



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 40437

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЦИРКУЛЯРНОЇ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ

(21) 2001010713

(22) 31.01.2001

(24) 16.07.2001

(33) UA

(46) 16.07.2001, Бюл. № 6, 2001 р.

(72) Короткий Валерій Миколайович, Спицин Руслан Юрійович, Колосович Ігор Володимирович, Якименко Ганна Анатоліївна

(73) Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (НМУ), UA

(57) Спосіб циркулярної дуоденопластики, який включає мобілізацію дванадцятипалої кишки

(ДПК), радикальне циркулярне висікання її виразкового субстрату з наступним низведенням проксимальної кукси ДПК і формування дуоденального анастомозу кінець-в-кінець з накладанням двох рядів швів - першого ряду через усі шари ДПК по всій довжині дуоденального анастомозу, а другого серозно-м'язового - на передньобоківі стінки дуоденального анастомозу, який **відрізняється** тим, що перед формуванням дуоденального анастомозу задню стінку низведеної проксимальної кукси ДПК фіксують по всій її довжині окремими швами до навколишніх сполучних тканин.

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургічної гастроентерології, і може бути використаний у хірургічному лікуванні хворих з ускладненою виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ДПК).

Недिवлячись на успіхи консервативної терапії, частота виникнення ускладнених форм виразкової хвороби ДПК, які потребують хірургічного лікування, залишається високою [1]. На сьогоднішній день найбільш розповсюдженим напрямком хірургічного лікування ускладненої дуоденальної виразки є виконання дуоденопластики, методика якої розроблена досить ретельно [2]. Однак, у деяких випадках при використанні існуючих способів дуоденопластики, особливо при циркулярно розповсюдженій виразковій процесі, ускладненому перфорацією або стенозом, коли оперативне втручання потребує значного висікання морфологічно змінених тканин, виникають технічні труднощі хірургічної корекції. Одним з частих ускладнень (до 10,6%) у таких випадках стає виникнення гнійних ускладнень внаслідок розвитку неспроможності швів в області пластики, особливо при виконанні операції на тлі розлитого гнійного перитоніту [3].

Так, відомий спосіб радикальної циркулярної дуоденопластики за В.Т. Зайцевим і М.Н. Велигоцьким (1982) [4], який полягає в обмеженій мобілізації ДПК по малій кривині з пересіканням правої шлункової артерії зі збереженням правої шлунково-сальникової артерії по великій кривині. При цьому ДПК пересікають по нижньому краю виразки, виконують циркулярне висікання цибулини ДПК з наступним накладанням пілородуоденального анастомозу з першим рядом швів вузлами у сере-

дину, а другим рядом - П-подібними швами. Але при цьому способі радикальність усунення ускладненої виразки досягається грубими анатомо-функціональними порушеннями гастродуоденального переходу: широке виділення пілоричного жому порушує прямі пілоричні, екстрадуоденальні і пілородуоденальні внутрішньостіночні нервові і судинні зв'язки. Збільшення дефекту між дистальною і проксимальною ділянками ДПК після циркулярного висікання виразки призводить до ще більшого натягнення самої ДПК при накладанні анастомозу, особливо у критичних ділянках задньо-бокових стінок. Наслідком цього є розвиток вторинної неспроможності швів і збільшення частоти гнійних ускладнень у післяопераційному періоді.

Найбільш відомий і поширений спосіб циркулярної дуоденопластики - циркулярна дуоденопластика за В.І. Онопрієвим (1995) [5], суть якої полягає у мобілізації ДПК, радикальному циркулярному висіканні її виразкового субстрату з наступним низведенням проксимальної кукси ДПК і формуванні дуоденального анастомозу кінець-в-кінець з накладанням двох рядів швів - першого ряду через усі шари ДПК по всій довжині анастомозу, а другого серозно-м'язового - на його передньобоківі стінки. Цей спосіб є єдиним із відомих, в ході якого при радикальному висіканні виразки з запальним інфільтратом і наступним ушиванням дефекту зберігається морфо-функціональна цілісність пілородуоденального переходу. Цей спосіб і прийнято за прототип. Недоліком цього способу є можливе прорізування швів анастомозу, особливо його задньо-бокових стінок внаслідок натягнення між проксимальною і дистальною куксами ДПК. Крім того,

(13) A

(11) 40437

(19) UA

коли нижній край виразки досягає великого дуоденального сосочка, виконати мобілізацію дистальної кукси ДПК для накладання 2-го ряду шву анастомозу просто неможливо. Це призводить до виникнення гнійних ускладнень у післяопераційному періоді внаслідок розвитку вторинної неспроможності швів.

