



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42644 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА

1

2

(21) u200902301

(22) 16.03.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

(72) КУТОВИЙ ОЛЕКСАНДР БОРИСОВИЧ, СА-
МАРЕЦЬ ЕДУАРД ФЕЛІКСОВИЧ, ВАСИЛЬЧЕНКО
ВЛАДИСЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ(73) КУТОВИЙ ОЛЕКСАНДР БОРИСОВИЧ, СА-
МАРЕЦЬ ЕДУАРД ФЕЛІКСОВИЧ, ВАСИЛЬЧЕНКО
ВЛАДИСЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ

(57) 1. Спосіб хірургічного лікування виразкової хвороби, що включає верхньосерединну лапаротомію, мобілізацію ділянки малої кривизни кардіального відділу шлунка, резекцію виразки з інфільтратом, ушивання тканин, який відрізняється тим, що мобілізацію ділянки малої кривизни кардіального відділу шлунка здійснюють від його кута до необхідного рівня перев'язки лівої шлункової ар-

терії, на ділянці великої кривизни виконують тракцію шлунка донизу, відтягуючи ділянку малої кривизни у бік печінки, накладають викривлені затиски на ділянку малої кривизни кардіального відділу шлунка, резекцію виразки з інфільтратом здійснюють уздовж траєкторії викривлених затисків, а перед ушиванням тканин, на ділянці малої кривизни кардіального відділу шлунка, навколо затисків, через обидві стінки шлунка, накладають обвивну кетгуттову лігатуру, знімають викривлені затиски та затягують кінці кетгуттової лігатури.

2. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що викривлені затиски накладають від кута шлунка до лівої шлункової артерії.

3. Спосіб за пп. 1, 2, який відрізняється тим, що викривлені затиски накладають із захопленням передньої, задньої стінки шлунка разом з виразкою та її інфільтратом.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема, до хірургічних способів і може бути використаною в абдомінальній хірургії при лікуванні виразкових захворювань шлунка з малою кривизною його кардіального відділу.

Відомий спосіб хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка, що включає пересічення нервів Латерже, повне висічення ділянки шлунка з малою кривизною та пілоропластику [1]. Недоліками відомого рішення задачі є недостатні ефективність та оперативність надання медичної допомоги. Це зумовлене висіченням тканин на ділянці всієї малої кривизни шлунка та пересіченням нервів Латерже. Внаслідок порушення цілісності шлунка та навколишніх нервів, їх травматизації, порушується функціонування шлунка й виникає онтогенія побічних ускладнень. Пересічення нервів Латерже змушує здійснювати пілоропластику, що призводить до вираженої деформації шлунка, стримує його функціональні ресурси та пасаж травлення. Наданий шлях медичної допомоги є практично неприйнятним для ургентної хірургії, особливо, при обтяженні патогенезу виразкової хвороби перфорацією шлунка або профузною кровотечею, коли оперативне втручання виконується

за наявності життєвих показань, з високою хірургічною та/або анестезіологічною відповідальністю.

Більш наближеним до дійсної корисної моделі серед об'єктів аналогічного призначення за сукупністю істотних ознак є спосіб хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка, що включає верхньосерединну лапаротомію, мобілізацію, резекцію виразки з інфільтратом і ушивання тканин, у відповідності з котрим, резекцію виразки з інфільтратом виконують клиновидним шляхом, висікаючи ділянку малої кривизни шлунка [2]. Проте, збільшення ефективності та оперативності у цей спосіб, як і у попередньому випадку, істотно обмежене клиновидним шляхом резекції. Недоліком способу є виражена деформація органу, що впливає на його функцію і передусім на пасаж їжі.

Встановлено, що внаслідок клиновидної резекції, віддалені результати лікування виразкової хвороби шлунка у 2% випадків були негативними [3].

Інші об'єкти аналогічного призначення з досліджуваного рівня техніки не встановлені.

