



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45464 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ РЕЦИДИВІ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОЇ ВАГОТОМІЇ З ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗОМ ПО ДЖАБУЛЕЮ

1

2

(21) u200905887

(22) 09.06.2009

(24) 10.11.2009

(46) 10.11.2009, Бюл. № 21, 2009 р.

(72) ВЕЛИГОЦЬКИЙ МИКОЛАЙ МИКОЛАЙОВИЧ,
ВЕЛИГОЦЬКИЙ ОЛЕКСІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, КОМА-
РЧУК ВІКТОР ВАСИЛЬОВИЧ, ТРУШИН ОЛЕК-
САНДР СЕРГІЙОВИЧ, ТЕСЛЕНКО ІГОР ВІТАЛІ-
ЙОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб реконструктивної операції при рециди-
ві виразки дванадцятипалої кишки після попере-
дньої ваготомії з гастродуоденоанастомозом по

Джабулею, що містить закриття культі дванадця-
типалої кишки, який **відрізняється** тим, що після
мобілізації антрального відділу шлунка виконують
дегастродуоденостомію та пересічення дванадця-
типалої кишки під цілорічним затиском з обов'яз-
ковим усуненням рецидивної виразки та екстери-
торизацією її кратера, дефект дванадцятипалої
кишки зашивають дворядковим швом, при цьому
шви культі дванадцятипалої кишки укривають та-
хокомбом, після чого виконують антрумектомію,
відновлюючи етап закінчують накладанням косо-
поперечного гастроентероанастомозу з форму-
ванням протирефлюксної складки і ентоероентеро-
анастомозом.

Корисна модель відноситься до медицини, зо-
крема до хірургічної гастроентерології, і може бути
використана при реконструктивних операціях для
лікування рецидиву виразки дванадцятипалої ки-
шки та усунення дуоденогастрального рефлюксу.

Відомий спосіб закриття дефекту дванадцяти-
палої кишки при резекціях шлунка після попере-
дньої ваготомії з гастродуоденостомією по Джабу-
лею, запропонований Н.Н. Волобуєвим (Н.Н.
Волобуев. Выбор способа закрытия двенадцати-
перстной кишки при резекции желудка после
предшествующей ваготомии с гастродуоденосто-
мией по Джабулею // Вестник хирургии им. Греко-
ва. - 1983. - №8. - с. 121-122). Відповідно способу,
в якості пластичного матеріалу для закриття де-
фекта, створеного після усунення стінки двана-
дцятипалої кишки з виразкою та гастродуоденоа-
настомозом, використовують серозном'язевий шар
частки стінки антрального відділу шлунка, який у
вигляді "манжетки" закриває зашитий дефект два-
надцятипалої кишки.

Недоліком даного способу є те, що він техніч-
но нездійснений при значних зростаннях у зоні
гастродуоденоанастомозу і навколо виразки, тому
що при розділенні цих зростань можуть бути по-
шкоджені судини, які кровообезпечують стінку
антрального відділу шлунка, яка використовується
в якості пластичного матеріалу з наступним некро-

зом її. До недоліків цього способу відноситься та-
кож можливість травми підшлункової залози при
формуванні "манжетки" з розвитком післяопера-
ційного панкреатиту та високим ризиком неспро-
можності зашитого дефекту.

Відомий спосіб закриття дефекту стінки два-
надцятипалої кишки при дистальній резекції шлун-
ку з приводу рецидиву виразки дванадцятипалої
кишки у пацієнтів, які перенесли раніше стовбуро-
ву ваготомію з гастродуоденоанастомозом по
Джабулею. Спосіб включає мобілізацію шлунка,
утинання шлунка від дванадцятипалої кишки, усу-
нення виразки і зняття гастродуоденоанастомоза,
закриття утвореного дефекту шляхом створення
анастомозу з використанням в якості пластичного
матеріалу ділянки дванадцятипалої кишки дворя-
дним швом, резекцію 2/3 шлунка з наступним
створенням гастроєюноанастомозу (А.И. Горбаш-
ко, Н.Н. Иванов. Способ закрытия культи двена-
дцатиперстной кишки при реконструктивной ре-
зекции желудка после предшествующей ваготомии с
дренирующей операцией // Вестник хирургии им.
Грекова. - 1995. - №1. - с. 96-98). При цьому спо-
собі утинання шлунка від дванадцятипалої кишки
та зняття гастродуоденоанастомозу призводиться
зі створенням двох дефектів, закриття котрих здій-
снюють шляхом створення анастомозу, (а не за-
шиванням, як в деяких відомих способах) з вико-

UA (19) 45464 (11) U (13)

ристанням в якості пластичного матеріалу ділянки дванадцятипалої кишки дворядковим швом.

