

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

Аналогом способа 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 гастро-гастроанастомоза "конец в конец".

Весьма существенным недостатком его является то, что при этом удаляется пилорический сфинктер, что негативно сказывается на динамике эвакуации содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку, чем 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".

Среди недостатков данного способа прежде всего следует указать на то, что при этом сохраняется возможность дуодено-гастрального рефлюкса в связи с недостаточностью пилорической складки, что весьма часто имеет место при язвах двенадцатиперстной кишки.

Задачей изобретения является создание способа пилоросохраняющей резекции желудка, который обеспечил бы возможность сохранения пилорического сфинктера при надежном предотвращении рефлюкса дуоденального химуса в культю желудка. В результате этого не происходила бы стимуляция щелочным содержимым двенадцатиперстной кишки секреции и кислотообразования в желудке, что, естественно, уменьшало бы возможность рецидива язвы в послеоперационном периоде.

Поставленная задача решается тем, что в способе пилоросохраняющей резекции желудка, включающем пересечение желудка на расстоянии 1,5см от пилоруса и в области тела органа, ушивание части проксимальной культя желудка с последующим формированием межжелудочного соустья по типу "конец в конец", согласно изобретению, перед наложением гастрогастроанастомоза осуществляется пилоромиотомия с частично острым и преимущественно тупым, используя гидропрепаровку, выделением внутреннего футляра стенок органов в зоне желудочно-двенадцатиперстнокишечного перехода, после чего узловыми швами за подслизистую основу осуществляется его циркулярное погружение в просвет на величину, необходимую для восстановления визуально и пальпаторно контролируемых со стороны дистальной культя желудка размеров пилорической складки.

Такое дополнение к технике пилоросохраняющей резекции желудка по Маки-Шалимову позволяет надежно и контролируемо восстанавливать пилорическую складку - неотъемлемый статический компонент пилорического сфинктера, без которой невозможно эффективное осуществление пилородуоденального регуляторного механизма. Это позволяет надежно предотвращать рефлюкс содержимого двенадцатиперстной кишки в культю желудка в послеоперационном периоде, чем усиливается подавляющее действие оперативного вмешательства на секреторную и кислотообразующую функцию желудка.

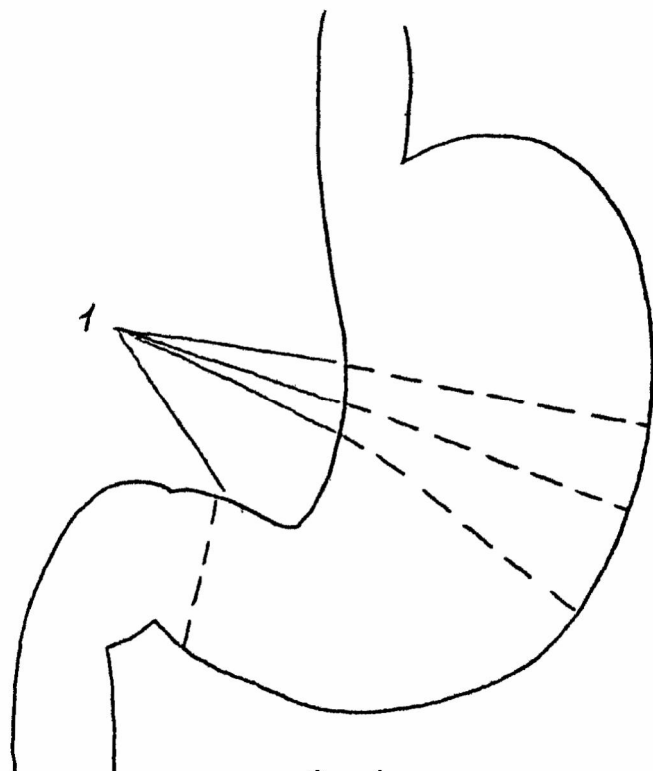
Выполнение способа представлено на 5 - и фигурах. На фиг.1 обозначено: 1 - границы предполагаемой резекции желудка; на фиг.2: 1 - линия выполнения пилоромиотомии; на фиг.3: 1 - выделенный слизисто-подслизистый футляр, 2 - узловые швы на подслизистую основу, 3 - восстановленная пилорическая складка; на фиг.4: 1 - дефект серозно-мышечной оболочки; на фиг.5: 1 - прядь большого сальника.

