

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургічної гастроентерології, та може бути використаний у хірургічному лікуванні хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки (ДПК).

95 % виразок локалізуються у цибулині ДПК, з них третина розташовується у підпілоричній області [1]. У теперішній час операцією вибору при підпілоричних виразках ДПК є дуоденопластика, при якій видаляється морфологічний субстрат виразки та відновлюється прохідність ДПК. Однак радикальне видалення підпілоричної виразки пов'язане з висіченням пілоричного жому (ПЖ), що призводить до розвитку функціональних післяопераційних ускладнень – демпінг-синдрому, рефлюкс-гастриту практично у 100 % хворих [2].

Відомий спосіб дуоденопластики при підпілоричній виразці ДПК, який включає дуоденотомію, дослідження ПЖ з боку слизової оболонки візуально. У випадку втягнення ПЖ у виразковий інфільтрат переднє його півколо висікають разом з виразкою. Дефект тканин ушивають двоохрядними вузловими швами у поперечному напрямку [3]. Розвиток функціональних післяопераційних ускладнень після такого втручання зумовлюється порушенням замикаючої функції вихідного відділу шлунка внаслідок висічення ПЖ.

Найближчим аналогом (прототипом) є спосіб дуоденопластики при підпілоричній виразці ДПК, при якому виконують верхньо-серединну лапаротомію, мобілізують ДПК за Кохером, радикально висікають морфологічний субстрат виразки з інфільтрованими тканинами до ПЖ, переміщують його у тунель між слизово-підслизовою та серозно-м'язовою оболонками препілоричного відділу шлунка. В дистальну частину ДПК проводять назогастральний зонд. Дефект тканин ушивають двоохрядними вузловими швами у поперечному напрямку – перший ряд слизово-підслизовими швами, другий ряд серозно-м'язовими швами [4]. Однак і даний спосіб має недоліки. Розвитку функціональних післяопераційних ускладнень (демпінг-синдрому, рефлюкс-гастриту) сприяє пошкодження у ході тунелювання вихідного відділу шлунка прямих пілоричних, пілородуоденальних та екстрадуоденальних зв'язок, при цьому руйнується сполучнотканинна перегородка між ПЖ та ДПК. Крім того, переміщення ПЖ є технічно складним в силу анатомічних особливостей цього відділу травного тракту. У пілоричній частині шлунка є потужна підслизова основа, завдяки якій при препаровці слизова оболонка легко відділяється від м'язової. У зоні ПЖ та у цибулині ДПК підслизова основа слабо виражена, представлена щільною пластинкою, яка міцно фіксує м'язову оболонку до слизової [5].

В основі запропонованого винаходу лежить задача максимального збереження функціональної анатомії пілородуоденального переходу шляхом послідовного ушивання дефекту тканин, при якому відновлюється нормальна синтопія вихідного відділу шлунка за рахунок моделювання сполучнотканинної перегородки між ПЖ та ДПК.

Технічний результат полягає у зниженні частоти післяопераційних ускладнень (демпінг-синдрому, рефлюкс-гастриту), які розвиваються внаслідок порушень функціональної анатомії пілородуоденального переходу.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі дуоденопластики при підпілоричній виразці ДПК, який включає верхньо-серединну лапаротомію, мобілізацію ДПК за Кохером, радикальне висічення морфологічного субстрату виразки разом з інфільтрованими тканинами до ПЖ, проведення назогастрального зонду у дистальну частину ДПК та наступне ушивання дефекту тканин двоохрядними вузловими швами у

поперечному напрямку, причому другий ряд – серозно-м'язовими швами, згідно винаходу, перший ряд швів накладають через усі шари ДПК, а з боку шлунка захоплюють слизово-підслизовий шар та дистальну частину нижнього краю ПЖ з формуванням нової сполучнотканинної пластинки.

