



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 47300

(13) A

(51) 6 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ЕКОНОМНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА ПРИ ПЕНЕТРАЦІЇ ВИРАЗКИ У МАЛИЙ САЛЬНИК

1

2

(21) 2001107404

(22) 31 10 2001

(24) 17 06 2002

(46) 17 06 2002, Бюл. № 6, 2002 р

(72) Короткий Валерій Миколайович, Колосович
Ігор Володимирович(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ О О БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб економної резекції шлунка при
пенетрації виразки у малий сальник, який включає
висічення виразки шлунка по периметру
виразкового кратера, виведення його за межі

шлунка та ушивання дефекту у стінці шлунка
дворядними швами у поперечному напрямку, який
відрізняється тим, що перед резекцією шлунок
частково мобілізують по малій кривині, висічення
виразки по периметру виразкового кратера
проводять у межах запального інфільтрату, а
перед ушиванням дефекту у стінці шлунка у
поперечному напрямку його ушивають у
поздовжньому напрямку біля верхнього та
нижнього кутів, перитонізуючи лінію швів
деептелізованим клаптем висіченої виразки

Винахід відноситься до медицини, а саме до
хірургічної гастроентерології, і може бути
використаний у хірургічному лікуванні хворих на
виразкову хворобу шлунка (ВХШ), ускладнену
пенетрацією у малий сальник

Дотепер операцією вибору при ВХШ є
класична резекція 2 / 3 шлунка за Більротом I або II.
Однак дане оперативне втручання
супроводжується значною частотою
післяопераційних ускладнень, особливо органічних
(частота пептичної виразки анастомозу сягає 75%,
а летальність сягає 14%) [1]. В останній час
відбувся докорінний перегляд ролі хронічної
виразки шлунка (ХВШ) у онкогенезі шлунка -
реальна частота мапігназації ХВШ 1-го типу за
Джонсоном не перевищує 1% [2]. Це дає змогу при
локалізації виразки по малій кривині широко
використовувати органозберігаючі оперативні
втручання, зокрема економну резекцію шлунка.
Однак виконання цієї операції дещо утруднюється
у випадку пенетрації виразки у малий сальник (це
ускладнення зустрічається у 10 - 20% хворих на
ХВШ 1-го типу), що в силу технічних складностей
втручання може привести до розвитку
післяопераційних ускладнень [3].

Так, відомий спосіб економної резекції шлунка
при пенетрації виразки у малий сальник, який
полягає у мобілізації малої кривини шлунка з
наступним висіченням сегменту органу разом з
виразкою, корпороантральному анастомозуванні,

при якому намагаються зберегти нерв Латарже
[4]. Розвитку післяопераційних функціональних
ускладнень при виконанні цього способу сприяє
втрата шлунком його резервуарної функції в
результаті видалення значної частини органу. Крім
того, навіть при збереженні нерва Латарже, що в
умовах пенетрації виразки в малий сальник
технічно складно, дENERVУЄТЬСЯ значна ділянка
великої кривини шлунка, що веде до розвитку
ішемічних порушень у цій зоні, і як наслідок,
післяопераційних органічних ускладнень.

Також відомий спосіб економної резекції
шлунка при пенетрації виразки у малий сальник,
при якому передню стінку шлунка розсікають по
периметру виразкового кратера з переходом на
задню стінку, виводять його за межі шлунка,
зберігаючи нерв Латарже, а дефект у стінці
шлунка ушивають дворядними швами у
поперечному напрямку [5]. Цей спосіб є єдиним з
відомих, у ході якого виразку виводять за контур
шлунка, зберігаючи при цьому іннервацію
антрального відділу шлунка (нерв Латарже). Цей
спосіб і прийнято за прототип. Розвитку
післяопераційних ускладнень (рецидиву виразки
шлунка) сприяє видалення тільки виразкового
дефекту (виразки по периметру) без зони
запального інфільтрату. У випадку гігантської ХВШ
висічення значної частини малої кривини шлунка з
наступним поперечним ушиванням дефекту може
привести до деформації органу, порушенню

