ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

(19) **BY** (11) **4064**

(13) **C1**

(51)[7] **A 61B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПАТЕНТНЫЙ КОМИТЕТ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

(54) СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

(21) Номер заявки: 970259
(22) 1997.05.16
(46) 2001.09.30

(71) Заявитель: Гродненский государственный медицинский институт (BY)
(72) Авторы: Макшанов И.Я., Мармыш Г.Г., Рубаник В.В., Цилиндзь И.Т. (BY)
(73) Патентообладатель: Гродненский государственный медицинский институт (BY)

(57)

Способ оперативного лечения дуоденогастрального рефлюкса, включающий пластику пилорического жома, **отличающийся** тем, что двумя параллельными разрезами рассекают серозно-мышечный слой по передней стенке желудка и 12-перстной кишки, затем отсепаровывают серозно-мышечную полоску на желудке до жома и формируют над ним дупликатуру из созданной полоски, а на свободные края разрезов накладывают швы, погружая дупликатуру в просвет желудка.

(56)

Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. 2-е изд. доп. и перераб. - М.: Медицина, 1988. - С. 56-63.

SU 942717 A, 1982.

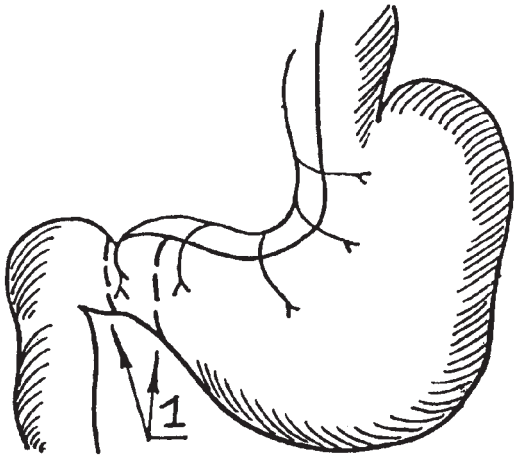
UA 10245 A, 1996.

RU 2085124 C1, 1997.

RU 2085125 C1, 1997.

RU 2085126 C1, 1997.

RU 2985127 C1, 1997.



Фиг. 1

Репозиторий ГГМУ

Изобретение относится к области медицины, а именно к реконструктивной гастроэнтерологии, и может применяться для лечения дуоденогастрального рефлюкса при оперативных вмешательствах на желчном пузыре, желчевыводящих протоках, желудке и 12-перстной кишке.

Наиболее близким к предлагаемому является способ "истинной" пилоропластики, заключающийся в усилении циркуляторной мускулатуры привратника путем создания дупликатуры мышечной, серозной и слизистой оболочек над привратником с помощью серо-серозных швов [1].

Недостатком данного способа является его низкая эффективность вследствие реканализации стенозированного участка в отдаленном периоде, а инвагинация дупликатуры стенки желудка и 12-перстной кишки в большей степени приводит к развитию в послеоперационном периоде тяжелого гастростаза. Серо-серозные швы не могут создать устойчивую дупликатуру, поскольку серозная оболочка нежна, эластична и при перистальтике швы либо прорезаются, либо сероза растягивается и просвет желудка в области жома восстанавливается до прежних размеров.

Задача изобретения - устранение дуоденогастрального рефлюкса при оперативных вмешательствах на желчном пузыре, желчевыводящих путях, желудке и 12-перстной кишке.

Поставленная задача достигается тем, что производят пластику пилорического жома, при этом двумя параллельными разрезами рассекают серозно-мышечный слой по передней стенке желудка и 12-перстной кишки, затем отсепаровывают серозно-мышечную полоску на желудке до жома и формируют над ним дупликатуру из созданной полоски, а на свободные края разрезов накладывают швы, погружая дупликатуру в просвет желудка.

На фиг. 1-4 представлено схематическое изображение выполнения способа.

На фиг. 1 пунктирными линиями обозначены места рассечения серозно-мышечного слоя желудка и 12-перстной кишки.

На фиг. 2 - схематическое изображение мобилизованной серозно-мышечной полоски в области пилорического жома.

На фиг. 3 схематически изображен этап формирования дупликатуры из серозно-мышечной полоски над пилорическим жомом.

