

Винахід належить до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії, і призначений для лікування захворювань антрального відділу та тіла шлунка.

Відомі способи гастроєюнопластики, які включають в себе мобілізацію та видалення усього шлунка, моделювання тонкокишкового трансплантату, формування з тонкої кишки резервуару стравосприймача шляхом анастомозування між собою двох або трьох поздовжрозрізаних петель тонкокишкового трансплантату, накладання анастомозу між дистальним кінцем трансплантату і куксою 12-палої кишки, створення травно-кишкового тракту анастомозуванням кінців тонкої кишки, які виникли при моделюванні трансплантату [1].

Загальними недоліками цих способів є підвищення ймовірності неспроможності швів анастомозу за рахунок збільшення їх кількості, повна ліквідація шлункової секреції.

Відомий спосіб гастроєюнопластики, який включає гастректомію, проведення стравоходу через вікно в брижі тонкої кишки, підтягненої і фіксованої до діафрагми, зшивання привідної та відвідної петель тонкої кишки між собою, зшивання стінок стравоходу із стінками тонкокишкової петлі дворядним швом, розтин отвору стравоходу і тонкої кишки, накладання швів на стравохід та внутрішню губу анастомозу, а потім створення зовнішньої губи шляхом накладання швів на стінки, які залишилися вільними, привідної та відвідної петель тонкої кишки з подальшою перитонізацією лінії швів [2].

Недоліком цього способу є повна ліквідація шлункової секреції.

Відомі способи гастроєюнопластики із збереженням шлункової секреції, які включають гастректомію із збереженням невеликої ділянки дна шлунка, який імплантується в передню стінку брауновського анастомозу після накладання травно-кишкового анастомозу, або в бік кишкової вставки, проксимальний кінець якої анастомозований із стравоходом, а дистальний - з 12-палою кишкою 3.

Недоліком цих способів є відносно високий ступінь ймовірності неспроможності швів анастомозів із-за збільшення їх кількості.

Відомий також спосіб субкардинальної резекції шлунка, який включає в себе повну мобілізацію шлунка за великою та малою кривизнами, видалення його із збереженням частини дна, формування Т-утвореної дуплікатури з початкового відділу тонкої кишки, анастомозування кукси шлунка в бік нижнього горизонтального сегмента задньої петлі Т-утвореної тонкокишкової дуплікатури, циркулярне обгортання кукси шлунка вище лінії анастомозу і накладання поперечно-повздовжнього ентоероанастомозу 4, який співпадає з висунутим способом, щодо задачі, яка вирішується, і обраний способом-прототипом.

Недолік способу-прототипу полягає в тому, що при його виконанні не переслідується створення резервуарної функції кукси шлунка.

Задача, на вирішення якої спрямований винахід, полягає в моделюванні резервуарної функції кукси шлунка.

Суттєвими ознаками висунутого способу є створення задньої губи гастроентероанастомозу шляхом зшивання задньої стінки кукси шлунка з

верхнім краєм поздовж-розрізаного нижнього горизонтального сегмента задньої петлі Т-утвореної тонкокишкової дуплікатури, передньої губи шляхом зшивання передньої стінки кукси шлунка з верхнім краєм поздовжрозрізаного нижнього горизонтального сегмента передньої петлі Т-утвореної тонкокишкової дуплікатури і формування додаткової губи гастроентероанастомозу шляхом зшивання між собою нижніх країв поздовжрозрізаних нижніх горизонтальних сегментів задньої та передньої петель Т-утвореної тонкокишкової дуплікатури.

На фіг.1 і 2 показано формування Т-утвореної тонкокишкової дуплікатури; на фіг.3 і 4 - проведення ділянки для шлунка через Т-утворену тонкокишкову дуплікатуру; на фіг.5 - формування задньої стінки гастроентероанастомозу; на фіг.6 - формування задньої губи гастроентероанастомозу; на фіг.7 - формування передньої губи гастроентероанастомозу; на фіг.8 - формування додаткової губи гастроентероанастомозу; на фіг.9 - завершений вид.

