

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до хірургічної гастроентерології, і може бути використана у хірургічному лікуванні ускладнених юктапапілярних виразок дванадцятипалої кишки (ДПК).

Юктапапілярні виразки (ЮПВ) дванадцятипалої кишки - це виразки, які розташовані в безпосередній близькості до великого дуоденального сосочка (ВДС) або повністю захоплюють останній в виразковий інфільтрат. ЮПВ зустрічаються приблизно в 5% випадків виразок ДПК [1]. У підході до оперативного лікування юктапапілярних виразок немає єдиної думки. Слід зазначити, що виразки даної локалізації рідко ускладнюються перфорацією, є рефрактерними до консервативного лікування, їх діагностують під час планової ФШДС. Великою проблемою є лікування ЮПВ, які повністю захоплюють НДС у виразковий запальний інфільтрат. Серед оперативних методик в даному випадку пропонують резекцію на виключення, гастроеюностомію з ваготомією, паліативні втручання на власне виразці [2], однак недоліком цих оперативних втручань є висока частота (100%) функціональних та органічних порушень [3].

Так, відомий спосіб хірургічного лікування юктапапілярних виразок ДПК за Mazingarbe та Tronc (1957) [4], що полягає у вертикальній дуоденотомії, викруванні НДС овальним розрізом зі стінки ДПК. ДПК передкають та ушивають наглухо нижче місця розташування НДС. Виконують резекцію шлунка. Овальну ділянку стінки ДПК з НДС вшивають у бік привідної петлі анастомозу.

Однак, спосіб має недоліки: виконання резекції шлунка при дуоденальній виразці, у т.ч. низькій, відкинуто світовою хірургічною спільнотою, як порочний метод, небезпечний розвитком низки тяжких функціональних та органічних ускладнень.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування юктапапілярних виразок ДПК шляхом реімплантації великого дуоденального сосочка за Фомінім П.Д. та Шепетько Є.М. (2006), який використовується при ускладнених юктапапілярних виразках [5]. Цей спосіб передбачає виконання верхньосередньої лапаротомії, дуоденотомії, виведення виразкового кратера за контур ДПК та виключення дистальної частини ДПК за Ру. Потім формують подвійну кінцеву петлю порожньої кишки зшиванням її серо-серозними швами на протязі 5-6см, виконують підкоподібну ентєроетомію; після папілосфінктеропластики виконують транспапілярне дрєнування холєдоха; зону НДС вшивають у кінцеву подвійну петлю порожньої кишки з накладанням муфтоподібного інвагіноційного панкреатоеюноанастомозу дворядними швами з виведенням транспапілярного дрєнажу холєдоха трансєюнально назовні; формують ентєроентєроанастомоз за Ру; потім виконують селективну ваготомію та антрємектомію з гастроеюнальним анастомозом.

Однак і даний спосіб має недоліки: не виконується холецистектомія; не зрозуміло, як виконується панкреатоеюностомія (немає зв'язку з протоковою системою підшлункової залози та кишкою); спосіб потребує виконання антрємектомії та ваготомії, що призводить до розвитку функціональних та органічних ускладнень.

В основі запропонованої корисної моделі лежить задача підвищення ефективності хірургічного лікування юктапапілярних виразок ДПК, зокрема зниження частоти віддалених функціональних та органічних ускладнень, за рахунок збереження пілоричного жому.

Технічний результат буде полягати в зниженні частоти розвитку віддалених післяопераційних функціональних та органічних порушень (демпінг синдром, пептична виразка гастроентєроанастомозу та відвідної петлі, хронічний панкреатит).

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі хірургічного лікування юктапапілярних виразок дванадцятипалої кишки (ДПК), який включає лапаротомію, дуоденотомію, виведення виразки за контур ДПК, ушивання дистальної кукси ДПК нижче виразки, папілосфінктеропластику, ідєнтифікацію місця впадіння у великий дуодентальний сосок (ВДС) головної панкреатичної протоки, вшивання НДС у виключену дистальну частину порожньої кишки, формування ентєроентєроанастомозу між дистальною і проксимальною частинами тонкої кишки за Ру та дрєнування холєдоха, згідно корисної моделі, після вшивання НДС у виключену дистальну частину порожньої кишки накладають дуоденоентєроанастомоз між проксимальною куксою ДПК та порожньою кишкою нижче місця вшивання у неї НДС, попередньо виконавши холецистектомію, а дрєнування холєдоха виконують за Холстєдом-Піковським.