В основі винаходу, лежить задача додаткової фіксації низведеної проксимальної кукси ДПК по всій її довжині для попередження виникнення натягнення і прорізання швів в області дуоденального анастомозу.

Технічний результат полягає у зниженні частоти виникнення гнійних ускладнень у післяопераційному періоді.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі циркулярної дуоденопластики, який включає мобілізацію дванадцятипалої кишки (ДПК), радикальне циркулярне висікання її виразкового субстрату з наступним низведенням проксимальної кукси ДПК і формування дуоденального анастомозу кінець-в-кінець з накладанням двох рядів швів - першого ряду через усі шари ДПК по всій довжині дуоденального анастомозу, а другого серозно-м'язового - на передньобокові стінки дуоденального анастомозу, згідно винаходу, перед формуванням дуоденального анастомозу задню стінку низведеної проксимальної кукси ДПК фіксують по всій її довжині окремими швами до навколишніх сполучних тканин.

Відмінною особливістю винаходу, є додаткова фіксація низведеної проксимальної кукси ДПК по всій її довжині, що попереджує виникнення натягнення і прорізання швів між проксимальною і дистальною куксами дуоденального анастомозу. Профілактиці післяопераційних гнійних ускладнень сприяє така послідовність ушивання ДПК, при якій укріплюється саме задня її стінка, яка є критичною ділянкою анастомозу в плані виникнення неспроможності швів і де неможливе накладання 2-го ряду швів.

Даний спосіб циркулярної дуоденопластики з додатковим укріпленням низведеної проксимальної кукси ДПК по всій її довжині окремими швами до навколишніх сполучних тканин зберігає морфофункціональну єдність пілородуоденального переходу, не порушує прямих пілоричних, екстрадуоденальних і пілородуоденальних нервових і судинних зв'язків, а також запобігає виникненню післяопераційних гнійних ускладнень внаслідок розвитку вторинної неспроможності швів.

Як свідчать літературні дані, жодний з відомих способів дуоденопластики не дає можливості виконати таке надійне укріплення задньої стінки анастомозу.

Суть винаходу пояснюється фігурами, на котрих представлено: фіг. 1 - схематичне зображення перфоративної виразки зі значним морфологічним субстратом, що досягає великого дуоденального сосочка; фіг. 2 - етап мобілізації ДПК і циркулярного висікання виразки; фіг. 3 - етап низведення проксимальної кукси ДПК і фіксації її задньої стінки на протязі окремими швами до навколишніх сполучних тканин; фіг. 4 - накладання дуоденального анастомозу кінець-в-кінець; фіг. 5 - кінцевий вигляд дуоденопластики.

Спосіб здійснюється наступним чином. Виконують верхньо-серединну лапаротомію. Проводять ревізію органів черевної порожнини. Знаходять місце ускладненої виразки 1 цибулини ДПК 2. Мобілізують ДПК до рівня великого дуоденального сосочка. Поперечним розрізом розкривають просвіт ДПК на ділянці виразки. Проводять ревізію внутрішніх стінок ДПК. При розповсюдженні морфологічного субстрату виразки на всі стінки ДПК, його радикально циркулярно висікають. Низводять проксимальну куксу ДПК 3 і фіксують по всій довжині її задню стінку 4 окремими швами 5 до навколишніх сполучних тканин. Формують дуоденальний анастомоз з накладанням на задню стінку однорядного 6, а передньобокову - дворядного швів 7. Виконують лаваж черевної порожнини розчинами антисептиків, після чого її висушують і дрениують. Проводять контроль гемостазу. Операційну рану поширово ушивають.

