



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 53249

(13) A

(51) 7 A61B17/22

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

1

2

(21) 2002042989

(22) 12 04 2002

(24) 15 01 2003

(46) 15 01 2003, Бюл. № 1, 2003 р.

(72) Дзюбановський Ігор Якович, Луговий Олег
Богданович, Польовчик Владислав Іванович(73) Дзюбановський Ігор Якович, Луговий Олег
Богданович, Польовчик Владислав Іванович

(57) Спосіб хірургічного лікування кровоточивої

дуоденальної виразки, що включає виконання лапаротомії, мобілізацію дванадцятипалої кишки, висічення виразки та дуоденопластику, який відрізняється тим, що до лапаротомії визначають проекцію локалізації виразки на передню черевну стінку шляхом проведення фіброгастродуоденоскопії з трансліюмінацією, в якій здійснюють лапаротомію довжиною 6 - 7 см

Спосіб відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, ускладнену гострою кровотечею.

Відомий спосіб видалення виразки, що включає виконання лапаротомії, мобілізацію дванадцятипалої кишки, висічення виразки та дуоденопластику, в якому лапаротомію виконують незалежно від локалізації виразки верхньо-серединним розрізом довжиною 15-20 см (див. а с СССР №1454 407, МКИ А 61 В 17/00 Бюл. №4, 1989р.)

Недоліком відомого способу є значна травматичність операційного доступу, який проявляється важкістю перебігу раннього поопераційного періоду, високою частотою післяопераційних ускладнень та летальністю у хворих літнього та старечого віку з супутньою серцево-легеневою патологією, що обумовлено значним зниженням функції зовнішнього дихання, тривалим поопераційним парезом, значними волемічними та метаболічними розладами та необхідністю значної інфузійної терапії.

В основу винаходу поставлено завдання створити такий спосіб хірургічного лікування кривавлячої дуоденальної виразки, в якому шляхом попереднього визначення точки проекції локалізації виразки на передню черевну стінку досягається можливість проведення прицільної лапаротомії, тобто розкриття черевної порожнини малим розрізом, саме над місцем розташування виразки.

Для вирішення завдання запропоновано спосіб хірургічного лікування кривавлячої дуоденальної виразки, що включає виконання лапаротомії,

мобілізацію дванадцятипалої кишки, висічення виразки та дуоденопластику, в якому, згідно з винаходом, до лапаротомії визначають проекцію локалізації виразки на передню черевну стінку шляхом проведення фіброгастродуоденоскопії з трансліюмінацією, в якій здійснюють лапаротомію довжиною 6-7 см.

При виконанні запропонованого способу прицільний операційний доступ без розсічення м'язів не призводять до зниження дихального об'єму в післяопераційному періоді, не супроводжуються значними волемічними та метаболічними порушеннями, і дозволяє видалити джерело кровотечі, а отже - досягти надійного гемостазу з мінімальним операційним ризиком.

Поставлене завдання вирішують тим, запропоновано спосіб хірургічного лікування кривавлячої дуоденальної виразки, що включає виконання лапаротомії, мобілізацію дванадцятипалої кишки, висічення виразки та дуоденопластику, у якому, згідно з винаходом, до лапаротомії визначають проекцію локалізації виразки на передню черевну стінку шляхом проведення фіброгастродуоденоскопії з трансліюмінацією, в якій здійснюють лапаротомію довжиною 6-7 см.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином: назогастральним зондом аспірують шлунковий вміст, у затемненому приміщенні виконують фіброезофагогастродуоденоскопію у положенні хворого на спині з припіднятим головним кінцем і встановлюють локалізацію джерела кровотечі та утримують кінець ендоскопа над виразкою. Над місцем проекції кривавлячої виразки дванадцятипалої кишки

(13) A

(11) 53249

(19) UA

на передній черевній стінці на всю довжину проєкції світлового променя на шкіру наносять позначку розчином брильянтового зеленого, після чого виконують трансректальну мінілапаротомію над виразкою, розсікаючи тільки апоневротичні пластинки, відшаровуючи м'язи тупим шляхом. Мобілізацію дванадцятипалої кишки, видалення виразки та дуоденопластику виконують відомим способом.

