

Винахід відноситься до медицини, зокрема хірургії і торкається органозащадящих операцій на шлунку.

Відомо, що при декомпенсованому стенозі вихідного відділу шлунку операцією вибору вважається класична резекція 2/3 шлунка (О.О. Шалімов, 1972), яка супроводжується в 30-80% хворих розвитком післяопераційних розладів (дампінг-синдром, рефлюкс-гастрит, синдром привідної петлі)-Л.М. Хоромський і співавт. 1992; К.А. Мовчан і співавт., 1993. Виражена гастродилатація і перетворенням шлунка в мішок, який не спорожнюється внаслідок обумовленої декомпенсації, є тим стимулюючим фактором для більш широкого виконання органозберігаючих і органозащадящих операцій при даній патології.

Найявні окремі публікації про застосування сегментарної пілорозберігаючої резекції шлунка з селективною проксимальною ваготомією і сегментарною резекцією дванадцятипалої кишки при суб-компенсованому дуоденостенозі [В.А. Алексєєнко і співавт., 1986; А.І. Зайчук, 1991; І.Я. Дзюбановський, В.Д. Гаргула, 1993].

Однак проведена порівняльна оцінка різних типів антрумзберігаючих, сегментарних резекцій шлунка на основі експериментальних і клінічних досліджень, з вивченням технічної складності втручань, ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень, змін секреторної і моторно-евакуаторної функцій шлунка показала, що найбільший відсоток ускладнень і прискорення евакуації шлункового вмісту спостерігається при поперечній резекції органу, що складало 52% в порівнянні з контролем. На 43% прискорювалась евакуація при лівосторонній, і на 29% - при серединній сегментарній резекції шлунка. Доповнення авторами сегментарних резекцій різними видами ваготомії не змінювало швидкості евакуації. Отже, проходження шлункового вмісту було на такий відсоток прискорено, на яку величину пересікалась стінка органу зі сторони його великої кривизни. З точки зору фізіологічних особливостей моторики шлунка, виключення пейсмекера, задавана ритму його скорочень, приводить до антральної дизаритмії, що доказано фізіологами (G. Veber і S. Kohalm, 1970), і підтверджено нами при моделюванні хронічної виразки шлунка в різних його відділах (В.Д. Гаргула і співавт., 1994). Навпаки, при збереженні координуючої ролі шлункового пейсмекера на пейсмейкер дванадцятипалої кишки, при правосторонній (з малої кривизни) сегментарній резекції шлунка, евакуація його вмісту, по даним цих авторів, досягала контрольних величин. Тому, мають підставу висновки вище вказаних дослідників (прототип) про відмінні віддалені результати сегментарних резекцій шлунка, де не виключався датчик ритму (не пересікалась його велика кривизна).

Мета винаходу - розробити фізіологічно обґрунтований і анатомічно допустимий спосіб лікування декомпенсованого виразкового дуоденостенозу і тим самим усунути передумови для розвитку післяопераційних розладів.

Вказана мета досягається тим, що при виконанні способу лікування декомпенсованого виразкового дуоденостенозу шляхом висічення стенозуючої виразки початкового відділу дванадцятипалої кишки - проводять сегментарну резекцію дилатованої частини шлунка з збереженням вагусної Іннервації пілороантрального сегменту і відновлюють координуючу роль пейсмекера шлунка на пейсмейкер дванадцятипалої кишки.

При цьому серозно-м'язево-підслизовий шматок з великої кривизни шлунка імплантують в підслизову основу початкового відділу дванадцятипалої кишки на глибину товщини її стінки після формування гастро-гастрального анастомозу.

