



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43623 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

(21) 2001042494

(22) 13 04 2001

(24) 17 12 2001

(46) 17 12 2001, Бюл. № 11, 2001 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Криворучко Ігор Андрійович, Певєв Станіслав Борисович, До-
нець Микола Петрович(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ
ХІРУРГІЇ АМН УКРАЇНИ, ХАРКІВСЬКИЙ ДЕР-
ЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ(57) 1 Спосіб лікування виразкової хвороби два-
надцятипалої кишки, який включає висічення ви-
разки та патологічно змінених тканин, виділення
надпривратникової, привратникової, бульбарної та
післябульбарної ділянки задньої стінки, виведення
кратера виразки за просвіт травного тракту та
відновлення його безперервності шляхом форму-

вання терміно-термінального гастро-дуоденоанас-
томозу, який відрізняється тим, що при форму-
ванні задньої стінки анастомозу в перший ряд швів
захоплюють паску великого сальника на судинній
нижці у вигляді дублікатури, яким попередньо там-
пують кратер виразки, потім укріплюють перший
ряд швів другим, а при формуванні передньої
стінки анастомозу в його верхній та нижній кути
знову захоплюють ту ж паску сальника

2 Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що паску
сальника захоплюють на $\frac{1}{2}$ діаметра анастомозу3 Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що по
завершенні операції канюлюють воротну вену та
вводять розчин контрикалу та актовегіну у тера-
певтичних дозах постійно зі швидкістю 1 мл/хв у
400,0 мл фізіологічного розчину до нормалізації
клінічних показників

Винахід відноситься до медицини, а саме -
до хірургічної гастроентерології, і може бути ви-
користаний при хірургічному лікуванні ускладнених
виразок дванадцятипалої кишки

Проблема лікування ускладненої виразкової
хвороби в значній мірі залежить від розміру вираз-
ки, її локалізації, вираженості крововтрати, перито-
ніту, тощо. Для лікування ускладненої виразкової
хвороби у більшості випадків виконують органоз-
берігаючі операції у вигляді висічення виразки та
виконання одного з видів ваготомії. У більшості ви-
падків висічення виразки дванадцятипалої кишки
технічних труднощів не викликає. Але, в таких ви-
падках, як «велетенські» виразки задньої стінки
дванадцятипалої кишки, виразки з «дзеркальним»
відображенням, які ускладнюються перфорацією,
кровотечею та їх поєднанням, існують певні труд-
нощі, які, насамперед, стосуються як самої техніки
висічення, так більшої випадковості виникнення пі-
сляопераційних ускладнень: гострий панкреатит,
недостатність ліній швів, які сформовані, і як наслідок -
розвиток гнійно-септичних ускладнень.

Відомий спосіб лікування виразкової хво-
роби дванадцятипалої кишки шляхом висічення
циркулярної виразки та формування гастроду-
оденоанастомозу (Шалимов А.А., Саєнко В.Ф. Хи-
рургия желудка и двенадцатиперстной кишки -

Киев, Здоров'я - 1972 - С.113) шляхом створення
овального, горизонтально розташованого розрізу,
висічення привратника з виразкою та наступним
сшиванням стінки шлунку та дванадцятипалої киш-
ки. Технічні аспекти виконання цієї методики ви-
січення виразки та формування анастомозу за
описаною методикою не завжди попереджують ви-
никнення післяопераційних ускладнень з боку
шлунку, анастомозу та підшлункової залози, особ-
ливо у випадках, коли має місце «велетенська» ви-
разка на задній стінці дванадцятипалої кишки, пе-
нетруюча у головку залози. Це обмежує викорис-
тання цього способу висічення виразок внаслідок
імовірності розвитку післяопераційних ускладнень.