Способ осуществляется следующим образом. Производят верхнюю срединную лапаротомию. Выполняют антрумэктомию так, чтобы дистальный желудок пересекался на расстоянии 1,5см от пилорического сфинктера (фиг.1 - 1). Затем выполняют пилоромиотомию (фиг.2 - 1) и далее частично остро и преимущественно тупо, используя гидропрепаровку, выделяют слизисто-подслизистый футляр органов в месте желудочnodвенадцатиперстнокишечного перехода. После этого посредством осмотра дополняют полученные при предоперационном обследовании данные о необходимости коррекции статического компонента пилорического сфинктера. Далее узловыми швами (фиг.3 - 2) монофиламентной нитью из нерассасывающегося шовного материала за подслизистую основу (фиг.3 - 1) осуществляется циркулярное погружение восстановленной пилорической складки (фиг.3 - 3) в просвет, что визуально и пальпаторно контролируется со стороны дистальной культя желудка. В завершение к дефекту серозно-мышечной оболочки (фиг.4 - 1) привратника подводится прядь большого сальника (фиг.5 - 1) и фиксируется узловыми швами.

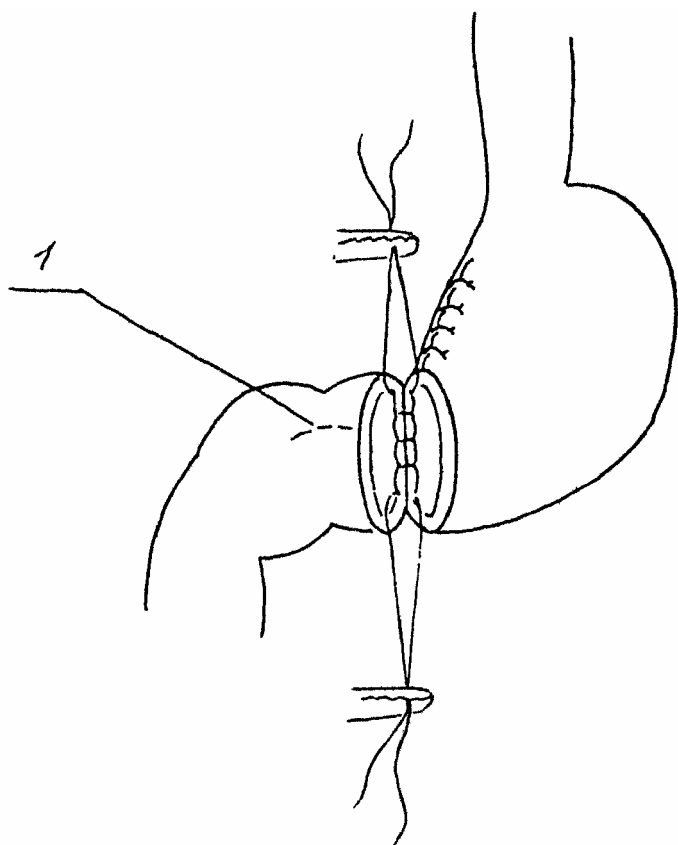
Предлагаемый способ был апробирован в клинике кафедры общей хирургии Черновицкого медицинского института на базе 1 - й городской клинической больницы у 5 больных и дал удовлетворительный результат, что подтверждено при рентгенологическом и эндоскопическом обследовании. В качестве примера конкретного выполнения приводим выписку из истории болезни №2761. Больной М., 37 лет, поступил с жалобами на сильные боли в эпигастриальной области, возникшими остро за 1,5 часа до поступления. В анамнезе - на протяжении 11 лет страдает язвенной болезнью желудка. При последнем обследовании 3 года назад эндоскопически была отмечена картина выраженного рефлюкс-гастрита. Язва находится по малой кривизне на удалении 4см от пилоруса размерами 1,0 на 1,5 см. Диагноз: перфоративная язва желудка. Операция - верхне-срединная лапаротомия. При ревизии - по малой кривизне желудка на расстоянии 4см от пилоруса имеется перфорационное отверстие до 0,6см в диаметре в центре язвенного инфильтрата 2 на 2см. Серозный перитонит. Решено выполнить пилоросохраняющую резекцию желудка по Маки-Шалимову. После мобилизации по большой и малой кривизне антральной части произведена антрумрезекция желудка оральнее 1,5см от пилоруса. Малая кривизна обработана по Мельникову. Открыта дистальная культя

