



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 44639

(13) A

(51) 6 A61B17/11

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЦИРКУЛЯРНОЇ ГАСТРОДУОДЕНОПЛАСТИКИ

1

2

(21) 2001064514

(22) 27 08 2001

(24) 15 02 2002

(46) 15 02 2002, Бюл. № 2, 2002 р.

(72) Короткий Валерій Миколайович, Колосович
Ігор Володимирович, Спицин Руслан Юрійович,
Сидоренко Роман Анатолійович(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О. О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб циркулярної гастродуоденопластики,
що включає широку мобілізацію пілородуоденаль-
ного переходу, радикальне циркулярне висікання
виразкового стенозу з наступним низведенням

проксимальної кукси пілоричного відділу шлунка і формування гастродуоденального анастомозу кінцець-в-кінець з накладанням двох рядів швів, який відрізняється тим, що перед формуванням анастомозу залишену постстенотично звужену частину дванадцятипалої кишки розсікають по-
здожж по передній стінці, викроюють трикутний клапоть з передньої стінки вихідного відділу шлунка і підшивають його в розріз дванадцятипалої кишки, виконуючи її пластичне розширення, а обидва ряди швів накладають по всій довжині анастомозу

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургічної гастроентерології, і може бути використаний у хірургічному лікуванні хворих з виразковим стенозом дванадцятипалої кишки (ДПК) і пілоричного відділу шлунка (ПВШ).

Одним з найбільш частих ускладнень виразкової хвороби (ВХ) є виникнення виразкового пілородуоденального стенозу, частота якого досягає 10 - 40% (1). Серед оперативних втручань при виразковому стенозі іноді ще виконується класична резекція шлунка, хоча перевага віддається органозберігаючим методикам (економна резекція шлунка, пілоропластика і дуоденопластика). Ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень у хворих зі стенозуючою пілородуоденальною виразкою при цих операціях залишається високою - 16,8% (2). На одному з перших місць стають післяопераційні гнійні ускладнення внаслідок розвитку вторинної неспроможності швів - 5,7% (3), особливо при значному циркулярному висіканні морфологічно змінених тканин і виникненні натягу між проксимальною і дистальною куксами пілородуоденального переходу при накладанні анастомозу.

Так, відомий спосіб гастродуоденопластики за Таннером-Кеннеді (Мікупічем) (4), який полягає у тому, що на ділянці максимального стенозування ДПК виразкою виконують поздожжню пілородуоденотомію на протязі 2 - 6 см через всі шари стінки. Наступним етапом є пластичне закриття дефекту

шляхом поперечного зшивання стінки ДПК двома рядами швів спочатку через усі шари, а потім - серозно-м'язовими швами. Недоліками цієї методики є натяг і прорізування швів у дистальних, критичних ділянках анастомозу при поперечному зшиванні і, як наслідок цього, виникнення гнійних ускладнень. Крім того, виконання гастродуоденопластики за Таннером-Кеннеді передбачає залишення морфологічного субстрату виразки, що може призводити до рецидиву ВХ і рестенозу пілородуоденальної області.

Найбільш відомий і поширений спосіб гастродуоденопластики при пілородуоденальному стенозі - циркулярна гастродуоденопластика за В. І. Онопрієвим (1995) (5), суть якої полягає у широкій мобілізації пілородуоденального переходу, радикальному циркулярному висіканні виразкового стенозу і постстенотично звуженої частини ДПК з наступним низведенням проксимальної кукси ПВШ і формуванні гастродуоденального анастомозу кінцець-в-кінець з накладанням двох рядів швів - першого ряду через усі шари ДПК і ПВШ по всій довжині анастомозу, а другого серозно-м'язового - на його передньо-бокові стінки. Цей спосіб є єдиним із відомих, в ході якого при радикальному висіканні виразки з запальним інфільтратом і наступним ушиванням дефекту зберігається морфологічно-функціональна цілісність пілородуоденального переходу. Цей спосіб і прийнято за прототип. Недоліком цього способу є можливе прорізування

