



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37768 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА

(21) 2000042118

(22) 13.04.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Шепетько Євген Миколайович, Фомін Петро  
Дмитрович, Леськів Богдан Богданович, Антонщук  
Ігор Миколайович, Іванцов Павло Васильович(73) Національний медичний університет ім.  
О.О. Богомольця

(57) Спосіб хірургічного лікування кровоточивих виразок шлунка, що включає сегментарну резекцію шлунка із збереженням іннервованого пілоруса, який **відрізняється** тим, що виконують скелетизацію малої кривизни шлунка, як при виконанні селективної проксимальної ваготомії з перетином проксимальних гілок "гусячої лапки" і збереженням дистальної гілки з подальшою субсерозною скелетизацією антрального відділу по передній, задній стінкам і малій кривизні шлунка не досягаючи 2...2,5 см до пілоруса.

Спосіб відноситься до медицини, а саме - до хірургії. Відомий спосіб лікування шлункових виразок резекцією шлунка із збереженням пілоруса по Маки-Шалимову (див.: Шалимов А.А., Саенко В.Ф., 1987) [1].

Однак цей спосіб має деякі недоліки:

а) у частини хворих виникає надпілорична рубцьова деформація збереженої частини відділу із залученням анастомоза;

б) зберігається вірогідність спазму денервованого пілоричного жому з порушенням евакуації і розвитком гастростазу.

Найбільш близьким до способу за винаходом є спосіб сегментарної резекції шлунка із збереженням іннервованого пілоруса (див.: Саенко В.Ф., Лаврик А.В., 1989) [2], який обраний нами як прототип.

Разом з тим і цей спосіб не позбавлений недоліків, що полягають в наступному:

а) залишення 4...5 см надпілоричного відділу шлунка, який іннервується за рахунок гілок нерва Летарже створює небезпеку високої гормональної активності цього відділу із збереженням високої концентрації гастрину в сироватці крові;

б) зменшення довжини надпілоричної частини антрального відділу, що залишається, небезпечно рубцьовим звуженням пілоруса і порушенням його функції внаслідок денервації і рубцювання.

Винахід вирішує задачу підвищення ефективності сегментарної резекції шлунка із збереженням пілоруса шляхом субсерозної скелетизації препілоричного відділу нижче за анастомоз і дозволяє зберегти інервацію пілоричного жому, радикально видалити виразку, що кровоточить, зберегти повноцінну інервацію залишеної смужки антрального

відділу шириною 2,5 см без пошкодження дистальної гілки нерва Летарже.

Технічний результат, що досягається, полягає у запобіганні розвитку післяопераційного рецидиву виразки за рахунок більш глибокого пригнічення викиду антрального гастрину і зниження його концентрації в крові, збереженні парасимпатичної інервації пілоруса і дванадцятипалої кишки.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що включає сегментарну резекцію шлунка із збереженням іннервованого пілоруса, згідно з винаходом виконують скелетизацію малої кривизни шлунка, як при виконанні селективної проксимальної ваготомії з перетином проксимальних гілок "гусячої лапки" і збереженням дистальної гілки з подальшою субсерозною скелетизацією антрального відділу по передній, задній стінкам і малій кривизні шлунка не досягаючи 2...2,5 см до пілоруса.

Спосіб за винаходом реалізовує новий підхід у виконанні сегментарної резекції шлунка із збереженням пілоруса шляхом субсерозної скелетизації антрального відділу шлунка, не досягаючи 2...2,5 см до пілоруса, дозволяє дозовано регулювати ширину іннервованої надпілоричної частини антрального відділу нижче анастомозу, доповнити його операцією Стронга, виключає розвиток післяопераційного демпінг-синдрому і лужного дуоденогастрального рефлюкса, різко знижує кількість рецидивів виразки, поліпшує функціональні результати хірургічного лікування шлункових виразок, що кровоточать.

