

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИСІЧЕННЯ РУБЦЕВО-ВИРАЗКОВОЇ ЗОНИ ПРИ ВИРАЗЦІ ЗАДНЬО-БОКОВОЇ СТІНКИ ЦИБУЛИНИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

(21) 99105449

(22) 06.10.1999

(24) 15.03.2001

(46) 15 03 2001, Бюл. № 2, 2001 р.

(72) Ярешко Володимир Григорович, Пакіта Анатолій Іванович, Рязанов Дмитро Юрійович

(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ІНСТИТУТ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ

(57) Спосіб висічення рубцево-виразкової зони при виразці задньо-бокової стінки цибулини дванадцятипалої кишки, що включає гастродуоденотомію,

висічення рубцево-виразкової зони, гастродуоденопластику, який відрізняється тим, що гастродуоденотомія виконується хрестоподібно з наступним обов'язковим висіченням двох сегментів, які прилягають до шлунка, та одного сегмента стінки дванадцятипалої кишки, який не потрапив у рубцево-виразковий процес, потім виконується висічення рубцево-виразкової зони і гастродуоденопластика шляхом поперекового зшивання країв дефекту з використанням залишеного сегмента дванадцятипалої кишки.

Спосіб відноситься до галузі медицини, зокрема до хірургії виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК).

При виразковій хворобі ДПК використовуються способи з висіченням виразки передньої стінки ДПК та виконанням гастродуоденопластики з ваготомією. Найчастіше використовується спосіб Judd-Horsley. При цьому проводиться овальний, горизонтально розташований розріз ДПК, висікається вихідник з виразкою та зшиваються стінки шлунку та ДПК [Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоров'я, 1985. - 354 с.].

Вказаний спосіб дозволяє висікати виразку передньої стінки ДПК, але не створює доступу до виразки задньо-бокової стінки ДПК, не дозволяє радикально висікати рубцево-виразкову зону кишки і змушує хірургів проводити резекцію шлунку з висіченням рубцево-виразкової зони ДПК, що технічно складніше та травматичніше.

Найбільш близьким по сукупності ознак до пропонованого способу є спосіб [Органосохраняющие методы хирургического лечения острых кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.Н. Велитоцкий, В.Ф. Саенко, П.Г. Кондратенко, В.П. Хохла / Под ред. В.Т. Зайцева. - Харьков: Харьковский НИИ общей и неотложной хирургии, 1985. - 18 с.], який полягає в поперековій дуоденотомії, висіченні виразки задньо-бокової стінки цибулини ДПК з виконанням дутоподібної піпородуоденопластики. В залежності від локалізації виразки, проводиться обмежена мобілізація цибулини

ДПК по малій та великій кривинам. Потім на трималці виводиться задня стінка ДПК і висікається виразка разом з ділянкою початкової пенетрації. При цьому утворюється дефект зі сторони задньої, верхньої та передньої стінок кишки. Цілісність кишки відновлюється двурядовим швом, який починається зі сторони задньої стінки та переходить на верхню і передню. Так формується дутоподібна піпородуоденопластика, яка дозволяє в більшості випадків зберегти пілоричний затягач. Операція доповнюється, в залежності від стану хворого, одним з видів ваготомії.

Вказана методика має такі недоліки:

1. Обмежений операційний доступ до задньо-бокових відділів цибулини ДПК.
2. Травматичність операції.
3. Недостатній діаметр гастродуоденоанастомоза.

Ці недоліки призводять до збільшення тривалості операції та підвищують ризик виникнення стенозу вихідного відділу шлунку.

У основу винаходу поставлена задача створити такий спосіб висічення рубцево-виразкової зони задньо-бокових відділів цибулини ДПК, який би знизили травматичність та тривалість операції завдяки поліпшенню операційного доступу до задньо-бокових відділів ДПК і попередив у післяопераційному періоді розвиток стенозу вихідного відділу шлунку завдяки виконанню гастродуоденопластики.