На фіг. 1 зображена схема відділів шлунка і дванадцятипалої кишки. Де 1.1 - межі дилатованої частини шлунка; 1.2 - стенозуюча виразка дванадцятипалої кишки; 1.3 - лінія висічення серозно-м'язево-підслизового шматка; 1.4 - дно шлунка; 1.5 - пілороантральна частина шлунка. На фіг. 2 - схема операції. Де 2.1 - видалена частина дилатованого шлунка; 2.2 - поперечна дуоденопластика; 2.3 - сформований і відсічений шматок з великої кривизни; 2.4 - дно шлунка; 2.5 - пілороантральний відділ. На фіг. 3 - схема операції. Де 3.1 - накладений гастроентероанастомоз; 3.2 - поперечна дуоденопластика; 3.3 - сформований і імплантований в підслизову основу початкового відділу дванадцятипалої кишки шматок; 3.4 - дно шлунка; 3.5 - пілороантральний відділ.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після лапаротомії і ревізії органів черевної порожнини визначаємо межі гастродилатації. При цьому дистальна границя проходить від межі по великій кривизні на рівні 1-ої дистальної вітки "гусячої" лапки нерва Латарже. Проксимальна лінія починається на віддалі 4 см від кардії з боку малої кривизни і продовжується в напрямі до великої кривизни нижче рівня нижнього полюса селезінки (фіг. 1.1). Після попередньої мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером проводиться висічення стенозуючої виразки дванадцятипалої кишки з виконанням дуоденопластики в поперечному напрямі при допомозі вузловатих шовкових швів № 3 Біра-Ламбера (фіг. 2.2). Між лініями дистальної і проксимальної границь дилатованого шлунка проводимо корпоральну сегментарну резекцію зі сторони малої кривизни, відділяючи малий сальник з перев'язкою судин другого порядку починаючи від антрума в проксимальному напрямі (фіг. 2.1; 2.5).

З боку великої кривизни між наміченими лініями частини шлунка, яку будемо видаляти, розрізаємо його серозно-м'язевий шар по передній стінці відступаючи 5 см від краю великої кривизни з наступним відшаруванням до підслизового шару і переходом на розріз м'язево-серозного шару задньої стінки шлунка відступаючи 2,5 см від краю великої кривизни з збереженням лівої шлунково-сальникової артерії, формування шматка в вигляді трубки шляхом накладання серозно-м'язевих швів по довжині шматка. Дистальна частина шматка на рівні антрума пересікається (фіг. 2.3). Резекція дилатованого сегменту органу в межах 1/2 шлунка (фіг. 2.1). Закінчується корпоральна резекція шлунка формуванням гастро-гастрального анастомозу "кінець, в кінець" за допомогою вузловатих швів № 3 Ламбера-Альберта-Біра-Ламбера (фіг. 3.1). Сформований трубчатий демукозований шматок на судинно-нервовій живильній ніжці імплантують в підслизовий шар початкового відділу дванадцятипалої кишки з боку її внутрішнього краю шляхом підшивання його по окружності серозно-серозними вузловатими швами (фіг. 3.3).

На момент подачі заявки спосіб повністю розроблений в експерименті на 8 собаках.

Вшивання (імплантація) шматка з великої кривизни шлунка в підслизову основу

медіального краю початкового відділу дванадцятипалої кишки прискорює процеси регенерації та проникнення новоутворених судин і нервових волокон в орган-реципієнт (кишку). При такому способі

вшивання (Імплантації) прискорюється в два рази процес відновлення судинно-нервових зв'язків початкового відділу дванадцятипалої кишки та шлунка. В експерименті встановлено, що через 14 днів після операції контрастна речовина проникає з судин шматка в стінку кишки. Через 30 днів ніжка лоскута не змінилася, судини добре пульсують, ознаки рубцювання відсутні. Судини, які йдуть зі сторони шматка, анастомозують з судинами дванадцятипалої кишки.

