



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43538 (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 ЗАШИВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА І ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

(21) 2001010493

(22) 23 01 2001

(24) 17 12 2001

(46) 17 12 2001, Бюл. № 11, 2001 р.

(72) Ситник Олександр Леонідович, Кононенко Микола Григорович

(73) СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
/СУМДУ/

(57) Спосіб зашивання перфоративної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, що включає прошивання виразки вкол у проксимальний край кризь серозно-м'язовий шар з виколом у перфоративний отвір та далі поза дистальний край виразки,

другий вкол із захопленням ділянки краю виразки, повторне проведення лігатури і наступну герметизацію шва з використанням сальника, який відрізняється тим, що другий вкол виконують із захопленням краю виразки у проксимальному напрямку, далі проводять лігатуру діагонально з виколом у дистальний край, виконують додатковий вкол у проксимальному напрямку з виколом у перфоративний отвір і прошиванням стінки шлунка або дванадцятипалої кишки поза дистальним краєм виразки напроти першого вколу, після чого лігатури зав'язують і додатково підшивають навколо виразки прядину сальника на ніжці

Винахід належить до медицини, а саме до хірургії, зокрема до хірургії шлунка та дванадцятипалої кишки стосовно лікування хворих на перфоративну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки

При перфорації виразки шлунка і дванадцятипалої кишки в разі тяжкого стану хворого (гнійний перитоніт, супутні захворювання) операцією вибору є зашивання перфоративного отвору

Найбільш часто застосовується спосіб зашивання перфоративної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки двома рядами швів (див монографію Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хірургія шлунка та дванадцятипалої кишки. К.: Здоров'я, 1987 - С. 232). Першим рядом серозно-м'язових швів в поперечному відносно осі органа напрямку зашивають перфоративний отвір, зводячи його краї. Потім накладають другий ряд таких швів і підшивають навколо виразки прядину сальника. Спосіб технічно простий, не потребує значних витрат часу, що важливо у хворих з високим операційним ризиком. Але в цій методиці зашивання перфоративної виразки є суттєві недоліки. Основний з них - висока частота післяопераційних ускладнень, пов'язаних з неспроможністю швів зашити виразку із-за прорізання лігатурою інфільтрованих країв перфоративного отвору.

Прототипом способу, що заявляється, є спосіб зашивання перфоративної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки (див. авт. св. РФ № 2062049, МПК А61В 17/00, 1996). Прошивають се-

розно-м'язовий шар стінки шлунка або дванадцятипалої кишки вкол у проксимальний край виразки і виколом у перфоративний отвір, після чого прошивають дистальний край виразки від слизової оболонки до серозної, виконують другий вкол із захопленням ділянки краю виразки та прошивають у зворотньому напрямку дистальний край виразки від серозної оболонки до слизової і знову серозно-м'язовий шар проксимальніше виразки. Таким чином формується П-подібний шов. Потім у перфоративний отвір вводять вільну ділянку сальника і зав'язують лігатури П-подібного шва.

Наведений спосіб не усуває передумов щодо розвитку неспроможності швів зашити виразку по-перше, не адаптуються краї перфоративного отвору, що ускладнює загоєння виразки, по-друге, вільна ділянка сальника без кровопостачання може некротизуватись, що також загрожує неспроможністю швів.

В основу винаходу поставлене завдання вдосконалення способу зашивання перфоративної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки шляхом зміни формування шва з наступною перитонеалізацією прядиною сальника на ніжці, що дозволяє забезпечити запобігання неспроможності швів і за рахунок цього знизити частоту післяопераційних ускладнень та скоротити терміни стаціонарного лікування хворих на перфоративну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки.