Поставлена задача здійснюється завдяки тому, що у способі, який включає подовжене розсі-

кання передньої стінки шлунку та ДПК довжиною 6–7 см, проводиться поперековий розріз передньої стінки кишки, що призводить до хрестоподібного доступу до задньо-бокових поверхонь цибулини кишки, висічення обох утворених сегментів (поскутів) зі сторони шлунку, які прилягають до обидвох кривин шлунку, з частиною пілоруса, а зі сторони кишки – тільки одного, як правило, рубцево-зміненого сегмента, розташованого ближче до виразки, а залишенням сегменту для майбутньої гастродуоденопластики, що продовжує лінію пересікання кишки і зіставляє її з довжиною раньового краю стінки шлунку, виконання двох скрізних розрізів задньо-бокової стінки цибулини кишки, які облямовують виразку, відступаючи від її краю на 1,0–1,5 см з медіальної або латеральної сторони цибулини кишки, де висічено прилягаючі сегменти кишки та шлунку, видалення чергової рубцево-виразкової ділянки задньої стінки кишки ножицями або скальпелем з поперечним зашиванням задньої стінки цибулини кишки одиничними вузловими шовковими швами № 6–8 або хромованим кетгутом і зашиванням дефекту передніх стінок кишки та шлунку також поперечними вузловими шовковими швами № 3–4 або синтетичною ниткою.

Спосіб показано на малюнках:

Фіг. 1. Хрестоподібний розріз шлунку та дванадцятипалої кишки.

Фіг. 2. Дефект після висічення сегментів розрізу при латеральній виразці цибулини дванадцятипалої кишки.

Фіг. 3. Дефект після висічення сегментів розрізу при медіальній виразці цибулини дванадцятипалої кишки.

Фіг. 4. Дефект після висічення латеральної рубцево-виразкової зони цибулини дванадцятипалої кишки.

Фіг. 5. Дефект після висічення медіальної рубцево-виразкової зони цибулини дванадцятипалої кишки.

Фіг. 6. Зашивання задньої стінки дванадцятипалої кишки після висічення латеральної рубцево-виразкової зони цибулини дванадцятипалої кишки.

Фіг. 7. Зашивання задньої стінки дванадцятипалої кишки після висічення медіальної рубцево-виразкової зони цибулини дванадцятипалої кишки.

Фіг. 8. Зашивання передніх стінок шлунку та дванадцятипалої кишки.

Спосіб здійснюється таким чином: вертикальний відділ ДПК разом з головою підшлункової залози мобілізується по методу Кохера і лівою рукою хірурга підіймається угору до операційної рани. При цьому другий та третій пальці кисті розташовуються під гепатодуоденальною зв'язкою і цибулиною кишки, що дає змогу при послідовному гастродуоденальному розрізі та висіченні рубцево-виразкової зони задньої стінки кишки здавлювати пальцями гепатодуоденальну зв'язку та зменшити крововтрату. Потім позовок розсікається передня стінка шлунку і кишки довжиною 6–7 см. Вище пересікання пілоруса розріз стінки шлунку становить 1,0–1,5 см, а цибулина кишки розсікається повністю.

Після встановлення виразки на задній або задньо-бокових поверхнях кишки, в проекції її локалізації проводиться поперечний розріз передньої

стінки кишки, що призводить до хрестоподібного доступу до задньо-бокових поверхонь цибулини кишки (фіг. 1). Для покращення доступу до виразки частина сегментів (поскутів), які утворилися, висікається: зі сторони шлунку – обидва сегменти, які прилягають до обох кривин шлунку, з частиною пілоруса, а зі сторони кишки – тільки один, як правило, рубцево-змінений сегмент, розташований ближче до виразки, а один сегмент залишається для майбутньої гастродуоденопластики, що продовжує лінію пересікання кишки і зіставляє її з довжиною раньового краю стінки шлунку (фіг. 2, 3).

