



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42349 (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 ДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНИХ ВИРАЗКАХ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

(21) 2001010492

(22) 23 01 2001

(24) 15 10 2001

(33) UA

(46) 15 10 2001, Бюл. № 9, 2001 р.

(72) Ситник Олександр Леонідович, Кононенко Микола Григорович

(73) СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
/СУМДУ/, UA

(57) Спосіб дуоденопластики при перфоративних виразках дванадцятипалої кишки, що включає висічення виразки, зашивання дефекту в поперечному напрямку з розміщенням воротаря між сли-

зово-підслизовим та серозно-м'язовим шарами стінки шлунку та дванадцятипалої кишки, який відрізняється тим, що виразку висікають саме за воротарем, без ушкодження останнього, безпосередньо проксимальніше воротаря розсікають серозно-м'язовий шар шлунку в поперечному напрямку, дефект зашивають, проводячи лігатури крізь серозно-м'язовий шар проксимального краю розрізу стінки шлунку, потім над воротарем і далі крізь слизово-підслизовий шар дистальніше воротаря з викопом крізь всі шари стінки дванадцятипалої кишки від слизової оболонки до серозної, після чого накладають другий ряд серозно-м'язових швів

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

Відомий спосіб дуоденопластики, що включає висічення перфоративної виразки дванадцятипалої кишки у вигляді трикутника основою до воротаря без ушкодження останнього з наступним зашиванням дефекту дванадцятипалої кишки двома рядами швів в поперечному напрямку (див. статтю Клименко В.Н., Грушка В.А., Клименко А.В. Применение дуоденопластики и селективной проксимальной ваготомии в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Клиническая хирургия - 1998 - № 3 - С. 41-42). Недоліком зазначеного способу є неможливість його виконання, якщо виразка розташована ближче 5-10 мм від воротаря.

За прототип обрано спосіб пілоропластики, що включає висічення виразки двома поздовжніми напівовальними розрізами стінки дванадцятипалої кишки разом з частиною передньої напівокружності воротаря, додаткове відсепарування останнього на 5-10 мм від серозної та слизової оболонок, виконання на воротарі додаткових надрізів у поперечному напрямку на 1/3-2/3 товщини з наступним зашиванням в поперечному напрямку окремо слизової оболонки разом з підслизовим шаром, зашивання на зонду із застосуванням прецизійної техніки та тонкого атравматичного шовного матеріалу 6/0-5/0 м'язових волокон воротаря, додатково фіксації до воротаря слизово-підслизового шару та накладання серозно-м'язових швів в поперечному

направку з розміщенням воротаря між слизово-підслизовим та серозно-м'язовим шарами стінки шлунку та дванадцятипалої кишки (див. А с. СРСР № 1683697, М. Кл. А61B17/00, 15 10 1991).

Методика, яка взята за прототип, дозволяє висікти виразку разом з ураженою частиною воротаря із наступним відновленням його цілісності та функціональної активності. Але, по-перше, воротар розсікається, навіть більше ніж на половину товщини, що може призвести до його неспроможності та дуодено-гастрального рефлюксу, по-друге, методика складна, потребує застосування прецизійної техніки і значних витрат часу, що в умовах надання невідкладної хірургічної допомоги при перфорації виразки, як правило у тяжкохворих, не завжди можливо.

В основу винаходу поставлене завдання вдосконалення способу дуоденопластики при перфоративних виразках дванадцятипалої кишки шляхом збереження цілісності воротаря за рахунок висічення виразки без ушкодження останнього та зашивання дефекту дванадцятипалої кишки з використанням серозно-м'язового шару стінки шлунку проксимальніше воротаря, що забезпечує зниження частоти дуодено-гастрального рефлюксу та демпінг-синдрому у хворих через неспроможність воротаря. При цьому підвищується ефективність лікування пацієнтів, тобто зменшується захворюваність у віддалений термін після операцій з приводу перфорації виразки дванадцятипалої кишки, що сприяє відновленню працездатності і в цілому покращенню якості життя хворих.