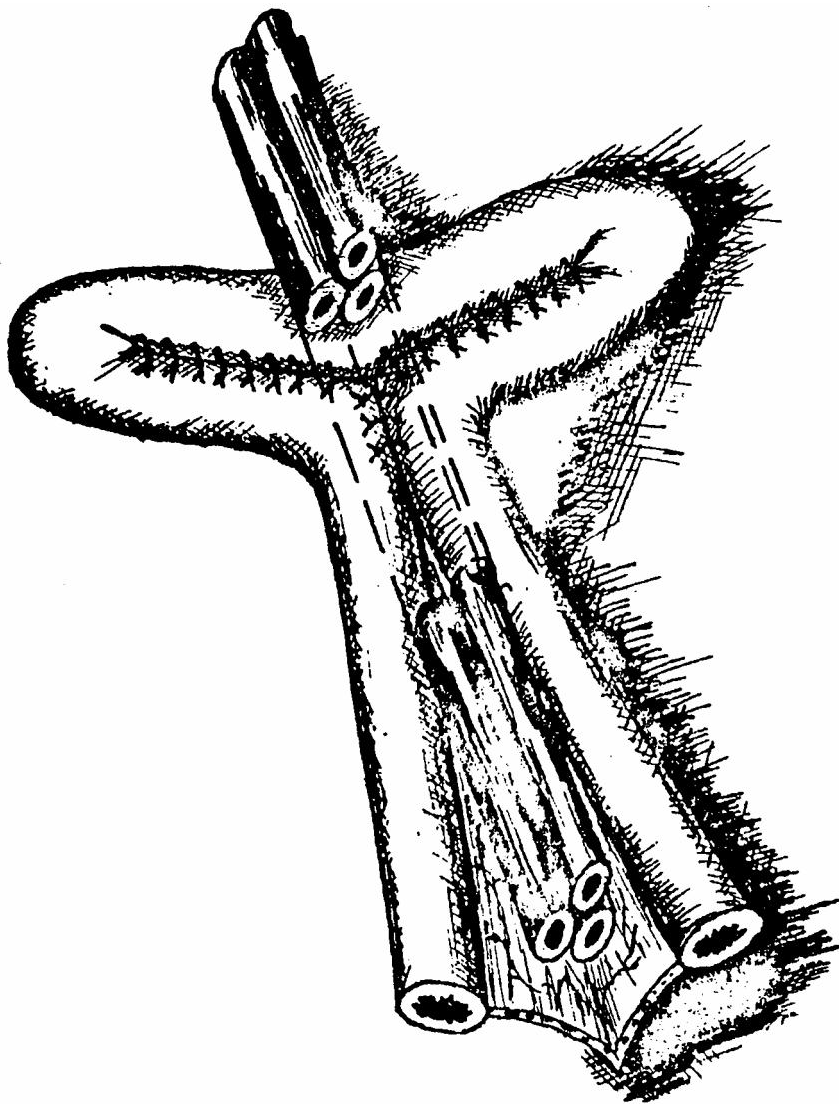
За висунутим способом гастроєюнопластику виконують так.

Приклад. Після верхньосередньої лапаротомії та ревізії органів черевної порожнини проводять повну мобілізацію шлунка за великою та малою кривизнами. 12-палу кишку і шлунок пришивають механічним швом по дистальній та проксимальній лініям резекції та збереженням ділянки дна шлунка до 2 - 3см, препарат видаляють, механічний шов кукси 12-палої кишки перитонізують вузловими серозно-м'язовими швами. Відступивши від зв'язку Трейтца 50 - 60см, ззадуободово виводять петлю тонкої кишки в верхній поверх черевної порожнини і створюють Т-утворену дуплікатуру шляхом накладання 10 - 16 горизонтальних і 3 - 4 вертикальних вузлових серозно-м'язових швів по брижовому краю кишки (фіг.1, 2) проводять культю шлунка через сформовану Т-утворену тонкокишкову дуплікатуру, фіг.3, 4, після чого підшивають вузловими серозно-м'язовими швами задню стінку кукси шлунка 1 до нижнього горизонтального сегмента задньої петлі 2, передню стінку кукси 3 шлунка до нижнього горизонтального сегмента передньої петлі 4 Т-утвореної тонкокишкової дуплікатури.

Верхні горизонтальні сегменти задньої 5 і передньої 6 петель циркулярно фіксують вузловими серозно-м'язовими швами до кукси шлунка (фіг.5). Відсікаючи лінію механічного шва, розрізують отвір кукси шлунка 7. Повздовжнім розсіканням кишкової стінки розрізують отвір нижнього горизонтального сегмента задньої петлі дуплікатури 8, створюють задню губу гастроентероанастомозу 11 накладанням кетгутових швів між краєм задньої стінки кукси шлунка 9 і верхнім краєм поздовжрозрізаного нижнього горизонтального сегмента задньої петлі Т-утвореної дуплікатури 10 (фіг.6). Повздовжнім розсіканням кишкової стінки розрізують отвір нижнього горизонтального сегмента передньої петлі 12, формують передню губу гастроентероанастомозу 15 накладанням кетгутових швів між краєм передньої стінки кукси шлунка 13 і верхнім краєм нижнього горизонтального сегмента передньої петлі тонкокишкової дуплікатури 14 (фіг.7). Створюють додаткову губу гастроентероанастомозу 16 накладанням кетгутових швів між нижніми краями

