



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66491 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ, ПОЄДНАНОЇ З ДГР

1

2

(21) u201106439

(22) 23.05.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) КОНОНЕНКО ДМИТРО ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) КОНОНЕНКО ДМИТРО ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(57) Спосіб комплексного хірургічного лікування дуоденальної виразки, поєднаної з дуоденогастральним рефлексом (ДГР), що полягає у пілорівідновлювальній операції, селективній періартері-

альній симпатектомії верхньої брижової артерії, та селективній ваготомії шлунка, який відрізняється тим, що вперше поєднується корекція всіх трьох патогенетичних чинників формування хронічного порушення дуоденальної прохідності (ХНДП) та змінюється вид ваготомії, внаслідок чого відбувається відновлення воротаря, поліпшення тонус дванадцятипалої кишки (ДПК) та воротаря, пригнічення кислотопродукції шлунка.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії шлунково-кишкового тракту, використовується з метою комплексного хірургічного лікування дуоденальної виразки в поєднанні з дуоденогастральним рефлексом (ДГР).

Частота виявлення різного ступеня хронічного порушення дуоденальної прохідності (ХНДП) коливається в межах від 10,0 до 55,2 %. ДГР є клінічним проявом II та III стадії ХНДП. Поєднання виразкової хвороби та ДГР є прогностично небезпечним, оскільки поєднується дія трьох ульцерогенних факторів - пептичного, *Helicobacter pylori* і жовчі [4]. Існуючі методики корекції ХНДП і ДГР на сьогоднішній день можна розділити на три групи:

1. пілорозберігаючі та пілорокорегуючі операції [3, 6, 7];
2. корекція тонусу ДПК [1, 2];
3. виконання одного з видів ваготомії воротаря [5].

Проте існуючі методики односпрямовані, не впливають на всі ланки патогенезу як ХНДП, так і ДГР, що призводить до розвитку незадовільних результатів лікування дуоденальної виразки, поєднаної з ДГР.

Найближчими відомими аналогами до того, що заявляється, є:

В першому аналізі, Клокол Д.Є. з метою укріплення пілоричного сфінктеру запропонував наступну методику пілородуоденопластики: висічення виразки здійснювали з максимальною економною резекцією ділянки переднього півкола пілоричного

сфінктера, після цього від поверхневого повздожнього м'язового шару та слизово-підслизової оболонки шлунка до межі малої та великої кривизни тупим методом відсепарували залишки переднього півкола пілоричного сфінктера, дуодено-томічний отвір зашиваємо в поперечному напрямку на зонді діаметром 80-100 мм² [3];

Але цей аналог має наступні недоліки: укріплення тільки пілоричного сфінктера без корекції тонусу ДПК, патогенетично не є обґрунтованим та достатнім, тому що при II та III стадії ХНДП спостерігається гіпо- та атонія ДПК.

В другому аналогові, поліпшення тонусу дванадцятипалої кишки при хронічній дуоденальній непрохідності шляхом виконання хімічної періартеріальної симпатектомії верхньої брижової артерії 30 % розчином етилового спирту, що значно підсилює тонус ДПК, не порушуючи іннервації та тонусу воротаря [2].

В цьому аналог коригує тонус ДПК, але не підвищує тонусу воротаря (пілорусу), тоді як це принципово важливо при ДГР.

Прототипом до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування рефлекс-гастриту при недостатності воротаря, за рахунок використання селективної ваготомії воротаря, що полягає у перетині гілок переднього блукаючого стовбура, що йдуть до воротаря та кінцевих гілок нерва Латерже.

До недоліків цього методу належать:

- можливість використання тільки при неуспішній виразковій хворобі;

UA (11) 66491 (13) U

- відсутність корекції тонуусу ДПК;
- виконання тільки селективної ваготомії воротаря не призводить до пригнічення кислотопродукції шлунку.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб комплексного хірургічного лікування дуоденальної виразки поєднаної з ДГР, в якому, за рахунок поєднаної корекції всіх трьох патогенетичних чинників формування ХПДП та зміни виду ваготомії, відбувається ефективна корекція ДГР у хворих з ускладненою дуоденальною виразкою.

Поставлена задача вирішується в спосіб комплексного хірургічного лікування дуоденальної виразки, поєднаної з ДГР, що полягає у пілорорівнювальній операції, селективній періартеріальній симпатектомії верхньої брижової артерії, та селективній ваготомії шлунка, згідно з корисною моделлю, вперше поєднана корекція всіх трьох патогенетичних чинників формування ХПДП та змінений вид ваготомії, внаслідок чого відбувається відновлення воротаря, поліпшення тонуусу ДПК та воротаря, пригнічення кислотопродукції шлунка.

