

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) Описание изобретения

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 2401950

(22) 12.04.2024

(46) Бюл. 208, 2024

(71)(73) Государственное учреждение "Институт гастроэнтрологии" Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (TJ)

(72) Олимзода Н.Х. (TJ); Кадиров Д.М. (TJ); Кадиров Ф.Д. (TJ); Сайдалиев Ш.Ш. (TJ); Табаров З.В. (TJ)

(54) СПОСОБ ГЕРМЕТИЗАЦИИ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА «НА ВЫКЛЮЧЕНИЕ» ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ЯЗВЫ

(56) 1. Юдин. С.С. Этюды желудочной хирургии. М.: Медгиз, 1955. – 270 с.

2. Волков А.Н., Андреев Ю.Г. Современное состояние вопроса об обработке культи двенадцатиперстной кишки при язвах, пенетрирующих в головку поджелудочной железы.

3. Plenk A. Zur Technik der Resektion zur Ausschaltung. Zbl. Chir., 1936, no. 46, p. 3019.References.

4. Волков В.Е., Волков С.В. Клиническая оценка некоторых методов герметизации культи двенадцатиперстной кишки при надпривратниковой резекции желудка и гастрэктомии//Acta medica Eurasiaca. 2018. № 1. – С. 1 – 8.

5. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. «Здоров'я», Киев – 1972. 356 с.

(57) Изобретение относится к медицине и может быть применено при хирургическом лечении «трудных

2

язв» двенадцатиперстной кишки, осложненных пенетрацией и «низким» дуоденостенозом.

Способ включает выполнение резекции желудка с формированием гастроеюнального анастомоза по Бильрот II и ушивание надпривратниковой культи двенадцатиперстной кишки. При скелетировании желудка сохраняют кровоснабжение дистальной части антрального отдела, как по большой, так и малой кривизнам и формируют культю двенадцатиперстной кишки. Дистальную часть желудка пережимают зажимом на 5 см выше привратника и по нижнему краю зажима циркулярно рассекают серозно-мышечную стенку антрального отдела. Слизисто-подслизистую «муфту», без вскрытия просвета желудка, мобилизуют дистально ниже привратника до появления слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, которую на этом уровне при помощи аппарата УО-40 прошивают танталовыми скрепочными швами и отсекают над ними. Пилорическое мышечное кольцо на уровне расширенного привратника над культей слизисто-подслизистой «муфты» ушивают рядом узловых швов, закрывая наглухо вход в двенадцатиперстную кишку. Серозно-мышечную «муфту» надсекают на 2 см по бокам, чтобы образовались передний и задний листки, которые ушиваются в виде дубликатуры двумя рядами узловых швов. Ушитую надпривратниковую культю перитонизируют «мантией» двенадцатиперстной кишки, предварительно мобилизованной в начале операции.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии и может быть использовано для хирургического лечения «трудных язв» двенадцатиперстной кишки, осложненных стенозом и пенетрацией в гепатодуоденальную связку и поджелудочную железу с образованием воспалительного инфильтрата.

Вопрос об обработке культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) при резекции желудка по поводу стенозирующих и пенетрирующих в поджелудочную железу язв является центральным в резекционной хирургии желудка, т.к. исход операции во многом зависит от состояния культи этой кишки. Наиболее грозным осложнением резекции желудка считается несостоятельность швов культи ДПК. Существует около двухсот способов ушивания культи ДПК при наличии пенетрации язвы, рубцово-воспалительного процесса и околожелудочного инфильтрата, требующие от хирурга нестандартных решений и умения выходить из сложной ситуации.

Известен способ ушивания культи ДПК [1], заключающийся в выполнении резекции желудка с формированием гастроэюнального анастомоза по Бильрот II, выкраивании языкообразного лоскута из передненаружной стенки ДПК, ушивании культи в виде хобота, сворачивании его тремя последовательными витками (по типу раковины улитки). Затем культи укладывается в кратер язвы и дополнительно фиксируется по ее краям. Способ имеет достаточно широкое распространение и до сих пор применяется при язвах заднемедиальной стенки ДПК, пенетрирующих в головку поджелудочной железы, но при условии отсутствия изменений латеральной стенки культи ДПК.