(19) UA (11) 42349 (13) A

Поставлене завдання вирішується тим, що у відомому способі виразку висікають, дефект дванадцятипалої кишки на місці виразки зашивають в поперечному напрямку, воротар розміщують між слизово-підслизовим і серозно-м'язовим шарами стінки шлунку та дванадцятипалої кишки. Згідно з винаходом, виразку висікають саме за воротарем, без ушкодження останнього, безпосередньо проксимальніше воротаря розсікають серозно-м'язовий шар шлунку в поперечному напрямку, дефект зашивають, проводячи лігатури крізь серозно-м'язовий шар проксимального краю розрізу стінки шлунку, потім над воротарем і далі крізь слизово-підслизовий шар дистальніше воротаря з виколем крізь всі шари стінки дванадцятипалої кишки від слизової оболонки до серозної, після чого накладають другий ряд серозно-м'язових швів.

Застосування способу, що пропонується, разом з усіма суттєвими ознаками, включаючи відмінні, дозволяє здійснювати висічення виразки без ушкодження воротаря та зашивання дефекту дванадцятипалої кишки з використанням серозно-м'язового шару шлунку проксимальніше воротаря, надійно адаптуючи шари стінки шлунку і дванадцятипалої кишки, що сприяє зниженню частоти післяопераційних ускладнень, пов'язаних з неспроможністю швів дванадцятипалої кишки, а збереження цілісності воротаря запобігає дуодено-гастральному рефлюксу та демпінг-синдрому. Все це значно зменшує час післяопераційного лікування, сприяє відновленню працездатності пацієнтів і в цілому підвищує ефективність лікування хворих на перфоративну виразку дванадцятипалої кишки.

Виконання способу, що пропонується, пояснюється кресленням (фіг. 1-3), де 1 - перфоративна виразка, 2 - воротар, 3 - стінка дванадцятипалої кишки, 4 - серозно-м'язовий шар стінки шлунку, 5 - слизова оболонка шлунку, 6 - лігатура, 7 - слизово-підслизовий шар дистальніше воротаря, 8 - слизова оболонка дванадцятипалої кишки, 9 - серозна оболонка дванадцятипалої кишки. На фіг. 3 - операція в закінченому стані.

Спосіб здійснюють таким чином. Виконують верхньо-серединну лапаротомію. Спочатку вивчають перитонеальний ексудат. Домішки крові, гематину в ньому вказують на супутню перфорацію кровотечу. Потім з'ясовують стан шлунку: дилатація його свідчить про стеноз вихідного відділу, виражений перидуоденіт, множинні рубці - про вірогідність ще й іншої виразки. Виявляють можливість penetрації перфоративної виразки в сусідні органи. Мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером. Пілородуоденальну зону виділяють із запально-злукотного процесу і вивчають співвідношення виразки з воротарем. Якщо виразка 1 розташована ближче 5 мм від воротаря 2, її висікають у вигляді трикутника основою до воротаря 2 так, щоб не ушкодити останній. Стінку дванадцятипалої кишки 3 розсікають вздовж, виконують пілородилатацію (розширюють воротар 2 інструментом діаметром до 30 мм) для запобігання звуження вихідного відділу шлунку і забезпечення адекватної евакуації. Після цього проксимальніше воротаря 2 відповідно до розмірів дефекту дванадцятипалої кишки розсікають серозно-м'язовий шар 4 стінки шлунку в поперечному напрямку і відсепаровують його від слизової оболонки 5. Перший ряд швів починають

на 5-10 мм проксимальніше розрізу серозно-м'язового шару 4 стінки шлунку, через який проводять лігатуру 6, не захоплюючи слизову оболонку 5. Потім лігатуру проводять поверх воротаря 2, дистальніше якого голкою проколюють слизово-підслизовий шар 7. Викол голки здійснюють через всі шари стінки 3 дванадцятипалої кишки в напрямку від слизової оболонки 8 до серозної оболонки 9. Перший ряд швів перитонізують другим.