Відмінними ознаками корисної моделі є те, що зберігається пілоричний жом та вегетативна іннервація шлунку, виконується холецистектомія, все це запобігає розвитку органічних та функціональних порушень.

За доступними даними такий спосіб хірургічного лікування ускладнених юктапапілярних виразок 12-палої кишки невідомий.

Сутність корисної моделі ілюструється схематичними малюнками, на яких представлено:

На Фіг.1: дуоденотомія, перетинання порожньої кишки.

На Фіг.2: ушивання дистальної кукси ДПК, папілосфінктеропластика, холецистектомія, зовнішнє дрєнування холєдоха за Холстєдом-Піковським.

На Фіг.3: Вшивання НДС у виключену дистальну частину порожньої кишки, формування дуоденоентєроанастомозу та ентєроентєроанастомозу за Ру.

Запропонований спосіб здійснюється наступним чином. Виконують верхньосередню лапаротомію, дуоденотомію, виводять виразковий кратер 1 за контур ДПК, виключають дистальну частину 2 ДПК. Після виконання холецистектомії та зовнішнього дрєнування холєдоха 3 за Холстєдом-Піковським, здійснюють папілосфінктеропластику. При цьому обов'язково ідєнтифікують місце впадіння у НДС головної панкреатичної протоки 4. Виконання папілос-фінктеропластики є необхідним для запобігання подальшого рубцювання та звуження НДС при загоєнні виразки ДПК. Вшивають НДС у виключену дистальну частину 5 порожньої кишки, а також формують ентєроентєроанастомоз між проксимальною 6 та дистальною 5 частинами порожньої кишки. Формують дуоденоєюноанастомоз між проксимальною куксою 7 дванадцятипалої кишки та виключеною дистальною частиною (петлею) 5 порожньої кишки. Проводять контроль гемостазу. Санують черевну порожнину, після чого дрєнують її трубчастими дрєнажами. Операційну рану ушивають пошарово, наглухо.

Конкретний приклад здійснення.

Хворий П. 41 років. Історія хвороби №2524.

Діагноз - Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, шлунково-кишкова кровотеча.

Хворий поступив у друге хірургічне відділення МКЛ №4 м.Києва 08.10.03 зі скаргами на слабкість, запаморочення, багаторазовий рідкий чорний стілець. В анамнезі - виразкова хвороба ДПК із 1993 року. Загальний стан важкий, шкірні покриви бліді, дихання часте, поверхнєве, ЧД - 22 на хв. Пульс 120уд. на хв. АТ 100/60мм.рт.ст. Живіт м'який, помірно болючий в епігастрії, симптоми подразнення очеревини негативні. При ректальному дослідженні - в ампулі прямої кишки рідке випорожнення чорного кольору.

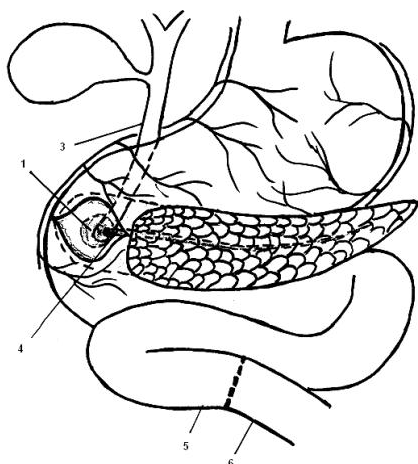
При фіброгастродуоденоскопії в ретробульбарній частині дванадцятипалої кишки виявлена виразка 2,0см під фібрином з тромбованими судинами на дні. 12.10.03 операція у відстроченому періоді. Верхньосерединна лапаротомія. На спадній частині дванадцятипалої кишки визначається виразковий інфільтрат. Дуоденотомія на рівні інфільтрату. Виявлена кальозна пенетруюча у підшлункову залозу виразка дванадцятипалої кишки до 2,5см, яка захоплює верхню частину великого дуоденального сосочку. Через те, що стінка дванадцятипалої кишки в цьому місці значно рубцево змінена, виконання реїмплантації великого дуоденального сосочку у дванадцятипалою кишку після висічення виразки не було можливим. Тому дванадцятипалу кишку було пересічено нижче великого дуоденального сосочку. Дистальна кукса ушита. Виконано виведення виразкового кратеру за контур ДПК. Після виконання холецистектомії здійснено папілосфінктеропластику, при цьому ідентифіковано місце впадіння головної панкреатичної протоки у ВДС та виконано зовнішнє дренування холедоха за Холстедом-Піковським. Мобілізовано порожню кишку на судинній аркаді після перетинання її на відстані 15-20см від дуоденоєюнального переходу. ВДС вшито у виключену дистальну частину порожньої кишки. Сформовано ентероентероанастомоз за Ру між проксимальною та дистальною частинами порожньої кишки. Виконано дуоденоєюноанастомоз між проксимальною куксою дванадцятипалої кишки та виключеною дистальною петлею порожньої кишки. Черевна порожнина дренована трубчастими дренажами, ушита пошарово. Перебіг післяопераційного періоду - без ускладнень. Оглянутий через півтора та три роки - скарг не пред'являє.

