



УКРАЇНА

(19) UA (11) 56021 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПРИВІДНОЇ ПЕТЛІ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКУ В МОДИФІКАЦІЇ БІЛЬРОТ-II

1

2

(21) u201005053

(22) 26.04.2010

(24) 27.12.2010

(46) 27.12.2010, Бюл.№ 24, 2010 р.

(72) ГОДЛЕВСЬКИЙ АРКАДІЙ ІВАНОВИЧ, БЕР-
ШАДСЬКИЙ ОЛЕГ МИХАЙЛОВИЧ, ВОВЧУК ІГОР
МИКОЛАЙОВИЧ(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб лікування синдрому привідної петлі після резекції шлунку в модифікації Більрот-II, що передбачає резекцію шлунку в модифікації Більрот-II, який відрізняється тим, що на привідну петлю накладають 5-6 напівкисетних швів, які по черзі затягують.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може застосовуватися для лікування післяопераційних ускладнень після резекції шлунку при виразковій хворобі, а зокрема в лікуванні синдрому привідної петлі, після резекції шлунку в модифікації Більрот-II.

У останнє десятиліття розвиток виразкової хвороби шлунку займає одне з провідних місць в патології шлунково-кишкового тракту і завдає великого економічного збитку, що виражається в тимчасовій непрацездатності пацієнтів зважаючи на часті загострення і часту інвалідизацію. Основним способом лікування виразкової хвороби шлунку є оперативне втручання, резекція шлунку, яке часто приводить до післяопераційних ускладнень.

Одним з серйозних ускладнень є синдром привідної петлі, причиною розвитку якого є технічні погіршеності при накладенні гастроентероанастомози, які в подальшому приводять до недостатності клапанної функції, а зрештою до виникнення рефлюкс гастриту. Великого поширення набувають оперативні втручання по методу Я. Д. Вітебського. М. Медицина, 1988г, "Клапанні анастомози в хірургії травного тракту", с. 36.

Відомий спосіб резекції шлунку, мета якого зниження частоти ускладнень, обумовлених закидом шлункового вмісту в привідну петлю і кишечно-гастральним рефлюксом. Для цього мобілізують і резекують шлунок, ушивають куксу дванадцятипалої кишки, формують куксу шлунку. Підшивають привідну петлю, до задньої стінки шлунку, поступово звужують просвіт. Недоліком цього способу є те, що він не усуває компресію дванадцятипалої кишки і не відновлює клапанну функцію анастомозу.

В основу корисної моделі поставлено завдання розробити спосіб лікування синдрому привідної петлі, після резекції шлунку в модифікації Більрот-II, який забезпечить відновлення клапанної функції анастомозу і ліквідацію компресії дванадцятипалої кишки.

Поставлене завдання вирішується способом, що передбачає резекцію шлунку в модифікації Більрот-II, який відрізняється тим що на привідну петлю накладають 5-6 напів кисетних шви, які по черзі затягують.

На кресленні схематично зображено резекцію шлунку в модифікації Більрот-II при лікуванні синдрому привідної петлі.

Спосіб здійснюється таким чином: після резекції шлунку в модифікації Більрот-II, на привідну петлю накладають 5-6 напів кисетних шви 2, які по-черзі затягують.

Клінічний приклад

Хворий Л., 57 років, історія хвороби №8787 знаходилась в клініці кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, що розміщена на базі хірургічного відділення МКЛ ШМД з 13.04.09 по 26.04.09. Хворий пред'являв скарги на постійне відчуття тяжкості у верхніх відділах живота, болі після їжі, печію, відрижку, гіркота в роті, щоденна блювота, що приносить деякі полегшення. З анамнезу стало відомо, що в 2006р. оперований з приводу проривної виразки дванадцятипалої кишки, в серпні 2008р. оперований з приводу виразки дванадцятипалої кишки і артеріальної компресії дванадцятипалої кишки з хронічною дуоденальною непрохідністю. Була проведена резекція шлунку по Більрот-II.

Після операції 5-6 місяців відчував себе задовільно, але потім з'явилися вищезгадані скарги.

(13) U
(11) 56021
(19) UA

У відділенні хворий був обстежений. При ФГДС виявлені велика кількість жовчі в шлунку, рефлюкс-гастрит, зяяння і розширення гастроентероанастомоза, анастомозит. При рентгеноскопичному обстеженні встановлений діагноз "Синдром привідної петлі", виявлена різко розширена привідна петля з явищами антиперистальтики, закидом контрасту в шлунок, різко сповільнена евакуація через дуоденоюанальний анастомоз. Встановлений діагноз: стан після резекції шлунку по Більрот-II з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Хронічна дуоденальна непрохідність, артеріальна компресія. Синдром привідної петлі. Рефлюкс-гастрит. Анастомозит.

Проведена серединна лапаротомія. При ревізії виявлено, що дванадцятипала кишка і частина тонкої кишки, що приводить, розширені до 5см в діаметрі, стінка атрофічна, стоншена. Гастроентеро- і дуоденоюанастомози різко розширені, зяють, не виконують клапанну функцію. Після розділення спайок накладено 6 напівкисетних швів на

привідну петлю, які по-черзі затягнуті. Післяопераційна рана дренована та пошарово ушита.

Післяопераційний період протікав без ускладнень, рана зажила первинним натягом. У задовільному стані виписаний з відділення на 13-у добу після операції.

Хворий оглянутий у вересні 2009р. Почуває себе задовільно, скарг не пред'являє, диспептичних розладів немає, працює за фахом. На контрольній ФГДС жовчі в шлунку немає, анастомоз у вигляді щілини, відкривається при проходженні перистальтичних хвиль. При рентгеноскопії шлунку і відвідної петлі закидання барію в дванадцятипалу кишку немає. Барій повністю евакуювався з шлунку через 2 ч.

Спосіб забезпечує профілактику та лікування синдрому привідної петлі, також зменшується тиск на проксимальний відділ привідної петлі, що в свою чергу запобігає розвитку недостатності кукси дванадцятипалої кишки.