(13) A

(11) 47300

(19) UA

моторики шлунка та розвитку післяопераційних ускладнень

В основі винаходу, що заявляється, лежить задача по можливості максимального, за умови радикального висічення виразки разом з запальним інфільтратом, збереження основних функцій шлунка (резервуарної, травної та моторно-евакуаторної) за рахунок залишення нерву Латарже та послідовного поздовжньо-поперечного ушивання дефекту тканин шлунка з наступною перитонізацією лінії швів деепітелізованим клаптем висіченої виразки

Технічний результат полягає у зниженні частоти післяопераційних ускладнень, які розвиваються внаслідок деформації органу, та збереженні іннервації антрального відділу шлунка

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі економної резекції шлунка при пенетрації виразки у малий сальник, який включає висічення виразки шлунка по периметру виразкового кратера, виведення його за межі шлунка та ушивання дефекту у стінці шлунка двоярядними швами у поперечному напрямку, згідно винаходу, перед резекцією шлунок частково мобілізують по малій кривині, висічення виразки по периметру виразкового кратера проводять у межах запального інфільтрату, а перед ушиванням дефекту у стінці шлунка у поперечному напрямку його ушивають у поздовжньому напрямку біля верхнього та нижнього кутів, перитонізуючи лінію швів деепітелізованим клаптем висіченої виразки

Відмінними ознаками винаходу, що заявляється, є радикальне видалення виразки у межах запального інфільтрату з наступним послідовним закриттям дефекту тканин у поздовжньому та поперечному напрямках, що запобігає деформацію органу, порушення його функції. Профілактиці післяопераційних ускладнень також сприяє використання для перитонізації лінії швів деепітелізованого клаптя висіченої виразки, що дозволяє укріпити останні та уникнути розвитку їх неспроможності. Запропонований спосіб економної резекції шлунка при пенетрації виразки у малий сальник дозволяє, не зважаючи на широке висічення ХВШ, зберегти у ході операції іннервацію антрального відділу шлунка за рахунок часткової мобілізації малої кривини, що не порушує моторно-евакуаторну функцію вихідного відділу шлунка, а внаслідок цього не викликає розвитку важких післяопераційних функціональних ускладнень, спричинених гастростазом та атонією шлунка. Як свідчать літературні дані, жодний з відомих способів економної резекції шлунка не дає можливості при пенетрації ХВШ у малий сальник повністю видалити зону виразковості і запобігти розвитку порушень з боку основних функцій шлунка (моторно-евакуаторної, резервуарної, травної)

Суть винаходу пояснюється фігурами, на котрих представлено

Фіг 1 Часткова мобілізація малої кривини шлунка проксимальніше та дистальніше запального інфільтрату

Фіг 2 Висічення ХВШ по периметру

запального інфільтрату

Фіг 3 Накладання швів у поздовжньому напрямку біля верхнього та нижнього кутів дефекту

Фіг 4 Накладання швів у поперечному напрямку

Фіг 5 Перитонізація лінії швів деепітелізованим клаптем висіченої виразки

Спосіб здійснюється наступним чином. Після верхньо-середньої лапаротомії проводять ревізію органів черевної порожнини. У рану виводять виразку малої кривини шлунка 1, яка пенетрує у малий сальник 2. Частково мобілізують малу кривину шлунка 3 проксимальніше та дистальніше зони запального інфільтрату 4. Висікають передню стінку шлунка по периметру запального виразкового інфільтрату з переходом на задню стінку, виводять його за межі шлунка. Видаляють слизову оболонку шлунка в зоні виразковості з направленням матеріалу на експрес-гістологічне дослідження. Послідовно ушивають дефект шлунка - спочатку у поздовжньому напрямку в області його верхнього та нижнього кутів 5, а потім у поперечному напрямку. Закінчують економну резекцію шлунка перитонізацією до лінії швів деепітелізованого клаптя висіченої виразки. Проводять контроль гемостазу. Виконують дренажування черевної порожнини рукавично-трубчастим дренажем, підведеним до місця пластики та виведеним через контрапертуру у правому підребер'ї. Операційну рану пошарово ушивають