При гістологічному дослідженні виявлено, що заново утворені судини через 30 днів після операції мають ідентичну будову з судинною сіткою шлунка. З боку нервового апарату наявні не тільки поодинокі нервові волокна, але й пучки. В деяких випадках проходить транзисторне\* проростання нервових волокон в стінку дванадцятипалої кишки. Слід відмітити, що регенеруючі нервові волокна направляються в зрощення по ходу кровоносних судин. Ці дані дозволили зробити висновок, що запропонований спосіб має наступні переваги в порівнянні з відомим способом (прототипом):

- ризикується тільки дилатована частина шлунка з збереженням координуючої ролі пейсмейкера органа;
- проводиться висікання стенозуючої виразки дванадцятипалої кишки з виконанням дуоденопластики в поперечному напрямку;
- серозно-м'язовий демукозований шматок з великої кривизни резекованої частини шлунка є джерелом додаткової рева-скуляризації і реіннервації стінки дванадцятипалої кишки, що стимулює її моторно-евакуаторну функцію; крім цього, сформований шматок зменшує об'єм частини залишеного шлунка;
- при цьому за морфологічними і функціональними даними зберігається екстра- і інтраорганні зв'язки між проксимальною і дистальною кульцями шлунка і дванадцятипалої кишки;
- відбувається покращення інтраорганного кровотоку в стінці дванадцятипалої кишки, формування нових нервово-рефлекторних зв'язків, що створює сприятливі умови для розвитку компенсаторно-адаптивних реакцій і попереджує післяопераційну гастродуоденальну дизаритмію;
- відновлюється координуюча роль пейсмейкера шлунка на пейсмейкер дванадцятипалої кишки;
- збереження цілості васкуляризованого і іннервованого антрального відділу шлунка як об'ємного резервуару, джерела продукції гастрину, регулюючого моторику проксимального його відділу, зменшує продовженість шлункової фази травлення і знижує частоту розвитку демпінг-синдрому;
- кровопостачання і іннервація частини шлунка, що залишилась, попереджує гіпоксію органу і виключає можливість його переродження.

Проведені дослідження дозволили нам провести клінічну апробацію розробленого способу операції у 6 хворих.

Приклад. Хворий П., 38 р., іст. хв, № 1105, поступив в хірургічну клініку з діагнозом: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки з вираженим больовим синдромом. Декомпенсований стеноз нисхідного відділу шлунка. Виразковий анамнез 20 років. При рентгенографії натще - велика кількість шлункового вмісту, шлунок збільшений і атонічний, в малому тазу. Відмічаються поодинокі поверхневі скорочення, евакуація через 6, 12, 17, 24, 32 години відсутня. При ФГДС - стравохід прохідний. В шлунку велика кількість рідини з домішками гною. Шлунок різко збільшений в розмірах, дилатований, слизова дещо гіперемійована, місцями атрофічна. Пілорус прохідний. Нижче пілоруса на 1,5-2 см - стенозуюча виразка, на передній стінці основи тіла цибулина діаметром до 0,8 см. Пройти дуоденум тубусом не вдалося.

Після відповідної передопераційної підготовки на протязі 8 днів в плановому порядку проведено верхньо-середню лапаротомію. При ревізії: шлунок різко розширений, збільшений в розмірах. Нижче воротаря на 1,5 см стенозуюча виразка до 0,8 см з пенетрацією останньої в гепатодуоденальну зв'язку, перидуоденіт, перегастр-рит. Мобілізація 12-типалої кишки за Кохером. Намічено дистальну і проксимальну резекцію гастродилатованої частини шлунка. Дистальна границя резекції проходить на віддалі 5-7 см від воротаря з боку малої і великої кривизни. Проксимальна границя відповідно з боку малої кривизни починається на рівні субкардії, а з боку великої кривизни - на рівні нижнього полюса селезінки.

Проксимальна і дистальна частина виразки дуоденум взята на трималку. Висічення виразки передньої стінки дванадцятипалої кишки з екстериторизацією П час-тково з боку малої кривизни. Дуоденопластика за Танер-Кенеді.