З латеральної (фіг. 4) або медіальної (фіг. 5) сторони цибулини кишки, де висічені прилягаючі сегменти кишки та шлунку, проводиться два розрізи крізь задньо-бокові стінки цибулини кишки, які облямовують виразку, відступаючи від її краю на 1,0–1,5 см. Окреслена рубцево-виразкова ділянка задньої стінки кишки зістригається ножицями або видаляється скальпелем. При цьому утворюється дефект задньої стінки цибулини кишки, який становить 5–7 см по ширині. Залишається непересічений місток між відрізками кишки та шлунку по одній з бокових стінок, який не заважає гастродуоденопластиці.

Дефект задньої стінки цибулини кишки зашивається поперечними вузловими шовковими швами № 6–8 або хромованим кетгутом (фіг. 6, 7). Натяг швів не відбувається завдяки виразній рухомості стінки шлунку.

Дефект перехідних стінок кишки та шлунку також зашивається поперечно вузловими швами більш тонким швом № 3–4 або синтетичною ниткою, лінія швів перитонізується стінкою шлунку (фіг. 8). Гастродуоденопластика доповнюється стовбурною ваготомією.

Внаслідок цього висікається рубцево-виразкова зона задньої стінки цибулини ДПК з частиною переднього відділу пілоруса. Гастродуоденопластика збільшує діаметр вихідного відділу шлунку, що попереджує його стенозування.

Приклади:

Спостереження 1. Хворий А., 65 років (історія хвороби № 1116), 22.02.96 р. потрапив зі скаргами на біль у верхніх відділах живота, області серця. Вважає себе хворим більше 5 років, не обстежувався. Стан задовільний.

Об'єктивно: живіт м'який, злегка хворобливий у правому підреб'ї. Аналізи крові та сечі без особливостей. За даними УЗД – ехопризнаки хронічного панкреатиту. Ендоскопічне фіброгастродуоденоскопія – цибулина ДПК деформована, набрякла, на задньо-верхній стінці – виразка 1,0х1,0 см, покрита фібрином.

Дігноз: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, компенсований пілоростеноз.

29.02.96 р. операція (П.І. Попов). При ревізії: на верхньо-передній стінці цибулини ДПК є виразковий рубець, зляпаний з гепатодуоденальною зв'язкою. Цибулина кишки помірно стенозована завдяки рубцю. Кишка мобілізована по Кохеру. Передня стінка цибулини кишки розтинута хрестоподібним розрізом у проекції виразкового рубця і з пересіканням пілоруса. Сегменти розрізу висічені, за виключенням внутрішнього сегмента кишки. Виразка верхньо-бокової стінки кишки діаметром 1,5 см, яка пенетрує в гепатодуоденальну зв'язку,

висічена разом з рубцевою зоною задньої стінки кишки. Проведено гастродуоденопластику за прийнятою нами методикою. Піддіафрагмальна двустороння стовбурова ваготомія. Підпечінковий простір дреновано крізь прокол бокової стінки живота. Серединна рана зашита наглухо.

Тривалість операції 1 година.

Післяопераційний діагноз: Латеральна виразка дванадцятипалої кишки.

Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний 11.03.96 р. у задовільному стані.

Спостереження 2. Хворий О., 61 рік (історія хвороби № 495), 27.01.93 р. поступив в клініку зі скаргами на періодичне з'явлення болю в області шлунку, спині. Вважає себе хворим більше 10 років. Болі виникають натще, зменшуються після прийому харчів. Виразкову хворобу шлунку встановлено амбулаторно в 1986 р. Нудоти, блювоти немає.

Об'єктивно: стан задовільний. Зниженого харчування. Живіт звичайної форми, бере участь в акті дихання. Наволомацькі – м'який, при глибокій пальпації хворобливий в правому підреб'ї. Аналізи крові та сечі без особливостей. При рентгеноконтрастному дослідженні шлунково-кишкового тракту встановлено невелике розширення шлунку, деформація цибулини ДПК, виразкова "нища" 0,7х0,7 см по внутрішньому контуру цибулини ДПК. Дані рентгена підтверджені фіброгастродуоденоскопією.

Діагноз: Хронічна виразкова хвороба дванадцятипалої кишки.