На фиг. 4 - схематическое изображение сформированной дупликатуры из серозно-мышечной полоски, которая погружается отдельными швами, наложенными на свободные края разрезов.

Способ осуществляют следующим образом. После выполнения основного вида оперативного вмешательства (холецистэктомии, формирования билиодигестивного анастомоза, изолированной СПВ, операции Стронга) приступают к пластике пилорического жома. Для этого двумя параллельными разрезами 1 по передней стенке рассекают серозно-мышечный слой желудка, отступив от пилорического жома на 15-20 мм, и серозно-мышечный слой 12-перстной кишки на 2-3 мм дистальнее жома (фиг. 1). Затем серозно-мышечную полоску 2 на желудке отсепаровывают до жома (фиг. 2) и формируют над ним дупликатуру 3, сшивая отдельными капроновыми швами края созданной серозно-мышечной полоски. Свободные края 4 разрезов (дистальный - на 12-перстной кишке и проксимальный - на желудке) сшивают над дупликатурой серозно-мышечными капроновыми швами, при этом крайними швами (верхним - через малый сальник, нижним - через желудочно-ободочную связку) утроенную переднюю стенку пилорического жома фиксируют к брюшине, покрывающей поджелудочную железу (фиг. 3, 4). Операцию заканчивают послойным ушиванием послеоперационной раны и наложением асептической повязки.

Приводим пример, подтверждающий возможность осуществления способа.

Пример.

Больная П., 24 лет, поступила в клинику общей хирургии с жалобами на частые приступы болей в правом подреберье с иррадиацией в правую половину грудной клетки, поясничную область, вздутие живота после приема пищи, горечь во рту, рвоту желчью. В анамнезе больной желчекаменная болезнь, хронический холецистит. Неоднократное стационарное консервативное лечение, проводимое ранее, приносило лишь временный эффект.

В клинике при ультразвуковом исследовании выявлены признаки холецистита с наличием в просвете желчного пузыря конкрементов размером 0,5-0,6 см. При фиброгастроскопии в просвете желудка выявлено наличие желчи, которая на высоте перистальтики периодически забрасывается через зияющий привратник. Слизистая в антральном отделе гиперемирована, отечная, с участками атрофии. Пищевод и кардия без патологических изменений.

Взята биопсия в пилорическом отделе желудка. При гистологическом исследовании выявлен хронический гастрит с поражением желез и участками атрофии. Концентрация желчных кислот в желудочном содержимом составила 2,48 мг/мл (норма - до 0,50 мг/л).

Выставлен клинический диагноз: желчекаменная болезнь. Хронический холецистит. Дуоденогастральный рефлюкс средней степени тяжести.

После соответствующей предоперационной подготовки произведена операция холецистэктомия. После выполнения холецистэктомии осуществлена пилоропластика предлагаемым способом с целью устранения дуоденогастрального рефлюкса.

Репозиторий ГрГМУ

Послеоперационный период протекал гладко. Выписана домой на 12 сутки. Больная подвергнута контрольному осмотру при выписке и через 13 месяцев. Жалоб не предъявляет, самочувствие хорошее, диету не соблюдает. Работает по специальности. Обследована стационарно.

При рентгенологическом обследовании выявлено, что пищевод и кардия не изменены. Угол Гисса острый. Газовый пузырь обычной формы. Желудок натощак содержит небольшое количество жидкости, подвижен, обычных размеров. Перистальтика средней глубины. Эвакуация наступила через 1,5 мин, ритмично-пропорциональная. Обратной регургитации бария в желудок не отмечено.

При фиброгастроскопии: пищевод и кардия в норме. Тощаковое содержимое скудное, светлое, без примеси желчи. В желудке явления хронического гастрита с очаговой атрофией в антральном отделе. Пилорус округлой формы, в сомкнутом состоянии. Аппарат безболезненно проходит через привратник. В просвете 12-перстной кишки желчь. Взята биопсия в пилорическом отделе желудка. При гистологическом исследовании выявлен хронический гастрит с поражением желез.

Концентрация желчных кислот в желудочном содержимом составила 0,52 мг/л, что соответствует норме.