Приклад конкретного здійснення

Хворий П., історія хвороби №15121

Діагноз Виразкова хвороба шлунка (1-й тип) з пенетрацією виразки у малий сальник

Хворий поступив до 1-го хірургічного відділення МКЛ №4 м. Києва 2 10 00р з скаргами на біль у верхній половині живота, який з'являвся через 1 год після прийому їжі, нудоту, схуднення (за 2 місяці на 10кг). Вважає себе хворим на протязі 3 місяців, коли відчув погіршення самопочуття, появу названих скарг. З 1963р хворіє на виразкову хворобу шлунка. Напередодні виписаний з гастроентерологічного відділення, де був виключений раковий характер виразковості (гістологічне та цитологічне дослідження матеріалу поліпозиційної ендоскопічної біопсії). Проходив курс противиразкового лікування з застосуванням блокаторів протонної помпи, H2-гістаміноблокаторів, цитопротекторів. Клініко-ендоскопічно - динаміка негативна (виразка середньої третини малої кривини 2см у діаметрі почала збільшуватись у розмірах) 4 10 00р хворий прооперований (операція лапаротомія, економна резекція шлунка, дренажування черевної порожнини).

Під час операції виразка пенетрує у підшлункову залозу та малий сальник. Тупим та гострим шляхом виразка відділена від підшлункової залози. Частково мобілізована мала кривина шлунка на 2см проксимальніше та дистальніше зони запального інфільтрату, який займає приблизно 6 - 7см у діаметрі. Після прошивання судин, які живлять виразку, виконано висічення передньої стінки шлунка по периметру

запального виразкового інфільтрату з переходом на задню стінку, після чого видалений клапоть зашиєно на малому сальнику Гострим шляхом видалено слизову оболонку шлунка в зоні виразковості, матеріал направлено на експрес-гістологічне дослідження Заключення експрес-гістопатологі №1785-88 від 4.10.01р - хронічна виразка шлунка Дефект шлунка в області його верхнього та нижнього кутів частково ушито двоохрядними вузловими швами у поздовжньому напрямку Отвір, що залишився ушитий двоохрядними вузловими швами у поперечному напрямку Клапоть видаленого виразкового інфільтрату частково висічено та підшито до ліній швів на шлунку Контроль гемостазу - сухо Черевна порожнина дренувана рукавично-трубчастим дренажем, підведеним до місця пластики та виведеним через контрапертуру у правому підребер'ї Операційну рану пошарово ушито

Післяопераційний період пройшов без ускладнень У задовільному стані хворий виписаний з стаціонару 16.10.00 (12 доба після операції) Контрольне обстеження через 6 та 12 місяців - реабілітація хворого проходить без ускладнень, при ФГДС - органічної патології з боку верхніх відділів травного тракту не виявлено Рентгенографія шлунка - форма, розміри та моторна активність шлунка у межах норми

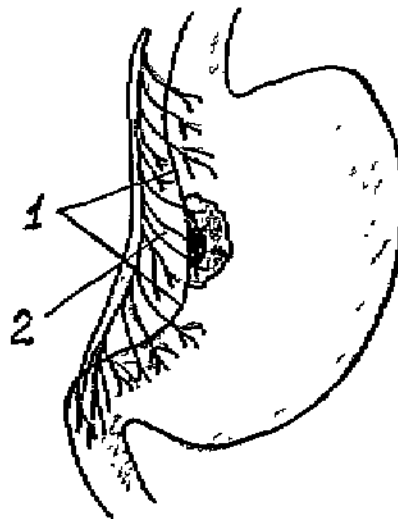
Спосіб апробовано у 1-му та 2-му хірургічних відділеннях МКЛ №4 м. Києва у період з 1999 по 2001рр За даною методикою прооперовано 8 хворих Результати лікування за розробленим способом порівнювались з результатами лікування хворих за способом-прототипом Ускладнень у хворих, прооперованих за способом, що заявляється, не спостерігалось За літературними даними, при виконанні операції за способом-прототипом частота післяопераційних ускладнень (у вигляді рецидиву виразки) зустрічається в 20% випадків [5]

Як показала статистична обробка з використанням таблиці Стюдента, заявлений спосіб забезпечує статистичне достовірне зниження частоти виникнення післяопераційних

ускладнень у хворих на ХВШ 1-го типу, які пенетрують у малий сальник ($P < 0,05$) Це досягається шляхом радикального видалення виразки у межах запального інфільтрату з наступним послідовним закриттям дефекту тканин у поздовжньому та поперечному напрямках, що запобігає деформацію органу, порушення його функції Профілактиці післяопераційних ускладнень також сприяє використання для перитонізації ліній швів деептелізованого клаптя висіченої виразки, що дозволяє укріпити останні та уникнути розвитку їх неспроможності Запропонований спосіб економної резекції шлунка при пенетрації виразки у малий сальник дозволяє, незважаючи на широке висічення ХВШ, зберегти у ході операції іннервацію антрального відділу шлунка за рахунок часткової мобілізації малої кривини, що не порушує моторно-евакуаторну функцію вихідного відділу шлунка, а внаслідок цього не викликає розвитку важких післяопераційних функціональних ускладнень, спричинених гастростазом та атонією шлунка

