



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **98208** (13) **C2**  
(51) МПК  
**A61B 17/03** (2006.01)

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(21) Номер заявки: <b>а 2010 10867</b>	(72) Винахідник(и): <b>Мунтян Сергій Олексійович (UA), Сахно Анатолій Микитович (UA), Шадрін Ілля Сергійович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>09.09.2010</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: <b>25.04.2012</b>	
(41) Публікація відомостей про заявку: <b>10.08.2011, Бюл.№ 15</b>	(73) Власник(и): <b>КЛІНІЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ,</b> вул. Свердлова, 65, м. Дніпропетровськ, 49008 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.04.2012, Бюл.№ 8</b>	(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: RU 93028288 A, 10.09.1996 Ваготомия при прободных пилородуоденальных язвах / И. С. Белый, Р. Ш. Вахтангшвили. - Киев: Здоров'я, 1984. – С.86-94. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах / Ю. М. Панцырев, А. А. Гринберг. - Москва: Медицина, 1979. – С. 118-136. UA 45817 A, 15.04.2002 UA 16419 U, 15.08.2006 UA 41510 U, 25.05.2009 RU 2324435 C1, 20.05.2008 RU 94016327 A1, 20.09.1996 Rohatgi A, Houghton PW. Duodenal tamponade in the treatment of an intractable peptic ulcer bleed. Ann R Coll Surg Engl. 2001 Sep;83(5):335-6. PMID:11806560 Vatagin SA. A method of suturing penetrating ulcers of the duodenal bulb. Khirurgiia (Mosk). 1991 Sep;(9):144-6. PMID:1753640

## (54) СПОСІБ ПІЛОРОДУОДЕНОПЛАСТИКИ З ТАМПОНУВАННЯМ ПРИ КРОВОТЕЧІ ІЗ ВИРАЗКИ ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

### (57) Реферат:

Винахід належить до медицини та стосується способу хірургічного лікування кровоточивої виразки задньої стінки пілородуоденальної зони. Заявлений спосіб полягає у формуванні тампонади по всьому периметру виразки верхнім вільним клаптом утвореної гастропілородуоденальної рани шляхом поступового ввертання з фіксацією серозної оболонки клаптя до дна та периметра виразки з подальшим формуванням гастропілородуоденального співустя.

UA 98208 C2



Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, може бути застосований при оперативному лікуванні кровотечі із виразки пілородуоденальної зони, або при поєднаних ускладненнях виразкової хвороби.

У хірургії кровоточивої виразки пілородуоденальної зони за останнє десятиріччя виникло чимало питань. Існує багато праць присвячених порівняльному аналізу ендоскопічного гемостазу з застосуванням ін'єкційного методу, кліпирования судини на дні виразки, коагуляцією судини, використанням аплікаційного методу з тахокомбом. Всі ці методи дозволяють на деякий час зупинити кровотечу з виразки. Але у 3-5 % хворих ендоскопічний гемостаз до зупинки кровотечі не приводить. Для цих хворих існують хірургічні способи лікування, у тому числі і ті, які безпосередньо впливають на патогенез виразкової хвороби. Якщо при ускладненій кровотечею виразкової хвороби дванадцятипалої кишки прийнята тактика використання загальновідомих способів хірургічного втручання (прошивання судини у виразці з пілоропластикою за Фіннеєм або за Джадом, резекції шлунка), то при виникненні кровотечі після раніше ушитої перфоративної виразки - вибір способу операції становить для хірурга складне завдання [3, 4].

З розвитком органозберігаючих втручань розширилися можливості корегування у пілородуоденальної зони, які поліпшують її анатомо-фізіологічні властивості, що дозволяє хірургу формувати багато технічних прийомів при виконанні операції.

У літературі існує термін "невидаленної" кровоточивої виразки дванадцятипалої кишки, який використовується в особі тяжких випадках (раніше перенесені операції з приводу виразкової хвороби, похилий та старечий вік хворого, наявність супутньої патології, перитоніт). У зв'язку з цим хірургами були розроблені та впроваджені "тампонадні" методи гастропілородуоденопластики при кровотечі із виразки. Найбільш відомим з них є спосіб хірургічного лікування післябульбарних виразок дванадцятипалої кишки за М.М. Велигоцьким (1993). Але при використанні цього способу тампонада виразки виконується таким чином, що повністю перекриває просвіт кишки та у зв'язку з цим потребує накладання позадуобідкового гастроентероанастомозу з ваготомією [2]. Недоліками цього способу є виключення дванадцятипалої кишки з пасажу шлункового вмісту, ризик виникнення пептичної виразки гастроентероанастомозу. Привертає до себе увагу також запропонований спосіб поперечного пілородуоденоанастомозу із тампонадою виразки за Вахтангішвілі-Олефіром (1983). При використанні цього способу також виконують повну поперечну тампонаду задньої стінки дванадцятипалої кишки за рахунок передньої з формуванням поперечного анастомозу [1].

