

Способ относится к медицине, а именно к желудочной хирургии, и может быть использован при оперативном лечении язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки.

Аналогом является резекция желудка по первому способу Бильрота (Литтманн И. Оперативная хирургия. - Будапешт, 1982. - С.442), при котором после удаления дистальной части желудка непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливается посредством гастродуоденоанастомоза "конец в конец".

Одним из существенных его недостатков является удаление пилорического сфинктера и частичное разрушение луковицы двенадцатиперстной кишки, что негативно сказывается на динамике эвакуации содержимого из желудка, а этим значительно искажается процесс пищеварения в целом.

Наиболее близким к заявляемому способу - его прототипом - является способ пилоросохраняющей резекции желудка по Маки-Шалимову (Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. - К.: Здоровье, 1972. - С.57), включающий пересечение желудка на 1,0 - 1,5см оральнее привратника, после чего между частично ушитой проксимальной и дистальной культями желудка накладывается анастомоз "конец в конец".

Недостатком этого способа является то, что его невозможно применять при пилоростенозе, когда в процесс рубцевания кроме части пилорического сфинктера вовлекается и луковица двенадцатиперстной кишки.

Задачей изобретения является создание способа пилоробульбореконструкции при пилоросохраняющей резекции желудка, который обеспечил бы возможность сохранения пилорического сфинктера не только как морфологической, но и как функциональной структуры, а также позволил бы восстанавливать объем луковицы двенадцатиперстной кишки в необходимой пропорции. Результатом этого будет то, что негативные явления беспрепятственного ламинарного перемещения химуса из желудка в двенадцатиперстную кишку нивелируются, чем, естественно, будут качественно улучшаться операции с уменьшением процента болезней оперированного желудка.

Поставленная задача решается тем, что в способе пилоробульбореконструкции при резекции желудка, включающем пересечение желудка на расстоянии 1,5см от пилоруса и в области тела органа, ушивание части проксимальной культи желудка с последующим формированием межжелудочного соустья по типу "конец в конец", согласно изобретению выкраивание и формирование проксимальной культи желудка осуществляется таким образом, чтобы из ее большой кривизны образовался языкообразный лоскут на питающей левыми желудочно-сальниковыми сосудами ножке, который при наложении гастро-гастроанастомоза дислоцируется на рассеченную ближе к большой кривизне дистальную культю желудка и деформированную часть луковицы двенадцатиперстной кишки.

Такое дополнение к технике пилоросохраняющей резекции желудка по Маки-Шалимову позволяет применять ее у пациента с пилоростенозом, восстанавливая при этом не только пилорический сфинктер, но и саму деформированную рубцеванием луковицу двенадцатиперстной кишки, что, в свою очередь, намного улучшит результаты операции за счет сведения к минимуму возможности дуоденогастрального рефлюкса.

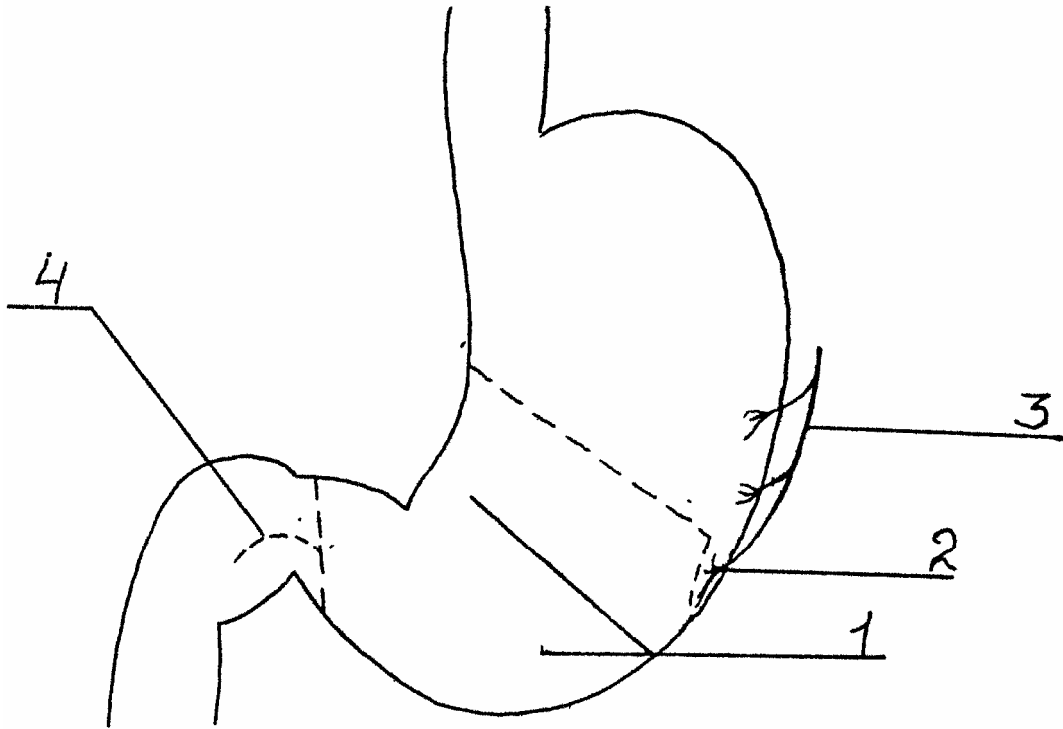
На чертежах представлено выполнение способа, где на фиг.1 обозначены: 1 - участок резецируемого желудка; 2 - языкообразный лоскут из большой кривизны желудка, 3 - левые желудочно-сальниковые сосуды, 4 - линия рассечения дистальной культи желудка и деформированной части луковицы двенадцатиперстной кишки; на фиг.2: 1 - фиксация узловыми швами лоскута из большой кривизны желудка к краям разреза.