Всего предлагаемым способом прооперировано 23 больных. Комплексное обследование всех больных (клиническое, рентгенологическое, эндоскопическое, морфологическое и лабораторное) проводилось в следующие сроки: 10-12 дней, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год, 1,5 года. При обследовании через 1,5 года дуоденогастральный рефлюкс был выявлен у 2-х больных, что составило 8,7 %. При использовании прототипа эта цифра доходит до 75-81 %.

Таким образом, выявлены следующие преимущества заявляемого изобретения по сравнению с прототипом.

1. Отсутствует реканализация просвета в области пилорического жома в отдаленном периоде. У всех больных, оперированных по предлагаемой методике, при фиброгастродуоденоскопии жом находился в сомкнутом состоянии, открывался при инсуфляции воздухом и свободно пропускал эндоскопический аппарат. В то же время у больных, оперированных по методике прототипа, при эндоскопическом исследовании выявлено, что привратник зиял, через него периодически наблюдался заброс желчи, т.е. наступила полная реканализация просвета.

2. Сохраняется функциональная активность пилорического жома. Укрепленный в результате пластики жом выполняет барьерную функцию и обеспечивает ритмично-порционную эвакуацию пищи. При рентгенологическом исследовании у всех оперированных больных эвакуация бариевой взвеси из желудка происходила ритмично-пропорционально. Ни в одном случае не было отмечено обратного заброса бария из 12-перстной кишки в желудок.

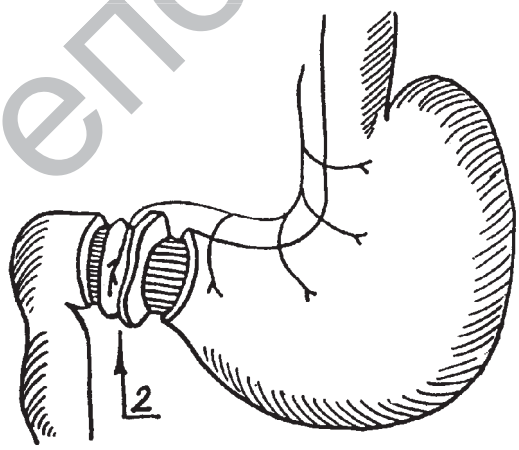
3. Отсутствуют стойкие выраженные нарушения эвакуации из оперированного желудка в раннем послеоперационном периоде.

4. Укрепленный за счет пластики пилорический жом надежно предупреждает дуоденогастральный рефлюкс.

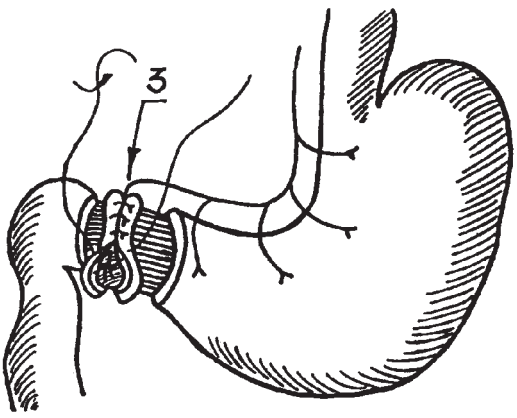
Предлагаемый способ эффективен, доступен и может использоваться в любой хирургической клинике.

Источники информации:

1. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. 2-е изд., доп. и перераб. - М.: Медицина, 1988. - С. 56-63.

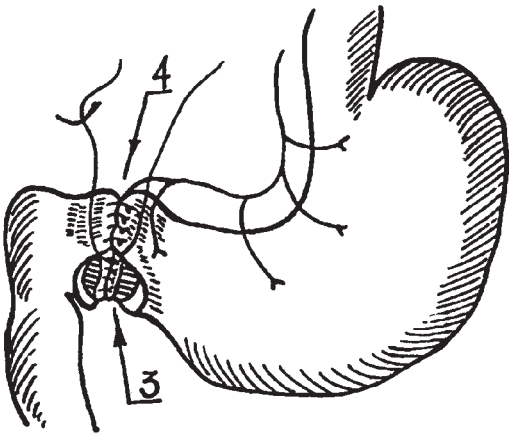


Фиг. 2



Фиг. 3

Репозиторий ГрГМУ



Фиг. 4

Репозиторий ГрГМУ

Государственный патентный комитет Республики Беларусь.
220072, г. Минск, проспект Ф. Скорины, 66.