

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до хірургічної гастроентерології, і може бути використана у хірургічному лікуванні хворих виразковою хворобою 12-палої кишки (ДПК).

У залежності від розміру дуоденальні виразки можна розділити на малі виразки (до 0,5см у діаметрі); середні (0,6-1,9см), великі - більші 2см у діаметрі та гігантські - більші за 3см (5-10%) [1]. Ці виразки вимагають тривалого консервативного лікування, а їхнє рубцювання, нерідко призводить до деформації ДПК. Наразі операцією вибору при гігантських виразках цибулини ДПК є дуоденопластика, при якій видаляється морфологічний субстрат виразки й відновлюється прохідність ДПК. Однак при значному розмірі виразкового субстрату радикальне його видалення тягне за собою висічення великої ділянки ДПК, пілоричного сфінктера (гастродуоденопластика), а ушивання дефекту тканин, що утворився, веде до деформації кишки та розвитку гнійно-септичних ускладнень у результаті неспроможності швів [2].

Відомий спосіб гастродуоденопластики при великих і гігантських виразках ДПК за Jadd, що включає клиноподібне висічення виразкового інфільтрату та ушивання дефекту тканин дворядними вузловими швами в поперечному напрямку [3]. Закриття великого дефекту, що виникає при висіченні великих і гігантських виразок ДПК, вимагає високого ступеня рухливості стінок дванадцятипалої кишки. Однак при тривалому перебігу виразкового процесу розвивається рубцева трансформація дуоденальних зв'язок і ретробульбарної клітковини, що призводить до різкого обмеження рухливості ДПК [4]. Таким чином, при даному способі лікування великих і гігантських дуоденальних виразок ДПК закриття дефекту стінки кишки відбувається зі значним натягом країв рани, що небезпечно розвитком гнійно-септичних ускладнень у результаті неспроможності швів (5,7%) [5].

Найближчим аналогом є спосіб гастродуоденопластики при великих і гігантських виразках ДПК (мостоподібна гастродуоденопластика), при якому виконують верхньо-серединну лапаротомію, мобілізацію ДПК за Кохером, радикально висікають морфологічний субстрат виразки, дефект тканин ушивають однорядним вузловим швом [6]. Однак і даний спосіб має недоліки. Обов'язковою умовою успішного виконання мостоподібної дуоденопластики є високий ступінь рухливості стінок ДПК, що стає можливим тільки після виконання прецизійної мобілізації ДПК шляхом перетинання грубих рубцевих тяжів, що фіксують її стінки й зв'язки, не ушкоджуючи магістральні парадуоденальні судини [7]. Прецизійна мобілізація ДПК є технічно складною, а в умовах перитоніту й набряку стінки нерідко важко здійснюваним етапом операції, що значно збільшує тривалість оперативного втручання. Неадекватна прецизійна мобілізація не забезпечує необхідної рухливості стінок ДПК і, як наслідок, може призвести до розвитку гнійно-септичних ускладнень у результаті неспроможності швів. Цьому також сприяє застосування однорядного шва.

В основі запропонованої корисної моделі лежить задача підвищення ефективності хірургічного лікування великих і гігантських виразок ДПК за рахунок реконструктивного відновлення стінки ДПК після висічення виразок ДПК без натягу країв дуоденальної рани й деформації ДПК.

Технічний результат буде полягати в зниженні частоти післяопераційних гнійно-септичних ускладнень (через неспроможність швів).

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі гастродуоденопластики при великих і гігантських виразках ДПК, що включає верхньо-серединну лапаротомію, мобілізацію ДПК за Кохером, радикальне висічення морфологічного субстрату виразки та наступне ушивання дефекту тканин в поперечному напрямку, згідно корисної моделі, після радикального висічення морфологічного субстрату виразки поздовжньо розсікають пілоричний сфінктер і частину передньої стінки антрального відділу шлунка, а ушивання дефекту тканин виконують дворядними вузловими швами.

