

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний при хірургічному лікуванні синдрому Цоллінгера-Еллісона.

Відомі способи хірургічного лікування синдрому Цоллінгера-Еллісона, які включають гастректомію, чи гастректомію в поєднанні з видаленням гастринпродукуючої пухлини [1; 2].

Недоліком цих способів є велика травматичність операції та часте виникнення в післяопераційному періоді різноманітних функціональних порушень органів травлення, пов'язаних з виключенням дванадцятипалої кишки з процесу травлення.

Найближчим аналогом є спосіб хірургічного лікування синдрому Цоллінгера-Еллісона, який включає резекцію кислотопродукуючої частини тіла шлунка з відновленням безперервності травного тракту, шляхом накладенням анастомозу між стравоходом та антральним відділом шлунка [3].

Недоліком цього способу є велика кількість ускладнень у вигляді недостатності стравохідно-шлункового анастомозу в зв'язку з великим натягом тканин органів, що зшиваються, а також частим виникненням післяопераційного жовчного рефлюкс-езофагіту.

Задачею винаходу є розробка такого способу хірургічного лікування синдрому Цоллінгера-Еллісона, який би за рахунок зшивання ізоперистальтичної тонкокишкової вставки між стравоходом та антральним відділом шлунка зменшив кількість післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування синдрому Цоллінгера-Еллісона, який включає резекцію кислотопродукуючої частини тіла шлунка з відновленням безперервності травного тракту, згідно з винаходом, для відновлення безперервності травного тракту використовують ізоперистальтичну тонкокишкову вставку, проксимальний кінець якої анастомозують зі стравоходом, а дистальний - з антральним відділом шлунка.

Використання ізоперистальтичної тонкокишкової вставки, проксимальний кінець якої анастомозують зі стравоходом, а дистальний - з антральним відділом шлунка, забезпечує зшивання органів без їх натягу, та відсутність в післяопераційному періоді проявів жовчного рефлюкс-езофагіту, так як ця вставка перешкоджає закиданню жовчі в стравохід.

Спосіб виконують наступним чином. Після виконаної верхньої середньої лапаротомії через рот в порожнину шлунка вводять термопластичний зонд. Через цей зонд шлунок промивають 100мл 5% розчину бікарбонату натрію для нейтралізації кислого шлункового вмісту. Через 2-3хв. промивний розчин видаляють із шлунка. Потім через цей же зонд в шлунок вводять 50мл 2% розчину конго-червоного. Після цього в порожнину шлунка вводять транслюмінатор і шлунок через зонд роздувають повітрям в об'ємі 400-600см³. З ціллю стимуляції шлункової секреції, підшкірно вводять солянокислий гістамін в дозі 0,4мг/10кг маси тіла хворого, а внутрішньом'язово - вводять 2мл 2,5% розчин супрастину. Через 10хв. після стимуляції шлункової секреції за допомогою транслюмінації стає видно межу між тілом шлунка, кислотопродукуюча слизова оболонка якого забарвлюється в темно-чорний колір та антральним відділом шлунка, слизова оболонка якого продукує лужний компонент шлункового соку і забарвлюється в червоний колір. Межу між цими анатомічними частинами органа позначають лігатурами зі сторони серозної оболонки шлунка. Після цього проводять мобілізацію і видалення кислотопродукуючої частини тіла шлунка. Потім, на відстані 20-30см від зв'язки Трейца викроюють тонкокишковий трансплантат з брижою довжиною 10-12см і проводять через отвір в брижі попереково-ободової кишки та розміщують ізоперистальтично між стравоходом і антральним відділом шлунка. Проксимальний кінець тонкокишкової вставки анастомозують зі стравоходом, а дистальний кінець - з антральним відділом шлунка кінець в кінець. Безперервність тонкої кишки після викроювання тонкокишкового трансплантату відновлюють анастомозом кінець в кінець. Брижу тонкокишкової вставки фіксують в отворі брижі попереково-ободової кишки. Черевну порожнину дренують дренажем через контрапертуру в правій боковій області черевної стінки. Розріз черевної стінки ушивають пошарово. Рани заклеюють стерильними марлевими салфетками.

Приклад

Хвора С.-К. (іст. хвороби №1996 за 1998 рік) поступила на оперативне лікування з приводу синдрому Цоллінгера-Еллісона. Діагноз був підтверджений після комплексного клінічного обстеження. В зв'язку з цим була призначена операція (9.06.1998р.). Після виконаної верхньої середньої лапаротомії, в шлунок проведено термопластичний зонд. Через цей же зонд шлунок був промитий 100мл 5% розчину бікарбонату натрію для нейтралізації кислого шлункового вмісту. Через 3хв. промивний розчин видалено із шлунка. Після цього в порожнину шлунка введено транслюмінатор і через зонд шлунок роздуто повітрям в об'ємі 500см³. Потім, з ціллю стимуляції шлункової секреції, підшкірно введено солянокислий гістамін в дозі 2мг, а внутрішньом'язово введено 2мл 2,5% розчин супрастину. Через 10хв. після стимуляції шлункової секреції за допомогою транслюмінації стало видно межу між тілом шлунка, слизова оболонка якого забарвилась в темно-чорний колір та антральним відділом шлунка, слизова оболонка якого забарвилась в червоний колір. Межа між цими анатомічними частинами органа була позначена лігатурами зі сторони серозної оболонки шлунка. Після цього проведено мобілізацію і видалення кислотопродукуючої частини тіла шлунка. Потім, на відстані 30см від зв'язки Трейца був викроєний тонкокишковий трансплантат довжиною 12см з брижою. Трансплантат проведено через отвір в брижі попереково-ободової кишки та розміщено ізоперистальтично між стравоходом і антральним відділом шлунка. Проксимальний кінець тонкокишкової вставки анастомозовано зі стравоходом, а дистальний кінець - з антральним відділом шлунка кінець в кінець. Безперервність тонкої кишки після викроювання тонкокишкового трансплантату відновлена анастомозом кінець в кінець. Брижу тонкокишкової вставки фіксована в отворі брижі попереково-ободової кишки. Черевна порожнина була дренована дренажем через контрапертуру в правій боковій області черевної стінки. Розріз черевної стінки ушито пошарово. Рани заклеєно стерильними марлевими салфетками. В ранньому післяопераційному періоді яких-небудь ускладнень, пов'язаних з натягом органів, що зшивались, не було. Анастомози функціонували добре. Обстеження в віддаленому післяопераційному періоді показало відсутність проявів рефлюкс-езофагіту. Стан хворої добрий.

За запропонованим способом прооперовано 3 хворих з синдромом Цоллінгера-Еллісона. Після оперативного лікування у цих хворих не було ускладнень у вигляді недостатності анастомозу та рефлюкс-езофагіту.

В той же час, у 3 хворих, які перенесли операції за найближчим аналогом, в одному випадку виникла недостатність гастроезофагального анастомозу, а у двох випадках у віддаленому періоді були явища жовчного рефлюкс-езофагіту.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації

1. Сырбу И.Ф., Часовских В.М., Волков В.П. Диагностика и лечение синдрома Цоллингера-Эллисона и эктопии поджелудочной железы в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинич. медицина, 1981, №10, С.66-69.

2. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. Хирургическое лечение постгастрорезекционных пептических язв. Хирургия, 1985, №2, С.99-104.

3. Сидоренко В.Д., Воронов Н.В. Резекция кислотопродуцирующего отдела желудка как метод лечения синдрома Цоллингера-Эллисона. Хирургия, 1982, №2, С.89-91. - найближчий аналог.