(13) A

(11) 44639

(19) UA

швів анастомозу, особливо його задньо-бокових стінок внаслідок значного діастазу і натягу між проксимальною і дистальною куксами піпородуоденального переходу, що призводить до розвитку вторинної неспроможності швів і збільшення частоти гнійних ускладнень у післяопераційному періоді

В основі винаходу, що заявляється, лежить задача зменшення діастазу між проксимальною і дистальною куксами піпородуоденального переходу при формуванні анастомозу за рахунок збереження і пластичного розширення постстенотично звуженої частини ДПК, а також накладання двохрядних швів по всій довжині анастомозу для попередження їх натягу і прорізання

Технічний результат полягає у зниженні частоти виникнення гнійних ускладнень внаслідок неспроможності швів гастродуоденоанастомозу у післяопераційному періоді

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі циркулярної гастродуоденопластики, який включає широку мобілізацію піпородуоденального переходу, радикальне циркулярне висікання виразкового стенозу з наступним низведенням проксимальної кукси ПВШ і формування гастродуоденального анастомозу кінець-в-кінець з накладанням двох рядів швів, який відрізняється тим, що перед формуванням анастомозу залишену постстенотично звужену частину ДПК розсікають поздовж по передній стінці, викроюють трикутний клапоть з передньої стінки вихідного відділу шлунка і підшивають його в розріз ДПК, виконуючи її пластичне розширення, а обидва ряди швів накладають по всій довжині анастомозу

Відмінною особливістю винаходу, що заявляється, є збереження і пластичне розширення постстенотично звуженої частини ДПК, що запобігає натягу і прорізання швів між проксимальною і дистальною куксами гастродуоденального анастомозу. Профілактиці післяопераційних гнійних ускладнень також сприяє така послідовність ушивання ДПК і ПВШ, при якій двома рядами швів укріплюється не тільки передня, але і задня стінка анастомозу, яка являється критичною ділянкою в плані виникнення неспроможності швів. Запропонований спосіб циркулярної гастродуоденопластики зі збереженням і пластичним розширенням постстенотично звуженої частини ДПК з накладанням двохрядного шву по всій довжині анастомозу зберігає морфо-функціональну єдність піпородуоденального переходу, не порушує прямих піпоричних, екстрадуоденальних і піпородуоденальних 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 гастродуоденопластики не дає можливості уникнути натягу між проксимальною і дистальною куксами анастомозу при значній протяжності піпородуоденального виразкового стенозу і виконати таке надійне укріплення швів по всій довжині анастомозу

Суть винаходу пояснюється фігурами, на котрих представлено

Фіг. 1 Піпородуоденальний стеноз з постстенотично звуженою ділянкою ДПК

Фіг. 2 Циркулярна резекція зони стенозу, поздовжнє розсікання постстенотично звуженої ділянки ДПК і викроювання трикутного клаптя з передньої стінки вихідного відділу шлунка

Фіг. 3 Накладання гастродуоденоанастомозу з попереднім пластичним розширенням постстенотично звуженої ділянки ДПК тканинним лоскутом з передньої стінки вихідного відділу шлунка

Фіг. 4 Кінцевий вигляд піпородуоденального переходу після виконання циркулярної гастродуоденопластики

Спосіб здійснюється наступним чином. Після верхньо-середньої лапаротомії проводять ревізію органів черевної порожнини. Знаходять місце піпородуоденального стенозу 1 з постстенотично звуженою ділянкою 2 ДПК. Широко мобілізують піпородуоденальний перехід. При розповсюдженні морфологічного субстрату виразки на всі стінки піпородуоденального переходу, його радикально циркулярно висікають 3. Поздовжнє розсікають 4 передню стінку постстенотично звуженої частини ДПК. Викроюють трикутний клапоть 5 з передньої стінки вихідного відділу шлунка. Низводять проксимальну куксу 6 ПВШ, накладають серозно-м'язові шви на задні стінки ДПК і ПВШ 7, а потім ряд швів через всі шари стінок ДПК і ПВШ по всій довжині гастродуоденального анастомозу, виконуючи пластичне розширення дефекту передньої стінки звуженої частини ДПК, підшиваючи трикутний клапоть з проксимальної кукси ПВШ в розріз ДПК 8. Завершують гастродуоденопластику накладанням другого ряду серозно-м'язових швів 9 на передні стінки ДПК і ПВШ. Виконують лаваж черевної порожнини розчинами антисептиків, після чого її висушують і дренують. Проводять контроль гемостазу. Операційну рану поширово ушивають.

