



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **27181** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕКОМПЕНСОВАНОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗУ**

1

2

(21) u200704882

(22) 03.05.2007

(24) 25.10.2007

(72) ЗАКУТ САМІР РАБАХ, UA, ВОРОНОВ
МИКОЛА ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.С.І.ГЕОРГІЄВСЬКОГО, UA

(56)

(57) Спосіб хірургічного лікування
декомпенсованого дуоденального стенозу, що

включає послідовне одномоментне виконання радикальної дуоденопластики з відсіканням виразки, усунення гастроптозу, який **відрізняється** тим, що гофрують малу кривизну шлунка і підшивають її до печінково-шлункової зв'язки печінки, потім гофрують велику кривизну шлунка, підшивають езофагофундоплекційну манжету у вінцевій зв'язці печінки і проводять мезоколонопластику.

Корисна модель відноситься до медицини, а точніше - до хірургії, і може бути використана для лікування хворих з виразковою хворобою, ускладненою суб- і декомпенсованим пілородуоденальним стенозом і попередження евакуаторних розладів, обумовлених неусуненням гастроптозом.

Як найближчий аналог вибраний спосіб хірургічного лікування декомпенсованого дуоденального стенозу [В.Н.Кліменко, В.А.Грушко, А.В.Кліменко, В.В.Ізбіцкий, А.И.Олейник, В.В.Вакуленко, Н.М.Хлистун, С.Н.Гульовський. Радикальна дуоденопластика в поєднанні з сегментарною резекцією тіла шлунка при збереженні іннервованого пілороантрального відділу у хворих з декомпенсованим стенозом дванадцятипалої кишки виразкової етіології // Клінічна хірургія. - 2002.- №3.-С. 12-15], який полягає в тому, що послідовно одномоментно проводять радикальну дуоденопластику - мостовидну, циркулярну з відсіканням виразки, але зі збереженням антруму, пілорусу, нервів Латарже і малого чепця; формують фундокорпороантруманастомоз на весь просвіт.

Ознаками, які співпадають з ознаками запропонованого способу, є: послідовне одномоментне виконання радикальної дуоденопластики з відсіканням виразки, усунення гастроптозу.

Причинами, які перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату: видалення частини тіла шлунка збільшує об'єм оперативного втручання і створює більший ризик у цього

контингенту хворих, призводить до зменшення резервуарної функції шлунка і сприяє збільшенню хвороб оперованого шлунку у віддаленому періоді, що призводить до більшої інвалідизації хворих, можливі як інтраопераційні ускладнення, так і ускладнення раннього післяопераційного періоду, характерні не тільки постваготомні, але і синдроми, резекцій поста.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу найближчого аналога шляхом усунення гастроптозу за рахунок гастропліксії, що дозволить поліпшити моторно-евакуаторну функцію шлунка.

Поставлена задача досягається тим, що в способі хірургічного лікування декомпенсованого дуоденального стенозу, що включає послідовне одномоментне виконання радикальної дуоденопластики з відсіканням виразки, усунення гастроптозу, згідно корисної моделі, гофрують малу кривизну шлунка і підшивають її до печінково-шлункової зв'язки печінки, потім гофрують велику кривизну шлунку, підшивають езофагофундоплекційну манжету у вінцевій зв'язці печінки і проводять мезоколонопластику.

Запропонований спосіб дозволяє усунути гастроптоз і поліпшити моторно-евакуаторну функцію шлунка при суб- і декомпенсованому виразковому пілородуоденальному стенозі.

Спосіб ілюстрований наступними графічними матеріалами.

На Фіг.1 зображено гофрирування малої кривизни шлунка, підшивання її до печінково-шлункової зв'язки печінки езофагофундоплекція.

(13) **U**
(11) **27181**
(19) **UA**

На Фіг.2 представлено гофрирування великої кривизни і підшивання фундоплекаційної манжети до вінцевої зв'язки печінки.