желудка, визуально и пальпаторно обследована пилорическая складка. В связи с ее недоразвитием принято решение провести оперативную коррекцию. Для этого выполнена пилоромиотомия. Острым и тупым путем с помощью гидропрепаровки выделен внутренний футляр стенок органов в зоне желудочnodвенадцатиперстнокишечного перехода, после чего узловыми швами осуществлено его циркулярное погружение в просвет на 6мм, что визуально и пальпаторно проконтролировано со стороны дистальной культи желудка. Гастро-гастроанастомоз однорядным швом Пирогова-Матешука. К дефекту серозномышечной оболочки привратника подведена и фиксирована прядь большого сальника. Брюшная полость промыта, осушена, ушита наглухо. Гладкое течение послеоперационного периода. Швы сняты на 10 день. Выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 2 года. Чувствует себя хорошо. Рецидива язвы нет. Эндоскопически замыкательная функция привратника хорошая, признаков рефлюкса желчи нет.

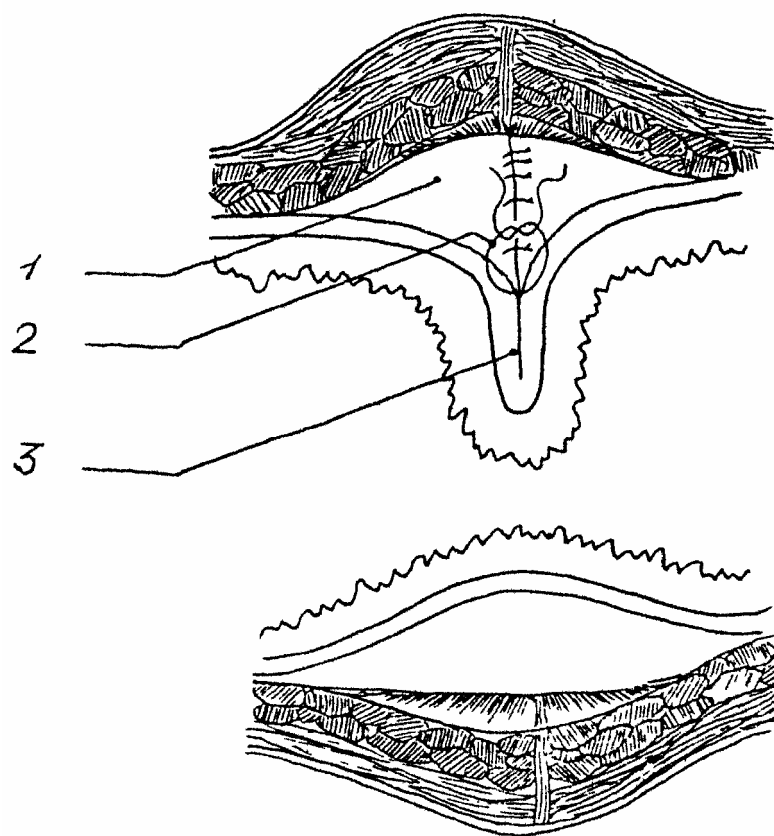
Таким образом, предложенный способ пилороредукции при резекции желудка обеспечивает эффективное восстановление статического компонента пилорического сфинктера - пилорической складки, надежно предотвращая этим возникновение дуоденогастрального рефлюкса, - одного из ведущих звеньев патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка.