Приклад конкретного здійснення. Хворий І., історія хвороби № 974. Діагноз: перфоративна виразка ДПК, розлитий гнійно-фібринозний перитоніт.

Операція: лапаротомія, висікання виразки ДПК, дуоденопластика, лаваж, дренивання черевної порожнини.

Хворий був доставлений у клініку 26.08.1999 р. у 23.32 год. зі скаргами на інтенсивні болі у животі, нудоту, блювоту, затримку стула і газів. Захворів гостро у 18.00 год., коли вперше з'явилися вище вказані симптоми. Каретою швидкої допомоги доставлений у стаціонар. На протязі 12 років страждає виразковою хворобою ДПК. Медикаментозно не лікувався.

Об'єктивно: шкіра і слизові - звичайного кольору. Язик сухий, вкритий білим нальотом. Пульс - 120 ударів за хв, ритмічний, АД=100/60 мм рт.ст. Живіт звичайної форми, симетричний, не приймає участі в акті дихання, при пальпації напружений (доскоподібний, різко болючий), симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. При перкусії відсутня печінкова тупість.

Оглядова Rö-скопія органів черевної порожнини: під правим куполом діафрагми - вільний газ черевної порожнини.

26.08.1999 у 23.55 год. виконана операція. Верхньо-серединна лапаротомія. У черевній порожнині велика кількість гною з фібрином. Ревізія органів черевної порожнини: на передній стінці цибулини ДПК - перфорація 0,5 см у діаметрі. В області виразки значні рубцеві зміни стінок ДПК. Проведена мобілізація ДПК. Просвіт ДПК розкрито продольним розрізом через перфоративний отвір. Морфологічний субстрат виразки з запальним інфільтратом циркулярно розповсюджується на 3-5 см від перфоративного отвору і досягає великого дуоденального сосочка. Радикальне циркулярне висікання виразки з запальним інфільтратом. Низведення проксимальної кукси ДПК і фіксація її задньої стінки по всій довжині окремими швами до навколишніх сполучних тканин. Формування дуоденального анастомозу кінець-в-кінець з накладанням двох рядів швів - першого ряду через усі шари ДПК по всій довжині анастомозу, а другого серозно-м'язового - на його передньобокові стінки. Лаваж черевної порожнини розчинами антисептиків (водний розчин хлоргексидину). Черевна поро-

жнина осушена і дренована трьома рукавично-трубчатими дренажами, один з яких підведено до місця дуоденопластики, а інші по правому і лівому фланкам у малий таз. Контроль гемостазу. Кровотечі немає. Операційна рана пошарово ушита.

Післяопераційний період пройшов без ускладнень. У задовільному стані хворий виписаний 2.09.1999 (7 доба) на амбулаторне лікування. Контроль через 6 і 12 місяців. Скарг немає. ФГДС - органічної патології не виявлено. УЗД вихідного відділу шлунка - порушень моторно-евакуаторної функції немає, ДГР - відсутній, гнійних ускладнень у ділянці анастомозу не виявлено.

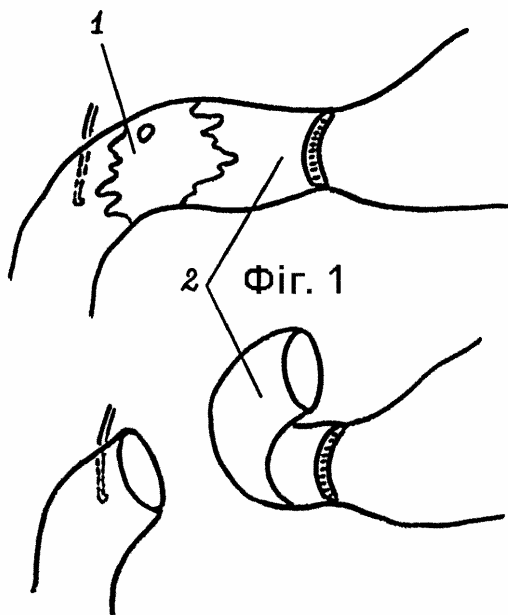
Спосіб апробовано у 1<sup>у</sup> і 2<sup>у</sup> хірургічних відділеннях МКЛ № 4 м. Києва у період з 1998 по 2001 роки. За даною методикою оперований 21 хворий. Результати лікування співставлялись з результатами лікування хворих шляхом використання прототипу. Ускладнень у хворих, оперованих за даним способом, не спостерігалось. За літературними даними, при використанні прототипу у випадках значного висікання морфологічно змінених тканин цибулини ДПК на тлі розлитого гнійного перитоніту у післяопераційному періоді вторинна неспроможність швів відмічалась у 8,5% [6].

