



УКРАЇНА

(19) UA (11) 57210 (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 НАВКОЛОСОСОЧКОВИХ ВИРАЗОК ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

2

(21) 2002020911

(22) 05 02 2002

(24) 16 06 2003

(46) 16 06 2003, Бюл. № 6, 2003 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Донець Микола Петрович, Криворучко Ігор Андрійович, Вовк Валерій Анатолійович, Пєєв Станіслав Борисович.
(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб хірургічного лікування навколососочкових виразок дванадцятипалої кишки, що включає лапаротомію, мобілізацію дванадцятипалої кишки, видалення виразки з просвіту травного тракту та

накладання гастродуоденоанастомозу, який відрізняється тим, що виконують циркулярну резекцію цибулини дванадцятипалої кишки по верхньому краю виразки, прошивання кровотокової судини в її кратері, підшивання передньої стінки дванадцятипалої кишки до кратеру виразки П-подібними швами з формуванням культи кишки і частковою екстериторізацією виразки за винятком великого дуоденального соска, накладання субпапілярного поперечного термінопатерального пілородуоденоанастомозу по передній стінці дванадцятипалої кишки в нижній її частині

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургічної гастроентерології, і може бути використаним для лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, при навколососочкових виразках та у випадках коли великий дуоденальний (Фатеров) сосок безпосередньо втягнуто до виразкового інфільтрату

Проблема лікування навколососочкових виразок дванадцятипалої кишки залишається актуальною внаслідок великої кількості ускладнень, що дають такі виразки (найчастіше - кровотечі), а також технічних труднощів при виконанні оперативного втручання. Найбільш доречними при ускладнених виразках дванадцятипалої кишки визнані органозберігаючі операції, що поєднують видалення або екстериторізацію виразки та один з видів ваготомії. Однак, при навколососочковій локалізації видалення або екстериторізацію виразки зробити важко, а часом і неможливо, особливо при втягненні в виразку великого дуоденального сосочка.

Відомі способи хірургічного лікування низьких зацибулинних та навколососочкових виразок можна поділити на такі види: резекція шлунку на «виключення», ваготомія з пілоропластиком без висічення або екстериторізації виразки, висічення навколососочкової виразки з вшиванням Фатерова соска на інше місце в кишечнику (пересадкою ВДС), тампонада виразки з наступним накладанням гастродуоденоанастомозу або гастроентероанастомозу (Шалимов А.А., Саєнко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев: Здоров'я, 1972 - с. 37-131).

Вищезгадані хірургічні втручання мають ряд недоліків:

а) залишення виразкового субстрату та відсутність втручання безпосередньо на виразці не забезпечує стійкого гемостазу і, таким чином не попереджує рецидив кровотечі,

б) довга тривалість виконання операції при виконанні резекції або пересадки Фатерова соска, що є несприятливим для результатів лікування за умов ургентної хірургії при виразковій кровотечі,

в) високий ризик розвитку недостатності швів анастомозу при вшиванні ВДС на нове місце,

г) велика кількість поганих функціональних результатів при накладанні поздовжнього гастродуоденоанастомозу або гастроентероанастомозу.

Відомим є спосіб хірургічного лікування навколососочкових виразок дванадцятипалої кишки, при якому виконують селективну проксимальну ваготомію, циркулярно висікають виразку, після чого формують субпапілярний термінопатеральний або поперечний дуоденодуоденоанастомоз. Культю дванадцятипалої кишки обробляють відкритим способом (Велигоцкий Н.Н., Курбанов К.М., Елоев В.А., Кекало В.Б. Органосохраняющие операции в лечении зампультных язв двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия - 1990 - №11 - с. 37-40).

(13) A

(11) 57210

(19) UA

Відомий також спосіб хірургічного лікування кровоточивих навколососочкових виразок дванадцятипалої кишки, при якому виконують селективну проксимальну ваготомію з езофагофундоплекцією, після чого при виявленні навколососочкової локалізації виразки її краю висікають, виконують транс-папілярне дренування холедоха з виведенням дренажа трансдуоденально назовні після накладання кисетного шва на стінку дванадцятипалої кишки та його затягування навколо дренажа, після цього мобілізованими пасмами дванадцятипалої кишки (дистальним та оральним) тампонують кратер виразки і формують пілородуоденопластику шляхом накладання напівкисетних гофруючих швів починаючи з верхнього краю з підхватом елементів гепатодуоденальної зв'язки та серозної оболонки стінки жовчного міхура, розсікають зв'язку Трейца та низводять дуоденоеюнальний перехід (П №22940, UA Спосіб хірургічного лікування кровоточивих навколососочкових виразок дванадцятипалої кишки Шепетько Євген Миколайович, Козлов Сергій Миколайович З №97010008 від 03.01.97, опубл. 30.06.98, бюл. №3).

Згаданий спосіб, як найбільш близький по суті до того, що заявляється обрано нами за прототип.

