



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59780 (13) A

(51) 7 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

1

2

(21) 20021210178

(22) 17 12 2002

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Мустяц Олександр Павлович, Клокол Дмитро
Євгенович, Василенко Євген Миколайович,
Брежнев Володимир Петрович(73) Мустяц Олександр Павлович, Клокол Дмитро
Євгенович, Василенко Євген Миколайович,
Брежнев Володимир Петрович(57) Спосіб хірургічного лікування перфоративних
пілородуоденальних виразок, що включає вида-

лення пілородуоденальної виразки та виконання
передньої сероміотомії шлунка та задньої стовбу-
рової ваготомії, який відрізняється тим, що після
видалення виразки з економною резекцією воро-
таря до меж малої та великої кривизни
відсепаровується залишок переднього півкола
воротаря, мобілізовані краї котрого зшиваються на
зонді з площею поперечного перерізу не менше 80
мм², після чого дуоденотомічний отвір заши-
вається без прошивання циркулярного м'язового
шару

Винахід відноситься до медицини, зокрема до
хірургії

В шлунковій хірургії відомий спосіб відновлен-
ня воротаря шляхом заміщення дефекта сфінкте-
ру відсепарованим серозно-м'язовим куснем із
збереженою іннервациєю та кровопостачанням, що
дозволяє, звісною мірою, зберегти анатомічну
структуру пілородуоденальної ділянки (А с
1255112 ССССР, МКИ А61В17/00 Спосіб хірурги-
ческого лечения язвенной болезни двенадцати-
перстной кишки / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко, Н.И.
Тутченко и др. (СССР) - Заявлено 05.04.85,
Опубл. 07.09.86 // Открытия. Изобретения - 1986 -
№33 - С.17). Однак, викресний кусень не забезпе-
чує адекватної замикальної функції воротаря, то-
му, що має морфологічну структуру, відмінну від
структури циркулярного м'язового шару пілорично-
го сфінктеру

Відомий, також, спосіб, який заснований на
переміщенні пілоричного сфінктера в проксималь-
ному напрямку (А с 1442190 ССССР, МКИ
А61В17/00 Спосіб хірургического лечения пило-
родуоденальных язв / Тутченко Н.И., Саенко В.Ф.,
Гоер Я.В., Белянский Л.С. (СССР) - Заявлено
04.05.87, Опубл. 07.12.88 // Открытия. Изобрете-
ния - 1988 - №45 - С.28) Спосіб передбачає цир-
кулярне відсепарування сфінктера, формування
тунелю в проксимальному напрямку під поверхне-
вим м'язовим шаром шлунка, куди переміщується
відсепарований воротар. Після цього відновлю-
ється анатомічна цілісність пілородуоденальної

ділянки, шляхом накладання швів на шлунок та
дванадцятипалу кишку

Недоліками цього способу є необхідність цир-
кулярної дуоденотомії, яка більш доцільна при
виразках задньої стінки, ніж при виразках перед-
ньої стінки, які більш часто перфоруєть. Крім цьо-
го, циркулярне формування тунелю під поверхне-
вим м'язовим шаром шлунка призводить до
пошкодження інтрамуральних нервових сплетень,
які іннервують пілоричний сфінктер

В основу винаходу було покладено завдання
підвищення ефективності хірургічного лікування
перфоративних дуоденальних виразок. Поставле-
на мета досягається тим, що наш спосіб включає в
себе видалення перфоративної виразки, відсепару-
вання залишків переднього півкола пілоричного
сфінктеру та зшивання мобілізованих країв піло-
ричного сфінктеру на зонді, площа поперечного
перерізу якого дорівнює не менше 80мм², та після
цього дуоденотомічний отвір зашивається без
прошивання циркулярного м'язового шару ворота-
ря

Проведений по джерелам науково-медичної та
патентної інформації пошук показав, що сукупність
ознак заявленого рішення невідома. Отже, рішен-
ня відповідає до вимог новизни

Спосіб здійснюється наступним чином. Вида-
ляється пілородуоденальна виразка (5) з макси-
мально економною резекцією переднього півкола
пілоричного сфінктеру (1) (фіг. 1, 2). Після цього, від
поверхневого поздовжнього м'язового шару (2) та

