



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 59695

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕМПІНГ-СИНДРОМУ ШЛУНКА

1

2

(21) 2002119163

(22) 18.11.2002

(24) 15.09.2003

(46) 15.09.2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Сметков Дмитро Олексійович, Пеев Борис
Іванович(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб профілактики демпінг-синдрому шлунка, що містить вшивання кукуси дванадцятипалої

кишки, проведення петлі порожньої кишки через вікно в брижі поперекової ободової кишки та розворот петлі на 180°, накладення гастроентероанастомозу, який відрізняється тим, що накладають антиперистальтичний гастроентероанастомоз, при цьому підшивають відвідну петлю по лінії серозних швів шлунка, захоплюючи передню та задню стінки шлунка та стінку кишки до малої кривизни

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії та гастроентерології і може бути застосованим при лікуванні хворих, у яких поновлення прохідності шлунково-кишкового тракту за допомогою гастродуоденостомії по типу Білльрот-І технічно неможливо.

Відомою є операція Гофмейстера-Фінстерера, при якій після мобілізації шлунка та резекції необхідної його частини ушивають кукусу 12-палої кишки по одній з існуючих методик (Оперативная хирургия/ Под общей редакцией проф. И. Литтмана. Будапешт -1981 -С 454-455). Відшукують петлю порожньої кишки біля дванадцятипало-порожнього вигину (зв'язка Трейця) та на відстані 15-20 см від нього, через брижу поперечно-ободової кишки, на тримачі виводять цю петлю. Формують шлунково-кишковий анастомоз у великій кривизні. Петлю порожньої кишки на відстані 10 см від зв'язки Трейця підшивають до задньої стінки шлунка до малої кривизни у напрямку до великої кривизни та донизу протягом 8 см серо-серозними вузловими швами привідним кінцем до малої кривизни шлунка, відвідним до великої. Петлю кишки підшивають таким чином, щоб вона була трохи повернута навколо довгої осі. Перший шов із сторони малої кривизни шлунка проходить через середину відстані між вільним та брижовим краями кишки. Шов, що проходить через вільний край кишки, повинен співпадати із серединою анастомозу. Наступні шви переходять на протилежну сторону кишки. Останній шов розташовується на середині кишки. Формують передню та задню губу анастомозу за допомогою шва Коннея або кушнірським швом.

На передню губу анастомозу накладають вузлові серо-серозні шви, а в куті верхньої частини шлунка та кишки - напівкисетний шов, який захоплює стінку шлунка та кишки з боку привідного коліна. При цьому частина купьї шлунка, що розташовується над анастомозом, інвагується усередину. Це проникний шов Гофмейстера-Фінстерера замість цього шва накладала 2-3 вузлових, захоплюючи передню, задню стінки шлунка та двома стійками кишку, та укривав таким чином місце стику шва анастомозу та малої кривизни. Анастомоз фіксують у вікні брижі поперечної ободової кишки.

Недоліки способу лікування пов'язані з тим, що може виникнути швидкий скид їжі зі шлунка в порожню кишку, що надалі призводить до розвитку демпінг-синдрому.

Найбільш близьким та обраним за прототип є модифікація операції Білльрот-II (Оперативная хирургия/ Под общей редакцией проф. И. Литтмана. Будапешт -1981 -С 448-449).

Після резекції необхідної частини шлунка ушивають дванадцятипалу кишку крізь вікно в брижі поперекової ободової кишки. Проводять петлю порожньої кишки, розвертають її на 180° і накладають горизонтально розташований ізоперистальтичний гастроентероанастомоз по великій кривизні. Провідну петлю додатково фіксують до передньої й задньої стінкам великої кривизни шлунка.

Недоліки способу пов'язані з тим, що ізоперистальтичний гастроентероанастомоз не дозволяє попередити виникнення демпінг-синдрому й синдрому привідної петлі.

(13) A

(11) 59695

(19) UA

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу профілактики виникнення демпінг-синдрому, в якому за рахунок зміни напрямлення гастроентероанастомозу досягається уповільнення проходження їжі до відвідної петлі і відбувається додатково герметизація ліній шлункових швів

Поставлена задача вирішується в способі профілактики демпінг-синдрому шлунка шляхом ушивання кукси дванадцятипалої кишки, проведення петлі порожньої кишки через вікно в брижі поперекової ободової кишки та розвороту петлі на 180°, накладення гастроентероанастомозу, згідно з винаходом, накладають антиперистальтичний гастроентероанастомоз, при цьому підшивають відвідну петлю по лінії серозних швів шлунка, захоплюють передню та задню стінки шлунка та стінку кишки до малої кривизни

Антиперистальтичний гастроентероанастомоз під час проходження їжі через анастомоз зустрічається з антиперистальтичною хвилею, яка уповільнює її проходження по кишечнику, що запобігає розвитку швидкого скиду їжі з кукси шлунка, за рахунок чого не виникає умов для розвитку демпінг-синдрому

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином. Після резекції необхідної частини шлунка та ушивання кукси дванадцятипалої кишки через вікно в брижі поперекової ободової кишки проводять петлю порожньої кишки, розвертають її на 180° та накладають антиперистальтичний гастроентероанастомоз, підшиваючи відвідну петлю по лінії серо-серозних швів шлунка, захоплюючи передню та задню стінки шлунка та стінку кишки до малої кривизни. Анастомоз формують у великій кривизні. Тим самим домагаються уповільнення проходження їжі у відвідну петлю та додатково герметизують лінію шлункових швів

Приклад 1. Хворий К., 53 роки. Потрапив до лікарні з діагнозом виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, рубцево-виразкова деформація цибулини дванадцятипалої кишки, ускладнена

субкомпенсованим стенозом вихідного відділу шлунка. Хворий досліджений, виявлено стеноз вихідного відділу шлунка, виразкового генезу і схильність до демпінг-синдрому П-Ш-ст. Тривалість виразкового анамнезу 8 років.

Хворому проведена операція - верхньосерединна лапаротомія. Під час ревізії дванадцятипала кишка деформована за рахунок рубцевого процесу її стінки і за рахунок спайкового процесу у правому підребер'ї. Виразковий субстрат у діаметрі досягає 1,7 см, розташований на передньо-бічній стінці кишки з пенетрацією у головку підшлункової залози. Шлунок збільшений у розмірі на 1/2 його об'єму, стінка його гіпертрофована.

Дванадцятипала кишка, мобілізована по Кохеру-Клермону, пересічена той же час нижче виразкового субстрату, кукса її ушита по Шалімову. Мобілізація шлунка по великій і малій кривизні. Проведена двостороння селективна ваготомія і

резекція 1/2 шлунка. Накладено антиперистальтичний позадубодовий гастроентероанастомоз кінцем у бік в області великої кривизни. Діаметр анастомозу до 2 см. Відвідна петля фіксована у вікні мезокопону. Дренування черевної порожнини рукавично-трубочним дренажем у правому підребер'ї.

Хворий виписаний на 10 добу в задовільному стані, проявів демпінг-синдрому не виявлено. Досліджений через 6 місяців і 1 рік. Скарг не пред'являв. Під час рентгеноконтрастного дослідження барієва суміш, проходячи через анастомоз, уповільнює швидкість свого руху і рухається по кишці у напрямку малої кривизни. Наступне переміщення контрастової маси по тонкій кишці проходить без особливостей.

Таким чином, накладений антиперистальтичний гастроанастомоз запобігає розвитку швидкого скиду їжі з кукси шлунка, за рахунок чого не виникає умов для розвитку демпінг-синдрому.