



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58374

(13) A

(51) 7 A61B17/11

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПІЛОРОПЛАСТИКИ

1

2

(21) 2002129854

(22) 09 12 2002

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. №7, 2003 р.

(72) Бабій Валерій Павлович, Тутченко Микола
Іванович, Рошнін Георгій Георгійович, Хворостина
Віктор Михайлович(73) УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА
МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ(57) Спосіб пілоропластики за яким виконують
висічення виразки дванадцятипалої кишки разом із
пошкодженою частиною пілоричного сфінктера,

екстериторизацію кратера виразки і закриття де-
фекту зшиванням через всі шари країв рани шлун-
ка і дванадцятипалої кишки, який **відрізняється**
тим, що верхній і нижній кінці пілоричного
сфінктера зі сторони серозної оболонки фіксують
окремими вузловими швами до мобілізованої і
прошитої в кратері виразки круглої зв'язки печінки
на зонді №30, чим досягається надійний гемостаз,
створюється точка опори пілоричному сфінктеру,
що надає йому змогу функціонувати, та
відновлюється фізіологічний розмір гастродуо-
дального переходу

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до
хірургії і може бути використаний при лікуванні
хворих з кровоточивими пілородуоденальними
виразками задньої стінки

Враховуючи роль дуодено-гастрального реф-
люксу в ульцерогенезі, розробка нових операцій,
виключаючих, або значно знижуючих процентних
ускладнень, стає важливою проблемою шлункової
хірургії. Широке впровадження розроблених до
теперішнього часу операцій із збереженням функ-
ції ворота дозволило покращити реабілітаційні
показники при хірургічному лікуванні виразкової
хвороби (див. кн. Г.И. Дуденко, В.М. Зыбин - По-
следствия ваготомии, Киев "Здоров'я", 1987, с. 53).

В хірургічній практиці при лікуванні хворих із
кровоточивими пілородуоденальними виразками
використовується багато різноманітних методик.
Відомий спосіб по Джадду-Хорслею полягає в то-
му, що ромбоподібне висікається передня стінка
ворота разом із виразкою, після чого зшивають-
ся стінка шлунку та дванадцятипалої кишки в по-
перечному напрямку двурядними швами (див. кн.
В.Ф. Саенко, В.В. Грубник, Ю.В. Грубник,
С.Г. Четвериков "Современные методы лечения
язвенной болезни" Київ, "Здоров'я", 2002, с. 93).

Однак, відомий спосіб має суттєвий недолік
пошкодження пілоричного сфінктера, частина яко-
го висікається разом із виразкою. В післяоперацій-
ному періоді, практично в усіх хворих, виникає ре-
флюкс-гастрит та порушується порційна евакуація

їжі із шлунку в дванадцятипалу кишку (ДПК), що
призводить до погіршення стану хворого, а також
збільшується ймовірність виникнення інших ускла-
днень (рецидив кровотечі і виразки, передраковий
стан).

Перед авторами поставлена задача змен-
шення кількості ускладнень, обумовлених недо-
статністю ворота при операціях з приводу кро-
воточивих виразок задньої стінки дванадцятипалої
кишки, а також досягнення більш надійного гемос-
тазу в кратері виразки.

Поставлена задача вирішується тим, що верх-
ній і нижній кінці частини пілоричного сфінктера
(ПС), які залишилися після висічення, пришива-
ються серозно-м'язевими швами до круглої зв'язки
печінки фіксованої в кратері виразки, а гастродуо-
деноанастомоз формується однорядними вузло-
вими швами в поперечному напрямку.