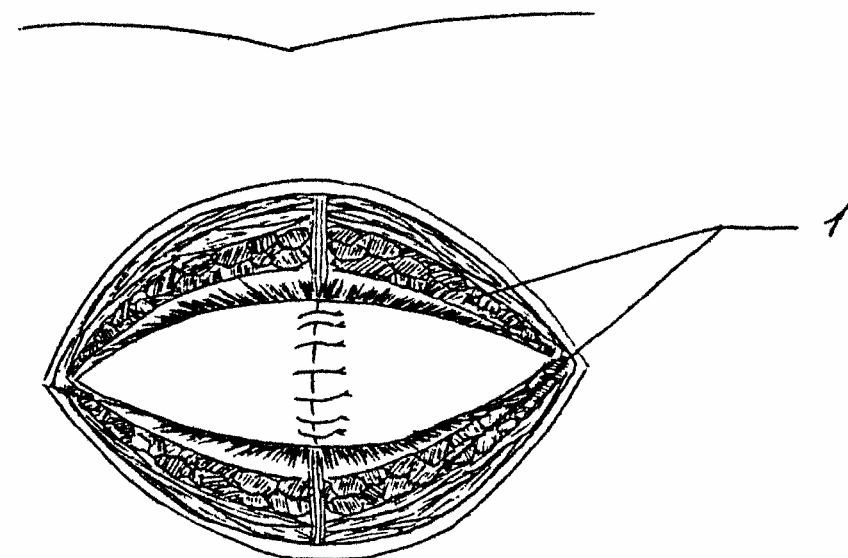
Фиг. 1



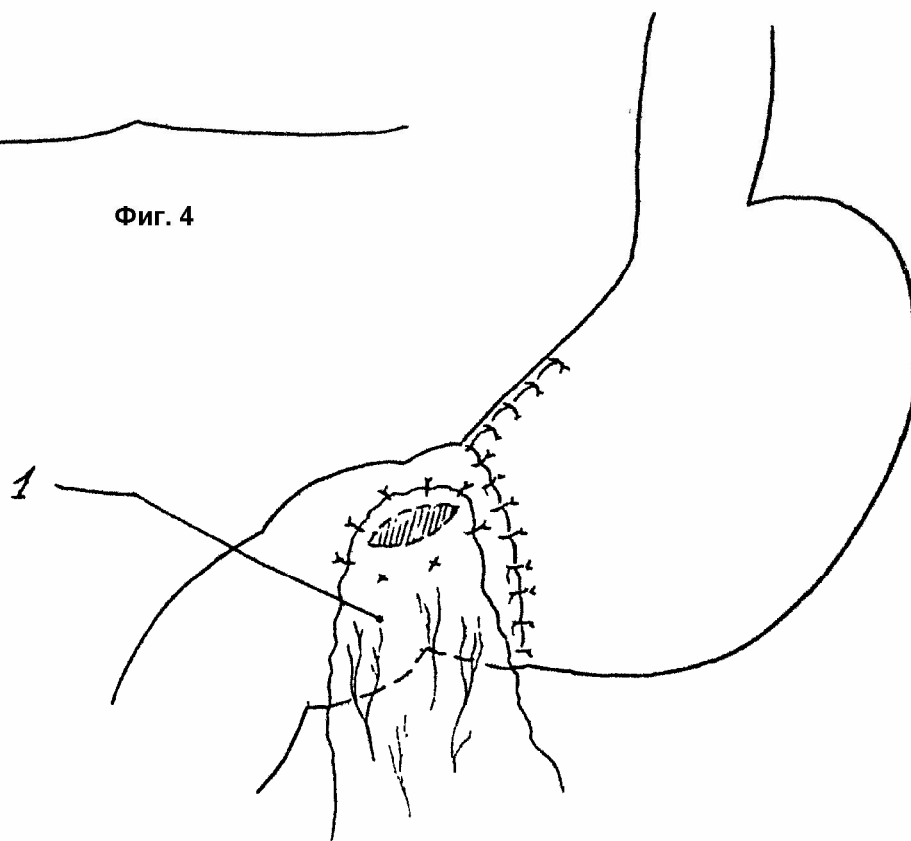
Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5