



УКРАЇНА

(19) UA (11) 52162 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИДАЛЕННЯ СТЕНОЗУЮЧОЇ ПІЛОРИЧНОЇ МЕМБРАНИ

1

2

(21) u201003745

(22) 01.04.2010

(24) 10.08.2010

(46) 10.08.2010, Бюл. № 15, 2010 р.

(72) ДІБРОВА ЮРІЙ АНДРІЙОВИЧ, КАЛАШНІКОВ
ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АМН УКРАЇНИ(57) Спосіб видалення стенозуючої пілоричної мембрани, який включає поперечну гастро- та дуоденотомію з висіченням пілоричної мембрани, який **відрізняється** тим, що спочатку виконують розрізи до слизово-підслизового шарів по розмітці

для гастро- та дуоденотомії, циркулярно мобілізують слизово-підслизовий шар між розрізами, а потім виконують власне гастро- та дуоденотомію з циркулярним висіченням пілоричної мембрани та мобілізованої частини слизово-підслизового шару зі збереженням пілоричного сфінктера, після чого протягують через пілорус мобілізовану проксимальну частину слизово-підслизової муфти шлунка та поширено анастомозують її з пересіченим слизово-підслизовим шаром дванадцятипалої кишки, а потім ушивають розсічений серозно-м'язовий шар шлунка та дванадцятипалої кишки зі збереженням інтактного пілоричного сфінктера.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до лікування, і може бути використана при лікуванні хворих на стенозуючу пілоричну мембрану.

Відомий спосіб видалення стенозуючої пілоричної мембрани, який включає проведення поперечної гастро- та дуоденотомії, які проводять на відстані 5-7мм від країв пілоричного сфінктера з наступним видаленням переднього напівпівкола пілоричного сфінктера та висіченням самої пілоричної мембрани [Deitch E.A., Harnar T.J. Congenital duodenal diaphragm in the adult-the report of two cases with associated prepyloric and duodenal ulcerations // Am. J. Surg. - 1981. - V.47. - P. 363-365; Cooperman A.M., Adache M., Rankin G.B., Sivak M. Congenital duodenal diaphragms in adults; a delayed cause of intestinal obstruction // Am. Surg. - 1975. - V. 182. - P. 739-742].

Недоліком аналога є велика кількість післяопераційних ускладнень із-за видалення переднього напівкола пілоричного сфінктера, що проявляється порушенням порційної евакуації зі шлунка та розвитком хвороб оперованого шлунку - демпінг-синдромом та лужним рефлюкс-гастритом.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу видалення стенозуючої пілоричної мембрани, який за рахунок збереження цілісності пілоричного сфінктера забезпечував би зниження кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в

способі видалення стенозуючої пілоричної мембрани, який включає поперечну гастро- та дуоденотомію з висіченням пілоричної мембрани, згідно корисної моделі, спочатку виконують розрізи до слизово-підслизового шарів по розмітці для гастро- та дуоденотомії, циркулярно мобілізують слизово-підслизовий шар між розрізами, а потім виконують власне гастро- та дуоденотомію з циркулярним висіченням пілоричної мембрани та мобілізованої частини слизово-підслизового шару зі збереженням пілоричного сфінктера, після чого протягують через пілорус мобілізовану проксимальну частину слизово-підслизової муфти шлунка та поширено анастомозують її з пересіченим слизово-підслизовим шаром дванадцятипалої кишки (ДПК), а потім ушивають розсічений серозно-м'язовий шар шлунка між собою та дванадцятипалої кишки зі збереженням інтактного пілоричного сфінктера.

Виконання спочатку розрізів до слизово-підслизового шарів по розмітці для гастро- та дуоденотомії, циркулярна мобілізація слизово-підслизових шарів між розрізами, а потім виконання власне гастро- та дуоденотомії з циркулярним висіченням пілоричної мембрани та мобілізованої частини слизово-підслизового шару зі збереженням пілоричного сфінктера забезпечує зниження кількості післяопераційних ускладнень, так як збереження сфінктера сприяє збереженню повноцінної евакуаторної функції шлунка, пілоричного сфінктера.

(19) UA (11) 52162 (13) U

нктера та ДПК. Цьому також сприяє те, що протягують через пілорус мобілізовану проксимальну частину слизово-підслизової муфти шлунка та поширено анастомозують її з пересіченим слизово-підслизовим шаром ДПК, а потім ушивають розсічений серозно-м'язевий шар шлунка між собою та ДПК також між собою зі збереженням інтактного пілоричного сфінктера, так як при цьому зберігається безперервність слизової оболонки на місці видаленої мембрани.