Завдяки тому, що в поданому винаході верхній
і нижній кінці пілоричного сфінктера зі сторони се-
розної оболонки фіксують окремими вузловими
швами до мобілізованої і прошитої в кратері вира-
зки круглої зв'язки печінки на зонді №30, створю-
ється точка опори пілоричному сфінктеру та відно-
влюється фізіологічний розмір
гастродуоденального переходу, з'являється мож-
ливість зменшення кількості ускладнень, обумов-
лених недостатністю ворота при операціях з
приводу кровоточивих виразок задньої стінки ДПК
та досягається більш надійний гемостаз в кратері

(13) A

(11) 58374

(19) UA

виразки

Суть способу пояснюється кресленнями на фіг 1-зображено висічення виразки із задньої частиною ПС,

на фіг 2 - зображено прошивання кратеру виразки з тампонадою його круглою зв'язкою печінки,

на фіг 3 - зображена сформована задня губа гастродуоденоанастомозу,

на фіг 4 - зображена фіксація серозно-м'язевими швами верхнього і нижнього кінців ПС до круглої зв'язки печінки,

на фіг 5 - зображено кінцевий вигляд пілоропластики,

на фіг 6 - зображено кінцевий вигляд пілоропластики в сагітальній площині,

де

1 - кругла зв'язка печінки,

2 - дванадцятипала кишка,

3 - кратер виразки,

4 - воротар,

5 - шлунок,

6 - кратер виразки, прошитий з тампонадою круглою зв'язкою печінки,

7 - ушита задня стінка анастомозу,

8 - фіксація серозно-м'язевими швами верхнього кінця ПС до круглої зв'язки печінки,

9 - фіксація серозно-м'язевими швами нижнього кінця ПС до круглої зв'язки печінки,

10 - формування передньої губи анастомозу однорядними швами

Спосіб реалізується спідуючим чином (фіг 1, фіг 2, фіг 3, фіг 4, фіг 5, фіг 6) після лапаротомії та мобілізації ДПК 2 по Кохеру, виконують поперечну дуоденотомію в проекції виразки. Виразку задньої стінки висікають в межах здорових тканин разом із враженою частиною ПС, екстериторизують. Мобілізують, перев'язують та пересікають круглу зв'язку печінки 1. Прошивають кратер виразки 3 з тампонадою його частиною круглої зв'язки печінки 6. Однорядними вузловими швами формується задня стінка гастродуоденоанастомозу 7. Зі сторони серозної оболонки верхній і нижній кінці ПС 4 фіксуються серозно-м'язевими швами до круглої зв'язки печінки на зонді №30 - 8, 9. Закінчують формування передньої губи анастомозу між ДПК 2 і шлунком 5 однорядними вузловими швами 10.

Використання прецизійної техніки і тонкого атравматичного шовного матеріалу 6/0-5/0 дозволяє точно адаптувати встик одноімненні анатомічні структури, що попереджує розвиток в подальшому

грубих стенозуючих рубців

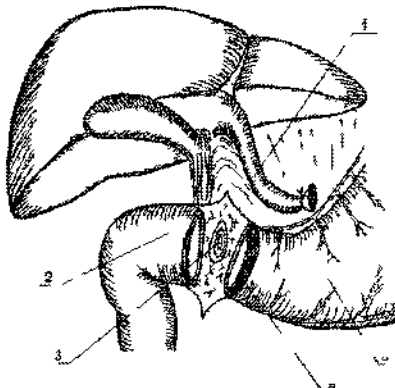
Доказом ефективності даного способу, який був опробований в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД) може бути наведений нижче приклад

Хворий П. А. П., 24 років, історія хвороби №30370, поступив у клініку КМКЛШМД 19.10.02 з діагнозом виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею середнього ступеня важкості. При ЕГДС виявлена виразка діаметром 2 см на задній стінці ДПК з переходом на воротар, в дні виразки - тромбована судина діаметром 1,5 мм. У зв'язку з високим ризиком рецидиву кровотечі після передопераційної підготовки виконана операція верхня-середина лапаротомія. Враховуючи стабільний стан хворого і те, що кровотеча на момент операції зупинена, виконана селективна проксимальна ваготомія ДПК мобілізована по Кохеру. Поперечна дуоденотомія в проекції виразки. Виразка задньої стінки висічена в межах здорових тканин разом із враженою частиною ПС, екстериторизована. Мобілізували, перев'язали та пересікли круглу зв'язку печінки. Кратер виразки прошити з тампонадою його частиною круглої зв'язки печінки. Однорядними вузловими швами сформували задню стінку гастродуоденоанастомозу. Зі сторони серозної оболонки верхній і нижній кінці ПС зафіксували серозно-м'язевими швами до круглої зв'язки печінки на зонді №30. Передня губа анастомозу сформована однорядними вузловими швами. Дренаж під печінку. Пошарові шви на лапаротомну рану.