Розроблений спосіб здійснюється у три етапи, та полягає у наступному:

1. У пілорорівнювальній операції: після лапаротомії та мобілізації дванадцятипалої кишки по Кохеру висікають виразка з частиною пілоричного сфінктера. Кінці пілоричного сфінктера додатково відсепаровують на 0,5-1,0 см і на цьому рівні зверху з боку серозної оболонки і знизу з боку слизової оболонки роблять поперечні насічки, щоб при зсуві пересічених м'язових волокон його розміри досягали фізіологічних (1,6-1,8). Слизову і підслизову оболонку зшивають в поперечному напрямку. Розтягнуті і зміщені після насічок м'язові волокна зшивають на зонді № 30.

2. У поліпшенні тонуусу ДПК шляхом селективної періартеріальної симпатектомії верхньої брижової артерії: роблять доступ до верхньої брижової артерії, яку знаходять праворуч від зв'язки Трейца, виділяють артерію, та вводять у нервонесучу оболонку 1-2 мл. 30 % розчину етилового спирту.

3. У селективній ваготомії шлунку, шляхом ретину всіх шлункових гілок переднього і заднього стовбурів блукаючих нервів, зберігаючи печінкові гілки та гілки черевного стовбуру з метою поліпшення тонуусу воротаря, та пригнічення кистолотопродукуючої функції шлунка.

Клінічний приклад. Хворий Н., 36 років, потрапив до лікарні з клінікою перфоративної виразки дванадцятипалої кишки. Оперований в ургентному порядку. Інтраопераційно на передній стінці цибулини ДПК виразковий інфільтрат до 2,5 см, в

центрі якого перфоративний отвір 1,0 см. в діаметрі, виразковий інфільтрат розповсюджується на пілоричний сфінктер. Інтраопераційно, згідно з критеріями Нікітіна Н.А., вставлено ХПДП II ступеня. Хворому виконано висічення виразки з пілорорівнювальною операцією, селективна ваготомія та селективна періартеріальна симпатектомія верхньої брижової артерії. Спосіб використаний у 2 хворих, ускладнень не було.

Таким чином, розроблений спосіб дозволяє провести комплексне хірургічне лікування дуоденальної виразки, поєднаної з ДГР та за рахунок поєднання пілорорівнювальної операції, селективної ваготомії шлунка та селективної періартеріальної симпатектомії, відбувається ефективна корекція ДГР у хворих на ускладнені дуоденальні виразки.

Джерела інформації:

1. Бука Г.Ю., Комарчук В.В. Дуоденогастральный рефлюкс у больных с рецидивными послеоперационными осложненными язвами двенадцатиперстной кишки // Клінічна хірургія. - 2009. - № 11-12. - С. 114-116.

2. Пат. на корисну модель 45082 Україна, А 61В17/00. Спосіб поліпшення тонуусу дванадцятипалої кишки при хронічній дуоденальній непрохідності / Бука Г.Ю., Комарчук В.В.; заявники та володарі патенту Бука Г.Ю., Комарчук В.В. - № 200905081; заявл. 22.05.2009; опубл. 26.10.2009; Бюл. № 20.

3. Клокол Д.Є., Василенко Є.М. Хірургічне лікування перфоративних пілородуоденальних виразок. - Луганськ: ТОВ "Віртуальна реальність", 2008. - 104 с.: іл.

4. Острогляд А.В. Особливості лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої дуоденогастральним рефлексом. Авт. дис. канд. мед. наук. Івано-Франківськ. - 2002. - 19 С.

5. Чибисов Л.П. Хирургическое лечение рефлюкс - гастрита при недостаточности привратника // Клінічна хірургія. - 1993. - № 12. - С. 9-12.

6. Шепетко Е.Н. Выбор рациональных пилоруссохраняющих и пилорускорректирующих операций в неотложной хирургии осложненных дуоденальных язв. // Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости: Сб. работ научно-практической конференции, Харьков, 1998. - С. 150-152.

7. Шепетко Е.Н., Леськив Б.Б., Иванчов П.В., Борисов Б.В. Пилоруссохраняющие операции с ваготомией – приоритетное направление в хирургическом лечении осложненных дуоденальных язв. // Матеріали XX з'їзду хірургів України. - Тернопіль: "Укрмедкнига", 2002. - Том. 1. - С. 144-146.