Відомий також спосіб лікування виразкової
хвороби дванадцятипалої кишки (А.С. № 971286
(СССР), В.И.Оноприев, Ю.И.Закусин). Спосіб лі-
кування виразкової хвороби дванадцятипалої киш-
ки, який включає висічення виразки та патологічно
змінених тканин, виділення надпривратникової,
привратникової, бульбарної та післябульбарної ді-
лянки задньої стінки, виведення кратера виразки
за просвіт травного тракту та відновлення його
безперервності шляхом формування терміно-тер-
мінального гастро-дуоденоанастомозу. Вищезга-
даний спосіб є найбільш близьким по технічній суті
та результату, який може бути досягнутим до того,

що заявляється, тому його обрано в якості прототипу

Спосіб, що вибраний як прототип, має більш високу надійність у відношенні попередження післяопераційних ускладнень, що, насамперед, стосується максимального висічення рубцево змінених тканин дванадцятипалої кишки та виконання піпороділатаци, які забезпечують попередження моторно-евакуаторних порушень, а підшивання сальника укріплює лінію швів

Проте, основними факторами, перешкоджаючими використанню цього способу лікування ускладненої виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, є такі

1 При висіченні виразки за методикою авторів залишається "слабке місце" - це задня стінка дванадцятипалої кишки, особливо при наявності великого кратера, який пенетрує у підшлункову залозу та виводиться за просвіт кишки. В цієї ситуації залишається вірогідність неспроможності швів на задній стінці, що накладаються, і як наслідок - рецидив або виникнення кровотечі після операції

2 Погіршення трофіки дванадцятипалої кишки завдяки її широкій мобілізації і як наслідок - збільшення імовірності виникнення неспроможності швів на задній стінці, що накладаються

3 Високий ступінь травматичності і як наслідок - виникнення післяопераційного панкреатиту та гнійно-септичних ускладнень

В зв'язку з вищевикладеним, в основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності лікування ускладнених виразок дванадцятипалої кишки шляхом запобігання післяопераційних ускладнень

Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, який включає висічення виразки та патологічно змінених тканин, виділення надпривратникової, привратникової, бульбарної та післябульбарної ділянки задньої стінки, виведення кратера виразки за просвіт травного тракту та відновлення його безперервності шляхом формування терміно-термінального гастро-дуоденоанастомозу, згідно з винаходом, при формуванні задньої стінки анастомозу в перший ряд швів захоплюють паску великого сальника на судинній ніжці у вигляді дублютури, яким попередньо тампонують кратер виразки, потім укріплюють перший ряд швів другим, а при формуванні передньої стінки анастомозу в його верхній та нижній кути знову захоплюють ту ж паску сальника. При цьому паску сальника захоплюють на 1/2 діаметру анастомозу. Перший ряд швів виконують слизово-серозними, другий - слизово-м'язовими. По завершенні операції канюлюють воротну вену та вводять розчин контрикалу та актовегіну у терапевтичних дозах постійно зі швидкістю 1 мл/хв у 400 мл фізіологічному розчині до нормалізації клінічних показників

Послідовне накладання слизово-серозних швів між шлунком та дванадцятипалою кишкою на задній стінці з захоплення у шви краю великого сальника біля шлунку та біля кишки у вигляді дублютури на 1/2 діаметру дванадцятипалої кишки дозволяє забезпечити одночасне укріплення та поліпшення трофіки лінії швів, які накладаються. Накладання другого ряду слизово-м'язових швів на

задню стінку дозволяє додатково укріпити лінію швів та забезпечити умови для попередження їх недостатності

Послідовне формування передньої лінії швів за допомогою двох рядів швів, з попереднім захопленням у перший ряд з обох кутів гастро-дуоденоанастомозу паски сальника, яким було тампоновано кратер виразки, попереджує недостатність лінії швів, що накладені, та розвиток гнійно-септичних ускладнень

Додатковою перевагою зазначеного способу є й те, що використовується постійна інфузія лікарських засобів завдяки канюлюванню воротної вени (наприклад, через пупочну), які поліпшують трофіку у зоні оперативного втручання, знижують вірогідність ішемічних та реперфузійних ушкоджень в органах спланхнічної ділянки, для чого вводять розчин контрикалу та актовегіну у терапевтичних дозах. Це додатково знижує імовірність розвитку післяопераційного панкреатиту, неспроможності швів та гнійно-септичних ускладнень