На Фіг.3 представлено остаточний вид операції по запропонованій методиці.

На Фіг.1, Фіг.2 і Фіг.3 є наступні позначення: 1 - Z-подібні шви для зменшення малої кривизни; 2, 3 - шви езофагофундоплекації; 4 - шви, що фіксують езофагофундоплекаційну манжету до вінцевої зв'язки печінки.

5 - шви, якими фіксують малу кривизну до передньої поверхні малого чепця в місці її прикріплення до печінки.

6 - П-подібні шви, якими гофрують велику кривизну на межі коротких шлункових артерій до проксимальної межі антрального відділу.

Суть корисної моделі полягає в наступному.

Проводять верхньо-серединну лапаротомію. Виконують селективну проксимальну ваготомію. Десерозовану ділянку малої кривизни ушивають Z швами 1, зменшуючи таким чином її довжину. Виконують езофагофундоплекацію за допомогою швів 2, 3. Підтягають ліву частку печінки вниз, до задньої поверхні лівої вінцевої зв'язки печінки в проекції правого краю стравоходу і фіксують фундоплекаційну манжету швами 4. Малу кривизну пришивають до передньої поверхні малого чепця в місці його прикріплення до печінки швами 5. На межі коротких шлункових артерій до проксимальної межі антрального відділу великої кривизни ушивають гофрованими П-подібними швами 6, стьобання яких проводять в проміжках між шлунковими гілками шлунково-чепцевих артерій, гофрують передню і задню стінки великої кривизни П-подібними швами 6. Проводять мезоколонопликацію.

Запропонований спосіб доцільно використовувати у пацієнтів з виразковою хворобою, ускладненою пілородуоденальним стенозом у стадії суб- і декомпенсації.

Середня тривалість виконання запропонованого способу 15-20 хвилин.

Запропонований спосіб ілюструється такими прикладами його виконання.

Приклад 1

Хворий Д., 73 років, знаходилася на лікуванні в хірургічному відділенні з діагнозом: Основний: Виразкова хвороба, виразка цибулини дванадцятипалої кишки. Ускладнення: декомпенсований рубцевий стеноз. Супутній: Жовчнокам'яна хвороба. Хронічний калькульозний холецистит, атеросклерозний кардіосклероз аорти Симптоматична гіпертонія Іст.

Хворому була проведена операція запропонованим способом: селективна проксимальна ваготомія з фундоплекацією за Ніссеном з циркулярною резекцією дванадцятипалої кишки разом з виразкою зі збереженням сторожа і накладенням анастомозу кінець в кінець; після проведення основного етапу операції, враховуючи наявність у хворого вираженого гастроптозу і можливості ускладнень в післяопераційному періоді, виконана гастропексія.

Післяопераційний період протікав без ускладнень, хворий виписаний на 12 добу в

задовільному стані. Рекомендовано спостереження у хірурга за місцем проживання. Клінічні прояви захворювання, що були до операції, повністю зникли. При виписці шлунок і дванадцятипала кишка звичайних розмірів, знаходяться в звичайному положенні, моторно-евакуаторна функція шлунка не порушена.

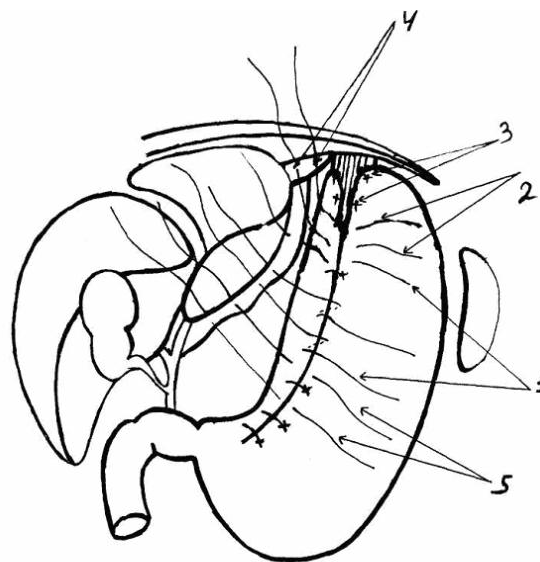
Приклад 2

Хворий Б., 19 років, знаходився на лікуванні в хірургічному відділенні з діагнозом: виразкова хвороба, виразка бульбодуоденального переходу. Ускладнення: декомпенсований рубцевий бульбодуоденальний стеноз.