Таким чином, в результаті циркулярної муфтоподібної мобілізації слизово-підслизового шару препілоричної частини шлунка та ампули дванадцятипалої кишки з наступною її резекцією можливе збереження анатомічної та функціональної цілості пілоричного сфінктера, що в свою чергу забезпечує порційну евакуацію шлункового вмісту та відсутність таких функціональних розладів УК демпінг-синдром та рефлюкс-гастрит.

Спосіб виконують наступним чином. Спочатку виконують розсічення серозно-м'язового шару на всю передню стінку препілоричної частини шлунка в поперечному напрямку на відстані 6-7мм від проксимального краю пілоричного сфінктера. Потім пересікають серозно-м'язовий шар на всю передню стінку ампули ДПК також в поперечному напрямку на відстані 6-7мм від дистального краю пілоричного сфінктера. Після цього ножицями та за допомогою діатермічного скальпеля спочатку виконують відділення слизово-підслизового шару шлунка від мазевої оболонки передньої стінки шлунка в проксимальному та дистальному напрямках. Проксимально мобілізацію слизово-підслизового шару виконують на протязі 2,5-3см. В дистальному напрямку слизово-підслизовий шар відділяють від мазевої оболонки передньої стінки препілоричної частини шлунка та від пілоричного м'яза. Таким же чином відділяють слизово-підслизовий шар від м'язової оболонки передньої стінки ампули ДПК. При цьому в дистальному напрямку мобілізацію виконують на протязі 5-6мм, а в проксимальному напрямку мобілізують слизово-підслизовий шар до з'єднання з мобілізованою частиною слизово-підслизового шару шлунка. Таким чином, мобілізована частина слизово-підслизового шару передньої стінки шлунка та ампули ДПК нагадує напівмуфту. Після цього виконують відділення слизово-підслизового шару шлунка та ампули ДПК циркулярно, тобто від боків та задніх стінок вищезгаданих органів до утворення так званої слизово-підслизової муфти. Потім цього виконують циркулярне пересічення слизово-підслизового шару шлунка на рівні пересіченого дистального краю серозно-м'язового шару і ампули ДПК на рівні пересіченого проксимального краю серозно-м'язового шару з боку ампули ДПК і таким чином резекують слизово-підслизову муфту разом з пілоричною мембраною.

Після цього циркулярно мобілізовану проксимальну частину слизово-підслизового шару шлунка проводять через пілорус та анастомозують з циркулярно мобілізованою слизово-підслизовою оболонкою ампули дванадцятипалої кишки поодинокими вузловими швами. Потім поодинокими швами зашивають рану серозно-м'язового шару

передньої стінки надпілоричної частини шлунка не захвачуючи в шви сам пілоричний сфінктер. А потім також поодинокими швами зашивають підпілоричну рану серозно-м'язового шару ампули ДПК. По закінченні операції в порожнину шлунка встановлюють назогастральний зонд для дренування шлунку і контролю його вмісту та ще один зонд проводять за зв'язку Трейца в порожню кишку для проведення в післяопераційному періоді зондового ентерального харчування. Встановлюють дренаж в правий підпечінковий простір до рівня швів гастро- та дуоденотомії. Післяопераційну рану поширено зашивають вузловими швами та накладають асептичну пов'язку.

Приклад. Хворий Р., 52 років, історія хвороби №1305, госпіталізований 2.03.2010 року в клініку зі скаргами на періодичний біль в підчеревній області, печію, тошноту, блювоту прийнятою напередодні їжею. Хворіє на протязі багатьох років. Довгий час лікувався у терапевта з приводу хронічного гастриту.

За даними обстеження (фіброгастроскопія, рентгенологічне обстеження шлунку, визначення кислотності шлункового вмісту) був виявлений стеноз на рівні ворота. Через завужений просвіт ендоскоп не проходив. В порожнині шлунка залишки їжі прийнятої напередодні. Окрім цього по даним ендоскопічного обстеження виявлена виразка в нижній третині шлунка по передній його стінці розміром 0,5см. Проведена множинна біопсія виразки. Результат якої показав доброякісний її характер. Поставлено діагноз: пілоричний субкомпенсований стеноз, очевидно на підґрунті пілоричної мембрани, стазова виразка передньої стінки нижньої третини шлунка. З приводу цього 9.03.2010 р. проведена операція. По даним інтраопераційної ревізії був підтверджений діагноз пілоричної мембрани та вторинної стазової виразки шлунка.