Приклад

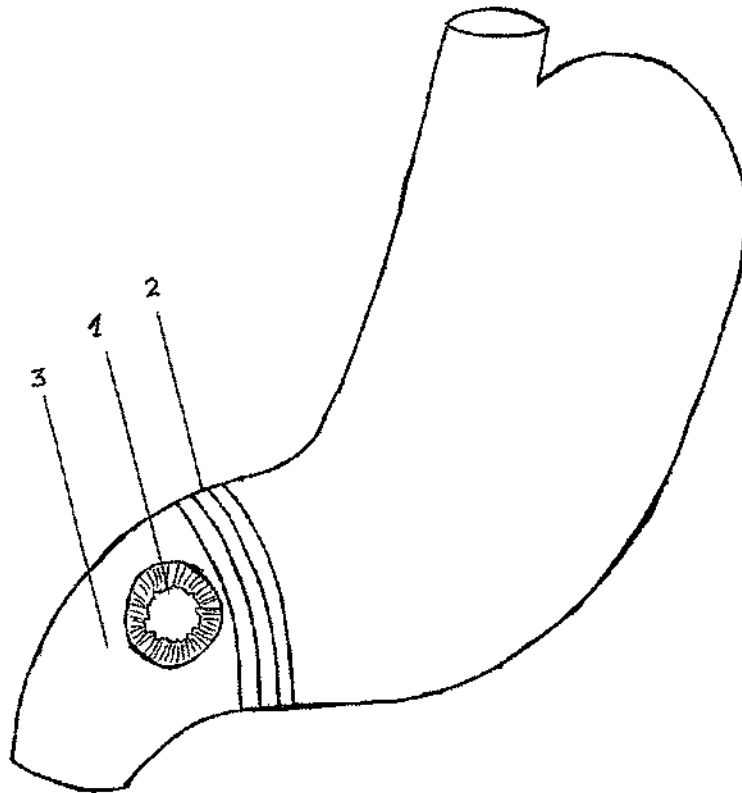
Хворий З., 37 років, історія хвороби № 7195, поступив у хірургічне відділення 09.08.1997 р. з приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки через 1 годину від початку захворювання. На виразкову хворобу страждає 3 роки. Термінова операція. Під ендотрахеальним наркозом виконано верхньо-серединну лапаротомію. В підпечінковому просторі та в порожнині малого тазу знайдено до 100 мл серозного випоту. По передній стінці дванадцятипалої кишки відразу за воротарем виявлено виразковий інфільтрат розмірами 20 на 30 мм з проривним отвором 3 мм. Останній зашито. Санація черевної порожнини шляхом промивання розчином антисептиків. Виконано селективну проксимальну ваготомію з фундоплацією за Ніссеном. Дванадцятипалу кишку мобілізовано за Кохером. Встановлено, що виразковий інфільтрат розташований безпосередньо за воротарем. Виразковий субстрат висічено у вигляді трикутника, виконано пілородилатацію діаметром до 30 мм. Після цього відповідно до розміру дефекту дванадцятипалої кишки проксимальніше воротаря в поперечному напрямку розсічено серозно-м'язовий шар стінки шлунку, відсепаровано від слизової оболонки. Перший ряд швів почато на 5 мм проксимальніше дефекту стінки шлунку, через який проведено лігатури, не захоплюючи слизову оболонку. Потім лігатури проведено поверх воротаря, дистальніше якого голкою прокололи слизово-підслизовий шар. Викол голки здійснено через всі шари стінки дванадцятипалої кишки в напрямку від слизової до серозної оболонки. Перший ряд швів перитонізовано другим. Черевну порожнину повторно промити розчином антисептику, осушено. Дреновано підпечінковий простір. Лапаротомну рану пошарово зашито. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. На одинадцяті добу після втручання хворого виписано додому.

Контрольний огляд проведено через 9 місяців. Пацієнт почував себе добре, без скарг. Виконано фіброгастродуоденоскопію змикання воротаря повне, ознаки дуодено-гастрального рефлюксу або рефлюкс-гастриту відсутні.

За період з 1997 по 2000 роки у хірургічних відділеннях 5-ї клінічної лікарні м. Суми за запропонованою методикою прооперовано 17 хворих. Післяваготомна атонія шлунку, яка не була пов'язана з методикою дуоденопластики і підтверджена фіброгастроскопією та рентгенографією шлунку, виникла у 1 (5,9%) пацієнта. Важливо, що інших ускладнень (неспроможність швів, стеноз вихідного відділу шлунку, анастомозит) не спостерігали. У віддалений термін (через 9-12 місяців) обстежено 10 із 17 хворих. Всі вони почували себе добре, без скарг. При ендоскопічному обстеженні дуодено-гастрального рефлюксу у них не спостерігався.

