



УКРАЇНА

(19) UA (11) 77727 (13) C2
(51) МПК

A61B 17/08 (2006.01)

A61B 17/11 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ПІЛОРОДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРФОРАЦІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

1

(21) 20040705227

(22) 01.07.2004

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. № 1, 2007 р.

(72) Годлевський Аркадій Іванович, Каніковський
Олег Євгенович, Рижій Павло Володимирович,
Феджага Олег Павлович(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА(56) Литтманн І. Оперативная хирургия. - Буда-
пешт, 1982. - С.425-426.

RU C1 2201147 27.07.2003

(57) Спосіб пілородуоденопластики при перфора-
ції гастродуоденальної виразки, що передбачає

2

закриття дефекту після висікання країв виразки, який **відрізняється** тим, що спочатку зближують стінки навколо перфоративного отвору серозно-м'язовими швами-тримачами, виконують проколи стінок привідного та відвідного відділів кишки на відстані кількох міліметрів від місця їх дотикання, вводять через проколи привідного і відвідного відділів попередньо охолоджений до +4°C деформований імплантат у вигляді овальних кілець з нікеліду титану, якими еластично стискаються стінки анастомозованих сегментів кишки, в кінці накладають серозно-м'язові шви на проколи кишки та по периферії імплантата.

Спосіб відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії.

Відомий спосіб хірургічного лікування перфоративної пілородуоденальної виразки [І. Литтманн "Оперативная хирургия", Будапешт, 1982. - С. 425-426], при якому після висікання країв виразки утворений дефект закривають, ушиваючи отвір в поперечному напрямку ручними вузловими дворядними швами при чому одночасно виконується пілородуоденопластика.

Однак даний спосіб має суттєві недоліки. Застосування ручних вузлових швів значно збільшує тривалість оперативного втручання, що особливо має значення при розвитку розповсюдженого перитоніту з його переходом у токсичну чи термінальну стадію, використання таких швів збільшує травматичність втручання, сприяє посиленню запальних змін по лінії швів, що в подальшому посилює рубцювання та підвищує частоту розвитку стенозу до 15-30% хворих.

В основу винаходу "Спосіб пілородуоденопластики при перфорації гастродуоденальної виразки" поставлена задача шляхом введення імплантата, компресії ним анастомозованих стінок пілородуоденальної області навколо перфоративного отвору, спростити техніку виконання, тривалість оперативного втручання, змен-

шити його травматичність, значно знизити частоту розвитку стенозу.

Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає закриття дефекту після висікання країв виразки, в якому згідно з винаходом, зближують стінки навколо перфоративного отвору серозно-м'язевими швами-тримачками, виконують проколи стінок привідного та відвідного відділів кишки на відстані кількох міліметрів від місця їх доторкання, вводять через проколи привідного і відвідного відділів попередньо охолоджений до +4°C деформований імплантат у вигляді овальних кілець з нікеліду титану, якими еластично стискаються стінки анастомозованих сегментів кишки, в кінці накладають серозно-м'язеві шви на проколи кишки та по периферії імплантата.

Спосіб пілородуоденопластики при перфорації гастродуоденальної виразки виконують таким чином. Спочатку необхідно висікти краї виразки, як джерело аутоSENSIBILІЗАЦІЇ, далі для закриття дефекту, утвореного після висікання, зближують проксимальну та дистальну стінки кишки серозно-м'язевими швами-тримачками та виконують їх проколи на відстані кількох міліметрів від місця доторкання цих стінок. Через утворені проколи вводять попередньо охолоджений до +4°C деформований імплантат у вигляді овальних кілець. Зі зміною температури сплав змінює свою форму,

(13) C2

(11) 77727

(19) UA

розвиває значні зусилля при відновленні форми, знаходиться у зверхпружньому стані в ізотермічних умовах, не руйнується при багаторазовій знакоперемінній деформації, тобто при нагріванні до температури тіла імплантат відновлює форму, яку він мав до охолодження і він набуває стану компресійної напруги.

Імплантат виготовлений з нікеліду титану марки ТН-10, температурний інтервал формовідновлення якого становить $+10 - +35^{\circ}\text{C}$, вага пристрою 5 г, діаметр дроту 1,8 мм, внутрішні розміри 28×6 мм, стискаюче зусилля становить 800-900 г. Після нагрівання та змикання кілець ними еластичне стискаються стінки пілородуоденального сегмента навколо перфорацийного отвору, формуючи відтермінований аутореканалізуючий анастомоз. Внаслідок порушення кровопостачання та некрозу з розвитком асептичного запалення в місці затиснення дуоденальної та шлункової стінок кільцями імплантата, в післяопераційному періоді відбувається відторгнення та відходження некротизованої ділянки разом з імплантатом природнім шляхом. Після введення імплантата, його нагрівання до температури тіла та змикання кілець накладають серозно-м'язеві шви на проколи кишки та по периферії пристрою. Тривалість описаного етапу операції 5-7 хвилин, що дозволяє скоротити тривалість оперативного втручання в цілому на 15-20 хв. Загоєння по лінії компресійного аутореканалізуючого анастомозу відбувається первинним натягом, лінія анастомозу характеризується значною еластичністю, в стінці шлунку та дванадцятипалої кишки не залишається сторонніх матеріалів, що сприяє меншій вираженості запального процесу та в подальшому меншій вираженості рубцевої деформації. На 7-8 добу післяопераційного періоду імплантат відходить від місця з'єднання і, мігруючи шлунково-кишковим трактом, виділяється природнім шляхом.

Обмеженням до використання запропонованого способу є розміри виразки з інфільтратом

більше 3 см, виходячи з "робочої" площі імплантату.

Запропонований спосіб було застосовано у 29 хворих з перфорацією пілородуоденальної виразки.

Приклад

Хворий М, 36 років, госпіталізований в клініку з діагнозом перфоративна гастродуоденальна виразка через 5 годин після початку захворювання. За невідкладними показами хворий оперований. Виконана верхньосередина лапаротомія. При ревізії черевної порожнини виявлена перфоративна виразка передньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки з виразковим інфільтратом до 2,5 см некальозного характеру. Після взяття біопсії зроблено 2 отвори до 0,5 см довжиною в межах незмінених тканин кишки. Підготовлений нікелід-титановий імплантат введено в простір кишки розведеними до 35° витками. Після замикання пристрою, отвори, через які введено імплантат, шиті 4 серозно-м'язевими вузловими швами. Виразковий інфільтрат увійшов в площину компресійного тиску. Санація та дренування черевної порожнини. На 8 добу металоконструкція вийшла з травного тракту природнім шляхом. Післяопераційний період протікав без ускладнень. За розташуванням імплантату в післяопераційному періоді слідували за допомогою рентгенологічного і ендоскопічного досліджень. На 11 добу хворий в задовільному стані виписаний із стаціонару. Оглянутий через 2 місяці. Скарг немає. При ендоскопії лінія анастомозу ніжна, без ознак запалення, стінка кишки еластична.

Запропонований спосіб забезпечує еластичну дозовану компресію анастомозованих ділянок, дозволяє значно спростити техніку виконання та скоротити тривалість оперативного втручання, скоротити тривалість стаціонарного лікування, запобігає рубцевим стенозам по лінії швів у віддаленому післяопераційному періоді.