

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для хірургічного лікування гострокровоточивих виразок шлунка.

Гострі виразкові кровотечі зустрічаються у 20% пацієнтів, що страждають виразковою хворобою. Багато хірургів вважають резекцію шлунка операцією вибору, особливо при локалізації її в шлунку [1]. У колишньому СРСР щорічно виконувалося 60 тис. резекцій шлунка з приводу гастродуоденальних виразок [2]. З урахуванням тої обставини, що резекція шлунка має недоліки у вигляді патологічних синдромів, що розвиваються в післяопераційному періоді, проблема удосконалення цього виду операції є досить актуальною.

Відомий спосіб резекції шлунка при шлункових виразках за Більрот 1 зі створенням прямого гастродуоденоанастомозу дворядним швом [3]. Разом з тим, застосування відомого традиційного способу пов'язано із появою анастомозиту (10-12%), дуодено-гастрального рефлюксу (10-18%), демпінг-синдрому (15-25%). Ручне накладення швів із шовного матеріалу, що нерозсмоктується, створює підвищений ризик анастомозиту, лігатурних ерозій і виразок у зоні анастомозу.

Найбільш близьким до заявленого способу, обраному нами як прототип, є спосіб резекції шлунка із застосуванням зшиваючого апарату [4] (циркулярного степлера), що полягає в накладенні кругового гастродуоденоанастомозу при введенні апарату через гастротомію кукси шлунка по передній стінці її довжиною до 3-4 см, з наступним ушиванням гастротомічного отвору дворядним швом або лінійним зшиваючим апаратом. До недоліків способу відносяться необхідність виконання додаткового розрізу на передній стінці кукси шлунка, а також виникаюча деформація кукси шлунка після ушивання гастротомічного отвору.

Задачею винаходу є створення способу резекції шлунка із застосуванням апаратного кругового шва, що дозволяє спростити і прискорити виконання резекції шлунка, усунути деформацію передньої стінки кукси шлунка.

Технічний результат полягає в спрощенні техніки апаратної резекції шлунка, зниженні ризику недостатності швів у зоні гастротомії передньої стінки кукси шлунка.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, відповідно до прототипу, що включає резекцію шлунка з виразкою, формування гастродуоденоанастомозу за допомогою апарату кругових анастомозів (циркулярного степлера), згідно до винаходу апарат кругових анастомозів вводять через верхню частину неушитої малої кривизни кукси шлунка з наступним ушиванням її апаратом ушивателем кореню легень-40.

Перевагою і відмінними рисами способу, що заявляється, є відсутність необхідності в додатковій гастротомії, проведення голівки апарату кругових анастомозів через неушиту верхню третину зформованої малої кривизни кукси шлунка з наступним накладенням на цю зону танталового скріпального шва за допомогою апарату ушивателя кореню легень-40 після витягування апарату кругових анастомозів.

Наявність зазначених відмінних ознак у порівнянні з прототипом підтверджує їхню істотність і служить підставою до представлення способу, що заявляється, як винаходу.

Суть способу пояснюється графічно:

На Фіг.1 - резекція шлунка разом зі шлунковою виразкою, формують куксу шлунка, де 1 - гострокровоточива виразка; 2 - шлунок; 3 - дванадцятипала кишка;

На Фіг.2 - ділянку малої кривизни ушивають за допомогою апарату УКЛ-40, накладають кругові кисетні серо-м'язові шви на розріз 12-палої кишки і розріз кукси шлунка, що прилягає до великої кривизни, де 4 - апарат ушиватель кореню легень-40, 6 - кисетний серо-м'язовий шов на розріз 12-палої кишки, 7 - кисетний серо-м'язовий шов на розріз кукси шлунка;

На Фіг.3 - вводять апарат кругових анастомозів через неуплату частину малої кривизни кукси шлунка, затягують кисетні шви, формують круговий гастродуоденоанастомоз, де 5 - апарат кругових анастомозів, 6 - кисетний серо-м'язовий шов на розріз 12-палої кишки, 7 - кисетний серо-м'язовий шов на розріз кукси шлунка;

На Фіг.4 - ушивають верхню частину малої кривизни кукси шлунка; накладають сіро-серозні шви на малу кривизну уздовж скріпального шва, розсікають зв'язку Трейца, низводять дуоденоєюнальний перехід, де 4 - апарат ушиватель кореню легень-40, 8 - круговий гастродуоденальний анастомоз.

