



(19) **KG** (11) **1119** (13) **C1** (46) **31.12.2008**

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(51) **A61B 17/00** (2006.01)

**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ**  
к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

- (21) 20070072.1  
(22) 24.05.2007  
(46) 31.12.2008. Бюл. № 12  
(71) (73) Кыргызская государственная медицинская академия (KG)  
(72) Калжикеев А. М., Сопуев А. А., Асанбаева Ч. Э., Калжикеев А. А. (KG)  
(56) Голдин В. А. Первичная и реконструктивная резекции желудка. М.:Издательство Университета дружбы народов.1990. – С. 135-139  
(54) Способ хирургического лечения пептической язвы гастроэзоноанастомоза после резекции желудка по способу "Бильрот-II"  
(57) Изобретение относится к медицине, а именно хирургической гастроэнтерологии. Задача изобретения заключается в разработке эффективного способа профилактики не-

состоятельности межкишечного анастомоза при хирургическом лечении пептической язвы гастроэзоноанастомоза после резекции желудка по способу Бильрот-II. Поставленная задача решается в способе хирургического лечения пептической язвы гастроэзоноанастомоза после резекции желудка по способу Бильрот II путем выделения и мобилизации анастомозированных желудка и петли тощей кишки, путем резекции гастроэзоноанастомоза с сохранением целостности брыжеечной части тонкой кишки и сосудисто-нервных путей, далее производится поперечная двухрядная юонопластика в области образовавшегося дефекта тощей кишки и редуцизация путем наложения гастродуоденоанастомоза по типу конец в бок. 1 п. ф., 1пр., 3 ил.

(19) **KG** (11) **1119** (13) **C1** (46) **31.12.2008**

## 3

Изобретение относится к медицине, а именно хирургической гастроэнтерологии.

Известен способ хирургического лечения пептической язвы гастроэюноанастомоза после резекции желудка по способу Бильрот-II, заключающийся в обследовании желудочно-кишечного анастомоза и выделении культи 12-перстной кишки путем разделения от сращений, образовании тонкокишечного трансплантата путем отключения приводящего отрезка тонкой кишки от ее соусьтя с желудком, образовании кишечно-дуоденального анастомоза и образовании межкишечного анастомоза (Захаров Е. И., Захаров А. Е. Еюоногастропластика при болезнях оперированного желудка. – М.: Медицина, 1970. – С. 93-101).

Наиболее близким к предлагаемому способу по технике выполнения является способ хирургического лечения пептической язвы гастроэюноанастомоза после резекции желудка по способу Бильрот-II, который заключается в резекции гастроэюноанастомоза с частью культи желудка и наложением гастродуоденоанастомоза и юно-юноанастомоза (Голдин В. А. Первичная и реконструктивная резекции желудка. М.: Издательство Университета дружбы народов. – 1990. – С. 135-139).

Недостатками данной методики являются: более высокая травматичность и длительность операции; наложение юно-юноанастомоза – более сложного по технике выполнения и затратного по количеству используемого шовного материала, менее надежного по прочности.

Задача изобретения заключается в разработке эффективного способа профилактики несостоятельности межкишечного анастомоза при хирургическом лечении пептической язвы гастроэюноанастомоза после резекции желудка по способу Бильрот-II.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения пептической язвы гастроэюноанастомоза после резекции желудка по способу Бильрот-II путем выделения и мобилизации анастомозированных желудка и петли тощей кишки, затем осу-

ществляется резекция гастроэюноанастомоза с сохранением целостности брыжеечной части тонкой кишки и сосудисто-нервных путей, далее производится поперечная двухрядная юонопластика в области образовавшегося дефекта тощей кишки и редуоденизация

## 4

путем наложения гастродуоденоанастомоза по типу «конец в бок».

