



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41939** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
**A61B 17/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ГАСТРОДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕЛИКИХ ТА ГІГАНТСЬКИХ ВИРАЗКАХ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНИХ ТУБУЛЯРНИМ СТЕНОЗОМ**

1

2

(21) u200903381

(22) 08.04.2009

(24) 10.06.2009

(46) 10.06.2009, Бюл.№ 11, 2009 р.

(72) КОРОТКИЙ ВАЛЕРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, UA,  
КОЛОСОВИЧ ІГОР ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,  
ЧЕМОДАНОВ ПАВЛО ВІКТОРОВИЧ, UA,  
МІРОШНІЧЕНКО МАРИНА ОТАРІЇВНА, UA,  
ЗАПОЛЬСЬКА КАТЕРИНА МИХАЙЛІВНА, UA

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб гастродуоденопластики при великих і гігантських виразках дванадцятипалої кишки, ускладнених тубулярним стенозом, що включає

верхньосерединну лапаротомію, мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером, радикальне висічення морфологічного субстрату виразки та наступне ушивання дефекту тканин, який **відрізняється** тим, що після радикального висічення морфологічного субстрату виразки додатково поздовжньо розсікають пілоричний сфінктер і частину передньої стінки антрального відділу шлунка, поздовжньо розсікають звужену частину дванадцятипалої кишки в дистальному напрямку, а ушивання дефекту тканин виконують в поздовжньому напрямку, підшиваючи розсічену стінку шлунка до дефекту дворядними швами.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до хірургічної гастроентерології, і може бути використана в хірургічному лікуванні хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ДПК).

У залежності від розміру дуоденальні виразки можна розділити на малі виразки (до 0,5см у діаметрі); середні (0,6-1,9см), великі - більші 2см у діаметрі та гігантські - більші за 3см (5-10%) [1]. Ці виразки вимагають тривалого консервативного лікування, а їхнє рубцювання, нерідко призводить до деформації та стенозування ДПК.

Стенотичні деформації дванадцятипалої кишки розподіляються на

а) кисетні (сегментарні) деформації;

б) розповсюджені (тубулярні), звужуючі дванадцятипалу кишку на протязі. Частою причиною розвитку тубулярних стенозів є рубцювання гігантських виразок ДПК [2].

Серед оперативних способів лікування тубулярних стенозів ДПК пропонують резекцію шлунка за Б-ІІ, гастродуодено- або гастроеюностомію з ваготомією. Однак, недоліком цих оперативних втручань є висока частота (до 60%) функціональних та органічних порушень.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування великих і гігантських стенозуючих виразок ДПК, що включає циркулярну резекцію стенозованого сегменту дванадцятипалої кишки, та його заміну сегментом порожньої кишки на судинній ніжці [3]. Од-

нак при тривалому перебігу виразкового процесу розвивається рубцева трансформація дуоденальних зв'язок і ретробульбарної клітковини, зміщення магістральних судин та жовчовідвідних протоків, що проходять парадуоденально, в результаті цього циркулярна резекція ураженого сегменту ДПК стає технічно складним процесом, який супроводжується високим ризиком ятрогенного пошкодження парадуоденальних структур. Видалення цибулини ДПК веде до грубих порушень нейрогуморальної регуляції шлунка, пілоруса, панкреатичної секреції та жовчовидалення. Крім того, відсутність в слизовій оболонці тонкокишкової вставки фізіологічних механізмів захисту від агресивних чинників шлункового соку веде до утворення пептичної виразки анастомозу.