Приклад 1

Хворий К., 79 років, хворіє на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки 12 років. При поступленні артеріальний тиск (АТ) 100/60 мм рт.ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) - 100/хв, центральний венозний тиск (ЦВТ) - 60 мм вод.ст., шок-овий індекс (ШІ) - 1,0. При екстренній фіброезофагогастродуоденоскопії виявлено - виразкова хвороба ДПК, ускладнена кровотечею, яка продовжується (виразка до 1,5 см прикрита рихлим згустком, з-під якого підтікає кров). Виконано спробу ендоскопічного гемостазу (обколювання виразки по периметру розчином етамзілату - кровотеча зупинена). З метою відновлення об'єму циркулюючої крові та корекції синдрому крововтрати призначена традиційна інфузійна терапія. На контрольній ендоскопії через 3 години - відмічено відновлення кровотечі.

Загальний аналіз крові при поступленні: еритроцити (Er) - 2,17 Т/л, гемоглобін (Hb) - 68,0 г/л, кольоровий показник (Кп) - 0,8, гематокрит (Ht) - 0,32, біохімічний аналіз крові: глюкоза - 4,0 ммоль/л, білок - 52,3 г/л, сечовина - 7,9 ммоль/л, креатинін - 0,77 ммоль/л, Na^+ - 139,5 ммоль/л, K^+ - 3,4 ммоль/л.

Супутня патологія - ішемічна хвороба серця, кардіосклероз, постійна форма миготливої тахіаритмії, недостатність кровообігу II-Б ст. Хронічний обструктивний бронхіт у фазі ремісії, емфізема легень, легенева недостатність II ст.

У хворої діагностовано триваючу кровотечу без тенденції до зупинки, неефективність ендоскопічного гемостазу, ранній рецидив кровотечі та значний операційно-анестезіологічний ризик через важку супутню патологію.

Під час контрольної ендоскопічної дослідження над місцем проєкції виразки на передню черевну стінку у затемненій палаті реанімаційного відділу на шкіру нанесли позначку розчином брильянтового зеленого. Хвора взята в операційну в екстренному порядку. Виконана трансректальна

мінілапаротомія по зазначеній лінії в правому під-ребер'ї довжиною 5 см. Після мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером виконали висічення виразки, яка була розміщена на передній стінці циркулярної дванадцятипалої кишки на 1,5 см нижче пілоруса та пенетрувала в елементи гепатодуоденальної зв'язки, з дуоденопластиком за методикою Таннер-Кеннеді.

В післяопераційному періоді проводилась підтримуюча посиндромна терапія, спрямована на корекцію серцевого ритму, крововтрати, пригнічення шлункової секреції під контролем центрального венозного тиску, серцевого ритму, діурезу. Перистальтика та пасаж по кишківнику відновились на 2 добу.

післяопераційного періоду, прогресування серцево-легеневої недостатності та легеневих ускладнень не виявлено. На 7 добу післяопераційного періоду хвора з видужанням виписана.

Запропонований нами спосіб видалення кривавлячої дуоденальної виразки з мінідоступу застосовували у шести хворих на гостру кровотечу з виразки дванадцятипалої кишки з важкою супутньою серцево-легеневою патологією.

У всіх хворих відмічено раннє відновлення пасажу по травному тракту, що поряд з малою травматичністю доступу, низькими інтраопераційними волемічними втратами дозволило до мінімуму звести об'єм інфузійної терапії за рахунок ранньої ентральної корекції волемічних та метаболічних розладів. Збереження цілісності м'язової стінки дозволило утримувати функцію зовнішнього дихання за рахунок збереження абдомінального компоненту на доопераційному рівні, що і зумовило відсутність легеневих ускладнень, прогресування серцевої недостатності, порушень ритму та провідності у всіх оперованих за нашою методикою хворих.

Таким чином, запропонований спосіб хірургічного лікування кривавлячої дуоденальної виразки забезпечує істотне зниження ризику операції за рахунок малої травматичності операційного доступу, що реалізується покращанням перебігу післяопераційного періоду, зменшенням кількості та об'єму інфузійної терапії у хворих на кровоточиву виразку дванадцятипалої кишки з важкою серцево-легеневою патологією, що в свою чергу зменшує ризик ранніх поопераційних серцево-легеневих ускладнень та летальності у зазначених хворих.