В основу дійсної корисної моделі поставлена задача вдосконалити спосіб хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка, застосування котрого

(19) UA (11) 42644 (13) U

дозволило б шляхом напівовальної резекції малої кривизни кардіального відділу шлунка покращити ефективність за рахунок зниження онтогенії подальших ускладнень та оперативні ресурси.

Поставлена задача вирішується тим, що при здійсненні у відомому способі хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка, що включає верхньо-серединну лапаротомію, мобілізацію ділянки малої кривизни кардіального відділу шлунка, резекцію виразки з інфільтратом, ушивання тканин, відповідно до корисної моделі, мобілізацію ділянки малої кривизни кардіального відділу шлунка здійснюють від його кута до необхідного рівня перев'язки лівої шлункової артерії, на ділянці великої кривизни виконують тракцію шлунка донизу, відтягуючи ділянку малої кривизни убік печінки, накладають викривлені затиски на ділянку малої кривизни кардіального відділу шлунка, резекцію виразки з інфільтратом здійснюють уздовж траєкторії викривлених затисків, а перед ушиванням тканин, на ділянці малої кривизни кардіального відділу шлунка, навколо затисків, через обидві стінки шлунка, накладають обвивну кетгутину лігатуру, знімають викривлені затиски та зтягають кінці кетгутинної лігатури; за умов, що викривлені затиски накладають від кута шлунка до лівої шлункової артерії; із захопленням передньої, задньої стінок шлунка разом з виразкою та її інфільтратом.

Причинно-наслідковий зв'язок сукупності відмінних ознак дійсної корисної моделі з вищезазначеними технічним результатом полягає в наступному.

Обсяг вдосконалення за умов запропонованого рішення задачі поширюється на техніку відтворення напівовальної резекції та закриття рани.

Мобілізація ділянки малої кривизни кардіального відділу шлунка від кута останнього до передбаченого рівня перев'язки лівої шлункової артерії, що передусь резекції, сприяє збереженню переднього та заднього стовбурів нервів Латерже. Межі мобілізації малої кривизни, а саме, від кута шлунка до передбачуваного рівня перев'язки лівої шлункової артерії, допускають перев'язку, пересічення лівої шлункової артерії, роблять шлунок рухливим і податливим, що істотно спрощує подальші маніпуляції та сприяє покращенню оперативних ресурсів.

Тракція шлунка донизу, на ділянці великої кривизни, з відтягуванням ділянки малої кривизни убік печінки, прискорює накладання викривлених затисків на виразковий інфільтрат кардіального відділу малої кривизни шлунка.

Накладання викривлених затисків на ділянку малої кривизни кардіального відділу шлунка надає можливість захопити передню та задню стінки останнього разом з виразкою та її інфільтратом, зімкнути кінці затисків.

Саме техніка проведення тракції та накладання викривлених затисків у сукупності забезпечують формування напівовалу, складеного з малої кривизни кардіального відділу шлунка, виразки та виразкового інфільтрату, а відтак проведення напівовальної резекції малої кривизни кардіального відділу шлунка, з перевершенням ефективності кінцевого результату, тобто зі збереженням стінки

шлунка на значній ділянці його малої кривизни. Натомість, наступна резекція виразки разом з її інфільтратом по траєкторії криволінійних затисків досягає збереження малої кривизни, форми шлунка та прискорює відновлення його моторно-евакуаторної функції.

Накладання обвивної кетгутинної лігатури на ділянці малої кривизни кардіального відділу шлунка, навколо затисків, через обидві стінки шлунка, а потім зтягування кінців кетгута, після почергового зняття викривлених затисків, допускають накладання вузлових серозно-м'язових швів під час ушивання, а разом із цим - досягнення повного гемостазу, збереження форми шлунка з максимальною можливістю обмеження його деформації у постопераційному періоді. Натомість, завершення напівовальної резекції малої кривизни кардіального відділу шлунка запропонованим шляхом виключає необхідність використання пілоропластики, що покращує не лише оперативні ресурси способу, але й знижує ймовірність онтогенії подальших ускладнень.

