаною вище схемою. Післяопераційний період без особливостей. Трубки видалені на 9 добу. Рана загоїлась первинним натягом. Виписаний у задовільному стані на 14 день після операції. Оглянутий через 6 міс. після виписки - практично здоровий, приступив до роботи.

Даний спосіб дає можливість надійного дренування і декомпресії ділянки панкреа-тоєюностомії і міжкишкового анастомозу, профілактики нездатності швів обидвох анастомозів, забезпечення раннього ентерального харчування.