Найближчим аналогом (прототипом) є спосіб дуоденопластики при великих і гігантських виразках ДПК (циркулярна дуоденопластика), при якому виконують верхньо-серединну лапаротомію, мобілізацію ДПК за Кохером, радикально висікають морфологічний субстрат виразки та зону стенозу, дефект тканин ушивають однорядними вузловими швами [4]. Однак і даний спосіб має недоліки. Обов'язковою умовою успішного виконання циркулярної дуоденопластики є високий ступінь рухливості стінок ДПК, що стає можливим тільки після виконання прецизійної мобілізації ДПК шляхом перетинання грубих рубцевих тяжів, що фіксують її стінки й зв'язки, не ушкоджуючи магістральні па-

(13) **U**  
(11) **41939**  
(19) **UA**

радуоденальні судини. Прецизійна мобілізація ДПК є технічно складною, а в умовах перитоніту й набряку стінки нерідко важко здійснюваним етапом операції, що значно збільшує тривалість оперативного втручання. Неадекватна прецизійна мобілізація не забезпечує необхідної рухливості стінок ДПК і, як наслідок, може призвести до розвитку гнійно-септичних ускладнень у результаті неспроможності швів. Цьому також сприяє застосування однорядного шва.

В основі запропонованої корисної моделі лежить задача підвищення ефективності хірургічного лікування великих і гігантських виразок ДПК ускладнених розвитком тубулярного стенозу ДПК за рахунок реконструктивного відновлення стінки ДПК після висічення виразок ДПК без натягу країв дуоденальної рани й деформації ДПК.

Технічний результат, що досягається, буде полягати в зниженні частоти післяопераційних гнійно-септичних ускладнень (через неспроможність швів).

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі гастродуоденопластики при великих і гігантських виразках ДПК, що включає верхньо-серединну лапаротомію, мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером, радикальне висічення морфологічного субстрату виразки, згідно корисної моделі, після радикального висічення морфологічного субстрату виразки додатково поздовжньо розсікають пілоричний сфінктер і частину передньої стінки антрального відділу шлунка, поздовжньо розсікають звужену частину дванадцятипалої кишки в дистальному напрямку, а ушивання дефекту тканин виконують в поздовжньому напрямку, підшиваючи розсічену стінку шлунка до дефекту дванадцятипалої кишки дворядними швами.

Відмінними ознаками корисної моделі є те, що в ході операції, після радикального висічення морфологічного субстрату додатково поздовжньо розсікають пілоричний сфінктер і частину передньої стінки антрального відділу шлунка, поздовжньо розсікають звужену частину дванадцятипалої кишки в дистальному напрямку, а дефект ушивають поздовжньо дворядними вузловими швами.

Виконання даної операції передбачає, що для пластичного закриття дефекту стінки дванадцятипалої кишки, що виникає після радикального висічення гігантської перфоративної виразки, та поздовжнього розсічення звуженої дистальної частини ДІЖ використовується високорухлива передня стінка шлунка, що забезпечує зведення країв рани без натягу і попереджує розвиток післяопераційних гнійно-септичних ускладнень через неспроможність швів. За доступними даними такий спосіб гастродуоденопластики при великих і гігантських виразках ДПК ускладнених тубулярним стенозом невідомий.

Сутність корисної моделі ілюструється кресленнями, на яких представлено:

На Фіг.1: Схема радикального висічення виразки ДПК з додатковим поздовжнім розсіченням пілоричного сфінктера і частини передньої стінки антрального відділу шлунка, та поздовжнім розсіченням дистальної звуженої частини ДПК, де 1 -

лінія мобілізації за Кохером, 2 - морфологічний субстрат, 3 - додаткове поздовжнє розсічення, 4 - пілоричний сфінктер, 5 - антральний відділ шлунку, 6 - дистальна звужена частина, 7 - дванадцятипала кишка.

На Фіг.2: зображено ДПК після радикального висічення виразки і додаткового розсічення пілоричного сфінктера і частина передньої стінки антрального відділу шлунка та поздовжнього розсічення дистальної звуженої частини дванадцятипалої кишки, де 1 - лінія мобілізації за Кохером, 4 - пілоричний сфінктер, 5 - антральний відділ шлунку 7 - дванадцятипала кишка

На Фіг.3: зображено накладання першого ряду слизово-м'язових швів.

На Фіг.4: Кінцевий вигляд операції.