Поставлене завдання вирішується тим, що у відомому способі виразку прошивають вкол у

проксимальний край кризь серозно-м'язовий шар і виколом у перфоративний отвір, після чого прошивають дистальний край виразки, виконують другий вкол із захопленням ділянки краю виразки повторно проводять лігатуру і герметизують шов з використанням сальника, згідно винаходу, другий вкол виконують із захопленням краю виразки у проксимальному напрямку, далі проводять лігатуру діагонально з виколом у дистальний край, виконують додатковий вкол у проксимальному напрямку з виколом у перфоративний отвір і прошиванням стінки шлунку або дванадцятипалої кишки поза дистальним краєм виразки напроти першого вколу, після чого лігатури зав'язують і додатково навколо виразки підшивають прядину сальника на ніжці

Таке формування шва з наступною перитонізацією прядиною сальника на ніжці дозволяє надійно адаптувати край перфоративного отвору, крім того лігатура не прорізає інфільтровані краї виразки, що запобігає неспроможності швів зашити виразки

Виконання способу, що заявляється, пояснюється кресленням, де на фіг 1 зображено накладання шва у вигляді вісімки на перфоративний отвір, на фіг 2 - підшивання навколо виразки прядини сальника

- 1 - проксимальний край виразки,
- 2 - перфоративний отвір,
- 3 - лігатура,
- 4 - дистальний край виразки,
- 5 - шов у вигляді вісімки,
- 6 - прядина сальника

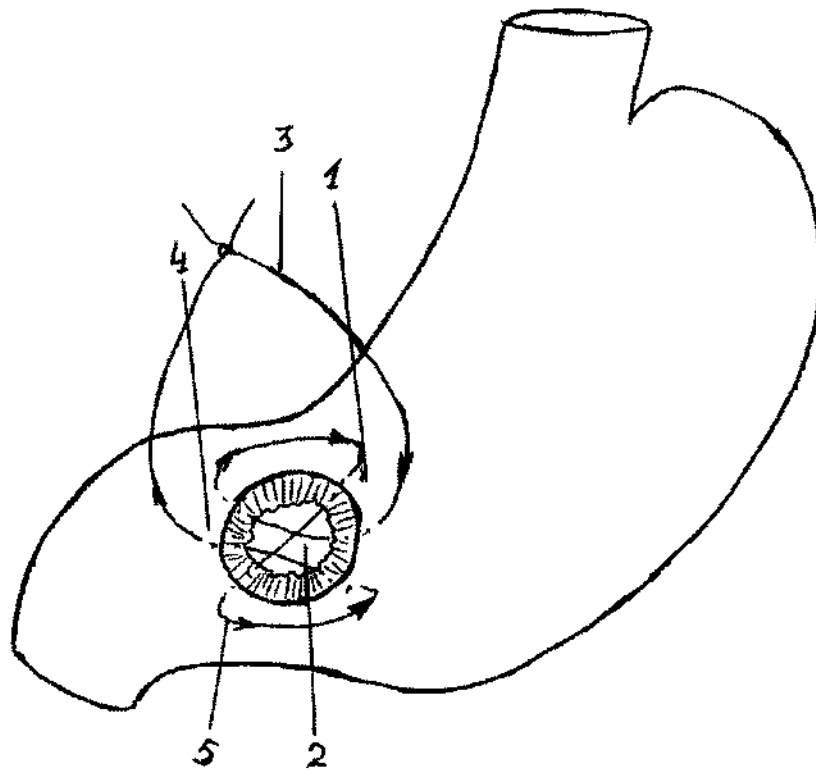
Спосіб здійснюють наступним чином. Прошивають стінку шлунку (або дванадцятипалої кишки) вколом у проксимальний край 1 виразки кризь серозно-м'язовий шар і виколом у перфоративний отвір 2. Далі лігатуру 3 проводять також кризь серозно-м'язовий шар дистального краю 4 виразки. Другий вкол виконують із захопленням ділянки краю виразки у проксимальному напрямку, далі проводять лігатуру 3 діагонально з виколом у дистальний край 4, виконують додатковий вкол у проксимальному напрямку з виколом у перфоративний отвір 2 і прошиванням стінки шлунку (або дванадцятипалої кишки) поза дистальним краєм 4 виразки напроти першого вколу. Таким чином формується шов 5 у вигляді вісімки. Після цього лігатури зав'язують і додатково навколо виразки підшивають прядину сальника 6 на ніжці.