(13) A
(11) 59780
(19) UA

слизово-підслизової оболонки шлунка (3) до меж малої та великої кривизни тупим методом відсепаровуються залишки переднього півкола пілоричного сфінктеру (фіг 3). В антральний відділ шлунка через дуоденотомічний отвір вводиться зонд, площа поперечного перерізу якого має бути не менш 80 мм². На зонді співставляються та зшиваються мобілізовані краї пілоричного сфінктеру (фіг 4). Після цього, окремими швами зашиваємо дуоденотомічний отвір в поперечному напрямку відносно до осі пілородуоденального переходу. При накладанні швів з боку шлунка прошиваються серозна оболонка, поверхневий поздовжній м'язевий шар (2) та слизово-підслизовий шар (3) без прошивання циркулярних м'язів шлунка (4) та пілоричного сфінктеру (1) (фіг 5). Такий метод зашивання дуоденотомічного отвору дає можливість усунути надлишок слизової оболонки з боку шлунка та укріпити непошкоджений воротар в товщі шлункової стінки (фіг 6). Після виконання пілородуоденопластики виконується передня сероміотомія тіла, антрального та фундального відділів шлунка та задня стовбурова ваготомія. Даний вид ваготомії дозволяє повністю зберегти інервацію воротаря та пілородуоденального переходу за рахунок переднього нерву Латарже.

Сутність винаходу та етапи запропонованої операції пояснюються малюнками (див фіг.)

Фіг 1,2. Поперечний зріз пілородуоденальної ділянки на рівні перфоративної виразки та після її видалення.

Фіг 3. Відсепарування залишків переднього півкола пілоричного сфінктеру до меж малої та великої кривизни.

Фіг 4. Зшивання мобілізованих країв переднього півкола пілоричного сфінктеру.

Фіг 5. Зшивання дуоденотомічного отвору з прошиванням серозного, поверхневого поздовжнього м'язового шару та слизово-підслизового шару без прошивання пілоричного сфінктеру (фронтальний зріз).

Фіг 6. Заключний вигляд пілородуоденальної ділянки після запропонованого методу пілородуоденопластики (фронтальний зріз).

Викладений спосіб хірургічного лікування перфоративних пілородуоденальних виразок був використаний при проведенні операції у 26 хворих, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні 2-ої міської лікарні м. Луганська. Наводимо короткий опис одного випадка.

Хворий Г., 50 років, історія хвороби №7666, знаходився в хірургічному відділенні 2-ї міської лікарні м. Луганська з 22.09.2001 по 1.10.2001 р. з діагнозом: Перфоративна виразка передньої стінки дванадцятипалої кишки. Місцевий невідокремлений серозно-фібринозний перитоніт, реактивна фаза. 12.09.2001г. була виконана операція в ургентному порядку.

На операції на передній стінці цибулини ДПК на відстані 1,5 см від воротаря перфоративний отвір діаметром 0,3 см. Розмір виразкового інфільтрату 2,5х2,0 см, захоплює переднє півколо пілоричного сфінктеру. Проведено видалення виразкового інфільтрату в межах здорових тканин з частковою резекцією переднього півкола пілоричного сфінктеру. Обсяг видаленої ділянки пілоричного сфінктеру склав 1/4-1/3 переднього півкола воротаря. Проведено відсепарування м'язів воротаря від слизово-підслизового шару та поверхневого поздовжнього м'язового шару шлунка, мобілізація воротаря до меж малої та великої кривизни. Цілісність воротаря відновлена на зонді площею 80 мм² за допомогою атравматичного шовного матеріалу Dexon II Bi-Color 5/0 (Sherwood, Davis & Geck, USA) з використанням прецизійної техніки. Виконана поперечна дуоденопластика окремими капроновими швами з прошиванням з боку шлунка серозного, поверхневого поздовжнього м'язового шару, підслизової основи та слизової оболонки шлунку без захоплення циркулярного м'язового шару пілоричного сфінктеру. Виконана задня стовбурова ваготомія та передня сероміотомія шлунка. Санація, дренування черевної порожнини. Рана загоїлась первинним натягом. Шви зняті на 7 добу. У задовільному стані хворий на 9 добу після операції. Скарги диспептичного характеру хворий не надавав. На ЕФГДС ознак хронічного гастриту не виявлено, домішок жовчі в шлунковому вмісті не виявлено, пілоричний сфінктер функціонує, на механічне подразнення гастроскопом відповідає змиканням, проходимість його задовільна. При проведенні контрастної рентгеноскопії встановлено порційне надходження контрасту до ДПК без затримки контрасту у шлунку. Зворотнього надходження контрасту із цибулини ДПК до шлунка не спостерігалось. При застосуванні радіоізотопного гастродуоденосканування (із використанням манної каші, міченої Au 198 50mC) спостерігалась нормальна швидкість випорожнення шлунка, тобто через 30 хвилин у ньому залишалось 56,2%, через 60 хвилин - 10,2%, через 75 хвилин - незначні «сліди» радіоконтрастної їжі. Зворотного потраплення радіоконтрасту із цибулини ДПК до шлунка не відмічено.