Для забезпечення максимального технічного результату відтворення вищезазначених приймань уточнюється необхідністю накладання викривлених затисків від кута шлунка до лівої шлункової артерії, із захопленням передньої і задньої стінок шлунка, разом із виразкою та її інфільтратом.

У порівнянні з прототипом, ефективність напівовальної резекції шлунка за виявленими фактами онтогенії різноманітних ускладнень, вище на 15-20%, а покращення оперативності характеризується скороченням часу хірургічного втручання на 20-25хв., що має значення при лікуванні хворих з високим ступенем оперативного ризику, а також спрощенням регламенту за протоколом.

За цих умов застосування способу забезпечує збереження конфігурації малої кривизни шлунка, цілісності переднього та заднього нервів Латерже, що сприяє швидкому, надійному відновленню його моторно-евакуаторної функції. Напівовальна резекція шлунка досягається мінімальним об'ємом оперативних приймань. Його межі вдосконалення надають можливість застосовувати сучасні противиразкові терапевтичні комплекси.

Таким чином, обсяг маніпуляцій, щодо техніки відтворення напівовальної резекції та закриття рани є суттєвим, адже за сукупністю ознак є необхідним і достатнім для вирішення поставленої задачі й досягнення заявленого технічного результату. Сукупність відмінних суттєвих ознак, що характеризує дійсний спосіб, невідома з рівня техніки, а від того є новою, поширюється на усі випадки його багаторазової реалізації та розповсюджується на затребуваний обсяг його правового захисту.

На Фіг.1 показаний зовнішній вигляд викривлених затисків і напівовал, що утворюється після накладання затисків,

на Фіг.2 - етап операції після резекції виразки з інфільтратом по траєкторії викривлених затисків та накладання обвивної кетгутинної лігатури,

на Фіг.3 - кінцевий етап напівовальної резекції після накладання серозно-м'язових швів.

Відомості, які підтверджують можливість відтворення способу хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка, з реалізацією вищезазначеного технічного результату, полягають в наступному.

Сутність.

Проводять розтин черевної порожнини лінійним розрізом від мечоподібного відростка до пупка. При огляді і пальпації передньої стінки шлунка верифікують наявність виразки, що локалізується в кардіальному відділі малої кривизни та її відношення до прилеглих органів. Обстежують задні стінки шлунка через сальникову сумку шляхом розтину шлунково-ободочної зв'язки. Пальпаторно визначають стан задньої стінки шлунка та її співвідношення до підшлункової залози, яка залучається у злуканий процес виразкової хвороби. Здійснюють мобілізацію малої кривизни шлунка шляхом розтину печінково-шлункової зв'язки (малого сальнику) зі збереженням переднього та заднього стовбурів нервів Латерже. Мобілізацію малої кривизни шлунка забезпечують від його кута до передбачуваного рівня перев'язки лівої шлункової артерії, адже перев'язка та пересічення лівої шлункової артерії зумовлюють рухливість та податливість шлунка, що спрощує відтворення запропонованих маніпуляцій. Для зручнішого накладання затисків на виразковий інфільтрат кардіального відділу малої кривизни шлунка виконують тракцію шлунка донизу, переважно, на ділянці великої кривизни, а малу кривизну відтягують убік печінки. На ділянці малої кривизни, від кута шлунка до лівої шлункової артерії, накладають викривлені затиски протилежно один до одного, таким чином, щоб зійшлися їхні кінці, з можливістю формування напівовалу (захоплення передньої та задньої стінок шлунка, разом з виразкою й виразковим інфільтратом, Фіг.1). На ділянці напівовалу, складеного з малої кривизни кардіального відділу шлунка, виразки та її інфільтрату, по траєкторії викривлених затисків, здійснюють резекцію виразки з її інфільтратом. Навколо викривлених затисків, через передню та задню стінки шлунка, по черзі накладають обвивну кетгуту ліватуру. Після почергового зняття цих затисків зтягують кінці кетгута, досягаючи повного гемостазу. Кінцевими лігатурами додатково прошивають обидві стінки шлунка та зв'язують їх по черзі (Фіг.2). На завершення лінії кетгуту шва ушивають серозно-м'язовими швами (Фіг.3), зберігаючи конфігурацію малої кривизни шлунка, а також можливість на швидке відновлення його моторно-евакуаторної функції.