Приклад конкретного здійснення

Хворий Х, історія хвороби № 1065

Діагноз: виразкова хвороба ПВШ. Декомпенсований піпородуоденальний стеноз.

Операція: лапаротомія, висікання виразки ПВШ, циркулярна гастродуоденопластика, дренування черевної порожнини.

Хворий був доставлений у клініку 12.02.1999 р. у 23.00 год. зі скаргами на інтенсивні болі у животі, нудоту, блювоту після кожного прийому їжі, виражене схуднення, зневоднення і періодичні судоми. Захворів біля двох місяців тому, коли стали з'являтися відчуття тяжкості у верхніх відділах живота, нудота і блювота після прийому їжі. Спочатку блювота спостерігалась один раз за два дні, потім один раз на день, а останні 3 дні - після кожного прийому їжі. За останні 2 місяця значно схуд (приблизно на 10 кг), стали періодично з'являтися судоми. На протязі 8 років страждає виразковою хворобою шлунка. Декілька разів стаціонарно лікувався у гастроентерологічному відділенні.

Об'єктивно: шкіра і слизові - звичайного кольору. Тургор значно знижений. Язик сухий, вкритий білим нальотом. Пульс - 120 ударів за хв., ритмічний, АД = 100/60 мм рт.ст. Живіт звичайної форми, симетричний, впадлий, приймає участь в акті дихання, при пальпації помірно напружений і болючий у верхніх відділах, симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. Шлунок великих розмірів - нижній його край визначається на рівні біспіналь-

ної лінії. При перкусії натщесерце шум плескоту в проекції шлунка. Видима перистальтика шлунка через передню черевну стінку.

Оглядова Ro-скопія органів черевної порожнини газовий міхур великих розмірів в проекції дна шлунка. УЗД горизонтальний рівень рідини в мезогастральній області. ФГДС шлунок великих розмірів, стінки пеперозтягнуті, в області пілоричного жому - рубцевий виразковий стеноз, воротар не прохідний.

14.02.1999 у 10.00 год виконана операція. Верхньо-середина лапаротомія. Випоту немає. Ревізія органів черевної порожнини в області пілородуоденального переходу - виразковий рубцевий стеноз з вираженим перипроцесом і постстенотичним звуженням цибулини ДПК. Широка мобілізація ДПК і ПВШ. Просвіт ПВШ розкрито продольним розрізом над місцем стенозування. Морфологічний субстрат виразки з запальним інфільтратом має циркулярне розповсюдження. Радикальне циркулярне висікання виразки з запальним інфільтратом. Передня стінка залишеної постстенотично звуженої частини ДПК поздовжньо розсічена через всі шари. З передньої стінки ПВШ викроєно трикутний клапоть. Низведення проксимальної кулки ПВШ і накладання серозно-м'язових швів на задні стінки ДПК і ПВШ, а потім ряду швів через всі шари ДПК і ПВШ по всій довжині анастомозу з попереднім пластичним розширенням дефекту передньої стінки звуженої частини ДПК трикутним клаптем ПВШ, який підшили в розріз ДПК. Накладання другого ряду серозно-м'язових швів на передні стінки ДПК і ПВШ. Лаваж черевної порожнини розчинами антисептиків (водний розчин хлоргексидину). Черевна порожнина осушена і дренована рукавице-трубчатим дренажем, який підведено до місця гастродуоденопластики. Контроль гемостазу. Кровотечі немає. Операційна рана пошарово ушита.

Післяопераційний період пройшов без ускладнень. У задовільному стані хворого виписано 21.02.1999 (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, дуоденогастральний рефлюкс - відсутній, гнійних ускладнень у ділянці анастомозу не виявлено.