Як показала статистична обробка з використанням таблиці Стьюдента, даний спосіб забезпечує статистично достовірне зниження частоти виникнення вторинної неспроможності швів і розвитку гнійних ускладнень у післяопераційному періоді у хворих з ускладненою дуоденальною виразкою ( $P < 0,05$ ). Це обумовлено особливостями ушиван-

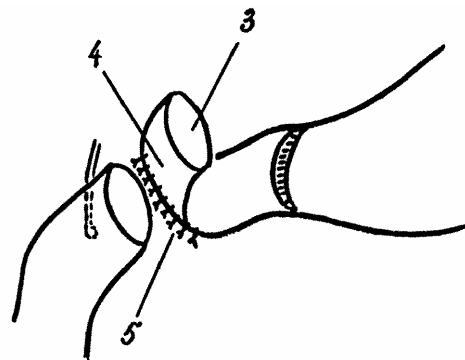
ня висіченої виразки - додатковим укріпленням низведеної проксимальної кукси ДПК окремими швами між її задньою стінкою по всій її довжині з навколишніми сполучними тканинами, що знімає навантаження швів анастомозу і розвантажує критичну ділянку задньої стінки, де технічно неможливе накладання 2-го ряду швів анастомозу, а також за рахунок збереження морфо-функціональної цілісності пілородуоденального переходу.

Джерела інформації.

1. Батвинков Н.И., Иоскевич Н.Н. Органосохраняющая хирургия язвенной болезни. - Гродно, 1995. - С. 172.
2. Оноприев В.И. Радикальная дуоденопластика - новое направление хирургического лечения осложнённых язв ДПК: актовая речь. - Краснодар, 1990. - С. 42.
3. Зайцев В.Т., Кононенко Н.Г. Послеоперационные осложнения у больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Клиническая хирургия, 1998, 1:7-8.
4. Зайцев В.Т., Велигоцкий Н.Н. Органосохраняющие операции при перфоративной язве ДПК. Клиническая хирургия, 1982, 4:9-13.
5. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. - Краснодар, 1995. - С. 293.
6. Мануйлов А.М. Радикальная дуоденопластика в лечении сложных язв ДПК. Диссертация... докт. мед. наук. - Краснодар, 1995. - С. 473.



Фіг. 2



Фіг. 3

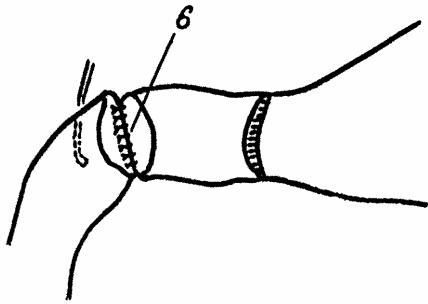


Fig. 4

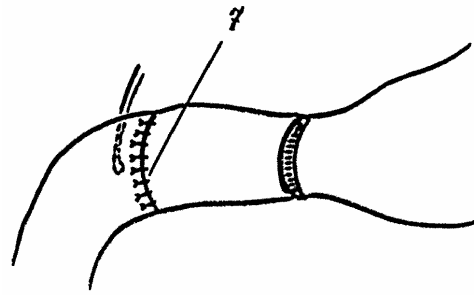


Fig. 5

---

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)  
 Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26  
 (044) 295-81-42, 295-61-97

---

Підписано до друку \_\_\_\_\_ 2001 р. Формат 60x84 1/8.  
 Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.  
 (044) 268-25-22

---