Скелетування шлунка зі сторони малої кривизни: відділяють малий сальник з перев'язкою судин другого порядку, зберігаючи при цьому нерв Латарже з іннервованим і васкуляризованим пілороантральним сегментом. Між лініями і трималками дистальної і проксимальної границь резекції шлунка з боку великої кривизни розрізаємо серозно-м'язовий шар передньої стінки, відступаючи на 2,5 см від краю великої кривизни до підслизового шару з відсепаруванням і з переходом на розріз м'язово-серозного шару задньої стінки шлунка. Дистальна частина шматка пересікається і він формується в вигляді трубки. Гемостаз. Корпоральна резекція шлунка в межах намічених границь. Гастро-гастральний анастомоз по типу "кінець в кінець" за допомогою вузловатих швів № 3 Ламбера-Альберта-Біра-Ламбера. Анастомоз шириною 7 см прохідний. Сформований шматок трансформується в дистальному напрямі до нисхідного відділу дуоденум. Остання поперечно розсічена до підслизового шару, і вузловатим швом окружність лоскуту фіксується до серозної оболонки кишки. Ранній післяопераційний період протікав без ускладнень, на протязі 6 днів проводилась декомпресія шлунка. Хворий виписаний на 14 добу після операції.

На рентгенологічному обстеженні через 12 днів після операції кульця шлунка в формі воронки, анастомоз розміром до 7 см, прохідність анастомозу збережена. Евакуація сповільнена, контрастна речовина покидає шлунок на протязі 6 год. При рентгенологічному дослідженні через 6 місяців відмічається активна перистальтика пілороантрального відділу дванадцятипалої кишки. Евакуація вмісту шлунка на протязі 120 хв. Ознаки дуоденогастрального рефлюксу відсутні. При рентгенологічному обстеженні через 14 місяців виявлено, що діаметр гастрогастрального анастомозу до 6 см, евакуація контрастної речовини окремими порціями на протязі 90 хв. Шлунок помірно деформований, рН тіла шлунка - 3,6.

Працює за спеціалістю. Дієти не дотримується. Прибавив у вазі з моменту операції 4 кг.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексєнко А.В., Сенютювич Р.В., Паляниця С.И., Щербан Н.Г. Антрумсохраняющая резекция желудка

при хронической дуоденальной язве. // Хирургия. - 1986. - № 4. - с. 29-33.

2. Гаргула В.Д., Вайда Р.Й., Дзюбановський І.Я. Локалізація і зміни функції датчика ритму шлунка при моделюванні хронічної виразки в його різних відділах. // Актуальні питання клінічної і експериментальної медицини, - Тернопіль. - 1994. - с 264-266.

3. Авторское свидетельство Nfe 1803050, 23.03.93.

4. Зайчук А.И. Одномоментная сегментарная пилоросохраняющая резекция желудка и двенадцатиперстной кишки при стенозирующей язве двенадцатиперстной кишки. // Клиническая хирургия. - 1991. - № 9. - с. 69-70.

5. Мовчан К.Н. Хирургическое лечение неосложненной язвы двенадцатиперстной кишки. // Вестник хирургии. - 1993. - № 1-2. - с. 135-139.

6. Хоромский Л.Н., Бенедикт В.В. Механизмы эвакуаторной функции культи желудка после его резекции. // Хирургия. - 1992. - №4. - с. 58-61.

7. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. // Киев. - "Здоровье". - 1972. - 355 с.

8. Weber G. Kohatsu S. Pacemaker localization and conduction patterns in the Canine stomach // Gastroenterology. - 1970. - v. 59. p. 717-740.