Спочатку виконали розсічення серозно-м'язового шару на всю передню стінку препілоричної частини шлунка в поперечному напрямку на відстані 6мм від проксимального краю пілоричного сфінктера. Потім цього пересікли серозно-м'язовий шар на всю передню стінку ампули дванадцятипалої кишки також в поперечному напрямку на відстані 6мм від дистального краю пілоричного сфінктера. Після цього ножицями та за допомогою діатермічного скальпеля спочатку відділили слизово-підслизового шару шлунка від м'язової оболонки передньої стінки шлунка в проксимальному та дистальному напрямках. Проксимально мобілізацію слизово-підслизового шару виконали на протязі 3см. В дистальному напрямку слизово-підслизовий шар відділили від м'язової оболонки передньої стінки препілоричної частини шлунка та від пілоричного м'яза. Таким же чином виконали відділення слизово-підслизового шару від м'язової оболонки передньої стінки ампули ДПК. При цьому в дистальному напрямку мобілізацію виконали на протязі 5мм, а в проксимальному напрямку мобілізували слизово-підслизовий шар до з'єднання з мобілізованою частиною слизово-підслизового шару шлунка. Таким чином, мобілізована частина слизово-підслизового шару передньої стінки шлунка та ампули ДПК нагадувала напівмуфту. Після

цього виконали відділення слизово-підслизового шару шлунка та ампули ДПК циркулярно, тобто від бокових та задніх стінок вищезгаданих органів до утворення так званої слизово-підслизової муфти. Потім цього виконали циркулярне пересічення слизово-підслизового шару шлунка на рівні пересіченого дистального краю серозно-м'язового шару і ампули ДПК на рівні пересіченого проксимального краю серозно-м'язового шару і боку ампули ДПК і таким чином резекували слизово-підслизову муфту разом з пілоричною мембраною.

Після цього циркулярно мобілізовану проксимальну частину слизово-підслизового шару шлунка провели через пілорус та анастомозували з циркулярно мобілізованою слизово-підслизовою оболонкою ампули ДПК поодинокими вузловими швами. Потім поодинокими швами зашили рану серозно-м'язового шару передньої стінки надпілоричної частини шлунка не захвачуючи в шви сам пілоричний сфінктер. А потім також поодинокими швами зашили підпілоричну рану серозно-м'язового шару ампули ДПК. Після цього окремим розрізом через всі шари стінки шлунка виконали висічення виразки шлунка та пошарово зашили дефект стінки шлунка поодинокими вузловими швами. По закінченні операції в порожнину шлунка встановили назогастральний зонд для дренивання шлунку і контролю його вмісту та ще один зонд встановили за зв'язку Трейца в порожню кишку для проведення в післяопераційному періоді зондового ентерального харчування. Встановили

дренаж в праний підпечінковий простір до рівня швів гастро- та дуоденотомії. Післяопераційну рану пошарово зашили вузловими швами та наклали асептичну пов'язку.

Перебіг післяопераційного періоду був без ускладнень. По даним післяопераційного рентгенологічного обстеження від 20.03.2010 р. порушень моторно-евакуаторної функції шлунку не спостерігали. Евакуація із шлунка була порційною та своєчасною, пілоричний сфінктер функціонував ритмічно, проявів дуоденогастрального рефлюксу не виявлено. Пацієнт в задовільному стані 18.03.2010 р. був виписаний додому

Запропонованим способом проведено лікування 3 хворих на стенозуючу пілоричну мембрану, яким було проведено висічення стенозуючої пілоричної мембрани зі збереженням пілоричного сфінктера. Одному із них через окремий розріз також була висічена стазова вторинна виразка шлунка. Післяопераційний стан хворих був задовільний без післяопераційних ускладнень у порівнянні з аналогом, коли з 3 хворих, яким виконувалась операція за аналогом, функціональні порушення шлунка у вигляді демпінг-синдрому та дуодено-гастрального рефлюксу спостерігались у всіх 3 пацієнтів.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень в вигляді таких функціональних порушень шлунка як демпінг-синдром та лужний рефлюкс-гастрит.