

Винахід належить до медицини, а саме до хірургії шлунково-кишкового тракту, і може використовуватися, наприклад, для хірургічного лікування раку шлунка.

Відомий спосіб хірургічного лікування демпінг-синдрому після резекції шлунка, запропонований Benedini-Henley [1], який включає оперативний доступ, мобілізацію "кінець в кінець" положенням трансплантата. При цьому відвідну петлю перетинають біля анастомозу, кінець її, з'єднаний зі шлунком, інвагінують. Привідну ж петлю, в залежності від її довжини, перетинають на відстані 5-10см від гастроентероанастомозу. Кінець привідної петлі, з'єднаний з гастроентероанастомозом, вшивають у дванадцятипалу кишку, а оральний кінець привідної кишки зшивають з відвідним кінцем порожньої кишки, відтворюючи тим самим прохідність кишечника.

Основні недоліки цього способу: висока травматичність операції, порушення іннервації, висока частота виникнення анастомозиту.

Найбільш близьким за технічною сутністю до способу резекції шлунка [2], який включає оперативний доступ, ревізію, резекцію підлеглої частини шлунка, формування його кукси, котру анастомозують з порожньою або дванадцятипалою кишкою; відокремлюють круглу зв'язку печінки, відтинають від пупкового кільця, проводять навколо кукси шлунка на 1-2см проксимальніше анастомозу і підшивають до неї окремими швами з метою виключення поздовжнього зсуву, при цьому задають певний діаметр кукси шлунка на рівні підшивання круглої зв'язки. Бандаж з круглої зв'язки печінки призначається для профілактики післярезекційних розладнань, обумовлених швидкою евакуацією з кукси шлунка.

Основними недоліками цього способу є: відокремлення круглої зв'язки печінки подовжує час операції і підвищує ризик інтра- і післяопераційних ускладнень; у разі зсуву кукси шлунка бандаж з круглої зв'язки печінки може викликати здавлення і повну непрохідність шлунково-кишкового анастомозу; цей бандаж пригнічує перистальтику кишечника.

В основу винаходу покладено завдання створити спосіб формування антрального замикача після резекції шлунка, в якому завдяки утворення серозно-м'язової дублікатури й обгортання десерозовано-дем'єлізованої ділянки вільною частиною кишки, забезпечується надійний контакт тканин і за рахунок цього досягається нормальне функціонування штучного замикача.

Поставлене завдання рішається завдяки тому, що в способі формування антрального замикача після резекції включає оперативний доступ, мобілізацію, резекцію шлунка, формування гастроентероанастомозу, обгортання відвідної петлі тонкої кишки вільною ділянкою привідної петлі, відповідно до винаходу, перед обгортанням ділянку відвідної петлі розтинають у поперечному напрямку від одного протибрижевого краю до іншого впритул підслизового шару, за допомогою препарування і підгортання формують дублікатуру серозно-м'язової оболонки, десерозовано-дем'єлізовану ділянку обгортають вільною частиною привідної петлі і фіксують окремими серозно-м'язовими швами.

Спосіб здійснюють таким чином.

Виконують верхньосерединну лапаротомію. Після попередньої мобілізації проводять субтотальну резекцію шлунка, застосовують один із варіантів гастроеюнопластики без включення в пасаж дванадцятипалої кишки. Відступивши від резервуара на 4-6см, на відвідній петлі кишки від одного протибрижевого краю до іншого акуратно розтинають серозну та м'язову оболонку до підслизового шару. За допомогою тонкого дисектора здійснюють препарування серозно-м'язової оболонки в проксимальному напрямку на відстані, яка дорівнює 3/4 поперечника кишки. Відокремлену серозно-м'язову оболонку прошивають тонким шовком, наступний стібок шва проводять, відступивши половину поперечника кишки від проксимального краю препарування. Після прошивання з усіх боків, підтягаючи за лігатури, серозно-м'язову оболонку підгортають у проксимальному напрямку і аби уникнути протинання, перший вузлик зав'язують хірургічний. Десерозовано-дем'єлізовану ділянку відвідної петлі тонкої кишки обгортають у поперечному напрямку вільною частиною привідної петлі кишки за допомогою побіля - і протибрижевої фіксації серозно-м'язовими швами. Перитонізацію задньої стінки проводять зшиванням окремими П-подібними швами привідної і відвідної частини привідної петлі тонкої кишки через безсудинні ділянки брижі відвідної петлі тонкої кишки. Нижче штучного замикача формують обхідний ентоероентероанастомоз за Брауном. Рану шар за шаром зашивають. Накладають асептичну пов'язку.

Приклад.

Хворий К., 50 років, історія хвороби №1008, надійшов до клініки 3.02.2003р. зі скаргами на періодичний біль в епігастрії, печію, схуднення на 2 кг. Протягом 7 років страждає на виразкову хворобу шлунка. Консервативне лікування було нерегулярним і малоефективним. Після обстеження в клініці поставлено діагноз: виразкова хвороба шлунка (кальозна виразка 2×1,5см на великій кривизні) в ст. ремісії. Після підготовки виконано верхньосерединну лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини. Передопераційний діагноз підтвердився. Здійснено резекцію антрального відділу шлунка з виконанням наступних етапів за розробленим способом. Черевну порожнину дренажно через контрапертуру і шар за шаром зашито. Накладено асептичну пов'язку.

Післяопераційний період - без ускладнень. Рана загоїлася первинним натягом. Дренаж видалено на 4-й день, шви зняті на 7-у добу. Контрольний огляд - через 5 місяців. Скарг у хворого немає. Порушень з боку шлунково-кишкового тракту немає.

Переваги способу: завдяки використанню серозно-м'язової дублікатури й перитонізації десерозовано-дем'єлізованої ділянки відвідної петлі кишки вільною частиною привідної петлі тонкої кишки утворюється астральний замикач, найбільш наближений у функціональному й морфологічному аспектах до природного пілоруса; цей оперативний спосіб проводиться без розтину просвіту кишки, що дозволяє досягти максимальної асептичності і запропонований спосіб дозволяє формувати штучний замикач як при первинній операції, так і в хворих з постгастрорезекційними ускладненнями (при реконструктивних операціях); в перші години після операції відбувається склеювання всієї площі зіткнення (в необхідних ділянках) привідної і відвідної петель, що виключає протинання швів і потребу формувати третій анастомоз, що значно скорочує час операції.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операций на желудке и двенадцатиперстной кишке. - М.: Медицина, 1975. - С.290-298.

2. Шаманов А.Х., Дубинский Н.В., Козырев Г.Х. и др. Способ резекции желудка. - Авт. свидетельство СССР №1387997 А1. - Бюл.14, 15.04.1988г.