Запропонований спосіб здійснюється в такий спосіб. Виконують верхньо-серединну лапаротомію. Мобілізують ДПК 1 за Кохером. Радикально висікають морфологічний субстрат виразки 2 й роблять додаткове поздовжнє розсічення 3 пілоричного сфінктера 4 й частини передньої стінки 5 антрального відділу шлунка. Поздовжньо розсікають 6 дистальну звужену частину ДПК 7. Накладають перший ряд 8 вузлових швів у поздовжньому напрямку, між стінкою дванадцятипалої кишки й розсіченою передньою стінкою шлунка. Потім накладають другий ряд 9 вузлових серозно-м'язових швів. Проводять контроль гемостазу. Санують черевну порожнину, після чого її дренують трубчастими дренажами. Операційну рану ушивають пошарово, наглухо.

Конкретний приклад здійснення

Хворий С 53 років. Історія хвороби №1187

Діагноз - Перфоративна субпілорична виразка ДПК, субкомпенсований тубулярний стеноз ДПК, розлитий серозно-фібринозний перитоніт.

Хворий поступив у друге хірургічне відділення МКЛ №4 м. Києва 14.02.08 зі скаргами на інтенсивний біль по всьому животі постійного характеру, сухість у роті, спрагу. Біль з'явилась годину тому. В анамнезі - виразкова хвороба ДПК із 2000 року. Загальний стан важкий, шкірні покриви бліді, дихання часте, поверхневе, ЧД - 24 на хв. Пульс 98 уд. на хв. АТ 110/60мм рт. ст. Живіт плоский, не приймає участі в акті дихання, верхній відділ живота дошкоподібний, симптоми подразнення очеревини позитивні, перкуторно - зникнення печінкової тупості. При рентгеноскопії органів черевної порожнини - під правим куполом діафрагми вільний газ у вигляді серпа.

14.02.08 хворого прооперовано. Верхньо-серединна лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини. У черевній порожнині видно дуоденальний вміст, серозний екссудат з нитками фібрину. Шлунок дилатован. Перфоративний отвір до 0,5см у центрі виразкового інфільтрату діаметром 3,5х4см, розташованого на передній стінці цибулини ДПК субпілорично, який визиває рубцевий стеноз ДІЖ на протязі до 6см. Виконано мобілізацію ДПК за Кохером, радикально висічено морфологічний субстрат виразки із запальним інфільтратом, поздовжньо розсічено пілоричного сфінктера та частину передньої стінки антрального відділу шлунка, та поздовжньо розсічено звужену диста-

льну частину ДПК, дефект ушито двома рядами вузлових швів у поздовжньому напрямку. Контроль гемостазу. Санація й дренування черевної порожнини трьома трубчатими дренажами - перший підведено до місця пластики й виведено (контрапертура в правому підребер'ї), другий - у порожнину малого тазу (контрапертура в правій здухвинній області), третій - по лівому флангу (контрапертура в лівій здухвинній області). Операційна рана ушита пошарово, наглухо. Матеріал відправлено на патогістологічне дослідження. Післяопераційний період без ускладнень, у задовільному стані хворого виписано на амбулаторне лікування 24.02.08 (на 10 добу).

Запропонований спосіб гастродуоденопластики апробовано у першому та другому хірургічних відділеннях МКЛ №4 м. Києва у період з 2007 по 2009. За даною методикою прооперовано 4 хворих. Результати лікування за розробленою методикою порівнювалися з результатами лікування хворих за способом-прототипом. Післяопераційних ускладнень у хворих, прооперованих за запропонованим способом, не спостерігалось. У той же час, за літературним даними, виконання способу-прототипу призводить до розвитку гнійно-септичних ускладнень у результаті неспроможності швів в 5,7%. Як показала статистична обробка з