08.02.93 р. операція (П.І. Попов). При ревізії: зі сторони органів черевної порожнини патологіч-

них змін не виявлено. В області препілоричного відділу шлунку, цибулини ДПК та її вертикальної частини виразний спастичний процес. Спайки розсічені, ДПК мобілізована по Кохеру. Цибулина кишки деформована. Проведено хрестоподібний розріз передньої стінки цибулини кишки з пересіченням пілоруса. При огляді на медіальній стінці кишки є виразка діаметром 2,0 см, яка переходить на задню стінку кишки і пенетрує в голівку підшлункової залози. Сегменти шлунку і медіальний сегмент кишки, які утворені хрестоподібною гастродуоденотомією, висічені. Рубцево-виразкова зона задньо-бокової стінки кишки окреслена розрізами на усю товщу стінки і висічена. Дно виразки, яке розташоване на голівці підшлункової залози, оброблено Sol. Iodi. Проведена гастродуоденопластика з зашиванням задньої "губи" анастомозу однорядними вузловими шовковими швами, передньої – двурядовими.

Піддіафрагмальна двустороння стовбурова ваготомія. Підпечінковий простір дреновано крізь прокол бокової стінки живота. Серединна рана зашита наглухо.

Тривалість операції 40 хвилин.

Післяопераційний діагноз: Медіальна виразка дванадцятипалої кишки.

Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний 19.02.93 р. у задовільному стані.

Отже, спосіб, що пропонується, створює широкий операційний доступ до задньо-бокових відділів ДПК, дозволяє знизити травматичність та тривалість операції, попередити розвиток у післяопераційному періоді стенозу вихідного відділу шлунку.

