

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, може бути застосований при оперативному лікуванні рецидивної ускладненої виразки пілородуоденальної зони.

Світові досягнення останніх років у вивченні етіопатогенетичних механізмів утворення виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки мали наслідком розробку нових лікарських препаратів, що сприяло значному поліпшенню якості терапевтичного лікування та зменшити показники щодо планового хірургічного оздоровлення хворих. Але в той же час збільшується кількість ускладнених форм виразкової хвороби часто з незадовільними результатами хірургічного лікування. Рецидиви виразки спостірюються у 70% випадків вже через кілька місяців після первинної діагностики та консервативного лікування.

Ушивання перфорації виразки у 60-75% випадків супроводжувалося рецидивом виразки, яка проходить з більшою кількістю ускладнень. При миванні перфоративної «хронічної» виразки симптоми виразкової хвороби зберігаються у 77% хворих [George R., Smith I., 1991]. При цьому 25-51% потребують повторної операції.

Резекція шлунку при перфоративній виразки пілородуоденальної зони в умовах перитоніту супроводжується ризиком післяопераційної летальності, яка складає 10-12%, післярезекційні синдроми виникають у 20%, втрата працездатності - 20-30%, стійка інвалідність - 3-5% [1;2].

Органозберігаючи операції з клапаною пілоропластиком та ваготомією базуються на збереженні резервуарної функції шлунку, фізіологічного пасажу їжі, висічення виразкового субстрату та формування анастомозу в межах незмінних тканин, можливості огляду задньої стінки дванадцятипалої кишки та виявлення «дзеркальної» виразки, усунення механічної причини порушення випорожнення шлунку, знижує ролі. гормональної фази шлункової секреції, що спричиняє усунення патогенетичних механізмів рецидування виразкової хвороби.

Пілоропластика за Фіннеєм найбільш доцільна при суб- і декомпенсованих виразкових стенозах дванадцятипалої кишки, при пенетруючих виразках, при поєднаних ускладненнях. Однак потребує мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером, що підвищує травматичність та збільшує час операції, в післяопераційному періоді помічається велика частота дуоденогастрального рефлюксу та демпінг-синдрому.

Пілоропластика за Гейнеке-Мікулічем у модифікації Джда використовується при перфорації виразки передньої стінки пілородуоденальної зони, потребує відносно менше часу, проте не призводить до нормалізації порційного пасажу їжі, частіше викликає стеноз воротаря [3;4].

Евакуація їжі зі шлунку обумовлена не тільки відкриттям сфінктера, а також скороченням м'язової оболонки шлунку. Коли шлунок у стадії випоржнення, воротар відкритий. М'язи антрума за допомогою перистальтичних хвиль (черв'яковидні рухи, що просувають їжу вперед) проштовхують вміщення шлунку у дванадцятипалу кишку. Імпульс скорочування досягає м'язів сфінктера, які закривають його, що сприяє порційній евакуації. Сфінктероруйнівні операції з ваготомією порушують морфологічну структуру (розсічення циркулярних волокон) та функціональний стан (усунення вагусної інервації) м'язової оболонки пілородуоденальної зони, що призводить до порушення функції порційного просування їжі, посилення дуоденогастрального рефлюксу. Просування їжі відбувається шляхом скорочення поздовжніх волокон [5;6]. В хірургії клапанних антірефлюксних анастомозів використовують операцію, яка є найбільш близькою до способу, що пропонується. Спосіб характеризується тим, що видалення виразкового субстрату виконують методом його ромбовидного висічення, поперечної гастродуоденопластики, інвагінують передню напівколо сфінктера у дванадцятипалу кишку з формуванням кишкового карману на передній стінці дванадцятипалої кишки. Проте, він потребує спеціального інструмента-інвагінатора, клапан формується у поперечному напрямку та в одній фронтальній площині, що на наш погляд не завжди забезпечує достатню замикальну функцію [7].

Завдання винаходу: зформувати у пілородуоденальній зоні спіралеподібний клапан-створку, який сприяє покращенню евакуаторної функції гастродуоденальної зони.

Поставлене завдання вирішують шляхом формування спіралеподібного клапану розташованного на передньому півколі по всьому периметру пілородуоденальної зони на відстані 6-8 см, коли в умовах порушеної замикальної функції порційна евакуація їжі замінюється черв'яковидним просуванням її з шлунку у кишку. Таким чином, створюються умови для перешкоди дуоденогастрального рефлюксу не лише за рахунок клапанної перегородки, але й труднощі ретроградного переміщення їжі, дуоденального вмісту по спіралі «знизу наверх».