Наводимо приклад клінічного здійснення способу

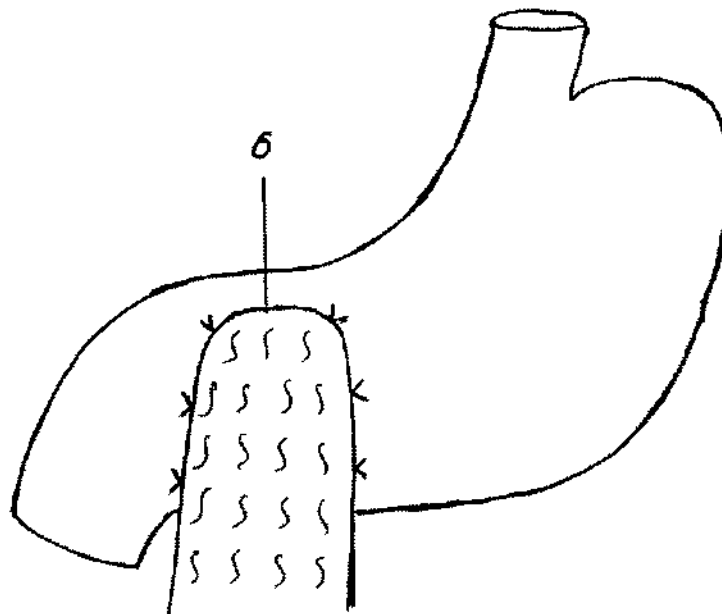
Хворий В., 64 років, історія хвороби № 4618, госпіталізований у хірургічне відділення 21.04.1994р. з клінікою перфоративної виразки через 20 годин від початку захворювання. 10 років страждає на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Виражена супутня патологія: ішемічна хвороба

серця, гіпертонічна хвороба, нижньодоплева пневмонія справа. Після короткочасної передопераційної підготовки, яку проведено у відділенні інтенсивної терапії, терміново оперований. Верхньо-середина лапаротомія. В черевній порожнині до 1 лтра фібринозно-гнійного випоту, накопичення фібрину на очеревині малого тазу, у піддіафрагмальних просторах, на тонкій кишці. По передній стінці дванадцятипалої кишки знайдено перфоративний отвір виразки до 8 мм з зоною інфільтрації до 30 мм. Діагноз: перфоративна виразка дванадцятипалої кишки, загальний фібринозно-гнійний перитоніт. Перфоративний отвір провізорно зашито одним швом. Після евакуації ексудату проведено санацію черевної порожнини фізіологічним розчином (до 15 лтрів) з домішками перекисню водню в останніх порціях. Перфоративний отвір виразки зашито за запропонованою методикою. Прошито стінку дванадцятипалої кишки вколом у проксимальний край виразки кризь серозно-м'язовий шар і виколом у перфоративний отвір. Лігатуру проведено також кризь серозно-м'язовий шар дистального краю виразки. Другий вкол виконано із захопленням ділянки краю виразки у проксимальному напрямку, далі проведено лігатуру діагонально з виколом у дистальний край, виконано додатковий вкол у проксимальному напрямку з виколом у перфоративний отвір і прошиванням стінки дванадцятипалої кишки поза дистальним краєм виразки напроти першого вколу. Після цього лігатури зав'язано і додатково навколо виразки п'ятьма окремими серозно-м'язовими швами підшито прядину великого сальника на ніжці. Черевну порожнину дреновано за методом Петрова. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Проводилась терапія з приводу супутньої гострої пневмонії. На 15 добу пацієнт виписаний із хірургічного відділення під нагляд терапевта за місцем проживання. За період з 1994 по 2000 роки у хірургічних відділеннях 5-ї клінічної лікарні м. Суми за запропонованим способом прооперовано 15 хворих з розлитим гнійним перитонітом або важкими супутніми захворюваннями. Післяопераційні ускладнення спостерігали у 6 (40,0%) чоловік: нагноєння операційної рани при перитоніті - у 4, тромбоз мезентеріальних судин - у 1, тромбоемболія легеневої артерії - у 1. Неспроможності швів зашити виразки не спостерігали.

За даними літератури (див. статтю Муравьєва А.А., Волков Е.Ю. Перфорация гастродуоденальных язв у лиц пожилого и старческого возраста. Сов. медицина - 1987 - № 7 - С. 85-87) частота післяопераційних ускладнень у таких хворих сягає 64%. Запропонований спосіб має наступні переваги: по-перше, досягається адекватна адаптація шарів стінки органу, по-друге, шов не прорізається навіть при значному інфільтраті.



Фіг. 1



Фіг. 2

Тираж 50 екз

Відкрите акціонерне товариство «Патент»
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
(03122) 3-72-89 (03122) 2-57-03