Приклад.

Хворий М., 47 років, перебував у відділенні хірургічної гастроентерології та ендоскопічної хірургії ОКЛ см. І.І. Мечнікова м. Дніпропетровська з приводу виразкової хвороби шлунка (i/x №1249). Виразковою хворобою шлунка хворіє упродовж 10 років. Неодноразово лікувався у гастроентерологічних та терапевтичних відділеннях. Проте виразка не піддавалась повному рубцюванню, був епізод кровотечі з виразки, котру зупиняли консервативними та ендоскопічними засобами. Враховуючи неефективність противиразкової терапії, хворому було показано хірургічне лікування.

Фіброгастродуоденоскопія: у субкардіальному відділі шлунка ближче до малої кривизни виявлений виразковий дефект 2×3см з глибоким кратером - непрямі ознаки пенетрації шлунково-печінкового зв'язку.

В обсязі запропонованого способу виконане хірургічне лікування. Проводили верхньо-серединну лапаротомію. Пальпаторно при ревізії, у субкардіальному відділі, по малій кривизні шлунка спостерігали наявність виразкового інфільтрату 3×4см. Здійснювали мобілізацію ділянки малої кривизни кардіального відділу шлунка, від його кута до передбачуваного рівня перев'язки лівої шлункової артерії. Виконували тракцію шлунка донизу на ділянці великої кривизни, відтягуючи ділянку малої кривизни убік печінки. Надалі на ділянці малої кривизни шлунка, від його кута до лівої шлункової артерії накладали викривлені затиски, захоплюючи передню й задню стінки разом із виразкою та її інфільтратом. Резекцію виразки з інфільтратом здійснювали по траєкторії викривлених затисків. На ділянці малої кривизни кардіального відділу шлунка, навколо затисків, через обидві стінки шлунка, накладають обвивну кетгуту ліватуру. Знімали викривлені затиски у почерговому порядку та зтягували кінці кетгуту ліватури, досягаючи повного гемостазу. Кетгуту ліватуру ушивали серозно-м'язовими швами, зберігаючи конфігурацію його малої кривизни.

Тривалість операції становила 80хв., що на 20-25хв. менше, ніж за прототипом. Були виключені пілоропластика, пересічення нервів Латерже, висічення тканин на ділянці всієї малої кривизни шлунка, як чинники травматизації, порушення цілісності, функціонування, а також онтогенії побічних ускладнень шлунка.

Перебіг післяопераційного періоду у хворого М. відбувався без видимих ускладнень. Його випустили зі стаціонару у задовільному стані на 10 добу після хірургічного лікування. При огляді через 6 місяців відмічали повне збереження моторно-евакуаційної функції шлунка. Форма шлунка не змінена, що підтверджувалось рентгенологічним та ендоскопічним засобами контролю.

Наданий приклад клінічного використання запропонованого способу повністю підтверджує, що напівовальна резекція малої кривизни кардіального відділу шлунка дозволяє реалізувати його нові властивості, тобто покращення ефективності за рахунок зниження онтогенії подальших ускладнень та оперативні ресурси.

