



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК
A61B 5/00 (2013.01); A61B 17/00 (2013.01)

(21)(22) Заявка: 2018103014, 25.01.2018

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
25.01.2018

Дата регистрации:
26.06.2019

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 25.01.2018

(45) Опубликовано: 26.06.2019 Бюл. № 18

Адрес для переписки:
450008, г. Уфа, Ленина, 3,
БАШГОСМЕДУНИВЕРСИТЕТ, Патентный
отдел

(72) Автор(ы):

Тимербулатов Виль Мамилович (RU),
Сагитов Равиль Борисович (RU),
Тимербулатов Шамиль Вилевич (RU),
Хисамутдинова Регина Ильдаровна (RU)

(73) Патентообладатель(и):

федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования "Башкирский государственный
медицинский университет" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете
о поиске: КИРСАНОВ И.И.

Видеолапароскопия в диагностике и
лечении пациентов с перфоративными
язвами 12-перстной кишки и желудка.
Автореф. дисс. Москва 2011. RU 2451491 C1,
27.05.2012. RU 2625289 C1, 12.07.2017. RU
2303401 C2, 27.07.2007. UA 62901 A, 15.12.2003.
KUWABARA K. Community-based evaluation
of laparoscopic versus open simple closure of
perforated (см. прод.)

(54) СПОСОБ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии, и может быть использовано для выбора метода оперативного лечения при прободных язвах двенадцатиперстной кишки. На дооперационном этапе во время эзофагогастродуоденоскопии определяют диаметры язвы и перфорации. При размерах язвы 1 см и менее вычисляют степень выраженности периязвенного инфильтрата (К) как соотношение диаметра язвы к диаметру перфорации. При значении К менее 2 определяют

незначимый периязвенный инфильтрат или его отсутствие и выбирают лапароскопическое ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки однорядным швом. При значении К, равном и более 2, определяют выраженную периязвенную инфильтрацию и выбирают лапаротомию с наложением двурядных швов и оментопластикой. Способ позволяет точно провести выбор метода оперативного лечения при прободных язвах двенадцатиперстной кишки. 2 пр.

R U 2 6 9 2 7 2 7 C 1

R U 2 6 9 2 7 2 7 C 1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(51) Int. Cl.
A61B 5/00 (2006.01)
A61B 17/00 (2006.01)

(12) ABSTRACT OF INVENTION

(52) CPC
A61B 5/00 (2013.01); A61B 17/00 (2013.01)

(21)(22) Application: **2018103014, 25.01.2018**

(24) Effective date for property rights:
25.01.2018

Registration date:
26.06.2019

Priority:

(22) Date of filing: **25.01.2018**

(45) Date of publication: **26.06.2019** Bull. № 18

Mail address:

**450008, g. Ufa, Lenina, 3,
BASHGOSMEDUNIVERSITET, Patentnyj otdel**

(72) Inventor(s):

**Timerbulatov Vil Mamilovich (RU),
Sagitov Ravil Borisovich (RU),
Timerbulatov Shamil Vilevich (RU),
Khisamutdinova Regina Ildarovna (RU)**

(73) Proprietor(s):

**federalnoe gosudarstvennoe byudzhethnoe
obrazovatelnoe uchrezhdenie vysshego
obrazovaniya "Bashkirskij gosudarstvennyj
meditsinskij universitet" Ministerstva
zdravookhraneniya Rossijskoj Federatsii (RU)**

(54) METHOD OF SELECTING SURGICAL TECHNIQUE IN PERFORATED ULCERS OF STOMACH AND DUODENUM

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention refers to abdominal surgery, and can be used to select a surgical management method for perforated ulcers of the duodenum. Diameters of ulcer and perforation are determined at preoperative stage during esophagogastroduodenoscopy. If the size of ulcer is 1 cm or less, the degree of manifestation of the peripheral infiltrate (K) is calculated as the ratio of the diameter of the ulcer to the diameter of the perforation. If K is less than 2, insignificant peri-cervical infiltrate is

detected or absent, and laparoscopic suturing of the duodenal perforation ulcer is selected by single-row suture. If K is equal to or more than 2, pronounced peripheral infiltration is determined, and laparotomy is selected with superposition of double-row sutures and omentoplasty.

EFFECT: method enables the accurate selection of the surgical management method in perforated ulcers of the duodenum.

1 cl, 2 ex

RU 2 692 727 C1

RU 2 692 727 C1

Предлагаемое изобретение относится к области медицины, а именно к абдоминальной хирургии и может быть использовано для выбора способа оперативного лечения при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки.