При аналізі його переваг та недоліків необхідно відзначити, що висічення навколососочкової виразки, або виведення її кратера з просвіту кишкового каналу (екстериторизація) пов'язані з погрозою ушкодження великого дуоденального соска (травматизація, прошивання), або неможливі при втягненні соска у виразковий субстрат, підвищеною є можливість недостатності швів пілородуоденоанастомозу, згаданий спосіб є тривалим за виконанням, що має велике значення при хірургічному втручанні з приводу виразкової кровотечі, а виконання селективної проксимальної ваготомії з езофагофундоплекцією до висічення виразки з зупинкою кровотечі збільшує крововтрату, крім того транспапілярний дренаж видаляється через 14-16 діб після операції, що подовжує час перебування хворих в стаціонарі після хірургічного втручання.

Задачею винаходу є створення способу, що дозволяє оперативно лікувати кровоточиві виразки при знаходженні великого дуоденального соска у її кратері, а також знизити ризик виникнення вищевказаних післяопераційних ускладнень та післяопераційну летальність.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування кровоточивих навколососочкових виразок дванадцятипалої кишки, що включає лапаротомію, мобілізацію дванадцятипалої кишки, видалення виразки з просвіту травного тракту та накладання анастомозу, згідно з винаходом, виконують циркулярну резекцію цибулини дванадцятипалої кишки по верхньому краю виразки, прошивання кровоточивої судини в її кратері, підшивання передньої стінки дванадцятипалої кишки до кратеру виразки П-подібними швами, формування культи кишки і екстериторизацію виразки за винятком великого дуоденального соска, накладання субпапілярного поперечного термінального пілородуоденоанастомозу по передній стінці дванадцятипалої кишки в нижній її части-

ні, завершення операції одним з видів ваготомії.

Позитивний ефект досягають за рахунок того, що після лапаротомії та мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером-Клермоном виконують циркулярну резекцію цибулини дванадцятипалої кишки по верхньому краю виразки, прошивання кровоточивої судини в її кратері, підшивання передньої стінки дванадцятипалої кишки до кратеру виразки П-подібними швами з формуванням культи кишки і частковою екстериторизацією виразки (за винятком великого дуоденального соска), накладання субпапілярного поперечного термінального пілородуоденоанастомозу по передній стінці дванадцятипалої кишки в нижній її частині, виконання одного з видів ваготомії відповідної операційної ситуації. Сукупність вищеперерахованих етапів та порядок їх виконання і забезпечують досягнення зниження ризику післяопераційних ускладнень.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Після лапаротомії, встановлення місцезнаходження виразки, мобілізації перитумберозної зони та дванадцятипалої кишки за Кохером-Клермоном виконується циркулярна резекція цибулини дванадцятипалої кишки по верхньому краю виразки. У випадку наявності кровотечі кровоточива судина у виразці прошивається, досягаючи таким чином гемостаз. Передня стінка дванадцятипалої кишки по краю резекції підшивається П-подібними швами до кратеру виразки, прикриваючи таким чином (в разі необхідності) прошиту кровоточиву судину. При цьому вільні кінці П-подібних швів проводиться (вкол) через кратер виразки на 0,8-1,0 см вище великого дуоденального соска та виводиться (викол) поза кратером. Таким чином формується кукса дванадцятипалої кишки та досягається часткова екстериторизація виразки (за виключенням ВДС). Герметизація першого ряду швів досягається підшиванням задньої стінки антрального відділу шлунку поодинокими сіро-сірозними швами з підхватом тканин кратеру виразки по краю ліній швів кукси дванадцятипалої кишки. Після цього накладається поперечний терміно латеральний пілородуоденоанастомоз (субпапілярний) по передній стінці дванадцятипалої кишки в нижній її частині. Операція завершується виконанням одного з видів ваготомії. Закріплення швів кукси дванадцятипалої кишки в кратері виразки може бути виконанням підшиванням пасма великого сальнику.

Приклад

Хворий Ш., 42 роки, іст. хвор. №132, госпіталізований в клініку Інституту загальної та невідкладної хірургії АМН України 26.01.1999 року з гострою шлунково-кишковою кровотечею II ступеня. При фіброгастродуоденоскопії в постбульбарному відділі дванадцятипалої кишки виявлена виразка діаметром до 2 см з тромбованою судиною в її кратері. В зв'язку з рецидивом шлунково-кишкової кровотечі в клініці на фоні гемостатичної, противиразкової терапії 26.01.1999 ургентно оперований. Після лапаротомії, мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером-Клермоном та дуоденотомії виявлена виразка постбульбарного відділу дванадцятипалої кишки 2,5х2,0 см, пенетруюча в підшлункову залозу, з залученням великого дуоденального соска в виразковий кратер та кро-

вотечею із арозованої артеріальної судини. Виконана циркулярна резекція цибулини дванадцятипалої кишки по верхньому краю виразки, кровоточива судина у виразці прошита, досягнуто гемостаз. Передня стінка дванадцятипалої кишки по краю резекції підшита П-подібними швами до кратеру виразки вище великого дуоденального соска, прикриваючи таким чином прошиту судину з частковою екстеріоризацією виразки. Для герме-

тизації першого ряду швів виконано підшивання задньої стінки антрального відділу шлунку поодинокими сіро-сірозними швами з підхватом тканин кратеру виразки по краю лінії швів кукси дванадцятипалої кишки. Накладено поперечний термінолатеральний пілородуоденоанастомоз по передній стінці дванадцятипалої кишки в нисхідній її частині. Виконана селективна проксимальна ваготомія з езофагофундоплакацією.