Запропонована схема операції має наступні переваги:

1. У змінених анатомо-фізіологічних умовах при вимушеній сфінктероруйнуючій операції з ваготомією створюється можливість для адекватного дренажу шлунку.

2. Розміри створеної рани дозволяють провести більш детальну ревнію пілородуоденальної зони.

3. Зформований спіралеподібний клапан зі слизисто-м'язового валику на передній стінці дванадцятипалої кишки зменшує до мінімуму вигойдність розвитку дуоденогастрального рефлюксу.

На противагу від прототипу такий спосіб пілоропластики при ускладненій виразці пілородуоденальної зони дозволяє зформувати клапан у вигляді спіралі по всьому периметру пілородуоденальної зони, що запобігає впливу евакуаторних порушень (дуоденогастрального рефлюксу) на патологічний процес.

Спосіб, який пропонується, пояснюється за схемою, де на Фіг. 1 зображено етап висічення виразкового субстрату з продольною пілоротомією; на Фіг. 2 - етап переміщення верхньої лігатури-держалки; на Фіг. 3 - етап переміщення лоскутів утвореної рани; на Фіг. 4 - перший етап накладання шову Матешука;

на Фіг. 5 - етап формування спіралеподібного клапану; на Фіг. 6 - загальний вигляд пілоропластики.

Спосіб здійснюють таким чином.

Виконують верхньосерединну лапаротомію, область пілородуоденальної зони звільняють від рубцових деформацій, зверху та знизу від виразкового інфільтрату накладають лігатури-держалки, ромбовидно висікають виразковий субстрат, доповнюють його у проксимальному напрямку продольною пілоротомією до 2 см, переміщують верхню лігатуру-держалку на 2-3 см вправо, потім здійснюють переміщення лоскутів утвореної рани в горизонтальній, сагітальній та фронтальній площинах таким чином, щоб проекція майбутнього шову розташовувалась у косо-поперечному напрямку, зрівнюючи відстані між поперечними та продольними кутами рани, що утворилася. Формують спіралеподібний клапан, починаючи від верхнього кута рани, завдяки ввертанню

країв шлунку та дванадцятипалої кишки шовом Матешука й серозно-м'язковими швами. Спосіб дозволяє надати клапану спіралеподібне розташування, що знижує частоту дуоденогастральною рефлюксу.

Наводимо приклад здійснення способу.

Хворий К., 32 років, історія хвороби № 7503. Перебував на лікуванні у 3 хірургічному відділенні КОШМД с 01.08.05. по 15.08.05р. Діагноз: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена перфорацією. Дифузний серозно-фібринозний перитоніт. Госпіталізований за терміновими показаннями через 4 години після початку захворювання. Хворіє на виразку дванадцятипалої кишки протягом 8 років, лікувався амбулаторне та стаціонарно. Стан середньої важкості. АТ=120/80 мм рт.ст., пульс=86 на хвилину. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт симетричний, в акте дихання не бере участі, напружений, болісний у всіх ділянках. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Печінкова тупість відсутня. Фізіологічні відправлення не порушені.

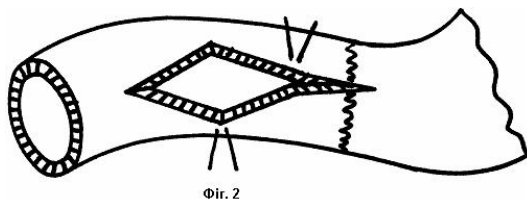
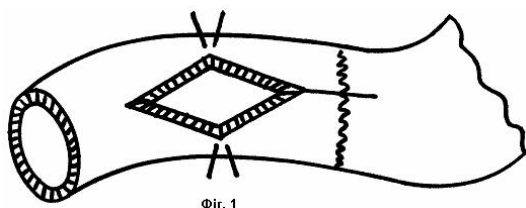
ФЭГДС № 3193/25: на оглянутих ділянках патологія відсутня. Рентгенографія черевної порожнини: вільний газ під правим куполом діафрагми.