Відмінними ознаками корисної моделі є те, що в ході операції, після радикального висічення морфологічного субстрату додатково поздовжньо розсікають пілоричний сфінктер і частину передньої стінки антрального відділу шлунка, а дефект ушивають дворядними вузловими швами. Виконання даної операції передбачає, що для пластичного закриття дефекту стінки ДПК, що виникає після радикального висічення гігантської перфоративної виразки, використовується високорухлива і добре розтяжна передня стінка шлунка, що забезпечує зведення країв рани без натягу і попереджує розвиток післяопераційних гнійно-септичних ускладнень через неспроможність швів. За доступними даними такий спосіб гастродуоденопластики при великих і гігантських виразках ДПК невідомий.

Сутність корисної моделі ілюструється кресленнями, на яких представлено:

На Фіг.1: Схема радикального висічення виразки ДПК з додатковим поздовжнім розсіченням пілоричного сфінктера і частини передньої стінки антрального відділу шлунка.

На Фіг.2: ДПК після радикального висічення виразки ДПК і додаткового поздовжнього розсічення пілоричного сфінктера і частини передньої стінки антрального відділу шлунка.

На Фіг.3: Накладання першого й другого рядів серозно-м'язових швів.

На Фіг.4: Кінцевий вигляд операції.

Запропонований спосіб здійснюється в такий спосіб. Виконують верхньо-серединну лапаротомію. Мобілізують ДПК 1 за Кохером. Радикально висікають морфологічний субстрат виразки 2 й роблять додаткове поздовжнє розсічення 3 пілоричного сфінктера 4 й частини передньої стінки 5 антрального відділу шлунка. Накладають перший ряд 6 вузлових швів у поперечному напрямку, між стінкою дванадцятипалої кишки й передньою стінкою шлунка. Потім накладають другий ряд 7 вузлових серозно-м'язових швів. Проводять контроль гемостазу. Санують черевну порожнину, після чого її дренують трубчастими дренажами. Операційну рану ушивають пошарово, наглухо.

Конкретний приклад здійснення

Хворий М. 45 років. Історія хвороби №1324.

Діагноз - Перфоративна виразка ДПК, розлитий серозно-фібринозний перитоніт.

Хворий поступив у друге хірургічне відділення МКЛ №4 м. Києва 08.09.05 зі скаргами на інтенсивний біль по всьому животі постійного характеру, сухість у роті, спрагу. Болючий синдром з'явився годину тому. В анамнезі - виразкова хвороба ДПК із 1993 року. Протягом останніх двох тижнів відзначав «голодний біль» в епігастрії. Загальний стан важкий, шкірні покриви бліді, дихання часте, поверхневе, ЧД - 22 на хв. Пульс 104 уд. на хв. АТ 100/60 мм рт.ст. Живіт плоский, не приймає участі в акті дихання, верхній відділ живота дошкоподібний, симптоми

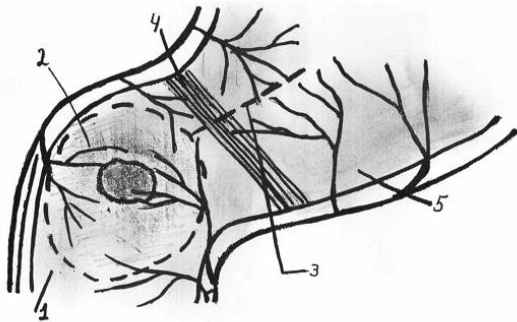
підразнення очеревини позитивні, перкуторно - зникнення печінкової тупості. При рентгеноскопії органів черевної порожнини - під правим куполом діафрагми вільний газ у вигляді серпа.

08.09.05 хворого прооперовано. Верхньо-серединна лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини. У черевній порожнині видно дуоденальний вміст, серозний ексудат з нитками фібрину. Перфоративний отвір до 1,5см у центрі виразкового інфільтрату діаметром 3,5см, розташований на передньої стінки цибулини ДПК. Виконано мобілізацію ДПК за Кохером, радикально висічено морфологічний субстрат виразки із запальним інфільтратом, поздовжньо розсічено пілоричного сфінктера та частину передньої стінки антрального відділу шлунка, у дистальну частину ДПК проведено назогастральний зонд, дефект ушито двома рядами вузлових швів у поперечному напрямку. Контроль гемостазу. Санація й дренування черевної порожнини трьома трубчатими дренажами - перший підведено до місця пластики й виведено (контрапертура в правому підребер'ї), другий - у порожнину малого тазу (контрапертура в правій здухвинній області), третій - по лівому флангу (контрапертура в лівій здухвинній області). Операційна рана ушита пошарово, наглухо. Матеріал відправлено на патогістологічне дослідження. Післяопераційний період без ускладнень, у задовільному стані хворого виписано на амбулаторне лікування 18.09.05 (на 10 добу). Контрольне дослідження через 6 і 12 місяців - ускладнень немає. ФГДС - органічної патології з боку травного тракту не виявлено.

