



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62485 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ СТЕНОЗУЮЧИХ ПОДВІЙНИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК ІЗ ПСЕВДОДИВЕРТИКУЛОМ ВЕРХНЬОЇ СТІНКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

2

(21) u201103171

(22) 18.03.2011

(24) 25.08.2011

(46) 25.08.2011, Бюл.№ 16, 2011 р.

(72) ШЕПЕТЬКО ЄВГЕН МИКОЛАЙОВИЧ, СТРУМЕНСЬКИЙ ДМИТРО ОЛЕКСІЙОВИЧ

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

(57) Спосіб хірургічного лікування перфоративних стенозуючих подвійних дуоденальних виразок із псевдодивертикулом верхньої стінки дванадцятипалої кишки, що передбачає виконання дуоденопластики з висіченням перфоративної виразки і виведенням з просвіту дванадцятипалої кишки

іншої виразки на задній стінці, який відрізняється тим, що після дуоденотомії по рівню стенозу із псевдодивертикула по верхньому контуру дванадцятипалої кишки, висічення перфоративної виразки на передній стінці і виведення виразки на задній стінці з просвіту дванадцятипалої кишки здійснюють послаблюючий розріз стінки дванадцятипалої кишки по верхній стінці в дистальному напрямку з викроюванням зі стінки кишки двох трикутних рівнобедрених клаптів стінки з наступним зшиванням збільшених адаптованих периметрів стінки дванадцятипалої кишки в поперечному до осі кишки напрямку дворядним швом.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для хірургічного лікування перфоративних стенозуючих подвійних дуоденальних виразок на передній і задній стінках зі стенозом і псевдодивертикулом по верхньому (латеральному) контуру дванадцятипалої кишки.

Відомий спосіб дуоденопластики при стенозуючих дуоденальних виразках, що характеризується виконанням дуоденопластики з висіченням країв виразки і зшиванням стінки дванадцятипалої кишки в поперечному напрямку [1].

Найбільш близький до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є спосіб виконання Т-подібної розширюючої дуоденопластики при стенозуючих дуоденальних виразках і симетричному корпоральному стенозі з доповненням її селективною проксимальною ваготомією (СПВ) [2].

Однак і цьому способу притаманні недоліки:

по-перше, він не може бути застосований при асиметричних корпоральних стенозах по верхній або нижній стінках;

по-друге, досить складним є його застосування за наявності супрастенотичного псевдодивертикула по верхній стінці дванадцятипалої кишки в зв'язку з неадекватною адаптацією периметрів

дуоденотомічного дефекту після висічення виразки.

Задачею корисної моделі є створення способу хірургічного лікування перфоративних стенозуючих подвійних дуоденальних виразок з наявністю асиметричного корпорального стенозу по верхній стінці дванадцятипалої кишки (продовженню малої кривизни), що перешкоджає рестенозу і рецидиву виразки у віддаленому післяопераційному періоді.

Суть заявленого способу полягає у виконанні дуоденопластики шляхом здійснення поперечної дуоденотомії на рівні стенозу і псевдодивертикула верхньої стінки дванадцятипалої кишки з висіченням виразки на передній стінці дванадцятипалої кишки і виведенням з просвіту дванадцятипалої кишки кровотокової виразки на задній стінці, виконанні по верхній стінці по осі дванадцятипалої кишки поперечного послаблюючого розрізу стінки її довжиною 1 см, викроюванням двох трикутних рівнобедрених клаптів стінки кишки з наступним зшиванням дефекту, що утворився, з адаптованими периметрами в поперечному до осі дванадцятипалої кишки напрямку. Операцію доповнюють за показами СПВ або комбінованою ваготомією.

Технічний результат досягається тим, що після виконання дуоденотомії по рівню стенозу і псевдодивертикула по верхній стінці дванадцятипалої

(19) UA (11) 62485 (13) U

кишки, висічення перфоративної виразки передньої стінки і виведення другої виразки на задній стінці, виконують послабляючий розріз стінки дванадцятипалої кишки в дистальному напрямку по верхній стінці дванадцятипалої кишки, довжиною 1 см, з викроюванням зі стінки дванадцятипалої кишки двох трикутних рівнобедрених клаптів стінки кишки з наступним зшиванням збільшених і адаптованих периметрів стінки кишки в поперечному до осі кишки напрямку дворядним швом.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який передбачає виконання дуоденопластики з висіченням перфоративної виразки і виведенням з просвіту дванадцятипалої кишки іншої виразки на задній стінці, згідно з корисною моделлю, після дуоденотомії по рівню стенозу із псевдодивертикула по верхньому контуру дванадцятипалої кишки, висічення перфоративної виразки на передній стінці і виведення виразки на задній стінці з просвіту дванадцятипалої кишки, здійснюють послабляючий розріз стінки дванадцятипалої кишки по верхній стінці в дистальному напрямку з викроюванням зі стінки кишки двох трикутних рівнобедрених клаптів стінки з наступним зшиванням збільшених адаптованих периметрів стінки дванадцятипалої кишки в поперечному до осі кишки напрямку дворядним швом.