Недоліком даного способу є можливість неспроможності швів культі дванадцятипалої кишки та накладеного гастродуоденоанастомозу. Цей спосіб має складності виконання при великих розмірах гастродуоденоанастомозу та значних рубцевих зрощеннях в зоні початкового відділу дванадцятипалої кишки. При великих розмірах гастродуоденоанастомозу, значних зрощеннях в цій зоні, неможливо сформувати два дефекти, бо при знятті гастродуоденоанастомозу та усуненні виразки неможливо зберегти частку стінки дванадцятипалої кишки у вигляді перемички між ними.

Найбільш близьким до заявляемого рішення є спосіб хірургічного лікування рецидиву виразки після гастродуоденостомії по Джабулею з ваготомією, в якому здійснюють закриття культі дванадцятипалої кишки наглухо з використанням дефекту в стінці кишки для накладання нового гастродуоденоанастомозу (Л.Г. Хачиев, А.М. Хаджибаев. Операция при постваготомной пептической язве гастродуоденоанастомоза // Вестник хирургии. - 1988. - № 5. - с. 110-111).

Недоліком даного способу є можливість виникнення післяопераційних ускладнень, таких як дуоденогастральний рефлюкс, рефлюкс-гастрит, неспроможність швів культі дванадцятипалої кишки та зробленого гастродуоденоанастомозу, обумовлені накладанням продольного термінолатерального гастродуоденоанастомозу, утворенням нового гастродуоденоанастомозу рубцово-склеротично зміненими тканинами, трофіка котрих погіршена в більшості випадків.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу реконструктивної операції при рецидиві виразки дванадцятипалої кишки після попередньої ваготомії з гастродуоденоанастомозом по Джабулею, в якому за рахунок зміни характеру формування культі ДПК та накладання гастроентеростомозу, досягається надійність сформованої культі ДПК і знижується можливість виникнення ентерогастрального рефлюксу.

Поставлена задача вирішується в способі реконструктивної операції при рецидиві виразки дванадцятипалої кишки після попередньої ваготомії з гастродуоденоанастомозом по Джабулею, що містить закриття культі дванадцятипалої кишки, згідно з корисною моделлю, після мобілізації антрального відділу шлунка виконують дегастродуоденостомію та пересічення дванадцятипалої кишки під пілорічним жомом з обов'язковим усуненням рецидивної виразки та екстериторизацією її кратера, дефект дванадцятипалої кишки зашивають дворядковим швом, при цьому шви культі дванадцятипалої кишки укривають тахокомбом, після чого виконують антрумектомію, відновлюючий етап закінчують накладанням косопоперечного гастроентероанастомозу з формуванням протирефлюксної складки і ентероентероанастомозом.

За рахунок зміни місця пересічення ДПК досягається видалення виразки та залишків стінок пілоричного відділу шлунку, що дозволяє позбави-

тися рубцовозмінених тканин з погіршеною трофікою.

Закриття дефекту стінки дванадцятипалої кишки при рецидивах виразки після операції по Джабулею, при великих розмірах гастродуоденоанастомозу та значними рубцово-склеротичними змінами в зоні початкових відділів дванадцятипалої кишки зменшує вірогідність розвитку неспроможності швів дефекту дванадцятипалої кишки, зменшує об'єм резекції шлунка, попереджає розвиток рефлюксу з тощої кишки в шлунок в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

Сутність корисної моделі пояснюють креслення, де на Фіг.1-3 зображені етапи операції.

Спосіб, що заявляється, здійснюють наступним чином: після виконання верхньо-середньої лапаротомії, вісцеролізу, проводять ревізію переднього та заднього блукаючих нервів. При їх виявленні виконують стовбурову ваготомію. Після мобілізації антрального відділу шлунка виконують дегастродуоденостомію та пересічення дванадцятипалої кишки під пілорічним жомом з обов'язковим усуненням рецидивної виразки та екстериторизацією її кратера. При цьому формують один дефект у дванадцятипалій кишці (Фіг.1). Далі проводять ревізію усіх стінок дванадцятипалої кишки та білясосочкової зони, а також оцінюють прохідність дванадцятипалої кишки. Усі елементи стінок антрального відділу шлунка в зоні анастомозу повинні бути відсічені. Оставлена частина задньої стінки шлунка може некротизуватися внаслідок порушеного кровообігу (після пересічення при мобілізації шлунка правої шлункової та шлунково-сальникової артерії), що приводить до неспроможності культі дванадцятипалої кишки.