Способ осуществляют следующим образом:

Этапы операции:

1) Полная мобилизация гастроэнтероанастомоза (ГЭА);

2) Разобщение ГЭА с сохранением целостности брыжеечной части тонкой кишки и сосудисто-нервных путей;

3) Поперечная двухрядная юонопластика в области образовавшегося дефекта тощей кишки;

4) Мобилизация культи двенадцатиперстной кишки (ДПК);

5) Гастродуоденоанастомоз по типу «конец в бок».

Под общим обезболиванием выполняют верхнесрединную лапаротомию. Производят выделение и мобилизацию анастомозированных желудка и петли тощей кишки. Затем осуществляют разобщение гастроэюноанастомоза с сохранением целостности брыжеечной части тонкой кишки с сосудисто-нервными пучками. После чего производят восстановление целостности сохраненной части тощей кишки с сосудисто-нервными пучками ранее существующего ГЭА – поперечная двухрядная юонопластика.

Далее производят редуоденизацию ДПК с последующим наложением гастродуоденоанастомоза по типу «конец в бок», один из вариантов способа Бильрот-II.

Основные этапы способа показаны на фиг. 1-3.

На фиг. 1 показана резекция – разобщение гастроэюноанастомоза с сохранением целостности брыжеечной части тонкой кишки с сосудисто-нервными пучками.

На фиг. 2 – редуоденизация и поперечная двухрядная юонопластика сохраненной части тощей кишки с сосудисто-

нервными пучками ранее существующего ГЭА.

На фиг. 3 показано наложение гастродуоденоанастомоза по типу «конец в бок», один из вариантов способа Бильрот-II.

В Национальном хирургическом центре Минздрава Кыргызской Республики (НХЦ МЗ КР) данная методика была применена в 16 случаях с положительным результатом.

### 5

Пример: больной Р. А., 39 лет, история болезни № 3136, поступил в НХЦ 28 мая 2004 года с жалобами на острые боли по всему животу, больше в верхнем этаже и в левой половине живота, тошноту, многократную рвоту, повышение температуры тела, слабость. Со слов больного, внезапные резкие боли в животе появились за два часа до поступления в НХЦ МЗ КР.

Из анамнеза выяснено, что в 1998 году произведено ушивание перфоративной язвы желудка в городе Каракол, Джалал-Абадской области. Там же в 2000 году резекция желудка по способу Бильрот-II. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное. Сердце – тоны сохранены, ритмичны. Пульс – 106 ударов в минуту, ритм правильный. АД 130/90 мм рт. ст. Частота дыхания – 22 в минуту.

*Status localis:* язык сухой, обложен беловато-серым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезнен и напряжен во всех отделах, больше в верхнем этаже и левой половине, перистальтика не прослушивается, перкуторно: в нижнем этаже и подвздошных областях некоторое укорочение звука. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положителен по всему животу.

Анализ крови от 27.05.04 г.: лейкоциты –  $17 \times 10^9$ ; ЛИИ по Кальф-Калифу – 1.62; эритроциты –  $4.8 \times 10^{12}$ ; Нв – 170 г/л; общий белок – 48 г/л; остаточный азот – 52.6 ммоль/л; мочевина – 18.3 ммоль/л; креатинин – 109.4 мкмоль/л.

Анализ мочи от 28.05.04 г.: удельный вес – 1024; белок – 0.033%; единичные лейкоциты в поле зрения.

*Предварительный диагноз:* Острая кишечная непроходимость. Перитонит. После

### 6

предоперационной подготовки через 4 часа был взят на операцию.

Под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами больному была произведена верхнесрединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного кожного рубца.

Во время операции в брюшной полости обнаружено 2000 мл выпота желудочно-кишечным содержимым с примесью гноя с повсеместной локализацией, но в большем количестве был сосредоточен в левом боковом канале, левой подвздошной области и в малом тазу. При ревизии выявлена перфорация пептической язвы гастродуоденоанастомоза с диаметром 1.5 см. Диаметр околоязвенного инфильтрата составил 3.5 см. Брюшина гиперемирована с участками кровоизлияний. Имеется картина брыжеечного и забрюшинного лимфангита и тромбофлебита. Стенки тонкой и толстой кишки гиперемированы, инфильтрированы точечными кровоизлияниями, местами имеются налеты фибрина. Перистальтика вялая. После предварительного ушивания перфоративного отверстия и санации брюшной полости выполнена операция по предлагаемому способу. Дополнительная санация и дренирование брюшной полости. Рана послойно ушита наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной осмотрен и обследован через 3.5 года после операции. Жалоб нет, самочувствие хорошее.