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю суттєвих ознак та результатом, що досягається, полягає в наступному

За рахунок того, що послідовно висікаються патологічно змінені тканини, забезпечується можливість усунення в післяопераційному періоді таких ускладнень, як повторна кровотеча і порушення моторно-евакуаторної функції шлунку, а при додатковій тампонаді кратера виразки, що пенетрує та виведена за просвіт дванадцятипалої кишки - додаткова профілактика виникнення чи рецидиву кровотечі, що може бути зумовлено недостатністю швів на задній стінці дванадцятипалої кишки. При цьому одночасно виконується попередня фіксація паски великого сальника до задньої стінки шлунку та дванадцятипалої кишки, що досягається накладанням вузлових швів, відступивши приблизно на 1 см від кожного краю сальника, що додатково забезпечує надійність тампонади кратера виразки після операції

Спосіб реалізується таким чином мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером, здійснюють дуоденотомію по лінії максимального звуження передньої стінки кишки, висікають язви та рубцево змінені тканини, мобілізують задню стінку дванадцятипалої кишки і шлунку, виводять кратер виразки за просвіт дванадцятипалої кишки, попередньо прошиваючи судини, які викликають кровотечу. Після зупинки кровотечі вибирають паску сальника та тампонують кратер виразки. Відступивши від краю сальника, дванадцятипалої кишки та шлунку 0,8-1,0 см, фіксують сальник за допомогою вузлових швів та накладають слизово-серозні шви між шлунком та дванадцятипалою кишкою на задній стінці, захоплюючи у шви край сальника у вигляді "дублютури" 1/2 діаметру анастомозу. Другим рядом слизово-м'язових швів додатково укріплюють задню стінку анастомозу. Далі формують передню стінку анастомозу, для чого при накладанні першого та другого ряду швів при формуванні передньої стінки в ділянці верхнього та нижнього кутів гастро-дуоденоанастомозу у шви захоплюють сальник, яким було тампоновано кратер виразки та укріплена задня стінка дванадцятипалої кишки. Для поліпшення трофіки у зоні оперативного втручання додатково канюлюють воротну вену

(наприклад, через пупочну) та вводять розчин контрикалу та актовегіну у терапевтичних дозах у 400,0 мл 0,9% розчину натрію хлориду постійно зі швидкістю 1 мл/хв на протязі 4-5 діб після операції

Спосіб ілюструється прикладом

Хвора П., 27 р., поступила в клініку Інституту загальної та невідкладної хірургії АМН України з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої гострою кровотечею III ст. та субкомпенсованим стенозом шлунку. Оперована на висоті профузної кровотечі 02.02.2001 р. лапаротомія, на всьому протязі ШКТ має місце темний зміст, шлунок великих розмірів, стінка його інфільтрована. В пілородуоденальній зоні має місце виразковий інфільтрат до 6 см в діаметрі з пенетрацією у головку підшлункової залози. Дуодено-томія - на задній стінці виразка 6 x 5 см з активною артеріальною кровотечею (кровоточу зупинено

шляхом прошивання судин). Зроблено циркулярне висічення пілородуоденальної зони з виведенням кратеру виразки за просвіт дванадцятипалої кишки та тампонування його паскою великого сальника на судинній "ніжці". Сальник додатково фіксовано до задньої стінки шлунку та дванадцятипалої кишки. Сформовано гастродуоденоанастомоз дво-рядними вузловими швами з укріпленням задньої стінки за допомогою сальника у вигляді "дублікатури" та з захопленням сальника в області верхнього та нижнього кутів гастро-дуоденоанастомозу. Операція доповнена селективною ваготомією, реканалізацією і канюлюванням пупочної вени, дренажуванням черевної порожнини та ушиванням лапаротомної рани. Після операції проводилась комплексна консервативна терапія, яка також включала введення в воротну вену контрикалу та актовегіну у 400,0 мл фізіологічного розчину зі швидкістю 1 мл/хв на протязі 5 діб. Виписана через 12 днів після операції.

Тираж 50 екз

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03