При применении этого способа [2] недостаточность швов наблюдается в 7,5-33,3% случаев. Из этого видно, что он является все же далеко не идеальным.

Известен также способ заключающийся в том, что выполняют резекцию желудка с формированием гастроэюнального анастомоза по Бильрот II, выделяют слизистую оболочку антрального отдела, иссекают ее после наложения кисетного шва у основания, накладывают второй кисетный шов на мышцы пилорического кольца, иссекают избыток серозно-мышечного слоя, сшивают остатки мышечного слоя узловыми швами, накладывают узловые серозно-мышечные швы [3].

Недостатками способа являются: ушивание слизисто-подслизистой муфты и мышечного кольца кисетными кетгутовыми швами, которые часто прорезываются и не создают надежный герметизм культи; иссечение избытка серозно-мышечного слоя нарушает кровоснабжение культи.

Другим аналогом является способ [4], заключающийся в следующем: выполняется резекция желудка с формированием гастроэюнального анастомоза по Бильрот II, желудок пересекается на 5-6 см выше привратника с сохранением кровоснабжения культи, мобилизуется слизистая пилороантрального отдела до пилорического сфинктера, у основания перевязывается кетгутовой лигатурой, над лига-

турой избыток слизистой отсекается, над культей слизистой формируется 3-4 ряда кисетных швов за счет мышечного слоя, закрывая наглухо вход в ДПК. Начальная часть антральной культи ушивается непрерывным швом с погружением верхнего и нижнего углов в полукаисетные швы и дополнительным наложением узловых или П-образных швов в средней ее трети, т.е. вне наложенных полукаисетных швов.

Недостатком способа является то, что мобилизованная слизисто-подслизистая муфта перевязывается у основания кетгутом, которая недостаточно наглухо закрывает вход в ДПК, герметизация надпривратниковой культи осуществляется 6-7 рядами швов, являющимися излишеством, удлиняющим время операции.

Наиболее близким является способ [5], включающий выполнение резекции желудка с формированием гастроэюнального анастомоза по Бильрот II, при котором после демукотомии антральной культи слизисто-подслизистая муфта перевязывается у основания кетгутовой лигатурой и иссекается, серозно-мышечная муфта рассекается по бокам и ушивается в виде дубликатуры двумя рядами узловых швов.

Прототип имеет те же недостатки, что и аналоги, а именно, простое перевязывание слизисто-подслизистой культи кетгутом не создает достаточной надежности и герметичности, ушивание слизисто-подслизистой муфты с помощью кисетного шва при «антрализации» пилорического жома приводит к прорезыванию швов и нарушению ее целостности.

Целью является разработка более надежного способа герметизации надпривратниковой культи при резекции желудка «на выключение» язвы при наличии пенетрации язвы с рубцово-воспалительным процессом и околожелудочным инфильтратом.

Решение задачи достигается выделением ДПК из рубцово-спаечной «мантии», частичной мобилизации по Кохеру и определения локализации, морфологической формы пенетрации и констатации неудалимости пенетрирующей язвы.

Суть операции заключается в следующем.

Первым этапом выполняется резекция желудка с формированием гастроэюнального анастомоза по Бильрот II. При скелетировании желудка сохраняется кровоснабжение дистальной части антрального отдела как по большой, так и по малой кривизнам на протяжении 4-5 см (сохраняются стволы желудочносальниковой и правой желудочной артерий, кровоснабжающих антральный отдел).

Во втором этапе выполняется формирование культи ДПК. Дистальная часть желудка пережимается зажимом на 4 см выше привратника. По нижнему краю зажима циркулярно рассекается серозно-мышечная стенка антрального отдела, слизисто-подслизистая «муфта» без вскрытия просвета желудка мобилизуется дистально ниже привратника, до появления слизистой оболочки ДПК (Фиг. 1). На этом уровне слизисто-подслизистая «муфта» прошивается танталовыми скрепочными швами аппарата УО-40 (Фиг. 2) и над ними отсекается (Фиг. 3). На уровне привратника, который в случаях стенозирования язвы значительно