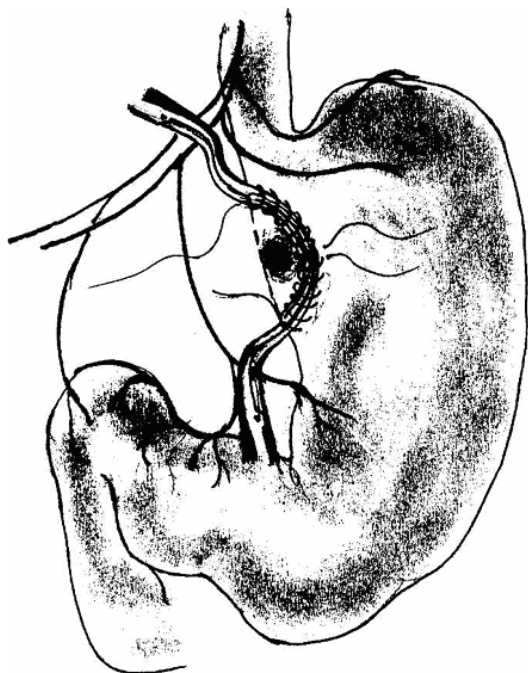
Виходячи з наданих тверджень, заявник вважає, що вдосконалення відомого способу хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка відповідає умові «промислова придатність», оскільки межі перевершення вищезазначеного технічного результату за подією пріоритету були реалізовані за допомогою продуктів, відомих з рівня техніки, а характеристика об'єкта, що зазначена у н.п. формули, визначає відмінність його від об'єктів аналогічного призначення і дозволяє кваліфікувати запропоноване рішення задачі корисною моделлю процесу.

Аналоги:

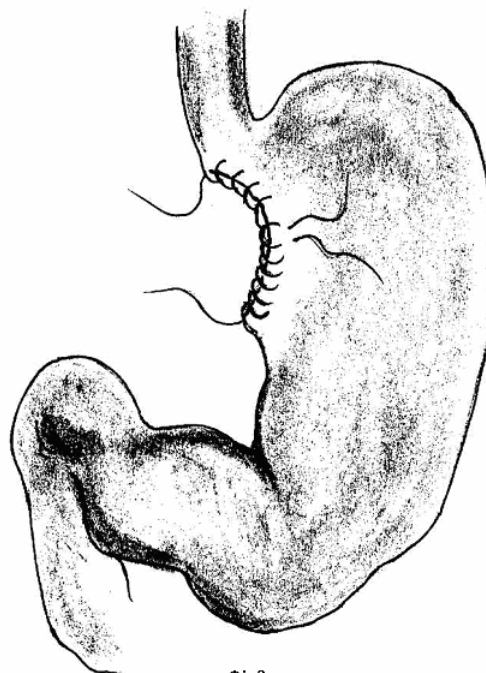
1. Ганичкин А.М., Резник С.Д. Методы восстановления желудочно-кишечной непрерывности при резекции желудка. Л.: «Медицина». -1973. - 280с. (С.24).

2. Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. Киев: «Здоров'я». - 1979. - 312с. (С.104).

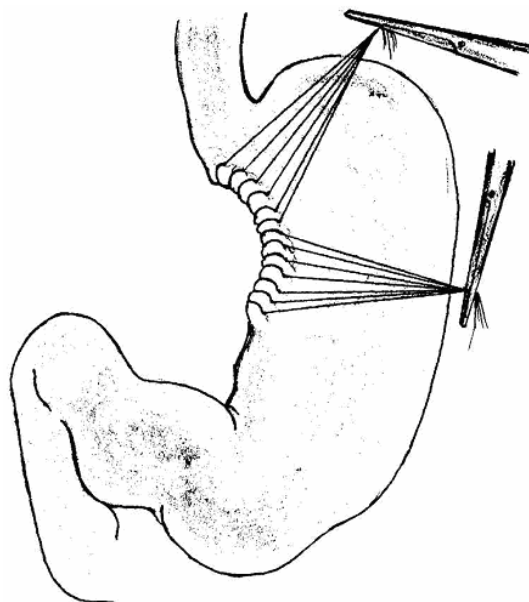
3. Колосович И.В. Выбор метода лечения пациентов с язвенной болезнью желудка //Український медичний часопис. - 1999. - №6 (14). - С.39-44.



Фіг.1



Фіг.2



Фіг.3