Відмінними ознаками винаходу є те, що у ході виконання операції, крім збереження цілісності ПЖ, створюють нову сполучнотканинну пластинку між шлунком та ДПК, яку формують при накладанні першого ряду швів. Шви проходять через усі шари ДПК, а з боку шлунка – через слизово-підслизовий шар та дистальну частину нижньої порції ПЖ, що захищає цю зону від розвитку неспроможності швів. Виконання даної операції сприяє збереженню прямих пілоричних, екстрадуоденальних та пілородуоденальних зв'язок, що попереджує розвиток післяопераційних ускладнень у вигляді демпінг-синдрому та рефлюкс-гастриту. Як свідчать літературні дані, жодний з відомих способів дуоденопластики при підпілоричній виразці ДПК не дає можливості після видалення морфологічного субстрату виразки відновити нормальну функціональну анатомію пілородуоденального переходу та не порушити прямі пілоричні, екстрадуоденальні та пілородуоденальні зв'язки.

Сутність винаходу ілюструється схематичними малюнками, на яких представлено:

На Фіг. 1 Радикальне висічення підпілоричної виразки до ПЖ.

На Фіг. 2 Накладання першого ряду швів у поперечному напрямку.

На Фіг. 3 Накладання другого ряду серозно-м'язових швів.

На Фіг. 4 Кінцевий вид дуоденопластики.

Спосіб здійснюється наступним чином. Спочатку виконують верхньо-серединну лапаротомію. Мобілізують ДПК за Кохером. Радикально висікають морфологічний субстрат 1 виразки разом з інфільтрованими тканинами 2 до ПЖ 3. У дистальну частину ДПК проводять назогастральний зонд. Накладають перший ряд вузлових швів у поперечному напрямку, який проходить через усі шари ДПК, а з боку шлунка – через слизово-підслизовий шар та дистальну частину нижнього краю 4 ПЖ з формуванням новосполучнотканинної пластинки. Потім накладають другий ряд вузлових серозно-м'язових швів 5. Проводять контроль гемостазу. Санують черевну порожнину, після чого її дренують рукавично-трубчастими дренажами. Операційну рану ушивають пошарово, наглухо.

Конкретний приклад здійснення.

Хворий Ю. 40 років. Історія хвороби № 1224.

Діагноз – Перфоративна виразка ДПК, розлитий серозно-фібринозний перитоніт.

Хворий поступив у друге хірургічне відділення МКЛ № 4 м. Києва 01.09.02 зі скаргами на інтенсивний біль по всьому животу постійного характеру, сухість у роті, спрагу. Больовий синдром з'явився годину тому. В анамнезі – виразкова хвороба ДПК з 1998 року. Останній тиждень відмічав «голодний біль» в епігастрії. Загальний стан тяжкий, шкірні покрови бліді, дихання часте, поверхневе, ЧД – 21 на хвил. Пульс 110 уд. на хвил. АТ 100/60 мм рт.ст. Живіт плоский, не приймає участі в акті дихання, верхній відділ живота дошкоподібний, симптоми подразнення очеревини позитивні, перкуторно – зниження печінкової тупості. При рентгеноскопії органів черевної порожнини – під правим куполом діафрагми вільний газ у вигляді серпа.

01.09.02 хворого прооперовано. Верхньо-серединна лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини. У черевній порожнині знаходиться дуоденальний вміст, серозний ексудат з нитками фібрину. Перфоративний отвір розташований у 0,5 см від ПЖ, розмір дефекту 0,2 см. Виконана мобілізація ДПК за Кохером, радикальне висічення морфологічного субстрату виразки з запальним інфільтратом до ПЖ, у дистальну частину ДПК проведено назо-гастральний зонд. Дефект ушитий двома рядами вузлових швів у поперечному напрямку. Перший ряд швів накладено через усі шари ДПК, а з боку шлунка - через слизово-підслизовий шар та дистальну частину нижнього краю з формуванням нової сполучнотканинної пластинки ПЖ. Накладено другий ряд вузлових серозно-м'язових швів між шлунком та ДПК. Контроль гемостазу. Санація та дренування черевної порожнини трьома рукавично-трубчастими дренажами - перший підведено до місця пластики та виведено (контрапертура у правому підребер'ї), другий - у порожнину малого тазу (контрапертура у правій здухвинній області), третій - по лівому фланку (контрапертура у лівій здухвинній області). Операційну рану ушито пошарово, наглухо. Матеріал відправлено на патогістологічне дослідження. Післяопераційний період без ускладнень, у задовільному стані хворого виписано на амбулаторне лікування 11.09.02 (10 діб). Контрольне дослідження через 6 и 12 місяців - ускладнень немає. ФГДС - органічної патології з боку травного тракту не виявлено. УЗД моторики шлунка - моторно-евакуаторна функція пілородуоденального переходу в нормі.