расширяется, над культей слизисто-подслизистой «муфты», пилорическое мышечное кольцо ушивается узловыми швами (Фиг. 4), закрывая наглухо вход в ДПК. Над этими швами передняя и задняя части серозно-мышечной стенки антральной культи ушивается в виде дубликатуры двумя рядами узловых швов (Фиг. 5). Ушитая надпривратниковая культи перитонизируется «мантией» ДПК, предварительно мобилизованной в начале операции. Таким образом, при резекции желудка по способу Бильрот II «на выключение» язвы герметизация надпривратниковой культи ДПК осуществляется без вскрытия просвета желудка, четырьмя рядами швов, включая скрепочные швы аппарата УО-40 и узловые швы мышечного кольца привратника, что позволяет избежать инфицирования брюшной полости и надежно герметизировать культи ДПК.

Ход реализации заявленного технического решения приведено на Фиг. 1-6, где изображено:

на Фиг. 1 - демуккозация антрального отдела желудка;

на Фиг. 2- фрагмент прошивания слизисто-подслизистой муфты при помощи аппарата УО-40;

на Фиг. 3 - фрагмент после прошивания слизисто-подслизистой муфты;

на Фиг. 4 - ушивание пилорической мышцы узловыми швами;

на Фиг. 5 - ушивание серозно-мышечной муфты в виде дубликатуры;

на Фиг. 6 - ушивание серозно-мышечной муфты в виде дубликатуры (в разрезе, вид сбоку).

Предлагаемый способ герметизации культи ДПК при резекции желудка «на выключение» язвы применен у 55 больных с «трудными язвами» ДПК, осложненными пенетрацией и «низким» дуоденостенозом. Клинические наблюдения предлагаемого способа показали, что применение способа герметизации надпривратниковой культи ДПК при «неудалимой язве» способствует улучшению течения послеоперационного периода и профилактике несостоятельности швов дуоденальной культи при резекции желудка по способу Бильрот II.

Пример № 1. Больной А. поступил в клинику с диагнозом: язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный дуоденостеноз. Язвенной болезнью страдает на протяжении 20 лет. Неоднократно лечился амбулаторно и стационарно. При фиброгастроудоденоскопии: пилорический сфинктер зияет, язва луковицы 1,5 x 1,5 см. резкая деформация и сужение залуковичного сегмента 0,7 мм. Рентгенологическое исследование желудка и ДПК: рубцово-язвенный дуоденостеноз в стадии декомпенсации. Проведена комплексная предоперационная подготовка. Операция. Верхнесрединная лапаротомия. После мобилизации ДПК по Кохеру установлено, что в постбульбарном отделе имеется пенетрирующая в гепатодуоденальную связку язва, дуоденостеноз на протяжении 3 см с большим воспалительным инфильтратом. Выяснилось, что выполнение резекции желудка с радикальным иссечением пенетрирующей стенозирующей язвы представляет большие технические трудности. Выполнена резекция желудка «на выключение язвы» с формированием гастроэюноанастомоза по Гофмей-

стеру-Финстереру. Культи ДПК герметизирована над привратником по методике, разработанной в клинике. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 14 день. Через год проведено контрольное обследование. При эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлена свободная проходимость гастроэюноанастомоза, эвакуация из желудка своевременная и порционная.

Пример № 2. Больной С. Поступил в клинику с диагнозом: язвенная болезнь ДПК, рубцово-язвенный дуоденостеноз в стадии субкомпенсации. Диагноз подтвержден эндоскопически и рентгенологически.

Операция. Верхнесрединная лапаротомия. Пилородуоденальный отдел выделены из рубцово-спаечного процесса, мобилизация ДПК по Кохеру. Установлено, что в пилоробульбарном отделе имеется пенетрирующая стенозирующая язва с воспалительным инфильтратом более 4 см. в диаметре, поэтому радикальное иссечение язвы не представляется возможным. Выполнена резекция желудка «на выключение язвы» с формированием гастроэюноанастомоза по Гофмейстеру-Финстереру. Культи ДПК герметизирована над привратником по методике, разработанной в клинике. Послеоперационный период протекал без осложнений. Обследован через 6 месяцев. Эндоскопически и рентгенологически гастроэюноанастомоз проходим, эвакуация из желудка своевременная и порционная.