Спосіб здійснюється таким чином: після лапаротомії і виявлення шлункової виразки (1), що кровоточить, визначають рівень резекції шлунка (2), перетинають дванадцятипалу кишку (3), резекують шлунок (2), ділянку малої кривизни ушивають за допомогою апарату УКЛ-40 (4), але не до кінця, а залишають верхню частину її неушитої протягом 3-4 см. Потім вводять робочу частину апарату кругових анастомозів (5) (циркулярний степлер) через неушиту частину малої кривизни після накладення кругових кисетних серозно-м'язових швів (6) на розріз 12-палої кишки і розріз кукси (7) шлунка, що прилежить до великої кривизни, затягують кисетні шви, формують круговий гастродуоденальний анастомоз (8) циркулярним степлером, витягують апарат, після цього ушивають отвір неушитої частини малої кривизни за допомогою апарату УКЛ-40, потім накладають перитонізуючі сіро-серозні шви на скріпальний шов, розсікають зв'язку Трейца, низводять дуоденоєюнальний перехід.

Приклади конкретного виконання:

1. Хвора К., і.хв. №4856, надійшла в клініку з приводу виразкової кровотечі 22.04.96 року. При ендоскопічному дослідженні виявлена виразка по малій кривизні шлунка до 2,5 см закрита згортком крові, у порожнині шлунка до 400 мл вмісту типу «кавової гу щіни». Почато екстрене оперативне втручання на висоті кровотечі 22.04.96. При лапаротомії виявлена виразка 3х3,5 см по малій кривизні у верхній третині з пенетрацією в малий сальник. У тонкій і товстій кишці змінена кров. Шлунок мобілізований по обох кривизнах так, що оголилася кардія. Виконано резекцію шлунка. На знову сформовану малу кривизну накладають апарат УКЛ-40. Через верхню неушиту протягом 3 см частину малої кривизни введений циркулярний степлер і після накладення кисетних кетгutowих швів на куксу шлунка та 12-палу кишку сформований гастродуоденальний анастомоз. Степлер витягнутий і ушито цю частину малої кривизни апаратом УКЛ-40. Виконано операцію Стронга. Післяопераційний період без особливостей. Виписана на 12-й день у задовільному стані. Оглянута через 2 роки. Особливих скарг немає. Працює за спеціальністю.

2. Хв. Р., і.хв. №8012 надійшов в клініку 27.06.97 з приводу шлунково-кишкової кровотечі помірного ступеню важкості. При ендоскопічному дослідженні виявлена виразка по малій кривизні шлунка 2,0х3,0 см з тромбованою судиною на дні кратера. Оперативне втручання у відстроченому періоді 3.07.97. При лапаротомії виявлена

виразка 3х3,5см по малій кривизні вище кута шлунка з penetрацією в малий сальник та підшлункову залозу. Шлунок мобілізований по обох кривизнах та дистально пересічений на відстані 3см від пілоричного жому. Виконано резекцію шлунка. На знову сформовану малу кривизну накладають апарат УКЛ-40. Через верхню нешиту протягом 3см частину малої кривизни введений циркулярний степлер і після накладення кисетних кетгутових швів на куксу шлунка та 12-палу кишку сформований круговий гастродуоденальний анастомоз. Степлер витягнутий і ушито цю частину малої кривизни апаратом УКЛ-40. Виконано операцію Стронга. Післяопераційний період сприятливий. Виписаний на 11 добу у задовільному стані. Оглянутий через 3,5 роки. Скарг немає. Працює за спеціальністю.