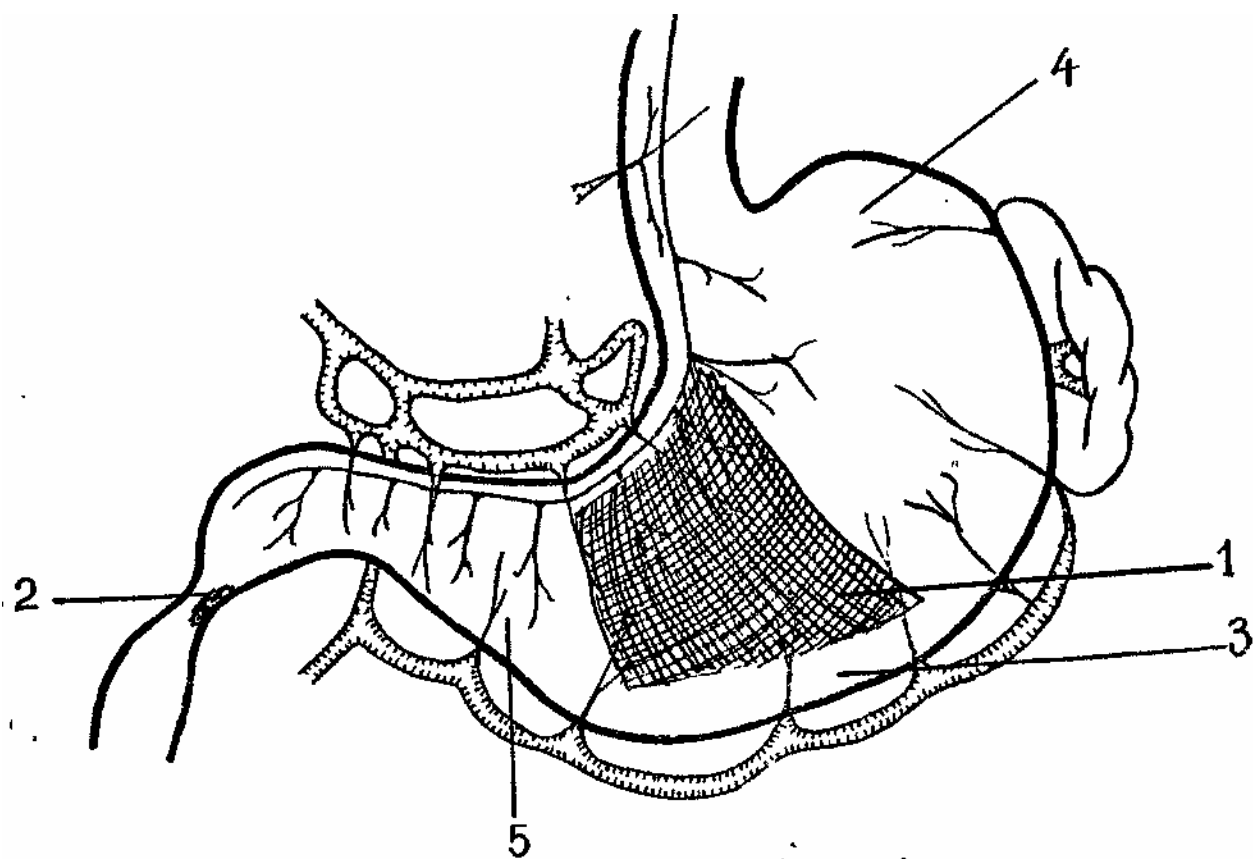


Fig. 1

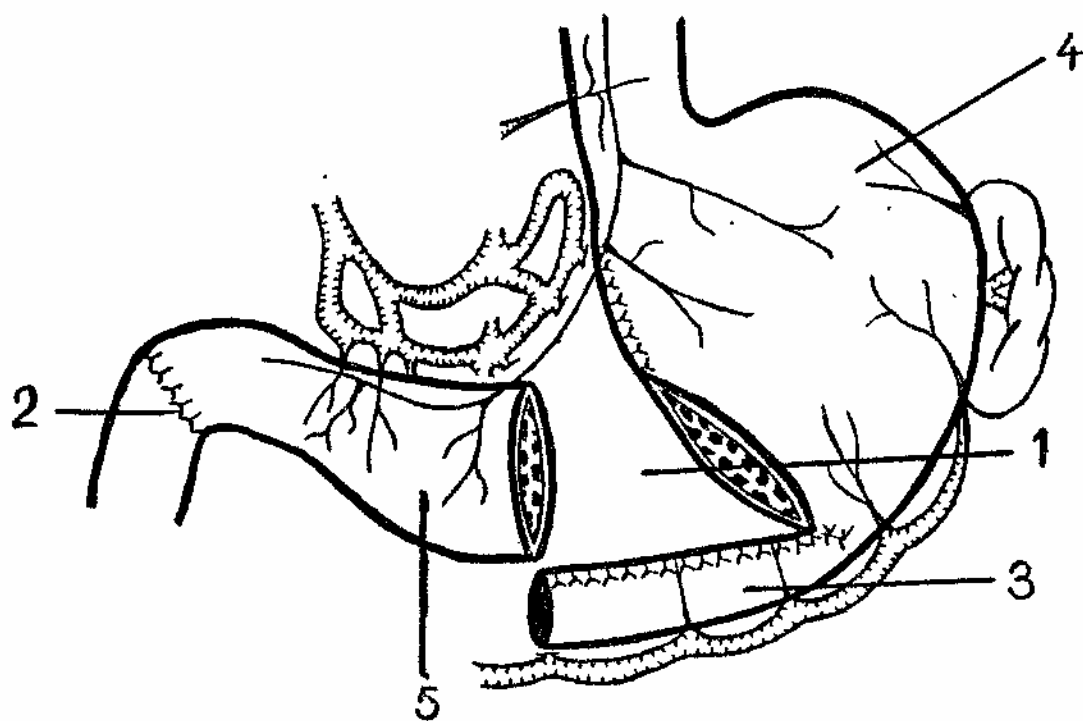


