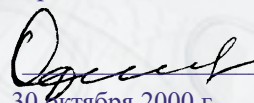


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Разрешено Минздравом Республики  
Беларусь для практического использования

Первый заместитель министра здраво-  
охранения, председатель комиссии по способам  
профилактики, диагностики, лечения и  
организационным формам работы МЗ РБ

 В.М. Ореховский  
30 октября 2000 г.  
Регистрационный № 20-0001

**СПОСОБ ПРОКСИМАЛЬНОЙ  
ДУОДЕНЕЮНОСТИ**

(инструкция по применению)

**Учреждение-разработчик:** Гродненский государственный медицинский университет

**Авторы:** д-р мед. наук К.Н. Жандаров, В.Н. Колоцей

### **Показания к применению**

Хроническая дуоденальная непроходимость в декомпенсированной стадии, дуоденогастральный рефлюкс 2–3 ст., парафатеральный дивертикул 12-перстной кишки, все операции, где требуется выключение 12-перстной кишки из пассажа пищи.

Предлагаемый способ относится к органосохраняющим операциям, высокоэффективен, малотравматичен, прост в исполнении и с успехом может использоваться в любом стационаре практического здравоохранения для лечения хронической дуоденальной непроходимости, а также ряда других заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

*Необходимый дополнительный инструментарий:* обычный набор хирургических инструментов.

### **Описание метода**

После верхнесрединной лапаротомии и ревизии органов брюшной полости проводят на 2–3 см ниже пилорического жома поперечное пересечение 12-перстной кишки. Дистальный конец кишки ушивают 2-рядным швом. Ниже связки Трейтца на 30 см поперечно пересекают тощую кишку. Дистальный конец тощей кишки ушивают 2-рядным швом и подводят его к проксимальному концу пересеченной 12-перстной кишки. Затем отступя от ушитого дистального конца тощей кишки не более 2–3 см (профилактика избыточной культи), с проксимальным концом пересеченной 12-перстной кишки накладывают дуоденоюноанастомоз конец в бок 2-рядным швом. После этого формируют изолированную по Ру петлю тощей кишки с энтероэнтероанастомозом конец в бок (проксимальный конец пересеченной тощей кишки в бок дистального конца тощей кишки), отступя от дуоденоюноанастомоза не менее 30 см.

**Возможные ошибки и пути их устранения**

Нарушение иннервации пилорического жома предотвращается тщательной и нетравматичной мобилизацией в области пилородуоденальной зоны.

*Противопоказания для применения метода:* спаечно-рубцовый процесс пилородуоденальной зоны.