Дефект дванадцятипалої кишки зашивають дворядковим швом. Часто при виразках задньої стінки анастомозу після усунення маємо дефіцит тканин задньої стінки. У таких випадках для виконання другого ряду швів використовують тканину капсули підшлункової залози. Для підвищення надійності швів культі дванадцятипалої кишки їх укривають тахокомбом (Фіг.2). Після закриття культі дванадцятипалої кишки виконують органо-зберігаючу резекцію шлунка у розмірі антрумектомії. З нашої точки зору резекція 2/3 шлунка, як у прототипі, недоцільна. Усі залози, продукуючи гормони, що впливають на другу фазу шлункової секреції, розташовані в антральному відділі шлунка.

Відновлюючий етап закінчують накладанням косопоперечного гастроентероанастомозу з формуванням протирефлюксної складки і ентероентероанастомозом (Фіг.3), завдяки чому запобігають улученню вмісту тонкої кишки в культу шлунка.

Анастомоз фіксують в вікні брижі поперечно-ободової кишки. Для декомпресії приводної кульші транснозально до неї проводять зонд, а назовні до культі дванадцятипалої кишки у правому підребер'ї підводять трубочний дренаж.

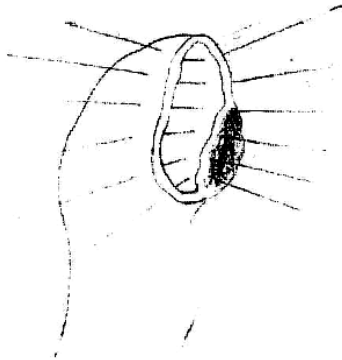
Приклад: Хворий К., 46 років госпіталізований у хірургічне відділення з діагнозом: рецидив виразкової хвороби дванадцятипалої кишки після ваготомії з ГДА по Джабулею, дуоденогастральний рефлюкс, ерозивний рефлюкс-гастрит. Після обстеження виконана операція запропонованим спо-

собом. Післяопераційний період протікав без ускладнень. При обстеженні через один рік результат операції визнано відмінним. У хворого скарг немає. Рефлюкс-гастрит розв'язаний. Добрий функціональний результат підтверджено рентгенологічно, при ендоскопії та УЗД.

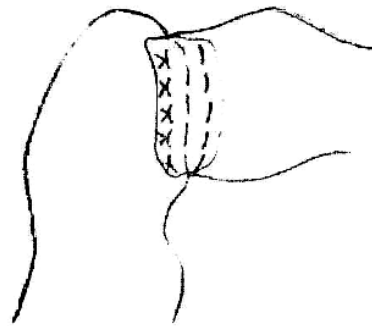
Запропонований спосіб використаний у 6 хворих. Летальних випадків та ускладнень не було. У віддалені строки після операції (до 5 років) реци-

дивів виразок, езоногастрального рефлюксу та рефлюкс-гастриту не виявлено.

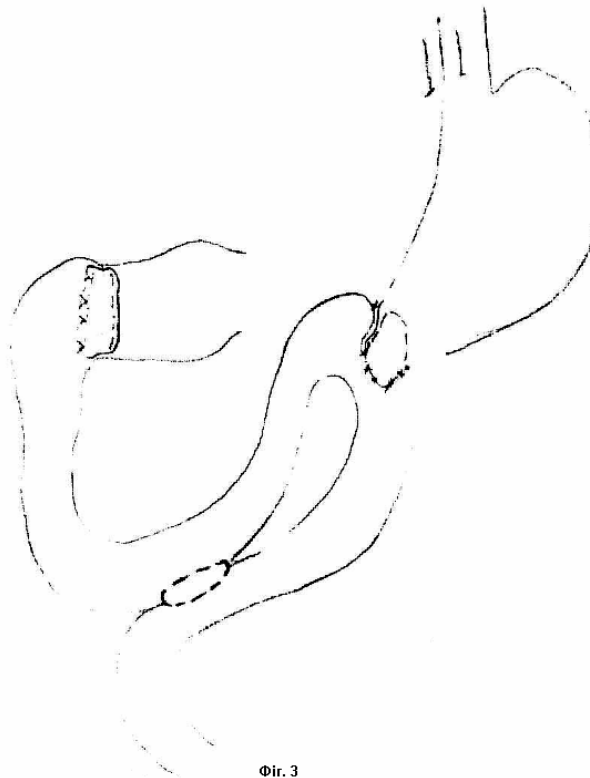
Таким чином, запропонований спосіб хірургічного лікування рецидиву виразки дванадцятипалої кишки після попередньої ваготомії з гастродуоденоанастомозом по Джабулею, дозволяє отримати надійно сформовану культю ДПК і знижує можливість виникнення ентерогастрального рефлюксу.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3