Запропонований спосіб дуоденопластики апробовано у першому та другому хірургічних відділеннях МКЛ № 4 м. Києва у період з 03.2002 по 03.2003 рр. За даною методикою прооперовано 6 хворих. Результати лікування за розробленою методикою порівнювались з результатами лікування хворих за способом-прототипом. Післяопераційних ускладнень у хворих, прооперованих за запропонованим способом, не спостерігалось. У той час, як за літературними даними, виконання способу-прототипу веде до розвитку демпінг-синдрому у 8 % хворих, а рефлюкс-гастриту - у 12 % [5]. Як показала статистична обробка з використанням таблиці Ст'юдента, заявлений спосіб забезпечує статистичне достовірне зниження частоти післяопераційних ускладнень у хворих на підпілоричну виразку ДПК ($P < 0,05$). Це досягається шляхом радикального висічення виразки до ПС, послідовним ушиванням дефекту тканин двома рядами вузлових швів у поперечному напрямку, при якому в перший ряд швів захоплюють всі шари ДПК, а з боку шлунка - слизово-підслизовий шар та дистальну частину нижнього краю ПЖ. Запропонований спосіб не порушує замикаючу функцію ПЖ та відновлює синтопічні взаємовідносини між шлунком та ДПК (створення сполучнотканинної перегородки, збереження прямих пілоричних, екстрадуоденальних та пілородуоденальних зв'язків), що сприяє зниженню частоти післяопераційних функціональних ускладнень, у вигляді рефлюкс-гастриту, демпінг-синдрому, а також попереджує розвиток неспроможності швів.

Використана література

1. Салупере В. Клиническая гастроэнтерология. - Таллин: Валгус, 1988. - С. 73-77.
2. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. - Краснодар, 1995. - С. 17-21.
3. Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. - К.: Здоров'я, 1979. - С. 76.
4. Гоер Я.В., Тутченко Н.И., Соломко А.В. и др. Лечение осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с восстановлением функции сфинктера привратника. - Метод.рекомендации. - К., 1990. - С. 7-9.
5. Сакс Ф.Ф., Задорожный А.А., Ефимов Н.П., Байтингер В.Ф. Хирургическая анатомия гастродуоденального перехода// Вестник хирургии. Им. Грекова -1987 Том 139 № 11 С. 41-45 .

