



УКРАЇНА

(19) UA (11) 71143 (13) A  
(51) 7 A61B17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ПІЛОРОПЛАСТИКИ

1

2

(21) 2003109258

(22) 14.10.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Іщенко Роман Вікторович, Хацко Володимир  
Власович, Мамедалієв Новруз Али(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.ГОРЬКОГО

(57) Спосіб пілоропластики, який включає оперативний доступ, відокремлення, пілоротомію, викроювання клиноподібного шматка, який **відрізняється** тим, що пілоротомію здійснюють двічі по межі клиноподібного серозно-м'язового шматка, додатково формують "завиток" з подальшим зануренням у штучно створений в підслизовому шарі тунель.

Винахід належить до медицини, а саме до хірургії шлунково-кишкового тракту, і може використовуватися при ваготоміях, резекціях шлунка на різному рівні зі збереженням антрального відділу, у разі пілоротомій, стенозів тощо.

Відомий спосіб пілоропластики [1], який включає оперативний доступ, відокремлення і викроювання клиноподібного серозно-м'язово-слизового шматка на передній стінці антрального відділу шлунка і дванадцятипалої кишки, зверненого основою в бік шлунка. Викроєний шматок зсувають у бік дванадцятипалої кишки і фіксують окремими вузловими швами, що забезпечує збільшення просвіту антрального відділу та вільного просування пасажу зі шлунка в дванадцятипалу кишку.

Основними недоліками цього способу є: розтин просвіту порожнистого органу, що зумовлює інфікування тканин і є причиною неспроможності швів, виникнення дуодено-гастрального рефлюкса і демпінг - синдрому в пізньому післяопераційному періоді.

Найбільш близьким за технічною сутністю є спосіб пілоропластики [2], який включає оперативний доступ, відокремлення, пілоротомію, загинання проксимального кінця розтину в дистальному напрямку, завдяки чому формується ящикоподібний шматок, звернений основою до привратника; розвернення шматка вершиною до дванадцятипалої кишки, вшивання його в дистальну частину розтину; зашивання рани шлунка і передньої черевної стінки.

Основними недоліками цього способу є: транспозиція викроюваного шматка, внаслідок чого відбувається порушення кровопостачання та іннервації шматка, деформація пілоричного відді-

лу, зменшення антральної частини шлунка; не виключається дуодено-гастральний рефлюкс, що є причиною рефлюкс-гастриту й астено-невротичного синдрому.

В основу винаходу покладено завдання створити спосіб пілоропластики, в якому за рахунок формування "клапана" антральної частини шлунка значно знижується ймовірність виникнення дуодено-гастрального рефлюкса.

Поставлене завдання вирішується завдяки тому, що в способі пілоропластики, який включає оперативний доступ, відокремлення, пілоротомію, викроювання клиноподібного шматка, відповідно до винаходу, пілоротомію здійснюють двічі по межі клиноподібного серозно-м'язового шматка, додатково формують "равлик" з подальшим зануренням у штучно створений у підслизовому шарі тунель.

Спосіб здійснюється таким чином.

Виконують верхньо-серединну лапаротомію. Після завершення основної частини операції вдаються до пілоропластики. Двома розтинами, що сходяться в ділянці дванадцятипалої кишки до підслизової оболонки, розтинають пілоричний відділ шлунка і дванадцятипалої кишки, причому пілорус акуратно перетинають двічі. Викроюють клиноподібний шматок, що містить ділянку пілоруса, звернений вершиною до дванадцятипалої кишки. В ділянці основи шматка, в середині підслизового шару, в проксимальному напрямку гідравлічним і тупим препаруванням формують тунель, що дорівнює 2/3 довжини шматка. Щодо особливостей, то слід зазначити, що основа шматка складає 4/5 діаметра пілоричного відділу шлунка. Верхівку викроєного шматка прошивають кетгutowoю ниткою, шляхом попереминого прошивання

(13) A  
(11) 71143  
(19) UA

то однією, то іншою лігатурою шматка по його висоті формують "равлик", згорнутий всередину. Відстань між вколами не повинна перевищувати 0,7-0,8мм. Сформований "равлик" занурюють у тунель шляхом прошивання проксимальної частини тунелю, підтягуючи за лігатуру. Дистальну частину рани зашивають окремими серозно-м'язовими швами вздовж, прилеглу до тунелю частину - впоперек. Черевну порожнину дренують через контрапертуру і зашивають. Накладають асептичну пов'язку.

#### Приклад

Хворий Д., 47 років, історія хвороби №954, надійшов до клініки 10.01.2003р. зі скаргами на біль в епігастрії, нудоту, періодичне блювання раніше з'їденою їжею. Протягом останніх дев'яти років страждав на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, лікувався нерегулярно. В результаті обстеження встановлено діагноз: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена субкомпенсованим стенозом. У зв'язку з неефективністю консервативного лікування, після нетривалої передопераційної підготовки хворого прооперовано. Здійснено верхньо-серединну лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини. На передній стінці верхньо-горизонтальної гілки дванадцятипалої кишки виявлено зарубцьовану виразку розміром 0,5×0,8см, з явищами субкомпенсованого стенозу. Виконано селективну проксимальну ваготомію і пілоропластику за розробленим нами способом, черевну порожнину дреновано через

контрапертуру. Шар за шаром зашита рана передньої черевної стінки.

Післяопераційний період без ускладнень. Загоювання операційної рани первинним натягом. Дренаж видалено через 5 днів. Шви знято на сьому добу, В задовільному стані пацієнта виписано на 11-добу після операції.

Контрольний огляд через 6 місяців. Ні на що не скаржиться. Ознак порушення роботи шлунково-кишкового тракту немає. Ендоскопічне дослідження виявило адекватне функціонування штучного антрального замикача, відсутність явищу рефлюкса дуоденального вмісту в шлунку. Працездатність цілком відновлено.

Новим у заявленому способі є формування "равлика" в підслизовому шарі пілоричного відділу шлунка, що створює своєрідний "клапан", котрий дозволяє уже в ранньому післяопераційному періоді виключити дуодено-гастральний рефлюкс. Подальша частина м'язових волокон атрофується, однак переважна їх більшість не тільки зберігається, а й перистальтує, що значною мірою дозволяє компенсувати функції пілоруса.

Переваги способу: зниження травматичності і кількості післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операцій на желудке и двенадцатиперстной кишке. -М.: Медицина, 1975. -257 с.

2. Логунов К.В. Способ пилоропластики. - Авторское свидетельство СССР №1827183 А1. - Бюл. 26, от 15.07.1993г.