поздовжрозрізаних нижніх горизонтальних сегментів задньої 17 і передньої 18 петель Т-утвореної тонко-кишкової дуплікатури (фіг.8), яку перитонізують вузловими серозно-м'язовими швами (фіг.9). Відступивши від сформованого резервуару 15 - 20см в дистальному напрямку, накладають поперечно-повздовжній браунівський анастомоз. Привідну та відвідну петлі тонкої кишки фіксують у вікні брижі ободової кишки вище браунівського анастомозу вузловими шовковими швами. Після контролю на гемостаз черевну порожнину дренують і ушивають пошарово до дренажа.

За заявленим способом виконано 6 оперативних втручань на експериментальних тваринах, рентгенологічне дослідження яких через 1 місяць після оперативного втручання довело рішення поставленої задачі (фіг.10, 11).



Фіг. 1

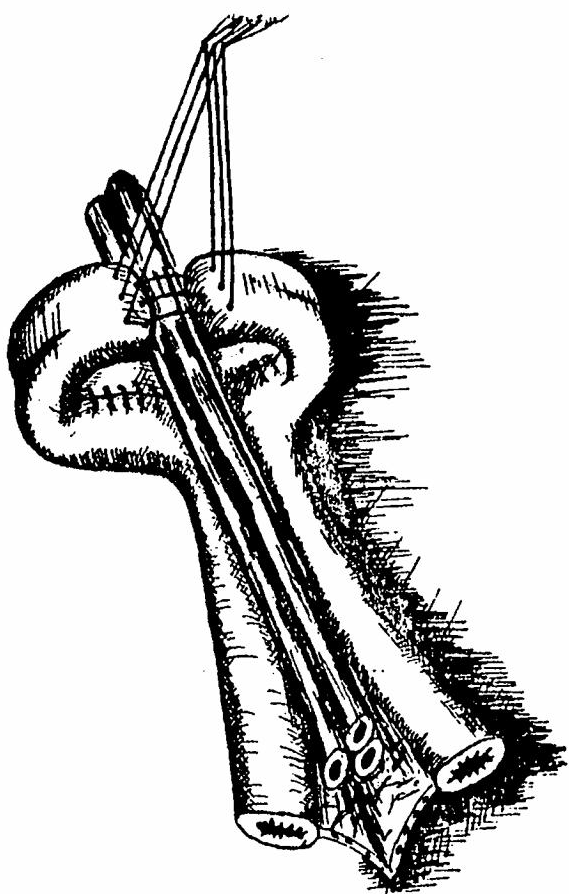


Fig. 2

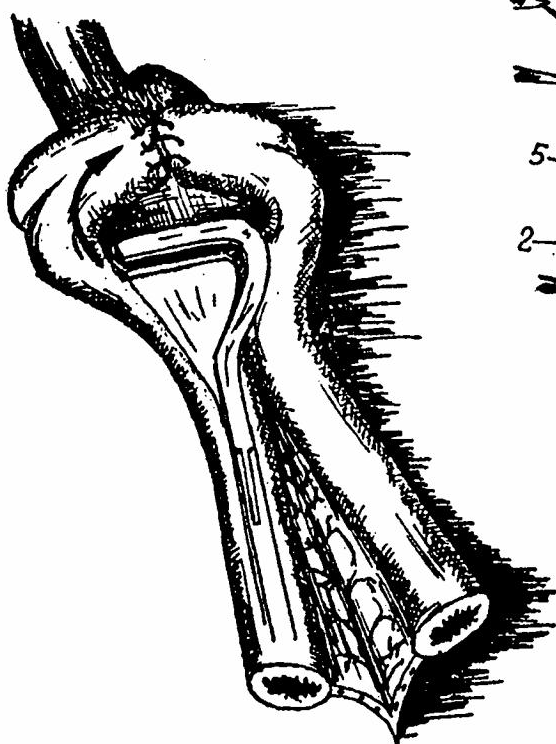


Fig. 4

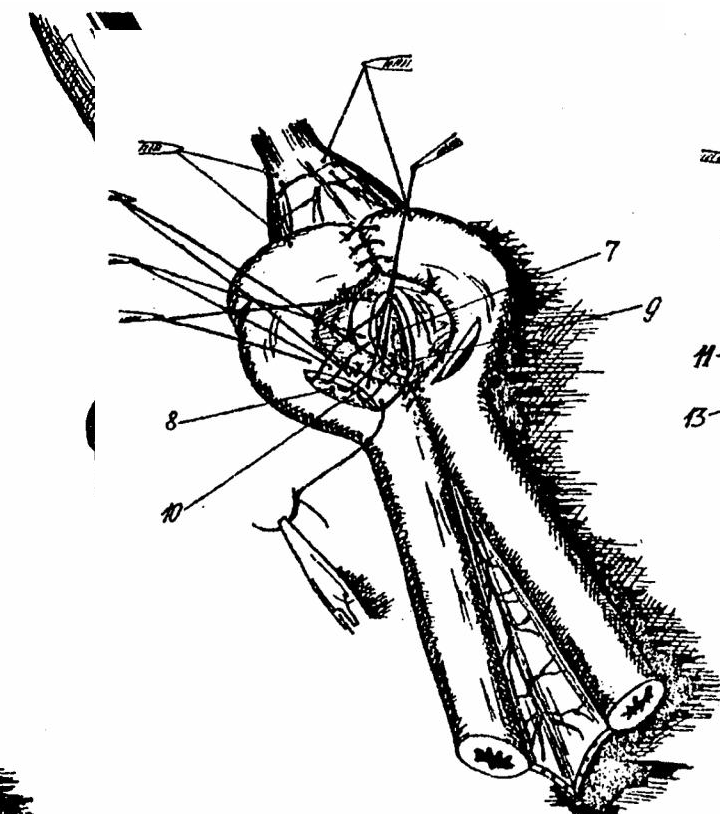


Fig. 6

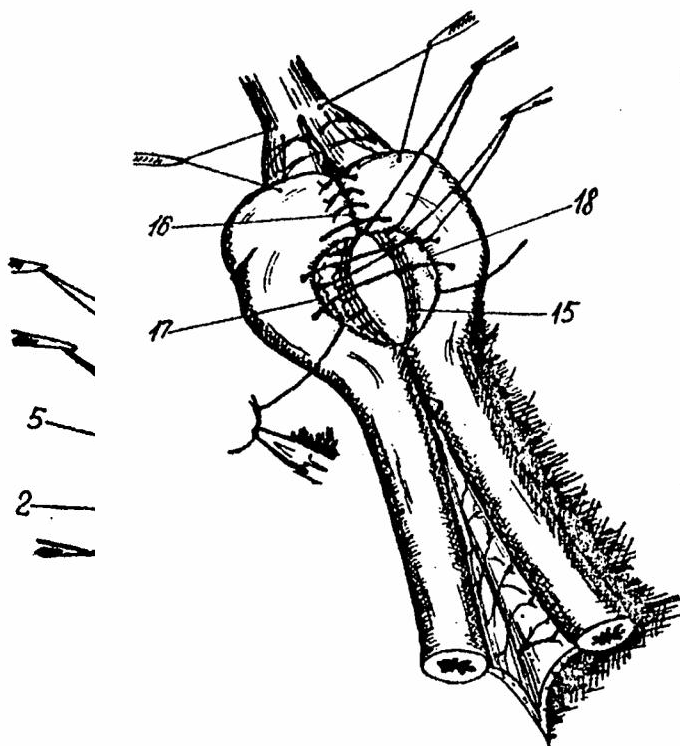


Fig. 8



Fig. 5



Fig. 10

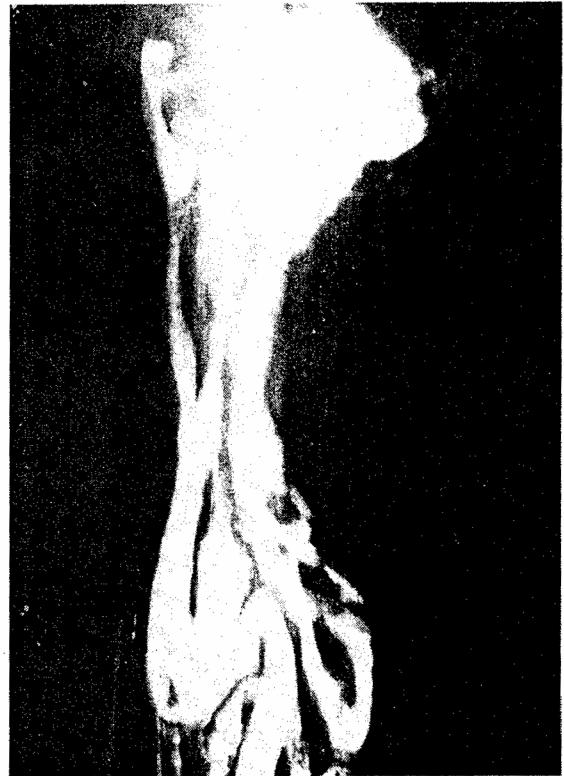


Fig. 11