

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаним у хірургічному лікуванні хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки.

Відомі способи хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки включають висічення виразки та виконання одного із видів ваготомії з пілоропластикою [Зайцев В.Т., Тищенко А.М., Бойко В.В., Тарабан І.А. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. // Х, 1994. - с. 235].

Але при використанні вище перелічених способів не враховується стан симпатoadреналової системи організму, що веде до виникнення симпатoadреналових реакцій "повільного типу" у цієї групи хворих. Корекція порушень симпатoadреналової системи повинна бути складовою хірургічної доктрини виразкової хвороби [Тарабан І.А. Периартеріальна невректомія магістральних судин черевної порожнини, як засіб вибору хірургічної корекції симпатoadреналових порушень у хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладнену гострою кровотечею // Львівський медичний часопис. - 2000. - №2.-С. 63-65].

Таким чином, хірургічне лікування хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки повинне включати наступні етапи: висічення виразки, виконання одного із видів ваготомії та пілоропластики в поєднанні з виконанням периартеріальної невректомії магістральних судин черевної порожнини, що кровопостачають шлунок та дванадцятипалу кишку [Тарабан І.А. Периартеріальна невректомія магістральних судин черевної порожнини, як засіб вибору хірургічної корекції симпатoadреналових порушень у хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладнену гострою кровотечею // Львівський медичний часопис. - 2000. - №2.-С.63-65].

Периартеріальну невректомію виконують наступним чином: при визначенні необхідної судини під її адвентицій вводять 1-1,5мл 1% розчину новокаїну. Це виконується як з метою уникнення ангіоспазму, так і поліпшення відділення нервоносійної оболонки шляхом гідропрепарування. Після цього артерію виділяють та підводять під неї дві утриманки. Підтримують судину та розсікають нервоносійну оболонку. За допомогою дисектора відділяють нервоносійну оболонку від стінок судини. Після цього її зсікають на протязі 2-2,5см [Тарабан І.А. Периартеріальна невректомія магістральних судин черевної порожнини, як засіб вибору хірургічної корекції симпатoadреналових порушень у хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладнену гострою кровотечею // Львівський медичний часопис. - 2000. - №2. - С.63-65].

Вказаний спосіб хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки є найбільш близьким до того, що заявляється по технічній суті та результату, який може бути досягненим, тому його обрано за прототипом.

Основним недоліком відомих способів хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, в тому числі прототипу, є недостатня їх ефективність. Насамперед це обумовлене тим, що виконання периартеріальної невректомії не враховує варіанти розташування зон концентрації паравазальних нервів, тому можливе її неадекватне виконання, що не сприяє корекції виникнення симпатoadреналових кризів "повільного типу" цієї групи хворих.

У зв'язку з вище викладеним, в основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки шляхом урахування зон розташування паравазальних нервів при виконанні периартеріальної невректомії.

Задача, яка покладена в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, що включає висічення виразки і виконання одного із видів ваготомії та пілоропластики, виконання периартеріальної невректомії, шляхом видалення інтрамуральних нервів судин, згідно з винаходом визначають необхідну судину під її адвентицій вводять 1мл 1% розчину новокаїну, з метою уникнення ангіоспазму та поліпшення відділення нервоносійної оболонки шляхом гідропрепарування, після цього артерію виділяють та підводять під неї дві утриманки, підтримуючи судину розсікають нервоносійну оболонку в поздовжньому напрямі та після чого висікають її на протязі 2,5см в межах середньої зони розташування паравазальних нервів мікросудинними ножицями.

Дослідження по вивченню розташування периартеріальних нервів гастродуоденальної зони людини, проведенні на 150 органокмплесах людей, що померли від причин не пов'язаних з патологією шлунково-кишкового тракту та периферичної нервової системи виявило три зони розташування концентрації паравазальних нервів гастродуоденальної зони [Ольховський В.О. Зовнішня будова периартеріальних нервів шлунка людини// Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2002. - №2. - С.11-13].

Аналіз метричних показників відстані між нервами паравазальних сплетень та стінками артерій дозволяє виділити навколо судин три зони концентрації нервів. Внутрішня зона - відсутні нервові стовбурці, ширина її становить до 8,0мм. У цій зоні м'яка сполучна тканина, паравазальна і параневральна клітковина виконують функцію своєрідних ароматизаторів, що знижують вплив пульсуючих судин на нервові стовбури. Середня зона "багата" на нервові стовбурці, ширина - 8,1-48,0мм. У ній залягає основна кількість паравазальних нервів. У зовнішній зоні шириною від 48,1-78,0мм. Концентрація паравазальних нервів поступово знижується до нуля [Ольховський В.О. Зовнішня будова периартеріальних нервів шлунка людини// Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2002. - №2. - С.11-13].

Спосіб здійснюють наступним чином: в першу чергу виконують висічення виразки і виконують один із видів ваготомії та пілоропластики. Периартеріальну невректомію виконують наступним чином: визначають необхідну судину під її адвентицій вводять 1мл 1% розчину новокаїну, з метою уникнення ангіоспазму та поліпшення відділення нервоносійної оболонки шляхом гідропрепарування, після цього артерію виділяють та підводять під неї дві утриманки, підтримуючи судину розсікають нервоносійну оболонку в поздовжньому напрямі та після чого висікають її на протязі 2,5см в межах середньої зони розташування паравазальних нервів мікросудинними ножицями.

Спосіб ілюструє наступний приклад клінічного використання запропонованої методики периартеріальної невректомії:

Хворий К. 58 років, (історія хвороби № 2159, 2002р) доставлений машиною швидкої допомоги з клінікою виразкової хвороби шлунка, ускладненою кровотечею II ступеня важкості. У хворого виник рецидив кровотечі, що проявився блювотою типа "кавової гущини", меленою, зниженням тиску до 70/50 мм. рт. ст., пульс 118 ударів за хвилину. Оперований в ургентному порядку. При ревізії органів черевної порожнини, під час оперативного втручання, виявлено в пілорічному відділі шлунка поряд з малою кривиною виразку до 1,8см в діаметрі. Гастротомія - у центрі виразки виявлена судина, що кровоточить. Виконано висічення кровоточивої виразки шлунка, пілоропластику, двосторонню селективну ваготомію. Виконали периартеріальну невректомію правої шлункової артерії наступним чином: під її адвентицій вводили 1мл 1% розчину новокаїну, з метою уникнення ангіоспазму та поліпшення відділення нервоносійної оболонки шляхом гідропрепарування, після цього артерію виділили та підвели під неї дві утриманки, підтримуючи судину розсікли нервоносійну оболонку в поздовжньому напрямі та після чого висікли її на протязі 2,5см в межах середньої зони розташування паравазальних нервів мікросудинними ножицями. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний на 12 добу післяопераційного періоду без ускладнень. Контрольне обстеження через 8 місяців після операції - скарг стосовно органів травлення та симпатoadреналової системи не пред'являє, фіброгастродуоденоскопія - відповідає терміну та обсягу перенесеного оперативного втручання, симпатoadреналових кризів "повільного типу" в післяопераційному періоді не відмічав.