Відмінною рисою заявленого способу є здійснення дуоденотомії по рівню стенозу і псевдодивертикула по верхній стінці дванадцятипалої кишки з наступним виконанням дуоденопластики шляхом здійснення послабляючого розрізу по верхній стінці дванадцятипалої кишки з наступним викроюванням двох трикутних рівнобедрених клаптів зі стінки дванадцятипалої кишки і зшиванням збільшених і адаптованих периметрів дванадцятипалої кишки в поперечному до осі кишки напрямку.

Наявність зазначених відмітних ознак способу, що заявляється, у порівнянні з прототипом є підставою для того, щоб заявити його як корисну модель.

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг. 1 – виявлення перфоративної виразки на передній стінці дванадцятипалої кишки, дуоденального стенозу, виразки на задній стінці та псевдодивертикула верхньої стінки дванадцятипалої кишки, де

- 1 - перфоративна виразка;
- 2 - передня стінка дванадцятипалої кишки;
- 3 - виразка задньої стінки дванадцятипалої кишки;
- 4 - дуоденальний стеноз;
- 5 - псевдодивертикул верхньої стінки дванадцятипалої кишки;
- 6 - пілоричний жом.

Фіг. 2 – поперечна передня дуоденотомія по рівню стенозу і псевдодивертикула по верхній стінці з висіченням перфоративної виразки на передній стінці, продовження дуоденотомії через верхній контур дванадцятипалої кишки з виведенням виразки задньої стінки з просвіту дванадцятипалої кишки, виконання послабляючого розрізу верхньої стінки дванадцятипалої кишки в дистальному напрямку довжиною 1 см, де

3 - виразка задньої стінки дванадцятипалої кишки;

5 - псевдодивертикул верхньої стінки дванадцятипалої кишки;

6 - пілоричний жом;

7 - послабляючий розріз верхньої стінки дванадцятипалої кишки.

Фіг. 3 – викроювання двох трикутних рівнобедрених клаптів стінки дванадцятипалої кишки, отримання збільшених і адаптованих периметрів дванадцятипалої кишки, де

6 - пілоричний жом;

8 - проксимальний периметр дванадцятипалої кишки;

9 - дистальний периметр дванадцятипалої кишки.

Фіг. 4 – зшивання збільшених і адаптованих периметрів дванадцятипалої кишки в поперечному до осі кишки напрямку, формування розширюючої дуоденопластики дворядним прецизійним швом, де

6 - пілоричний жом;

10 - розширююча дуоденопластика.

Спосіб виконується наступним чином:

Після лапаротомії виявляють перфоративну виразку 1 передньої стінки 2 цибулини дванадцятипалої кишки з наявністю дуоденального стенозу 4 і псевдодивертикула 5 по верхній стінці дванадцятипалої кишки, виявляють виразку 3 на задній стінці дванадцятипалої кишки більше 1 см в діаметрі (фіг. 1); виконують поперечну дуоденотомію по рівню дуоденального стенозу 4 і псевдодивертикула 5 по верхній стінці дванадцятипалої кишки з висіченням перфоративної виразки 1 передньої стінки, потім продовжують дуоденотомію через верхній контур дванадцятипалої кишки і висікають краї та виводять кратер виразки 3 на задній стінці з просвіту дванадцятипалої кишки; після цього виконують поперечний послабляючий розріз 7 дванадцятипалої кишки в дистальному напрямку по верхньому контуру кишки та по її осі довжиною 1 см (фіг. 2); викроюють два трикутні рівнобедрені клапті стінки дванадцятипалої кишки, отримують два збільшених і адаптованих периметри (проксимальний периметр - 8, дистальний периметр - 9 дванадцятипалої кишки (фіг. 3); потім зшивають збільшені і адаптовані периметри дванадцятипалої кишки в поперечному осі кишки напрямку, формують розширюючу дуоденопластику 10 дворядним прецизійним швом зі збереженням пілоричного жому 6 (вікріл 3/0 або 4/0) (фіг. 4). За показами операцію доповнюють СПВ або комбіновано ваготомією.

Приклад конкретного виконання.

Хворий К., 42 р., історія хв. № 2465, був прийнятий в клініку 14.02.2003 р. із приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки, яка проявилася "кинджальним болем" в верхніх відділах живота, що з'явився за 4 години до прийняття, зникненням "печінкової тупості", напруженням м'язів передньої черевної стінки, виявленням вільного повітря під правим куполом діафрагми при рентгенологічному дослідженні. Виразкового анамнезу не було. Під час екстреної операції 14.02.2003 р. в правому підпечінковому просторі