Таким чином, запропонований спосіб хірургічного лікування перфоративних пілородуоденальних виразок дозволяє відновити функцію пілоричного сфінктеру, що забезпечує запобігання розвитку порушень порційної евакуації шлункового вмісту та дуоденогастрального рефлюксу в післяопераційному періоді.

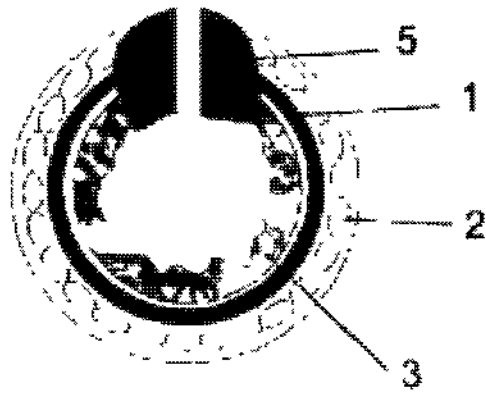


Fig. 1

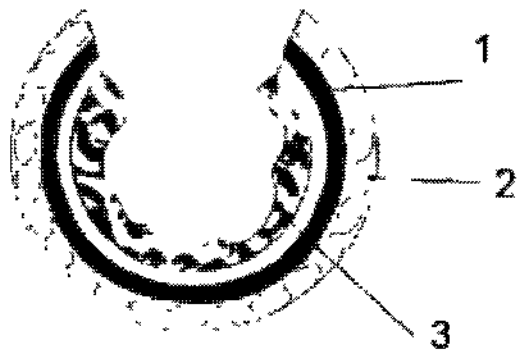


Fig. 2

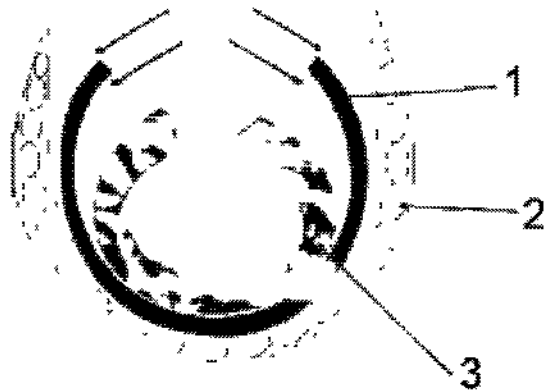


Fig. 3

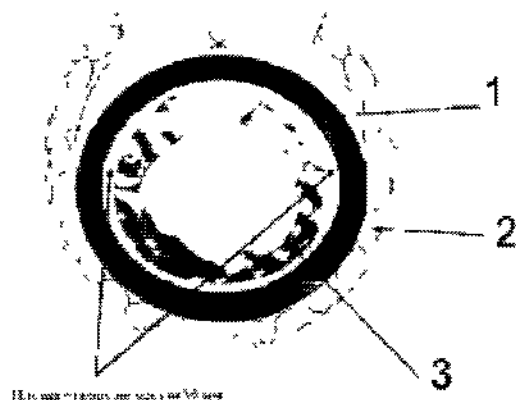


Fig. 4

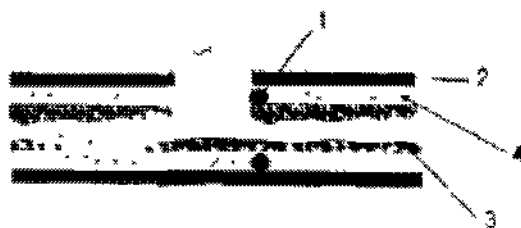


Fig. 5

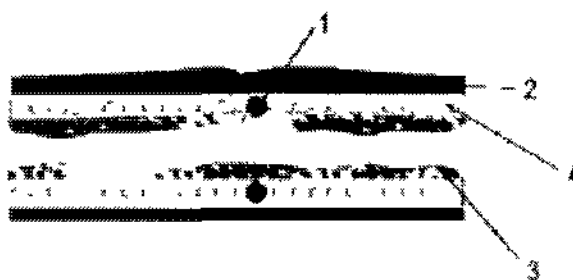


Fig. 6