По заявленому способу оперовано двоє пацієнтів, а по способу прототипу - 6 пацієнтів. Запропонований спосіб має переваги, які зв'язані з більшою асептичністю операції, технічною простотою виконання, скороченням часу оперативного втручання. Спосіб може бути застосований у хірургічних відділеннях міських, обласних лікарень, хірургічних гастроентерологічних і онкологічних центрах.

Використана література.

1. Помелов В.С., Смагин В.А. Надпривратникова резекция желудка у больных язвенной болезнью // Хирургия. -1999. -№2. -С.7-11.

2. Майорова Ю.В., Кузин Н.М., Крылов Н.Н., Канадашвили О.В. Преимущества и недостатки резекции желудка с анастомозом по Ру в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1996. -№5. -С.61-64.

3. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. -К.:Здоров'я 1987. -568с.

4. Оскретков В.И. Механический шов в абдоминальной хирургии. - Барнаул, 2001. -80с.

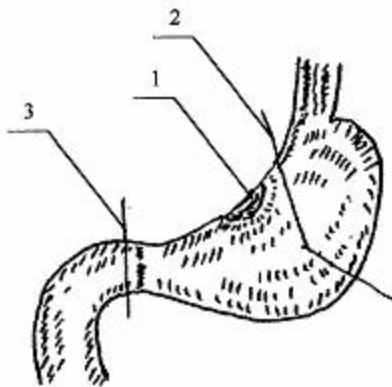


Fig. 1

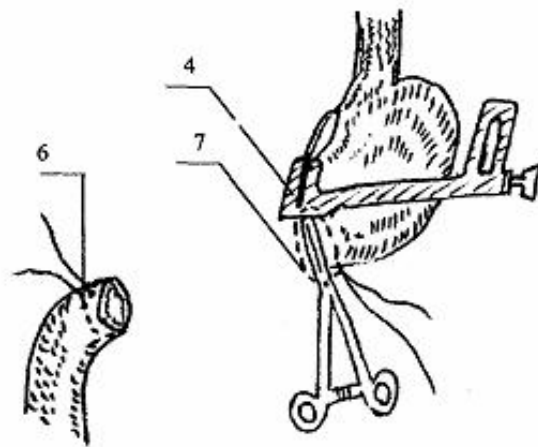


Fig. 2

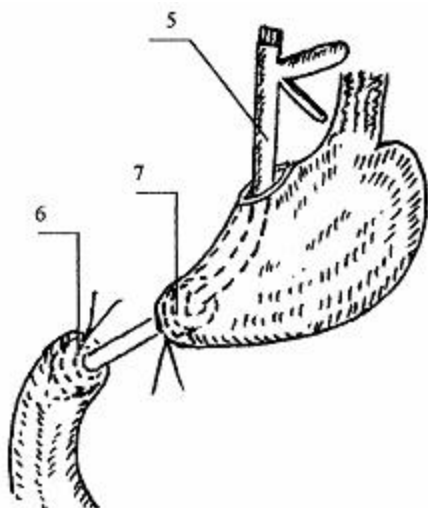


Fig. 3

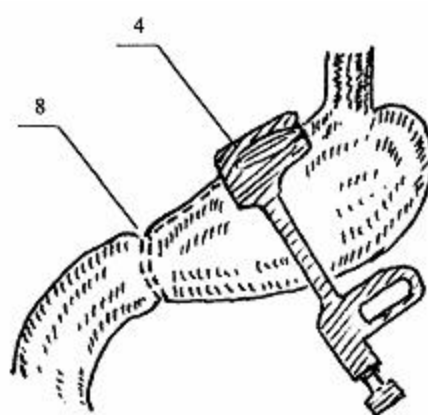


Fig. 4