Преимущества предлагаемого способа заключаются в сохранении целостности брыжеечной части тонкой кишки и сосудисто-нервных путей. Данный способ позволяет сэкономить время операции, расходный материал и обеспечивает надежность анастомоза при хирургическом лечении пептической язвы.

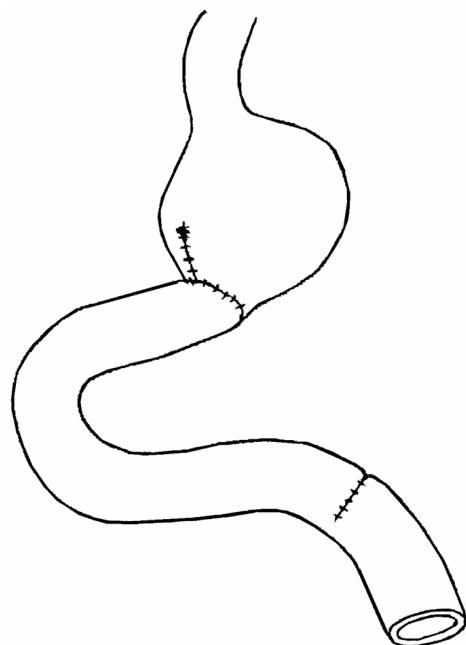
7

**Ф о р м у л а и з о б р е т е н и я**

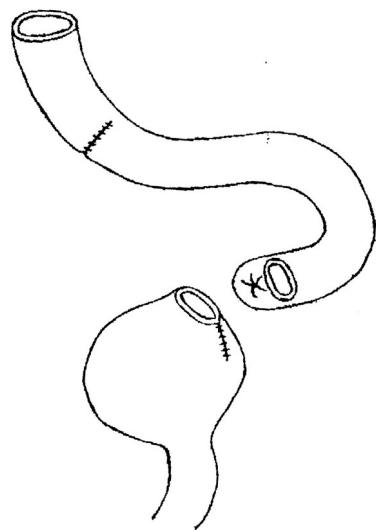
Способ хирургического лечения пептической язвы гастроэюноанастомоза после резекции желудка по способу Бильрот-II, включающий резекцию гастроэюноанастомоза с ликвидацией дефекта, о т л и ч а ю щ и й- с я тем, что гастроэюноанастомоз разобщают

8

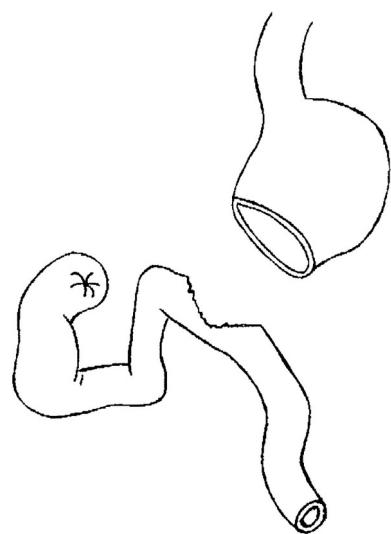
путем резекции желудка и клиновидного иссечения стенки тонкой кишки с сохранением брыжеечной части, и на образовавшийся дефект накладывают поперечную двухрядную юонопластику с последующей редуоденизацией и созданием гастродуоденоанастомоза по типу «конец в бок».



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3

Составитель описания Торобекова М. А.  
Ответственный за выпуск Чекиров А. Ч.

---

Государственная патентная служба КР, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03