Відмітною особливістю є субсерозна скелетизація антрального відділу по передній, задній стінкам і малій кривизні шлунка, не досягаючи 2...2,5 см

до пілоруса із збереженням іннервації її та пілоруса.

Наявність вказаних відмітних ознак порівняно з прототипом підтверджує їх істотність і служить основою до представлення даного способу як винаходу.

Спосіб пояснюється графічно: на фіг. 1 - скелетують малу кривизну шлунка як при селективній проксимальній ваготомії; на фіг. 2 - субсерозно виділяють антральний відділ шлунка по передній, задній стінкам і малій кривизні із збереженням дистальної гілки нерва Летарже, не доходячи 2...2,5 см до пілоруса; на фіг. 3 - сегментарна резекція шлунка разом з виразкою; на фіг. 4 - формують гастро-гастроанастомоз кукси шлунка з надпілоричною частиною антрального відділу із збереженою іннервацією, розтин зв'язки Трейца, операція Стронга.

Спосіб лікування шлункових виразок, що кровоточать виконується таким чином: після лапаротомії і визначення локалізації виразки, що кровоточить, визначають можливість виконання вказаного способу виявленням характеру розгалуження нервів Летарже. Потім проводять скелетизацію шлунка 1 по малій кривизні від "гусячої лапки" і вище від виразки 2 на 3...4 см шляхом послідовного порційною перетину листків малою сальника 3 (фіг. 1) субсерозно виділяють антральний відділ 4 шлунка по передній, задній стінкам і малій кривизні, зберігаючи дистальну гілку 5 нерва Летарже, не доходячи 2...2,5 см до пілоруса 6 (фіг. 2), виконують сегментарну резекцію шлунка 1 разом з виразкою 2 (фіг. 3), потім формують гастро-гастроанастомоз 7 кукси шлунка з надпілоричною частиною 8 антрального відділу із збереженою іннервацією дворядним швом, виконують операцію Стронга 9 (фіг. 4).

Приклади конкретного виконання

1. Хвора К., 41 року, і. хв. № 1300, поступила в клініку 8.09.98 р. з приводу виразки шлунка, що кровоточить. При ендоскопічному дослідженні виявлена виразка шлунка на малій кривизні в середній третині 1 см в діаметрі з тромбованими судинами. По даним УЗД - хронічний калькульозний холецистит. 1.10.98 р. операція, під час якої виявлена пенетруюча в малий сальник виразка малої

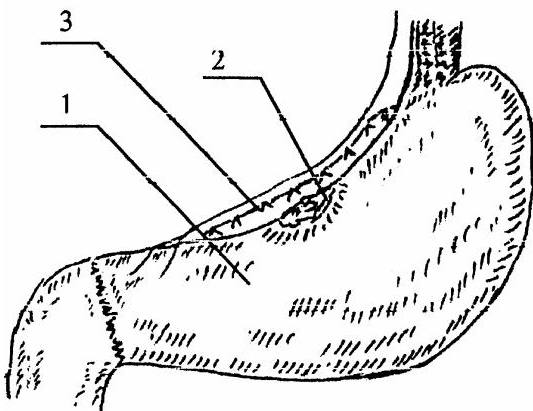
кривизни шлунка розмірами 1,8х1,5 см. У жовчному міхурі пальпуються великі конкременти. Виконана сегментарна резекція шлунка із збереженням іннервованого пілоруса і субсерозною скелетизацією надпілоричної частини антрального відділу не доходячи 2 см до пілоричного жому, холецистектомія. На 10 добу виписана з клініки в задовільному стані. Оглянута через 1 рік. Відчуває себе добре, працює.