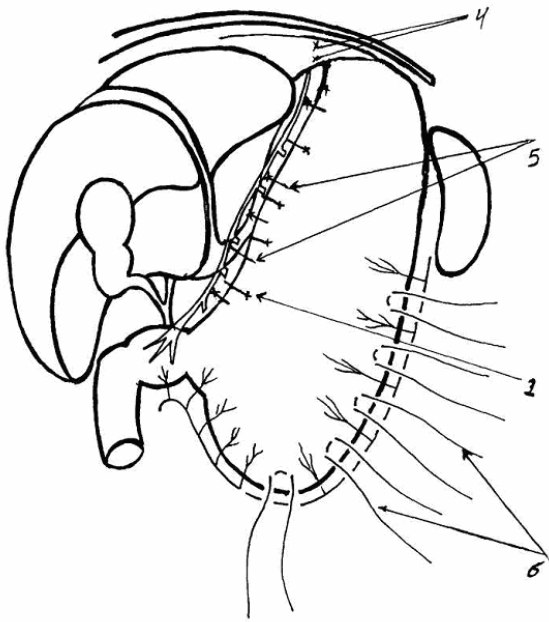
Хворому була проведена операція запропонованим способом: селективна проксимальна ваготомія з фундоплекацією за Ніссеном, дуоденопластика за Фенеєм, гастропексія запропонованим способом. Післяопераційний період протікав без ускладнень, хворий виписаний на 10 добу в задовільному стані, рекомендовано спостереження у хірурга за місцем проживання. Клінічні прояви захворювання, що були до операції, повністю зникли. При виписці шлунок і дванадцятипала кишка звичайних розмірів знаходяться в звичайному положенні, перистальтика поверхнева моторно-евакуаторна функція шлунка не порушена евакуація, починається в процесі дослідження. Пасаж по дванадцятипалій кишці не порушений. Повна евакуація за 4 години.

Приведені приклади підтверджують ефективність запропонованого способу.

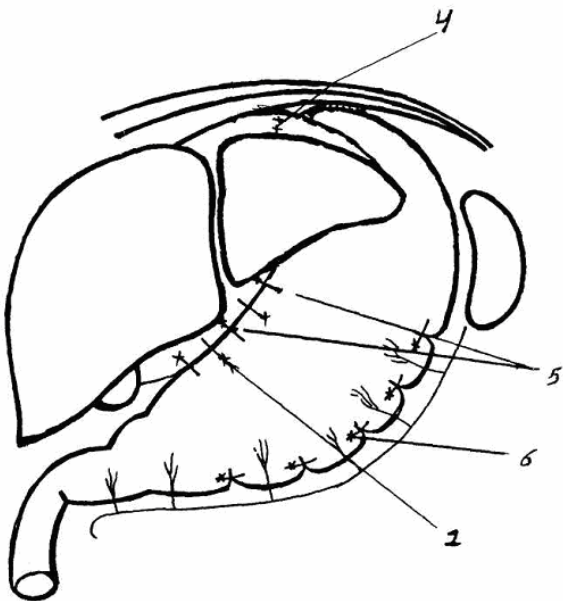
Застосування запропонованого способу дозволяє усунути гастроптоз і поліпшити моторно-евакуаторну функцію при суб- і декомпенсованому виразковому пілородуоденальному стенозі і уникнути резекції шлунку.



Фіг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3