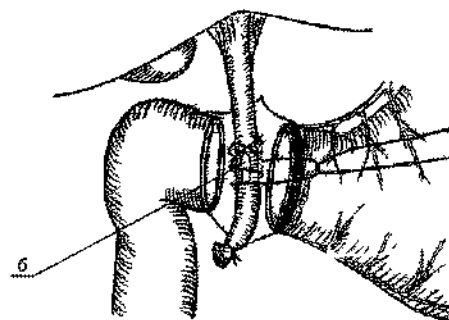
Післяопераційний період проходив без ускладнень. На третю добу з'явилася перистальтика. На п'яту добу видалений дренаж із черевної порожнини. На десяту добу хворому виконана ЕГДС та рентгеноскопія шлунка. Евакуація із шлунка в дванадцятипалу кишку порційна, своєчасна, дуоденогастральний рефлекс відсутній.

На одинадцяту добу після операції хворий в задовільному стані виписаний додому. Оглянутий через місяць - скарги відсутні.

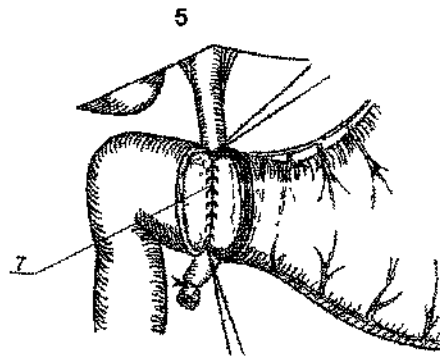
Таким чином, запропонований спосіб пілоропластики зменшує кількість ускладнень, обумовлених недостатністю воротаря при операціях з приводу кровоточивих виразок задньої стінки дванадцятипалої кишки, забезпечуючи своєчасну і порційну евакуацію із шлунку, попереджує розвиток рефлюкс-гастриту, а також збільшує надійність гемостазу в кратері виразки.



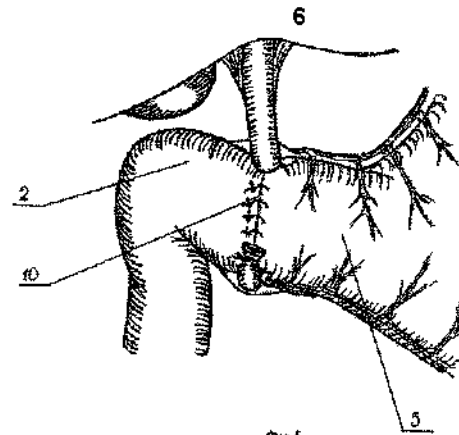
Фиг 1



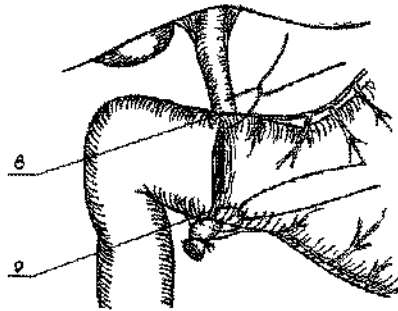
Фиг 2



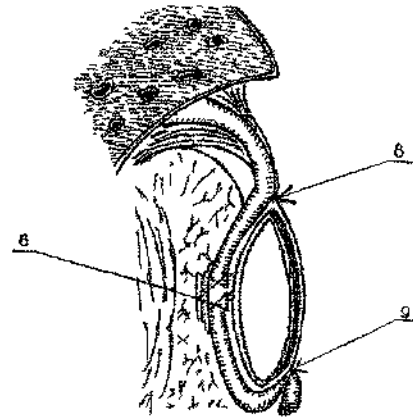
Фиг. 3



Фиг. 5



Фиг. 4



Фиг. 6