За даними літератури (див. статтю Численко І. В. Функциональные нарушения в отдаленные сроки после выполнения органосохраняющих операций по поводу перфоративной пилородуоденальной язвы. Клінічна хірургія - 1998 - № 5 - С. 3-4) після висічення виразки з пілоропластикой і ваготомією демпінг-синдром виявляється у 10% хворих, дуодено-гастральний рефлюкс - у 20,5%

Таким чином, спосіб, що пропонується, ефективно попереджує ці патологічні стани завдяки збереженню цілісності ворітця. Крім того, вона технічно проста, не потребує багато часу для виконання, дає можливість адекватно адаптувати шари стінки дванадцятипалої кишки і шлунку в зоні висічення виразки. Спосіб рекомендовано до застосування в клінічній роботі.



Фіг. 1

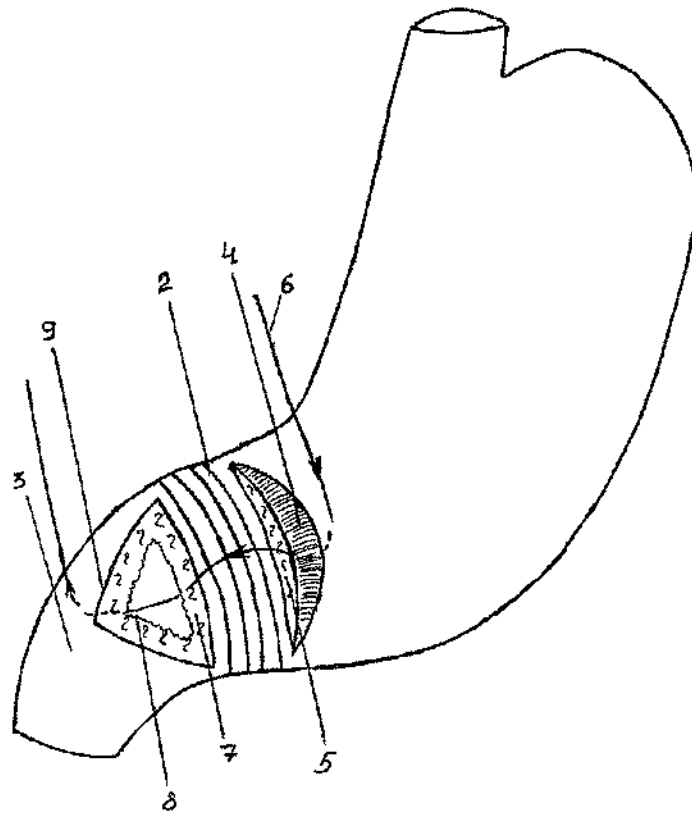


Fig. 2

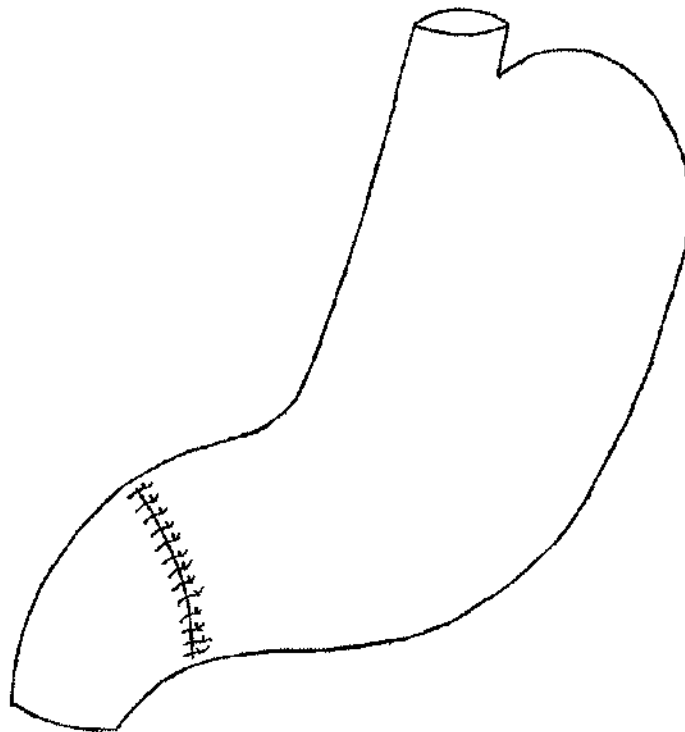


Fig. 3

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2002 р. Формат 60x84 1/8
Обсяг _____ обл.-вид арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180
(044) 268-25-22