2. Хворий Л., 56 років, і. хв. № 2047, поступив по швидкій допомозі 14.10.98 р. з діагнозом шлунково-кишкової кровотечі. Виразковий анамнез 8 років. При фіброгастродуоденоскопії в порожнині шлунка жовч, в ділянці кута шлунка виявлена виразка 1,0 см під фібрином, кровотеча зупинилася. 16.10.98 р. операція у відстроченому періоді. Виявлена кальозна пенетруюча в малий сальник виразка кута шлунка з інфільтратом розмірами 1,5 см. Виконана сегментарна резекція шлунка із збереженням іннервованого пілоруса з накладанням гастро-гастроанастомоза після субсерозної скелетизації надпілоричної частини антрального відділу, не доходячи 2 см до пілоричного жому. Розітнена зв'язка Трейца, виконана операція Стронга. Післяопераційний період без ускладнень. Через два тижні виписаний з клініки. Оглянутий через рік, скарг не пред'являє, працює по спеціальності.

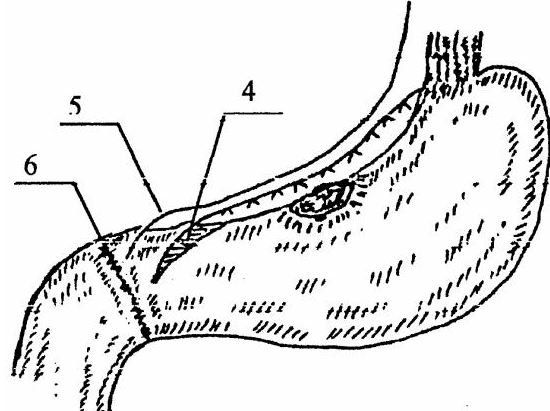
За способом за винаходом прооперовано 11 хворих, а за способом-прототипом - 22. У пацієнтів, оперованих за способом за винаходом, не було рецидиву виразки, а також проявів демпінг-синдрому або дуодено-гастрального рефлюкса в післяопераційному періоді. Запропонований спосіб є більш ефективним в лікуванні виразок шлунка, що кровоточать, дозволяє різко знизити кількість рецидивів виразки, виключити розвиток післяопераційного демпінг-синдрому, дуодено-гастрального рефлюкса і рефлюкс-гастриту, поліпшує функціональні результати оперативних втручань.

Джерела інформації

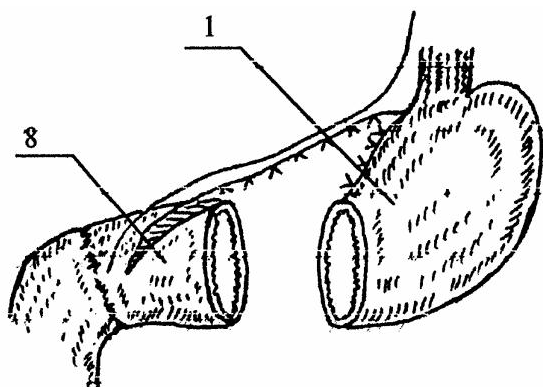
1. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоровье, 1987. - 568 с.
2. Витебский Я.Д. Патогенез, профилактика и оперативное лечение постгастрорезекционных синдромов. - Челябинск, 1984. - 152 с.



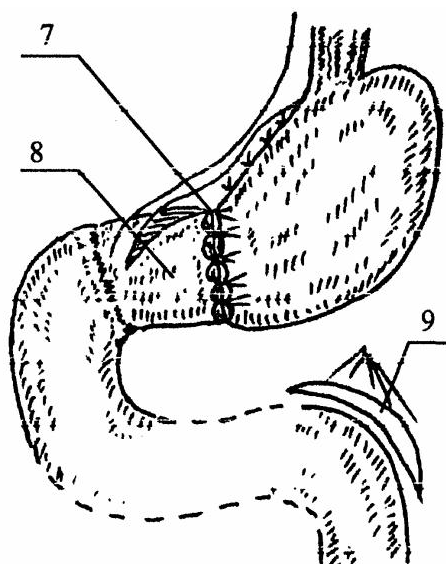
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4

---

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)  
 Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26  
 (044) 295-81-42, 295-61-97

---

Підписано до друку \_\_\_\_\_ 2001 р. Формат 60x84 1/8.  
 Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.  
 (044) 268-25-22

---