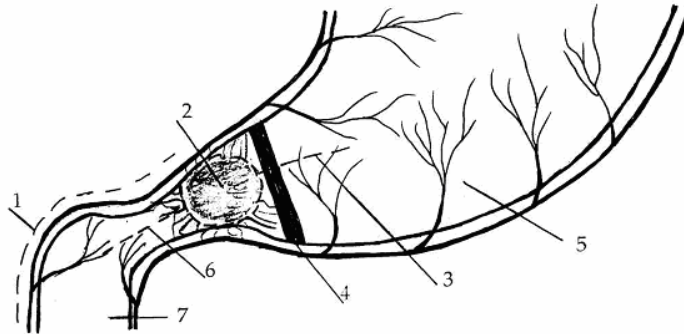
використанням таблиці Ст'юдента, заявлений спосіб забезпечує статистично достовірне зниження частоти післяопераційних ускладнень у хворих з більшими й гігантськими виразками ДІЖ ( $P < 0,05$ ). Це досягається шляхом мобілізації ДІЖ за Кохером, радикального висічення морфологічного субстрату виразки, додаткового поздовжнього розсічення пілоричного сфінктера й частини передньої стінки антрального відділу шлунка, поздовжнього розсічення дистальної звуженої частини ДПК й наступного ушивання дефекту тканин дворядними вузловими швами в поздовжньому напрямку. Запропонований спосіб забезпечує закриття дефекту дванадцятипалої кишки високорухливою передньою стінкою шлунка без натягу, що сприяє зниженню частоти післяопераційних гнійно-септичних ускладнень через неспроможність швів.

1. Jarell E. Bruce, Carebasi A. Surgery. - Baltimore, Maryland, 1991. - 570p.

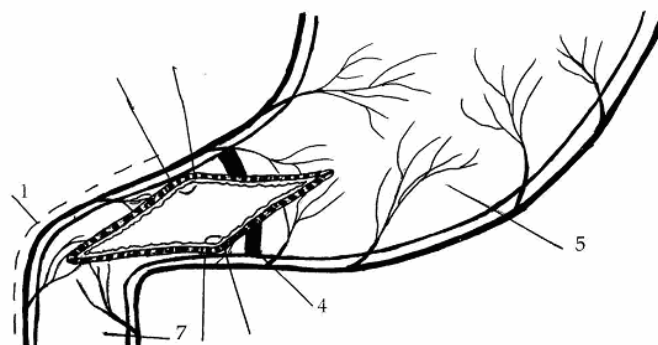
2. Онопріїв В.І. Етюди функціональної хірургії виразкової хвороби. - Краснодар, 1995. - С.102.

3. Онопріїв В.І. Етюди функціональної хірургії виразкової хвороби. - Краснодар, 1995. - С.210

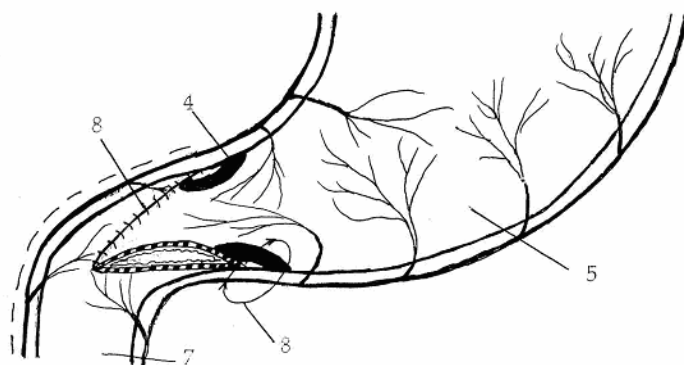
4. Онопріїв В.І. Етюди функціональної хірургії виразкової хвороби. - Краснодар, 1995. - С.135-137.



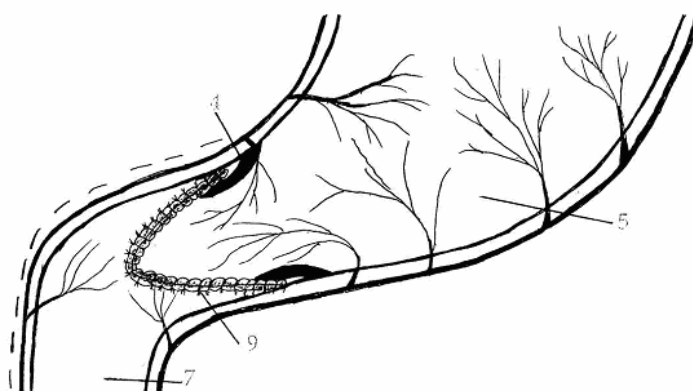
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4