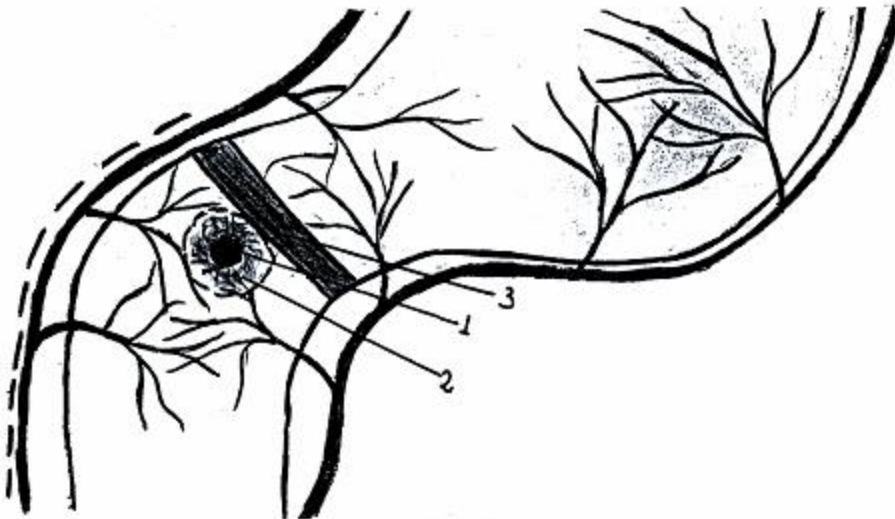
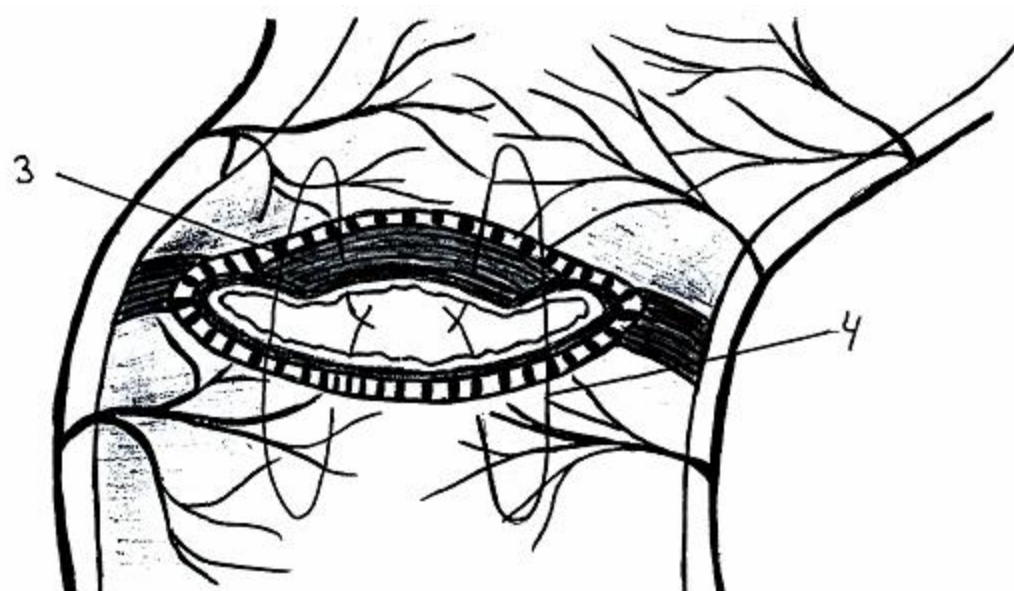
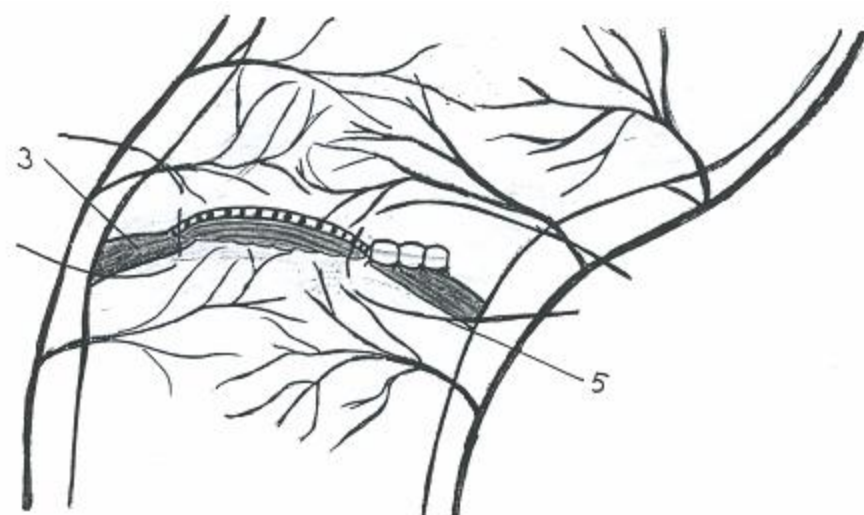


Fig. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4