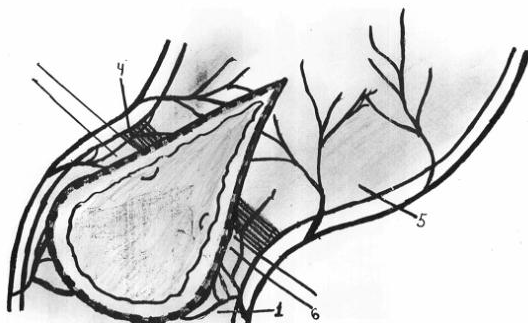
Запропонований спосіб гастродуоденопластики апробовано у першому та другому хірургічних відділеннях МКЛ №4 м. Києва у період з 06.2005 по 10.2006р. За даною методикою прооперовано 7 хворих. Результати лікування за розробленою методикою порівнювалися з результатами лікування хворих за способом-прототипом. Післяопераційних ускладнень у хворих, прооперованих за запропонованим способом, не спостерігалось. У той же час, за літературним даними, виконання способу-прототипу призводить до розвитку гнійно-септичних ускладнень у результаті неспроможності швів в 5,7%. Як показала статистична обробка з використанням таблиці Ст'юдента, заявлений спосіб забезпечує статистично достовірне зниження частоти післяопераційних ускладнень у хворих з більшими й гігантськими виразками ДЖ ( $P < 0,05$ ). Це досягається шляхом мобілізації ДПК за Кохером, радикального висічення морфологічного субстрату виразки, додаткового поздовжнього розсічення пілоричного сфінктера й частини передньої стінки антрального відділу шлунка й наступного ушивання дефекту тканин дворядними вузловими швами в поперечному напрямку. Запропонований спосіб забезпечує закриття дефекту дванадцятипалої кишки високорухливою передньою стінкою шлунка без натягу, що сприяє зниженню частоти післяопераційних гнійно-септичних ускладнень через неспроможність швів.

Використана література

1. Jarell E. Bruce, Carebasi A. Surgery. - Baltimore, Maryland, 1991. -570p.
2. Онопріїв В.І. Етюди функціональної хірургії виразкової хвороби. - Краснодар, 1995. -С.121.
3. Шалимів А.А., Саєнко В.Ф. Хірургія шлунка й дванадцятипалої кишки. -Київ: Здоров'я, 1972. -С.116-117.
4. Онопріїв В.І. Етюди функціональної хірургії виразкової хвороби. - Краснодар, 1995. - С.121.
5. Онопріїв В.І. Етюди функціональної хірургії виразкової хвороби. - Краснодар, 1995. - С.278.
6. Онопріїв В.І. Етюди функціональної хірургії виразкової хвороби. - Краснодар, 1995. - С.135-137.



Фиг. 1



Фиг. 2

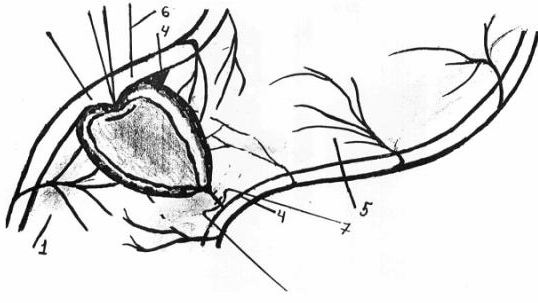


Fig. 3

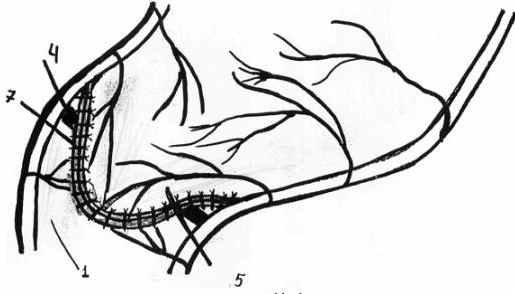


Fig. 4