Fig. 2

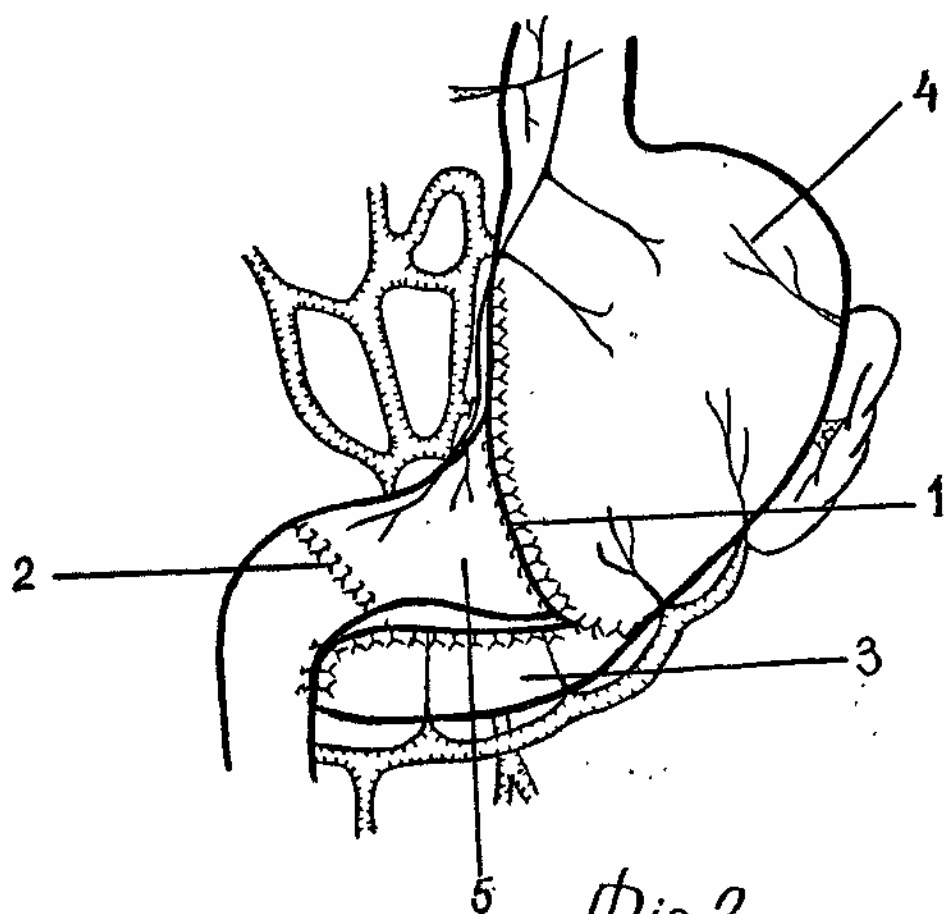


Fig. 3.