



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41517 (13) A

(51) 6 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СТЕНОЗУЮЧИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК, ЩО КРОВОТОЧАТЬ

1

2

(21) 98105253

(22) 06.10.1998

(24) 17.09.2001

(46) 17.09.2001, Бюл. № 8, 2001 р.

(72) Фомін Петро Дмитрович, Шелетько Євген Миколайович, Козлов Сергій Миколайович

(73) Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

(57) Спосіб хірургічного лікування стенозуючих дуоденальних виразок, що кровоточать, що включає селективну ваготомію, антрумектомію з поперечним гастроєюноанастомозом і поперечною антиперистальтичною дуоденоєюностомією, який відрізняється тим, що формування анастомозу здійснюється із застосуванням клапанного шва.

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії.

Відомий спосіб хірургічного лікування стенозуючих кровоточивих дуоденальних виразок, що полягає в селективній ваготомії, антрумектомії (Griffiths C.N., 1966) [1] ушитті культі дванадцятипалої кишки, гастроєюностомії по Гофмейстеру – Фінстереру. Однак цей спосіб має наступні недоліки:

подовжній розтин худой кишки при створенні гастроєюноанастомоза порушує її перистальтичну активність в зоні анастомоза;

ризик розвитку післяопераційного демпінг – синдрому становить 15 – 20%;

єюногастральний рефлюкс (ЄГР) відмічається у 55 – 60% пацієнтів.

Відомий спосіб, обраний нами як прототип, полягає в резекції шлунка (антрумектомії) з створенням поперечного заднього клапанного анастомоза культі шлунка з худюю кишкою (Витебский Я.Д., 1976) [2].

Разом з тим, і даний спосіб не позбавлений недоліків.

Формування гастроєюноанастомоза у варіанті заднього клапанного двоохрядними вузловими швами не завжди може забезпечити клапанну функцію і у всіх випадках попередити розвиток ентеро – гастрального рефлюкса і демпінг – синдрому, особливо в тих ситуаціях, коли зустрічається широка худа кишка, діаметр якої перевищує 3 – 3,5 см.

Винахід, що заявляється вирішує задачу підвищення ефективності селективної ваготомії з антрумектомією шляхом створення поперечного за-

днього клапанного гастроєюноанастомоза із застосуванням клапанного шва.

Технічний результат, що досягається, полягає у виключенні розвитку післяопераційного демпінг – синдрому і лужного єюно – гастрального рефлюкса.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що включає селективну ваготомію і антрумектомію із заднім гастроєюноанастомозом, згідно з винаходом створюють задній клапанний гастроєюноанастомоз із застосуванням клапанного шва.

Спосіб, що заявляється реалізовує новий підхід у виконанні антрумектомії з селективною ваготомією шляхом створення муфти – клапана із стінок культі шлунка і худой кишки, дозволяє дозволити регулювати ширину просвіту анастомоза, доповнити його поперечною антиперистальтичною дуодено – єюностомією (ПАДЕС), виключає розвиток післяопераційного демпінг – синдрому і лужного єюно – гастрального рефлюкса, поліпшує функціональні результати хірургічного лікування стенозуючих дуоденальних виразок, що кровоточать.

Відмінною особливістю є застосування клапанного шва, що дозволяє регулювати ширину просвіту клапанного анастомоза.

Наявність вказаних відмінних ознак в порівнянні з прототипом підтверджує їх істотність і служить основою до представлення даного способу як винахід.

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг. 1 – селективна ваготомія, антрумектомія;

Фіг. 2 – формування заднього поперечного

(13) A

(11) 41517

(19) UA

клапанного гастроєюноанастомоза.

Фіг 3 – накладення клапанних швів на задню губу анастомоза.

Фіг 4 – формування другого ряду швів задньої губи анастомоза.

Фіг 5 – формування передньої губи поперечного клапанного анастомоза.

Фіг 6 – створення поперечної антиперистальтичної дуоденоєюностомії.

Спосіб здійснюється таким чином після лапаротомії визначають покази до виконання селективної ваготомії з антрумектомією. Виконують селективну ваготомію (1), потім антральний відділ видаляють, культю дванадцятипалої кишки (2) ушивають одним з способів (Фіг 1). Після цього формують задній поперечний клапанний анастомоз початковий відділ худі кишки (3) після попереднього розтину спайок і зв'язки Трейца фіксують до задньої стінки культи шлунка (4) (Фіг 2). Перший ряд швів – серозних швів задньої губи анастомоза, що формується поперечно осі худі кишки, здійснюють з використанням клапанного шва (5). Спочатку захоплюють серозну оболонку задньої стінки культи шлунка, потім прошивають серозну оболонку худі кишки двома стьобаннями цієї ж нитки на відстані 0,5 см один від одного, вузли послідовно зав'язують (Фіг 3). Формують другий ряд серозно-м'язево – підслизових швів (6), що виконуються атравматичним шовним матеріалом (Фіг 4). Аналогічним образом формують передню губу анастомоза і закінчують виконання антирефлюксного клапанного анастомоза (Фіг 5). Ширина анастомоза не перевищує 2 – 2,5 см. Операцію доповнюють поперечною антиперистальтичною дуоденоєюностомією (ПАДЕС) (7), зшиваючи двохранними вузловими швами дистальний відділ дуоденум з відвідною петлею худі кишки нижче клапанного гастроєюноанастомоза (8) (Фіг 6).