знайдено до 200 мл серозно-фібринозного випоту, виявлено перфоративну виразку по передній стінці дванадцятипалої кишки 1 см в діаметрі із перфоративним отвором 0,3 см з наявністю дуоденального стенозу і псевдодивертикула розмірами 1×0,8 см по верхній стінці цибулини дванадцятипалої кишки. Виконано поперечну дуоденотомію по рівню дуоденального стенозу і псевдодивертикула по верхній стінці цибулини дванадцятипалої кишки з висіченням перфоративної виразки передньої стінки, після чого виявлено другу виразку 1 см в діаметрі під фібрином на задній стінці дванадцятипалої кишки із penetрацією в голівку підшлункової залози. Продовжено дуоденотомію через верхній контур дванадцятипалої кишки і висічено краї та виведено кратер виразки на задній стінці з просвіту дванадцятипалої кишки. Після цього виконали поперечний послаблюючий розріз дванадцятипалої кишки в дистальному напрямку по верхньому контуру кишки та по її осі довжиною 1 см, викроїли два трикутні рівнобедрені клапті стінки дванадцятипалої кишки, отримали два збільшених і адаптованих периметри дванадцятипалої кишки із наступним зшиванням збільшених і адаптованих периметрів дванадцятипалої кишки в поперечному осі кишки напрямку, сформовано розширюючу дуоденопластику дворядним прецизійним швом зі збереженням пілоричного жому (вікрил 3/0). Виконана СПВ із езофогофундоплекцією. Черевна порожнина дренована двома дренажами (в підпечінковий простір та в малу миску) через контрапертури. Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний в задовільному стані на

8-му добу після операції. Рецидиву виразки та рестенозу у віддаленому післяопераційному періоді не було.

За заявленим способом прооперовано 3-х пацієнтів з подвійними перфоративними стенозуючими виразками дванадцятипалої кишки з наявністю псевдодивертикула по верхньому контуру дванадцятипалої кишки і асиметричного корпорального стенозу по верхньому контуру дванадцятипалої кишки.

Спосіб має ті ж переваги, що дозволяє усунути дуоденальний стеноз, висікти перфоративну виразку та вивести з просвіту дванадцятипалої кишки виразку задньої стінки, розширює просвіт дванадцятипалої кишки, перешкоджає розвитку рестенозу у віддаленому післяопераційному періоді.

З оперованих хворих у жодного не було порушення евакуації, рестенозу і рецидиву виразки у віддаленому післяопераційному періоді.

Спосіб може бути рекомендований для клінічного застосування в практиці хірургічних відділень міських, обласних лікарень, центрів шлунково-кишкових кровотеч, хірургічних гастроентерологічних центрів.

Джерела інформації:

1. Оноприєв В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. - Краснодар, 1995.-293с.

2. Братусь В.Д., Фомин П.Д., Шепетько Е.Н. Способ хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом. Авторское свидетельство №1803048, выдано 9.10.92 г.

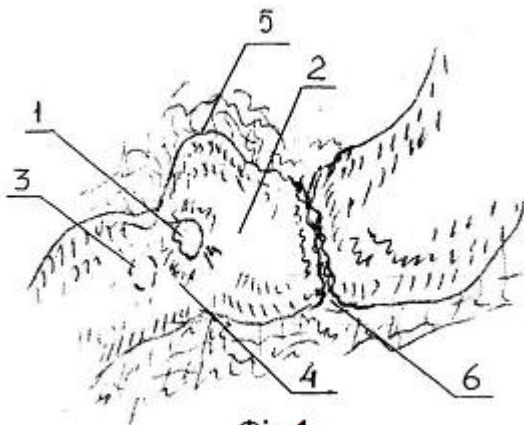


Fig. 1

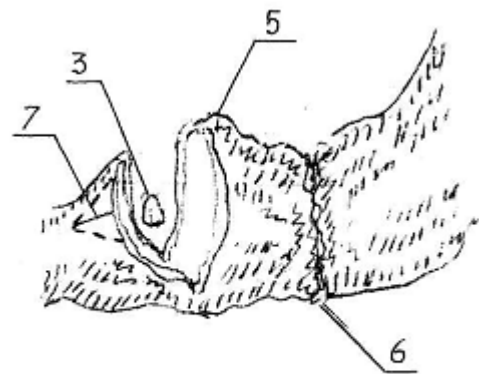


Fig. 2

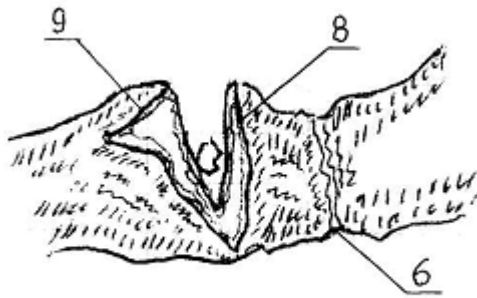


Fig. 3

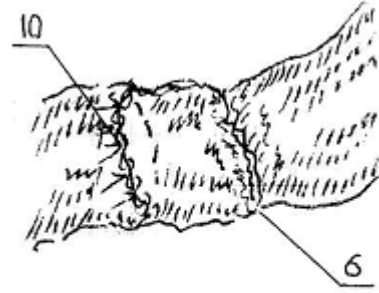


Fig. 4