При вираженому виразковому деструктивному процесі та спайкових наслідках раніше перенесеної операції у пілородуоденальній зоні виникають виражені деформації дванадцятипалої кишки. Крім цього, для надійної зупинки кровотечі необхідно ліквідувати пептичний вплив шлункового соку та травних ензимів на прошитий судини у виразці. Це можливо досягнути способами екстеріоризації або тампонадою виразки. Екстеріоризація можливо пов'язана з резекційними методами, які мають високий ризик використання (інтраопераційне пошкодження підлеглих анатомічних структур гепатодуоденопанкреатобілярної зони) у даній категорії хворих. Навпаки, органозберігаючі операції у даному випадку мають перевагу через меншу тривалість часу операції, травматичність та кількість ускладнень.

В хірургії кровоточивої виразки на задньої поверхні дванадцятипалої кишки використовують операцію, яка є найбільш близькою до способу, що пропонується. Спосіб характеризується тим, що формується перевернутий U-подібний розтин через дванадцятипалу кишку, воротар та антральний відділ шлунка, виконується зупинка кровотечі методом прошивання виразки з наступним виконанням пілоропластики за Фіннеєм [5, 6, 7]. Проте, формується перегородка із задньої губи анастомозу, яка може бути причиною порушення евакуації зі шлунка, залишається патологічний вплив пептичного фактору та травних ензимів на виразку, високий ризик неспроможності швів ушитої виразки.

Завдання винаходу полягає у формуванні тампонади дна виразки задньої стінки пілороду од детальної зони, що сприяє зупинки кровотечі.

Поставлене завдання вирішують шляхом формування надійної тампонади всієї площини виразки вільним лоскутом верхньої частини гастропілородуоденальної рани методом його поступового ввертання з фіксацією серозної оболонки до верхнього та нижнього периметру виразки вузловими швами. Таким чином, створюються умови для перешкоди пептичного впливу шлункового соку та травних ензимів на виразку, надійної зупинки кровотечі.

Запропонована схема операції має нищенаведені переваги:

1. Прошивання судини у виразці з наступною тампонадою надійно зупиняє кровотечу.

2. Мінімальність травматизації при хірургічних маніпуляціях (додаткові розтини при виконанні екстеріоризації з високим ризиком пошкодження підлеглих структур) та скорочення часу операції надає перевагу тампонаді відносно екстеріоризації.

3. Незважаючи на збереження виразкового субстрату у просвіті пілородуоденальної зони досягається мета відсутності впливу патогенетичних чинників виникнення виразкової хвороби на виразковий субстрат.

Спосіб, який пропонується, пояснюється за схемою:

5 Фіг. 1 - етап фіксації краю вільного лоскуту кишки до дна виразки.

Фіг. 2 - етап фіксації серозної оболонки до периметра виразки.

Фіг. 3 - повне тампонадне закриття виразки.

Фіг. 4 - загальний вигляд гастродуоденоанастомозу.

Спосіб здійснюють таким чином. Виконують мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером.

10 Для доступу до виразки виконують повздожню гастропілородуоденотомію. Зовнішній та внутрішній края рани розводяться, що дозволяє побачити джерело кровотечі та зупинити його прошиванням. Для тампонади виразки використовуємо зовнішній дугоподібний лоскут. При цьому, в залежності від розташування виразки, використовують тканини дванадцятипалої кишки або пілороантральної зони шлунка. Виконуємо тампонаду наступним чином. Край розтину  
15 фіксуємо до краю виразки вузловими швами капроном №4 методом ввертання, щоб серозна оболонка була повернута до дна виразки. Таких 5-6 швів закривають ближчу до стінки кишки півкола края виразки. Потім 5-6 швами фіксують серозно-м'язову оболонку стінки кишки у зоні дугоподібного розтину до краю віддаленого півкола виразки, тампонадно закриваючи її дно. В подальшому формуємо гастропілородуоденальне співустя двошрядними швами за  
20 загальноприйнятою методою, урівнюючи края співустя ввертаючим швом. Таким чином, тампонована виразка розташовується внутрішньо співустя, а прохідність здійснюється за рахунок нижньої частини його контуру.