Приклади конкретного виконання

1 Хворий Б., 29 років, і хв №13087, поступив в клініку 23.11.95 р. з приводу стенозуючої дуоденальної виразки, що кровоточить, після ушиття перфорації рік тому. Ендоскопічне і рентгенологічне дослідження указало на наявність субкомпенсованого дуоденального виразкового стенозу, кровотечу, що зупинилася 4.12.95 р. операція, під час якої виявлена низька зацібуліна стенозуюча і пенетруюча в гепатодуоденальну зв'язку виразка дванадцятипалої кишки, субкомпенсований стеноз виходу з шлунка з дилатацією його. Виявлена артерія – мезентеріальна компресія нижньогоризонтальної гілки дванадцятипалої кишки і ХПДП в фазі субкомпенсації.

Виконана селективна ваготомія, езофагофундопластика, антрумектомія, атипове ушиття культи дванадцятипалої кишки, створення заднього поперечного клапанного гастроєюноанастомоза діаметром 16 мм із застосуванням клапанного шва, поперечна дуодено – єюностомія (ПАДЕС), проведення трьохбалонного зонда для електрокінезографії в післяопераційному періоді. На 15 добу виписаний з клініки в задовільному стані. Оглянутий через півтора року. Здоровий, працює по спеціальності.

2 Хворий К., 43 років, і хв №8263, поступив по швидкій допомозі з діагнозом шлунково – кишкової

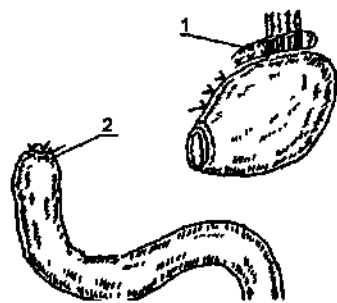
кровотечі. Виразковий анамнез 12 років. При фіброгастродуоденоскопії виявлений дуоденальний стеноз, непрохідний для ендоскопа. На рівні стенозу видно край кальозної виразки. 21.07.93 р. операція у відстроченому періоді. Під час лапаротомії виявлена кальозна пенетруюча в головку підшлункової залози і гепатодуоденальну зв'язку виразка дванадцятипалої кишки з кратером розмірами 2,5 x 2,5 см і навколівиразковим інфільтратом 4,0 x 4,5 см, субкомпенсований стеноз виходу з шлунка.

Виконана селективна ваготомія, антрумектомія з накладенням заднього поперечного клапанного гастроєюноанастомоза діаметром 16 мм із застосуванням клапанного шва, поперечна антиперистальтична дуодено – єюностомія (ПАДЕС). Післяопераційний період без ускладнень. Через два тижні виписаний з клініки. Оглянутий через 3 роки, скарг не пред'являє.

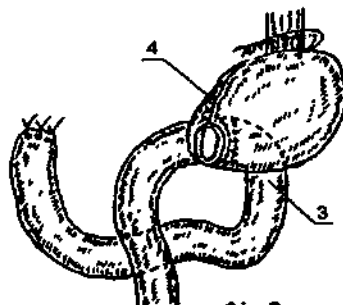
За способом, що заявляється оперовано двох хворих, а за способом прототипом – 22. У пацієнтів, оперованих за способом, що заявляється, не було випадків демпінг – синдрому і єюно – гастрального рефлюкса в післяопераційному періоді. Запропонований спосіб є більш ефективним в лікуванні стенозуючих виразок дванадцятипалої кишки, що кровоточать, дозволяє виключити розвиток післяопераційного демпінг – синдрому, єюно – гастрального рефлюкса і рефлюкс – гастриту, поліпшує функціональні результати оперативного втручання.

Використана література

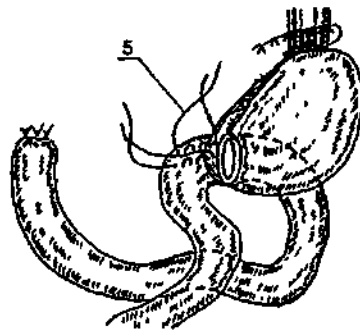
- 1 Griffith C N. Selectiv gastric vagotomy // Surg. Clin. N Amer. – 1966, vol 46 – P. 367 – 377.
- 2 Витебский Я. Д. Хронические нарушения дуоденальной непроходимости и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки // Челябинск, 1976 – 189 с.



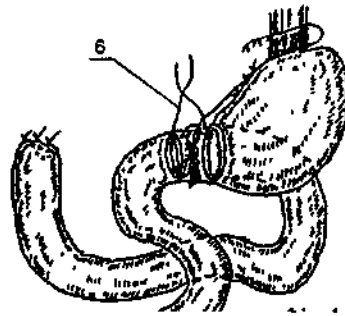
Фіг. 1



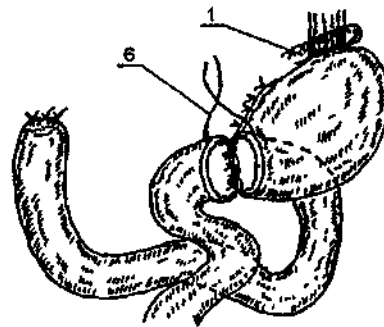
Фіг. 2



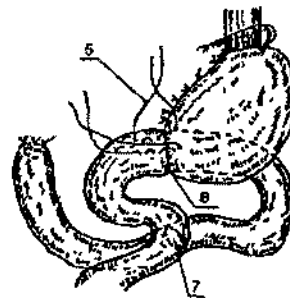
Фіг. 3



Фіг. 4



Фіг. 5



Фіг. 6
