

Винахід стосується медицини, а саме, дитячої хірургії, і може бути використаним у лікуванні гіпертрофічного пілоростенозу у дітей.

Існують способи оперативного та консервативного лікування уродженого гіпертрофічного пілоростенозу, які спрямовані на відновлення прохідності пілоричного відділу шлунку. Ці способи хоча і досить ефективні, але мають певні недоліки, які пов'язані з тривалим терміном регресу пілоричної оліви та розвитком необоротних змін в міоневральному апараті пілорусу, що у наступному приводить до розвитку діспластичних процесів у пілороантральній зоні та викликає порушення функцій воротаря.

Відомий спосіб консервативного лікування гіпертрофічного пілоростенозу у дітей, якій полягає у призначенні хворим атропіну сульфату (Kawahara H, Imura K, Nishikawa M, Yagi M, Kubota A. Intravenous atropine treatment in infantile hypertrophic pyloric stenosis// Arch Dis Child. - 2002. - Jul. - Vol.87(1). - P.71-74.).

Спільних суттєвих ознак аналога і винаходу немає.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що, не дивлячись на використання малоінвазивних технологій, його використання по-перше, не приводить до відновлення прохідності воротаря у 100% хворих (позитивні результати одержані у 89% дітей з гіпертрофічним пілоростенозом), по-друге, внутрішньовенне введення великих доз атропіну сульфату (0,01мг/кг) вимагає постійно проводити кардіомоніторинг, по-третє, лікування пілоростенозу проводиться на протязі тривалого часу і по-четверте, за даними ультразвукового дослідження повний регрес гіпертрофії пілорусу відбувається протягом тривалого часу: від 6 до 12 місяців.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатам, що досягаються, є спосіб хірургічного лікування уродженого пілоростенозу за Фреде-Рамштедтом, який полягає в подовжній пілороміотомії до підслизового шару з розведенням країв м'язової рани воротаря (Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей// -М.: Медицина. - 1988. - 416с.).

Спільними суттєвими ознаками прототипу і винаходу, що заявляється, є такі:

- виконання лікування хірургічним шляхом

- подовжна пілороміотомія до підслизового шару з розведенням країв м'язової рани воротаря.

Цей спосіб є недостатньо ефективним тому, що, хоча і приводить до 100% відновлення прохідності пілорусу, у деяких випадках, при вираженому звуженні його просвіту та розширенні шлунку ранній післяопераційний період може супроводжуватися триваючою блювотою, вимагає певного часу для відновлення повного обсягу вигодування, регресу пілоричної оліви протягом 4-6 місяців та розвитком необоротних змін в міоневральному апараті пілорусу, що у наступному приводить до розвитку діспластичних процесів у пілороантральній зоні та викликає порушення функцій воротаря.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу хірургічного лікування гіпертрофічного пілоростенозу шляхом проведення додаткового подовжного розрізу в безсудинній зоні серозно-м'язової оболонки на задній стінці пілорусу, що забезпечить підвищення ефективності лікування та зменшить кількість безпосередніх та віддалених ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає в себе подовжню пілороміотомію на передній стінці воротаря до підслизового шару з розведенням країв м'язової рани, новим є те, що проводять додатковий подовжній розтин в безсудинній зоні серозно-м'язової оболонки на задній стінці пілоруса.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому.

Додатковий розтин серозно-м'язової оболонки в безсудинній зоні на задній стінці пілоруса приводить до покращення відновленої прохідності воротаря, що дозволяє прискорити відновлення повного обсягу вигодування, зменшує набряк та спазм пілоричного сфінктеру, прискорює регрес його стовщення, що зменшує імовірність розвитку діспластичних процесів в пілороантральній зоні шлунку та ускладнень, пов'язаних з порушеннями її функції.

Таким чином, сукупність вищевказаних позитивних впливів дозволяє підвищити ефективність лікування, прискорити одужання хворих, знизити кількість ускладнень.

Спосіб здійснюють таким чином.

Виконується верхньо-середина лапаротомія. В рану виводять стовщений воротар. В безсудинній зоні на передній його поверхні проводять подовжній розтин серозно-м'язової оболонки до підслизового шару, тупо розводять края рани. Повертають пілоричну зону шлунку та проводять подовжній розтин серозно-м'язової оболонки до підслизового шару на задній його поверхні і також тупо розводять края рани. Шлунок занурюють у черевну порожнину. Рану черевної стінки ушивають наглухо.

Приклад: Хворий Т., 2003р. н., був госпіталізований у Запорізьку міську багатопрофільну дитячу лікарню №5 04.07.2003р. з діагнозом: "Вроджений пілоростеноз" зі скаргами на блювоту "фонтаном" та зменшення маси тіла. При надходженні до стаціонару йому проведено ультразвукове та рентгенологічне дослідження, діагноз пілоростенозу був підтверджений. Після передопераційної підготовки під загальним знеболюванням хворому виконана операція: Після верхньо-середньої лапаротомії в рану виводен стовщений воротар. В безсудинній зоні на передній його поверхні проведений подовжній розтин серозно-м'язової оболонки до підслизуватого шару, тупо розведені края рани. Повернули пілоричну зону шлунку та провели подовжній розтин серозно-м'язової оболонки до підслизового шару на задній його поверхні і також тупо розвели края рани. Шлунок занурили у черевну порожнину. Рану черевної стінки ушили наглухо. В післяопераційному періоді відновлення повного обсягу вигодування проводили за прискореною схемою. Перебіг післяопераційного періоду був сприятливим і хворий був виписаний із стаціонару на 12 добу. Ультразвукове дослідження шлунку, яке проведене у динаміці показало, що регрес гіпертрофії пілорусу відбувався на протязі 1 місяця.