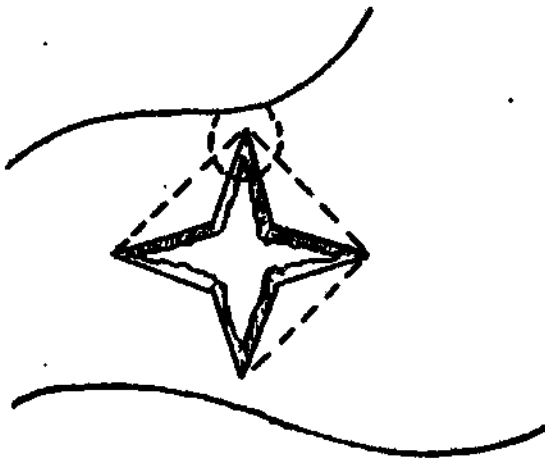


Fig. 1

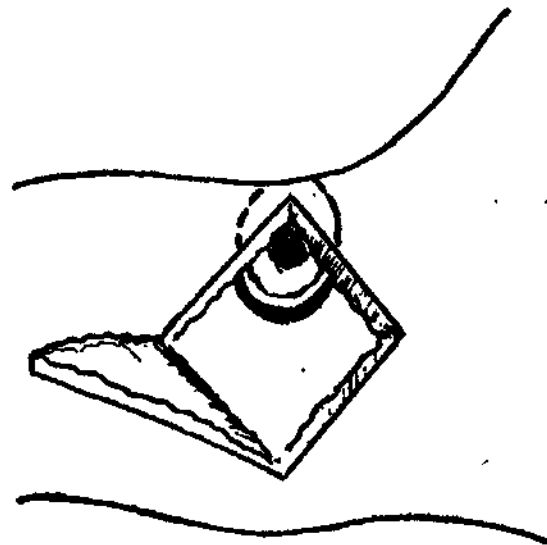


Fig. 2

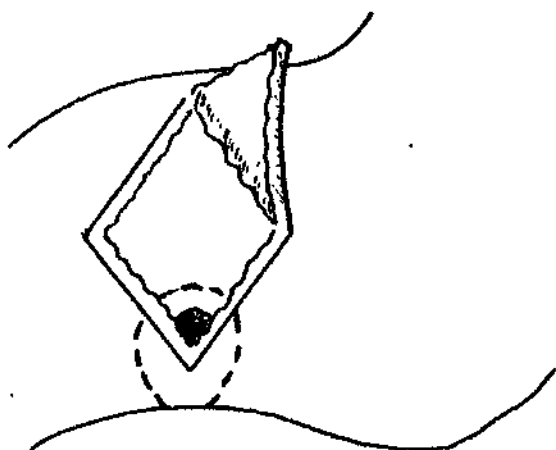


Fig. 3

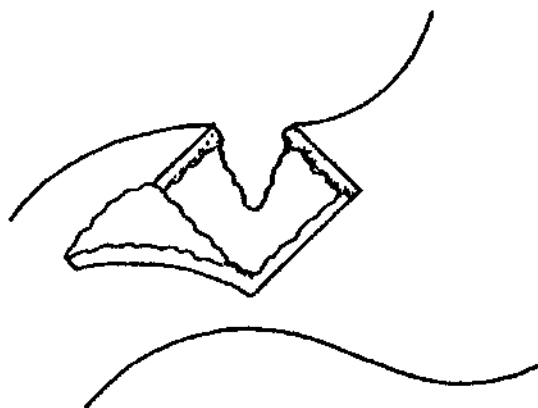


Fig. 4

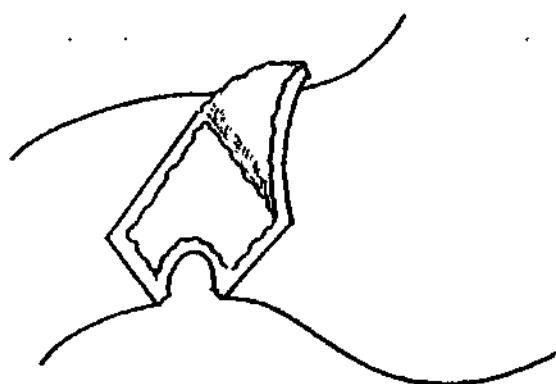


Fig. 5

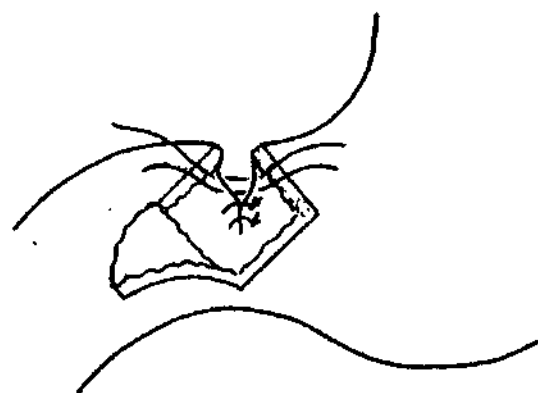


Fig. 6

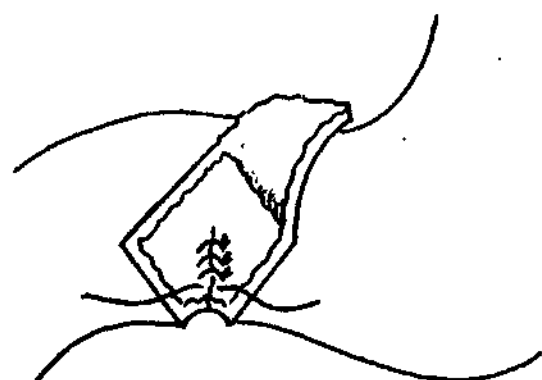


Fig. 7

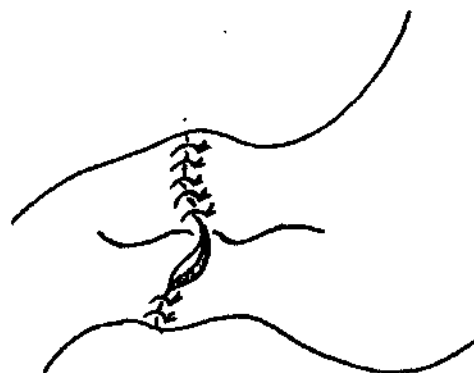


Fig. 8

Тираж 50 экз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»
Україна, 68000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
(03122) 3 - 72 - 89 (03122) 2 - 57 - 03