Способ осуществляется следующим образом. Производят верхнюю срединную лапаротомию. После определения степени деформации луковицы двенадцатиперстной кишки и протяженности стеноза выполняют резекцию участка желудка (фиг.1 - 1) с дистальным пересечением его на расстоянии 1,5см от привратника так, чтобы сформировать из большой кривизны проксимальной культи желудка языкообразный лоскут (фиг.1 - 2) с обязательным сохранением питания его левыми желудочно-сальниковыми сосудами (фиг.1 - 3). Затем рассекают ближе к большой кривизне дистальную культю желудка и деформированную часть луковицы двенадцатиперстной кишки (фиг.1 - 4) на величину, достаточную для восстановления объема луковицы и соответствующую подготовленному "язычку" проксимальной культи желудка. Узловыми швами фиксируют лоскут к краям разреза (фиг.2 - 1), особое внимание уделяя тщательно формированию пилорического сфинктера.

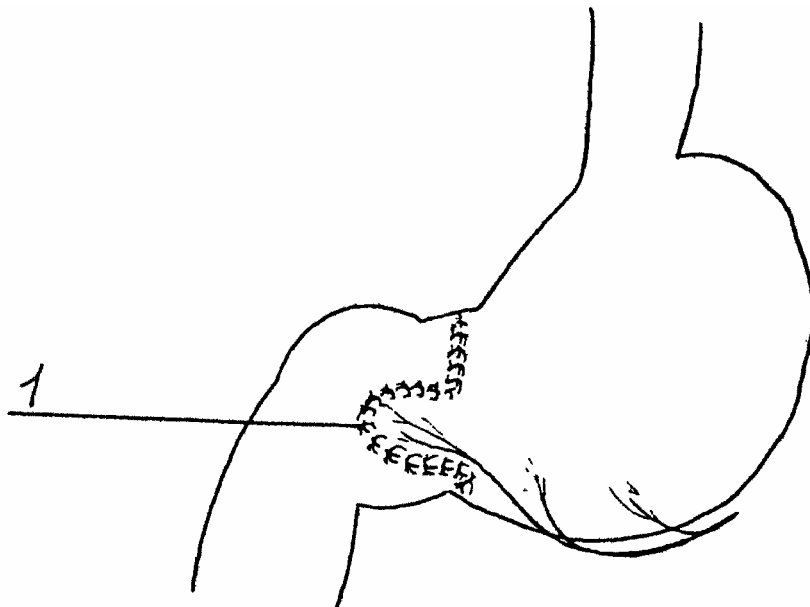
Предлагаемый способ был апробирован в клинике общей хирургии Черновицкого медицинского института на базе 1 - й городской клинической больницы у трех больных и дал удовлетворительный результат, что подтверждено при рентгенологическом и эндоскопическом обследовании. В качестве примера конкретного выполнения приводим выписку из истории болезни №3171. Больной К., 40 лет, поступил в клинику с жалобами на рвоту съеденной пищей, похудание, боли в верхней половине живота. Болеет язвенной болезнью 8 лет, противорецидивного лечения не придерживался. При рентгенологическом обследовании отмечено сужение пилорического канала и частичная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Барий задерживается в желудке до 24 часов. Диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная субкомпенсированным стенозом пилоруса. После предоперационной подготовки в плановом порядке оперирован. Верхняя срединная лапаротомия. Желудок значительно увеличен в размерах, луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, привратник пропускает лишь кончик мизинца. Решено выполнить резекцию по Маки-Шалимову в модификации. После мобилизации желудка по большой и малой кривизне, выполняя резекцию его 2/3, проксимальную линию пересечения органа построили так, чтобы из большой кривизны выкроить языкоподобный лоскут размерами 2 на 4см, кровоснабжающийся за счет левых желудочно-сальниковых сосудов. Дистальная линия пересечения проведена на 1,5см оральнее пилорических вен. Сформирована проксимальная культя желудка, после чего языкообразный лоскут дислоцирован на предварительно

рассеченный суженный участок дистальной культы желудка и двенадцатиперстной кишки. Узловыми однорядными швами сформирован гастро-гастроуденоанастомоз. Пройодимость анастомоза удовлетворительная, восстановлен объем луковицы. Послойное ушивание раны передней брюшной стенки. Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 12 суток в удовлетворительном состоянии. Обследован через 1 год. При рентгенологическом обследовании отмечено участие пилорического и бульбарный сфинктеров в обеспечении порционного перемещения бария из культы желудка в двенадцатиперстную кишку. Эндоскопически рефлюкса желчи не наблюдается. Через 2 года результаты обследования те же. Жалоб нет. Пищу принимает без ограничений.

Таким образом, предлагаемый способ пилоробульбореконструкции позволяет использовать пилоросохраняющую резекцию желудка даже при наличии у пациентов пилоростеноза, что, естественно, качественно улучшит результаты оперативного лечения с уменьшением числа рецидивов болезни.



Фиг. 1



Фиг. 2