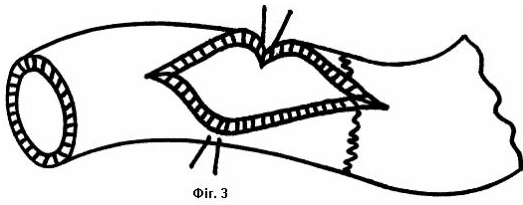
01.08.05г. операція, час 20.00-21.30. Лапаротомія. Двустороння стовбурова піддіафрагмальна ваготомія, висічення виразки, пілоропластика. Санація та дренування черевної порожнини. Верхньо-середина лапаротомія довжиною 18 см, з обходом пупка зліва. У черевній порожнині у підпечінковому просторі й з правого флангу серозний каламутний випіт з плівками фібрину. Шлунок звичайного розміру. Пілородуоденальна зона деформована за рахунок рубцово-спайкового процесу. На 0,5 см нижче пілорусу перфорація 3 мм, край щільний кальозний. Враховуючи виразковий анамнез (8 років), весінне-осіннє загострення, проведену амбулаторне та стаціонарно противиразкову терапію, давність перфорації (4 години), наявність високої кислотності (дані анамнезу) потрібна радикальна операція. Проведена двустороння стовбурова піддіафрагмальна ваготомія з перетинанням гілки Гросса. Після мобілізації виконано ромбовидне висічення виразки з продольною пілоротомією. Ентеральний зонд для харчування заведений на 20 см за зв'язку Трейца. Здійснили переміщення лоскутів утвореної рани в горизонтальній, сагітальній та фронтальній площинах таким чином, щоб проекція майбутнього шову розташовувалась у косо-поперечному напрямку. Виконана пілоропластика дворядними швами з формуванням спіралеподібного клапану. Проходимість її до 3 см. Черевна порожнина висушена промита розчинами фурациліну та йоддицерину до чистої води (3000мл). Дренування черевної порожнини у правому підреб'ї та у правій клубовій ділянці. Контроль на гемостаз. Шови на рану. Асептична пов'язка.

Макропрепарат: ділянка стінки дванадцятипалої кишки 1х1,5 см з перфорацією у центрі 3 мм. ПГД №12520-24. Висновок: хронічна виразка дванадцятипалої кишки у стадії загострення. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Виписаний у задовільному стані.

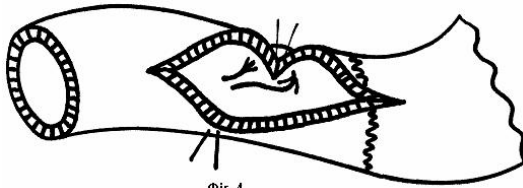
Література:

1. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. Санкт-Петербург, 2000., С. 120-156.
2. Лупальцов В.И. Лечение больных с перфоративной гастродуоденальной язвой// Клінічна хірургія. Київ, 2002. №10.С. 5-7.
3. Курыгин А. А. и соавт. Хирургическое лечение больных с перфоративными язвами желудка и ДПК // Вестник хирургии. Санкт-Петербург, 1998. № 4 С. 24-27.
4. Численко И. В. Выполнение органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией по поводу перфоративной язвы пилорoduоденальной зоны // Клиническая хирургия. Київ, 1998. № 5 С. 40-41.
5. Оноприев В.И., Шарапова Е.Г. Гистотопография осложненных дуоденальных язв - фундамент радикальной дуоденопластики // Матеріали XX з'їзду хірургів України. Тернопіль, 2002.С. 108-109.
6. Белый И.С., Вахтангшвили Р.Ш. Ваготомия при прободных пилорoduоденальных язвах. Київ, Здоров'я, 1984., С. 86-95.
7. Новомлинец Ю.П. Способ пилоропластики. Россия // Патент №2215487 от 11.10.2003.

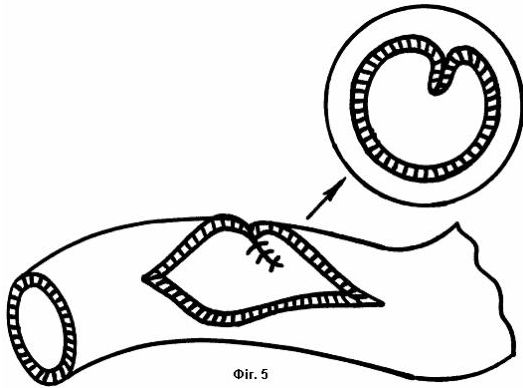




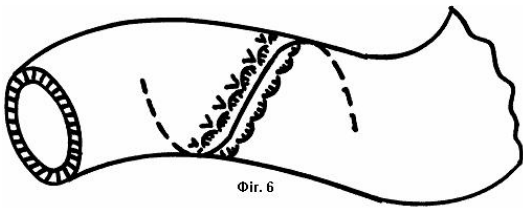
Φir. 3



Φir. 4



Φir. 5



Φir. 6