Використана література

- 1 Сятник А. П., Наумов Б. А. Выбор метода операции при язвенной болезни желудка // Хирургия - 995 - №3 - С 59 - 63
- 2 Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника - М. Триада-Х, 1998 - 496с
- 3 Seymour Schwarte I., Shires Tom G., Frank Spencer C et al Principles of Surgery - 7-th edit - New-York, St. Louis, San Francisco Library of Congress, 1998 - 2162p
- 4 Саенко В. Ф., Лаврик А. С., Диброва Ю. А., Стеценко А. П. Пилоро- и антрумсохраняющая резекция в хирургии язвенной болезни желудка (1 типа) // Мат. наук - практич. конф-ції "Актуальні питання невідкладної хірургії органів черевної порожнини та уrogenітального тракту" - Київ, 1996 - С 28 - 29
- 5 Шорох Г. П., Климович В. В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения (тактика и лечение) - Минск ГИПП "Промпечать", 1996 - 156с



Фіг. 1

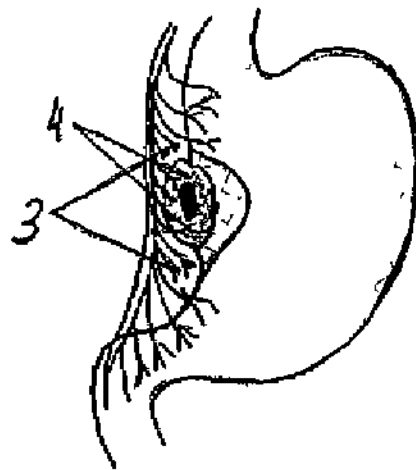


Fig. 2

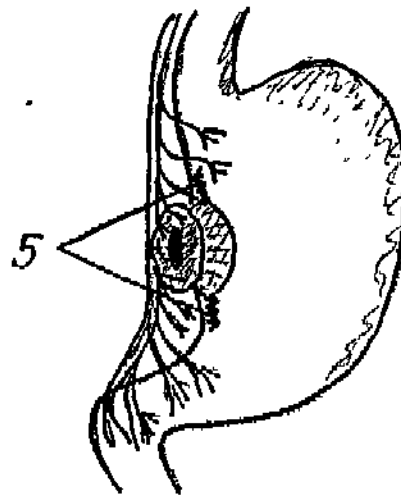


Fig. 3

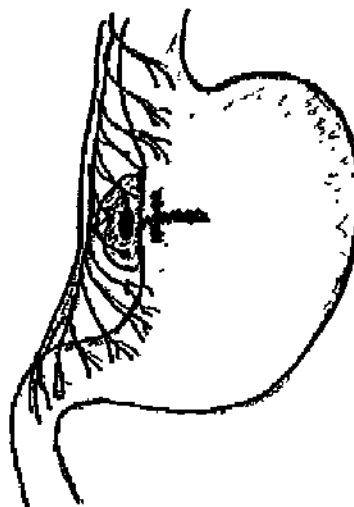
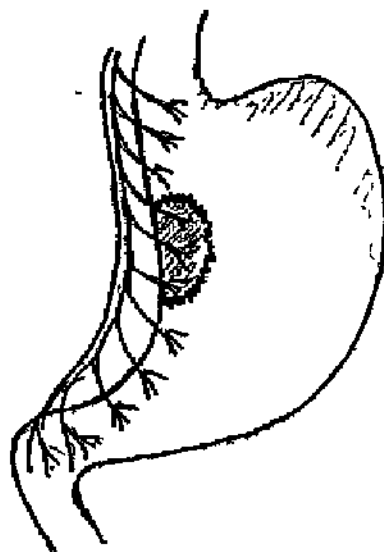


Fig. 4

**Fig. 5**

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)
вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна
(044) 456 – 20 – 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»
вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна
(044) 216 – 32 – 71