Запропонований спосіб хірургічного лікування ускладнених юктапапілярних виразок апробовано у першому та другому хірургічних відділеннях МКЛ №4 м.Києва у період з 2004 по 2006рр. За даною методикою прооперовано 14 хворих. Післяопераційних органічних та функціональних ускладнень (демпінг синдром, пептичні виразки гастроентероанастомозу та відповідної петлі, хронічний панкреатит) у хворих, прооперованих за запропонованим способом, не спостерігалось. Ретроспективний аналіз історій хвороби хворих на юктапапілярні виразки дванадцятипалої кишки за попередній період (2002-2004рр.), прооперованих за способом-прототипом, показав, що у 20% випадків у віддаленому післяопераційному періоді (від 6 місяців до 2 років) спостерігались органічні (пептичні виразки анастомозу) та функціональні (демпінг-синдром, хронічний панкреатит) ускладнення.

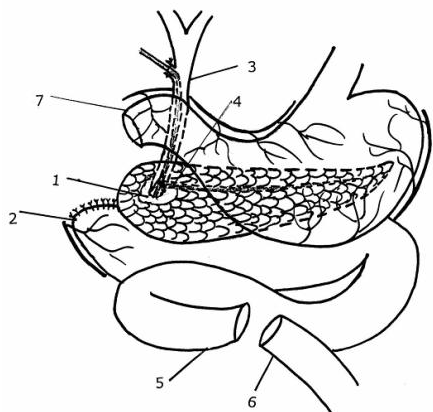
Отже, запропонований спосіб забезпечує зниження частоти післяопераційних органічних та функціональних порушень (демпінг-синдром, пептичні виразки гастроентероанастомозу та відповідної петлі, хронічний панкреатит). Це можна віднести на рахунок збереження пілоричного жому та цибулини дванадцятипалої кишки, а також збереження іннервації шлунка та дванадцятипалої кишки.

Використана література.

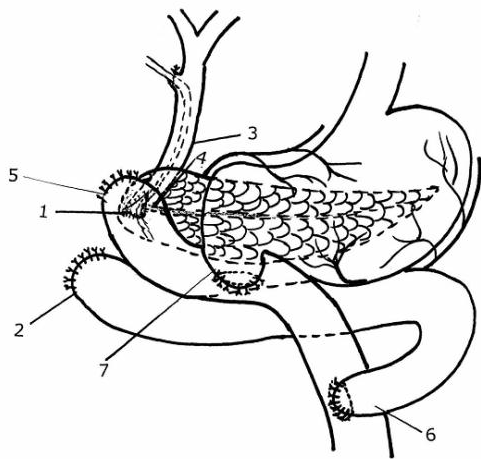
1. Куригін А.А., Тоїдзе В.В. Планова хірургія "позацибулінних" виразок дванадцятипалої кишки // Вісник хірургії. - 1989. - №7, с.96-98
2. Шепетько Є.М., Фомін П.Д., Тактика та результати хірургічного лікування ускладнених постбульбарних та юктапапілярних виразок // Хірургія України. - 2006. - №2, с.14-22.
3. Онопріїв В.І. Етюди функціональної хірургії виразкової хвороби.- Краснодар, 1995.-с.17-21.
4. Шалімов А.А., Полупан В.Н. Атлас операцій на стравоході, шлунку та дванадцятипалій кишці - М.: Медицина, 1975. - 304с.
5. Фомін П.Д., Шепетько Є.М. Спосіб реїмплантації великого дуоденального сосочка при ускладнених юктапапілярних виразках // Патент України №14799 У від 15.05.2006.



Фіг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3