5 Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - одна из важнейших проблем современной клинической медицины. Несмотря на неоспоримые успехи клинической фармакологии и внедрение в клиническую практику различных схем эрадикационной терапии, язвенная болезнь остается распространенной патологией пищеварительной системы [Исламова Е.А. Особенности клиники, диагностики, лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов различного возраста: Автореф. дис. 10 д-ра мед. наук. Волгоград, 2010. - 42 стр.].

Угрожающие жизни осложнения язвенной болезни, как кровотечение или перфорация, возникают у значительной части пациентов. При перфорации летальность составляет от 10 до 40% [Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis. World J Surg. 2000; 24:277-283. Moller MH, Adamsen S, Wojdemann M, Moller AM. 15 Perforated peptic ulcer: how to improve outcome? Scan J Gastroenterol. 2009; 44(1): 15-22.].

Если с момента перфорации прошло 24 часа, умирают до 50% больных [Seeling MH, Seeling SK, Behr C et al. Comparison between open and laparoscopic technique in the management of perforated gastroduodenal ulcers. J Clin Gastroenterol. 2003; 3:226-229. Lunevicius R., Morcevicus M. Management strategies, early results, benefits and risk factors 20 of laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. WorldJSurg. 2005; 29: 1299-1310.].

Обследование больных с прободной гастродуоденальной язвой проводится в соответствии с национальными клиническими рекомендациями и принятыми в клинике протоколами [Рекомендуемые протоколы оказания неотложной хирургической помощи населению. Под ред. В.М. Тимербулатова. Уфа. 2008; 75].

25 В диагностике прободных язв используются обзорная рентгенография грудной клетки и живота, фиброгастродуоденоскопия, при неясных случаях с повторным рентгенологическим исследованием после эндоскопии для выявления пневмоперитонеума, УЗИ брюшной полости, диагностическая лапароскопия.

Методом выбора при лечении пациентов с прободной язвой является неотложное 30 хирургическое вмешательство [BertleffMJ, LangeJF, Perforated Peptic Ulcer Disease: AReview of History and Treatment. DigSurg. 2010; 27(3):161-169].

При лечении больных с прободной язвой используются следующие методы оперативных вмешательств: ушивание прободной язвы эндовидеохирургическим способом, стволовая ваготомия с пилоропластикой и иссечением язвы, иссечение и 35 ушивание язвы, резекция желудка открытым способом [Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Коровин А.Е., Сибирев С.А., Сидорчук П.А. Новые подходы в лечении больных с перфоративной дуоденальной язвой. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2013. - N 3. - С. 42-50].

Основным определяющим моментом в выборе оперативного лечения является 40 эндоскопическая диагностика - эзофагогастродуоденоскопия, оценка локализации и размеров перфорации. В настоящее время не разработаны объективные критерии оценки перфорации язвы для выбора способа оперативного лечения при прободных гастродуоденальных язвах. Для выбора способа ушивания прободной язвы имеют значения следующие критерии:

- 45 1. Размеры язвы,
2. Размеры перфорации,
3. Размеры периязвенного инфильтрата,
4. Степень распространенности перитонита.

Одной из попыток объективизации явилась работа Кирсанова И.И. (2011). По его данным во время видеолапароскопии ушивание перфоративной язвы желудка или 12-перстной кишки диаметром до 2 мм с инфильтративным валом до 10 мм или диаметром до 5 мм с инфильтративным валом до 5 мм, рекомендовано одним П-образным швом.

5 Ушивание язвы диаметром до 2 мм и инфильтративным валом более 10 мм и диаметром от 2 мм до 5 мм с воспалительным валом от 5 мм до 10 мм следует выполнять отдельными однорядными швами. При перфорациях диаметром от 2 мм до 5 мм с инфильтративным валом более 10 мм, от 5 мм до 10 мм с инфильтративным валом - до 10 мм следует формировать отдельный двухрядный шов. При перфоративных язвах

10 желудка диаметром более 5 мм с инфильтративным валом более 10 мм, рекомендовано ушивание отдельными двухрядными швами. При перфоративной язве 12-перстной кишки диаметром более 5 мм с инфильтративным валом более 10 мм лапароскопическое ушивание не показано [Кирсанов И.И. Видеолапароскопия в диагностике и лечении

15 пациентов с перфоративными язвами 12-перстной кишки и желудка. Автореф. диссер. канд. мед. наук. Москва - 2011]. Вышеописанный способ и является прототипом предлагаемого нами способа.