Наводимо клінічний приклад здійснення способу.

25 Хворий К., 42 років, історія хвороби № 8786, перебував на лікуванні у міському центрі хірургічного лікування гастроінтестинальних кровотеч Клінічного об'єднання швидкої медичної допомоги з 14.11.2009 по 26.11.2009 р. Діагноз: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена шлунково-кишковою кровотечею. Госпіталізований за терміновими показаннями через 4 години після початку захворювання. Хворіє на виразку дванадцятипалої кишки протягом  
30 12 років, лікувався амбулаторно та стаціонарно (операція ушивання перфорації виразки пілородуоденальної зони у 1997 року). Стан тяжкий. АТ=120/80 мм рт.ст., пульс=86 на хвилину. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт симетричний, приймає участь у акті дихання, м'який, болісність відсутня у всіх ділянках. Післяопераційний рубець сформований, без особливостей. Фізіологічні відправлення не порушені.

35 ФЕГДС № 4176/26. В порожнині шлунка до 300 мл вмісту типу "кавової гущини". На задній стінці дванадцятипалої кишки за воротарем є дефект слизової 3 см у діаметрі з активною пульсуючою кровотечею із судини дна виразки. Заключення. Виразка цибулини ДПК з ознаками шлунково-кишкової кровотечі. Forrest 1-A.

14.11.2010р. операція, час 19.10-20.55. Лапаротомія.

40 Гастропілородуоденотомія, прошивання кровоточивої судини у виразці. "Тампонадна" пілородуоденопластика. Двостороння стовбурова піддіафрагмальна ваготомія. Дренування черевної порожнини.

Верхньо-серединна лапаротомія з висіченням попереднього післяопераційного рубця довжиною 22 см. Шлунок звичайного розміру. Пілородуоденальна зона деформована через виражений рубцево-спайковий процес. Виконана гастропілородуоденотомія, з порожнини  
45 шлунка евакуйовано до 500 мл крові з кровозгустками. На задньої стінці дванадцятипалої кишки хронічна виразка до 3 см, край щільний кальозний, на дні пульсуюча судина, яку прошито вузловим швом. Кровотеча зупинена. Враховуючи виразковий анамнез (12 років тому виконано ушивання перфорації виразки), весняно-осіннє загострення, проведену амбулаторно та стаціонарно противиразкову терапію, наявність високої кислотності (дані анамнезу) потрібна  
50 радикальна операція. Після мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером виконана тампонада виразки за вищезазначеним способом з наступною пілородуоденопластикою. Ентеральний зонд для харчування заведений на 20 см за зв'язку Трейца. Проведена двостороння стовбурова піддіафрагмальна ваготомія з перетинанням гілки Гросса. Прохідність зони пілородуоденопластики до 3 см. Виконано дренування черевної порожнини у правому підребір'ї.  
55 Контроль на гемостаз. Шви на рану. Асептична пов'язка. Післяопераційний перебіг без ускладнень.

Джерела інформації:

1. Белый И.С. Ваготомия при прободных пилородуоденальных язвах / И.С. Белый, Р.Ш. Вахтангишвили. - Киев: Здоров'я, 1984.-157 с.

2. Велигоцкий Н.Н. Удаление осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика / Н.Н. Велигоцкий. - Харьков: Прапор, 2005.-81с.

3. Диагностика и лечение рецидивных послеоперационных гастродуоденальных язв / [Н.Н. Милица, Ю.Д. Торопов, Н.Д. Постоленко, Ю.В. Товбин] // Клінічна хірургія.-2006. - №4-5. - С.20.

5 4. Майстренко Н.А. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки / Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан. - Ст-Петербург: Гиппократ, 2000.-360 с.

5. Панцырев Ю.М. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах / Ю.М. Панцырев, А.А. Гринберг. - Москва: Медицина, 1979.-159 с.

10 6. Haubrich W.S. Finney of the Finney pyloroplast / W.S. Haubrich // Gastroenterology.-2004. - V.126, №1. - P. 56.

7. Technical feasibility of laparoscopic Finney pyloroplasty examined in a canine model / [F.M. Sanchez-Margallo, B. Loscertales, I. Diaz-Guemes, J. Uson] // Surg. Endosc.-2007. - V.21, №1. - P. 136-139.

# ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

Спосіб хірургічного лікування кровоточивої виразки задньої стінки пілородуоденальної зони, що включає лапаротомію, повздожню гастропілородуоденотомію, який **відрізняється** тим, що виконують тампонаду виразки верхнім вільним клаптом утвореної рани шляхом поступового ввертання з фіксацією серозної оболонки клаптя до дна та периметра виразки з подальшим формуванням гастропілородуоденального співустя.

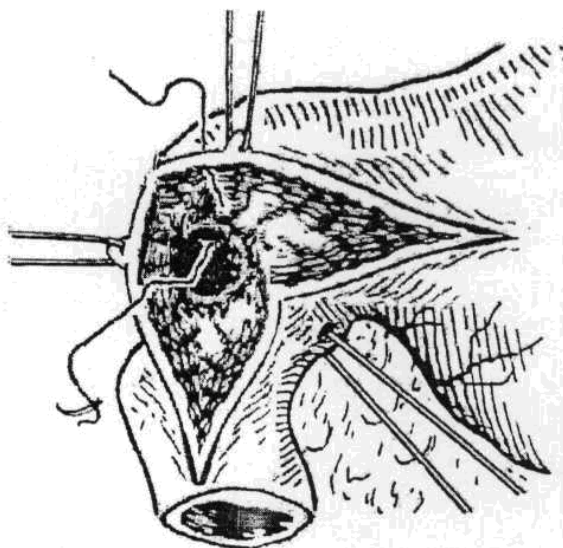


Fig. 1.

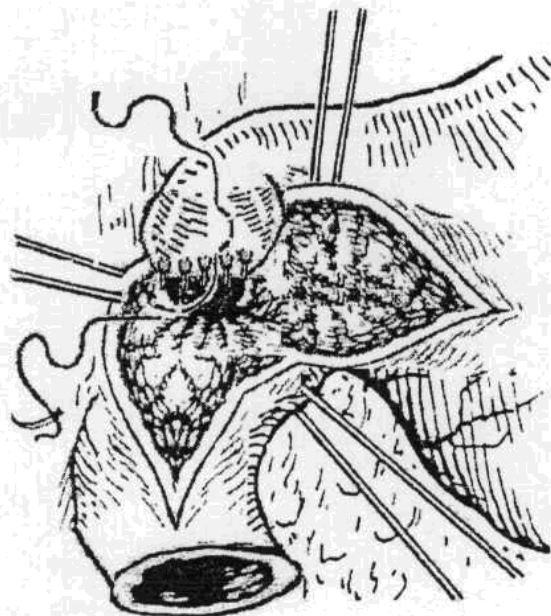


Fig. 2.

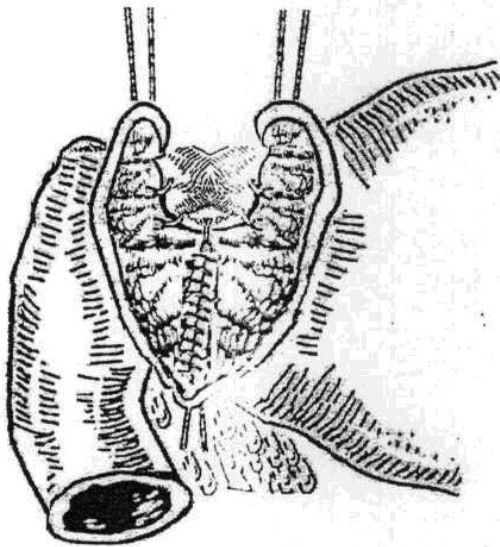


Fig. 3.

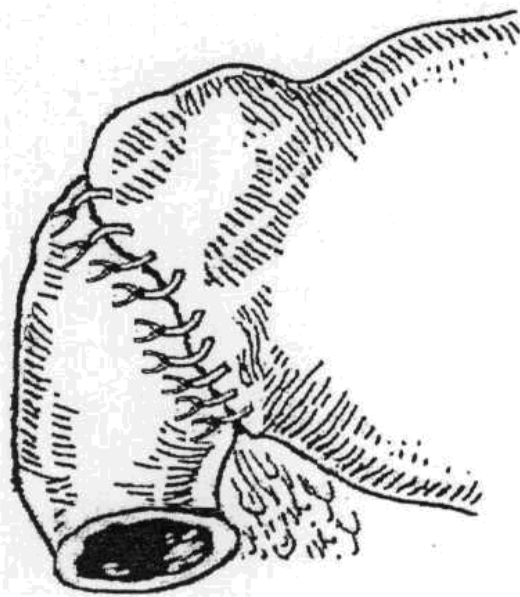


Fig. 4.

---

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601