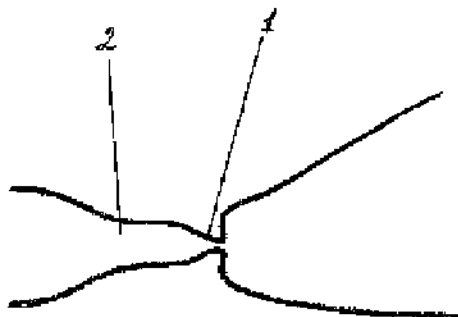
Спосіб апробовано у 1^у і 2^у хірургічних відді-

леннях МКЛ № 4 м. Києва у період з 1999 по 2001 роки. За даною методикою оперований 21 хворий. Результати лікування співставлялись з результатами лікування хворих шляхом використання прототипу. Ускладнень у хворих, оперованих за способом, який заявляється, не спостерігалось. За літературними даними, при використанні прототипу у випадках значного висікання морфологічно змінених тканин ПВШ і цибулини ДПК при вираженому діастазі і натягу швів між проксимальною і дистальною кулками анастомозу у післяопераційному періоді гнійні ускладнення на тлі вторинної неспроможності швів відмічались у 5,7% (6).

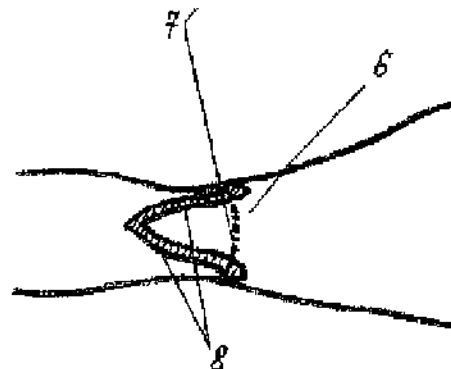
Як показала статистична обробка з використанням критерію Стюдента, заявлений спосіб забезпечує статистично достовірне зниження частоти виникнення вторинної неспроможності швів і розвитку гнійних ускладнень у післяопераційному періоді у хворих з пілородуоденальним виразковим стенозом ($P < 0,05$). Це досягається оптимізацією умов для відновлення морфо-функціональної єдності і прохідності пілородуоденального переходу шляхом пластичного розширення залишеної постстенотично звуженої частини ДПК і укріплення двома рядами швів не тільки передньої, але і задньої стінки гастродуоденального анастомозу, що зменшує діастаз і натяг між швами проксимальної і дистальної кулки пілородуоденального переходу по всій довжині анастомозу.

Використана література

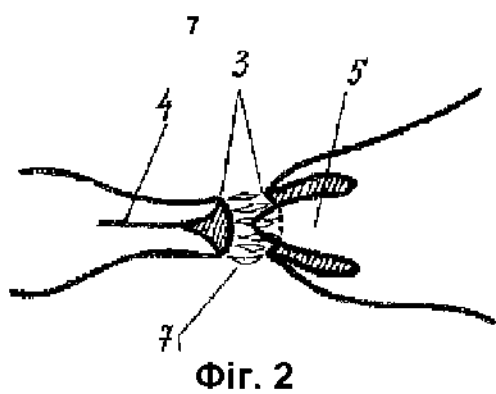
1. Кузин Н.М., Алимов А.Н. СПВ с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Хирургия, 1997, 4: 38 - 43.
2. Батвинков Н.И., Иоскевич Н.Н. Органосохраняющая хирургия язвенной болезни. Гродно, 1995, 172 с.
3. Оксенов М.Н., Кузин Н.М. Хирургическое лечение язвенных пилодуоденальных стенозов. Хирургия, 1999, 11: 61 - 65.
4. Kennedy T. Duodenoplasty with proximal gastric vagotomy. Ann Roy Coll Surg, 1976, 58(2): 144 - 146.
5. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 293 с.
6. Мануйлов А.М. Радикальная дуоденопластика в лечении сложных язв ДПК. Диссертация докт. мед. наук. Краснодар, 1995. 473 с.



Фіг. 1



Фіг. 3



44639