Наш клинический опыт показал, что при эндоскопии при прободных язвах объективно оцениваются локализация, размеры язвы и размеры перфорации. Оценить размеры периязвенного инфильтрата и степень распространенности перитонита

20 эндоскопически не представляется возможным. Ключевыми вопросами выбора способа оперативной хирургической техники являются возможность ушивания перфорации язвы и адекватность санации. Лапароскопический способ ушивания прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки в отличие от широкой лапаротомии общепризнанно является щадящим, малотравматичным. Однако выраженный

25 периязвенный инфильтрат не позволяет ушить перфорацию, происходит прорезывание швов или значительно увеличивается время операции. Также и при выраженном гнойном перитоните санацию брюшной полости адекватнее выполнять из широкой лапаротомии. Как правило, большие размеры перфорации язвы, более 1 см, сопровождаются общим перитонитом, требующим санации брюшной полости из широкой лапаротомии. Поэтому

30 при эндоскопической диагностике перфорации язвы более 1 см методом выбора операции является широкая лапаротомия. При перфорациях язв диаметром 1 см и менее необходимы критерии выбора между лапароскопическим способом оперирования и широкой лапаротомией.

Задачей изобретения является разработка способа выбора метода оперативного

35 лечения при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки диаметром 1 см и менее.

Техническим результатом предлагаемого изобретения является повышение точности способа.

Предлагаемый способ выбора метода оперативного лечения при перфоративной

40 гастродуоденальной язве заключается в следующем. Пациенту проводят диагностическую дооперационную эзофагогастродуоденоскопию. Во время данного исследования проводят визуальную оценку размера язвы и размера перфорации, и в последующем вычисляют их соотношение.

Степень выраженности периязвенного инфильтрата обозначают как коэффициент

45 К. Для упрощения вычислений используют соотношение диаметра язвы ($d_{я}$) к диаметру перфорации ($d_{п}$), которое характеризует толщину стенки язвенной инфильтрации и может характеризовать выраженность периязвенного инфильтрата (К).

Затем в зависимости от значения коэффициента К выбирают метод хирургического

лечения: лапароскопическое ушивание перфоративной язвы однорядным швом, либо проведение лапаротомии с наложением двурядных швов и оментопластикой.

При значении коэффициента K менее 2 определяют не значимый периязвенный инфильтрат или его отсутствие, выбирают лапароскопическое ушивание прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки однорядным швом, а при значении K равном и более 2 определяют выраженную периязвенную инфильтрацию, выбирают лапаротомию с наложением двурядных швов и оментопластикой.

Сущность изобретения иллюстрируется следующими клиническими примерами.

Пример 1. Больной Б. поступил в экстренном порядке через 2 часа от начала заболевания с клиникой прободной гастродуоденальной язвы. На экстренной ЭГДС была выявлена язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки размерами 7×7 мм с перфорацией 5×5 мм. $K = d_{\text{я}}/d_{\text{п}} = 7:5 = 1,4$. На лапароскопии установлен серозно-фибринозный перитонит, перфорация язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки 5 мм, отсутствие периязвенного инфильтрата. Было выполнено лапароскопическое ушивание перфорации язвы зет-образным швом, санация, дренирование брюшной полости.

Пример 2. Больной А. поступил в экстренном порядке с клиникой прободной гастродуоденальной язвы через 2 часа от начала заболевания. На экстренной дооперационной ЭГДС выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки передней стенки 10×10 мм с глубоким дном, и перфоративным отверстием 4×4 мм. Вычисление соотношения размера язвы к перфорации в данном случае составило $K = d_{\text{я}}/d_{\text{п}} = 10:4 = 2,5$. Больному выполнена верхнесрединная лапаротомия, на которой выявлен разлитой серозно-фибринозный перитонит, перфорация язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки размерами 5×5 мм и выраженный периязвенный инфильтрат размерами 25×25 мм, превышающий размеры язвы. При этом стенки инфильтрата плотные, при ушивании перфорации язвы определялось прорезывание швов и неполное сведение краев. Больному было произведено иссечение язвы, пилоропластика, санация, дренирование брюшной полости.

(57) Формула изобретения

Способ выбора метода хирургического лечения при прободных язвах двенадцатиперстной кишки, включающий определение диаметров язвы и перфорации, отличающийся тем, что указанные параметры определяют на дооперационном этапе во время эзофагогастродуоденоскопии, при размерах язвы 1 см и менее вычисляют степень выраженности периязвенного инфильтрата (K) как соотношение диаметра язвы к диаметру перфорации, и при значении K менее 2 определяют незначимый периязвенный инфильтрат или его отсутствие, выбирают лапароскопическое ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки однорядным швом, а при значении K , равном 2 и более, определяют выраженную периязвенную инфильтрацию, выбирают лапаротомию с наложением двурядных швов и оментопластикой.