Пример № 3. Больной Л. Поступил в клинику с диагнозом: язвенная болезнь ДПК, рубцово-язвенный дуоденостеноз в стадии субкомпенсации. Язвенный анамнез около 20 лет, 8 лет тому назад оперирован по поводу перфоративной язвы ДПК, произведено ушивание язвы. Фиброгастроудоденоскопия: язва луковицы, постбульбарный дуоденостеноз. Рентгенологически выявлен декомпенсированный дуоденостеноз. Интраоперационно: желудок эктазирован, стенки его гипертрофированы. На 3,5 см ниже привратника имеется пенетрирующая язва и протяженный стенотический участок с выраженной воспалительной инфильтрацией. Операция. Верхнесрединная лапаротомия. Выполнена резекция желудка «на выключение язвы» с формированием гастроэюноанастомоза по Гофмейстеру-Финстереру. Культи ДПК герметизирована над привратником по методике, разработанной в клинике. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 16 суток. Обследован через год. Состояние хорошее, жалоб нет.

Пример № 4. Больной Ш. Поступил в клинику с диагнозом: язвенная болезнь ДПК, луковичный дуоденостеноз в стадии субкомпенсации. Язвенный анамнез в течение 7 лет. Упорное течение заболевания с частыми рецидивами. Фиброгастроудоденоскопия: луковица ДПК деформирована, из-за резко выраженного стеноза до 0,7-0,8 см ввести аппарат в залуковичную часть не удалось. Рентгенологически - декомпенсированный пилородуоденальный стеноз. Операция. Верхнесрединная лапаротомия. Интраоперационно выявлено, что имеется пенетрирующая постбульбарная язва, стенотический участок диаметром 1,5 см расположен по большой кривизне ДПК на

4 см ниже привратника. Выполнена резекция желудка «на выключение язвы» с формированием гастроэноанастомоза по Гофмейстеру-Финстереру. Культи ДПК герметизирована над привратником по методике, разработанной в клинике. Проведена селективная проксимальная ваготомия, дуоденопластика двухрядным швом использованием стенозирующего участка для формирования задней стенки пластики. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через год проведено контрольное обследование. Состояние хорошее, жалоб нет. Эндоскопически гастроэноанастомоз свободно проходим. Рентгенологически наблюдается порционно-ритмическая эвакуация сульфата бария из желудка.

Заявленное техническое решение применяется при резекции желудка по Бильрот II у больных с стенозирующими пенетрирующими язвами с рубцово-воспалительным процессом и околоязвенным инфильтратом в области ДПК, когда радикальное иссечение язвы представляет опасность повреждения соседних органов и образований, является надежным способом профилактики несостоятельности швов культи ДПК:

- обеспечивает надежную герметизацию культи ДПК при резекции желудка по Бильрот II «на выключение» язвы;

- предотвращает развитие несостоятельности швов культи ДПК.

Формула изобретения

Способ герметизации надпривратниковой культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка «на выключение» язвы, включающий выполнение резекции желудка с формированием гастроэноанального анастомоза по Бильрот II и ушивание, **отличающийся тем, что** при скелетировании желудка сохраняют кровоснабжение дистальной части антрального отдела, как по большой, так и малой кривизнам, формируют культю двенадцатиперстной кишки, а именно дистальную часть желудка пережимают зажимом на 4 см выше привратника, по нижнему краю зажима циркулярно рассекают серозно-мышечную стенку антрального отдела, слизисто-подслизистую «муфту» без вскрытия просвета желудка мобилизуют дистально

ниже привратника до появления слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, которую на этом уровне при помощи аппарата УО-40 прошивают танталовыми скрепочными швами и отсекают над ними, пилорическое мышечное кольцо на уровне расширенного привратника над культей слизисто-подслизистой «муфты» ушивают узловыми швами, закрывая наглухо вход в двенадцатиперстную кишку, над этими швами переднюю и заднюю части серозно-мышечной стенки антральной культи ушивают в виде дубликатуры двумя рядами узловых швов, ушитую надпривратниковую культю перитонизируют «мантией» двенадцатиперстной кишки, предварительно мобилизованной в начале операции.

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		