



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **15823** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

### ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

#### (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОРИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

2

(21) u200600773

(22) 27.01.2006

(24) 17.07.2006

(46) 17.07.2006, Бюл. № 7, 2006 р.

(72) Кустрьо Валерій Іванович, Кустрьо Олександра Валеріївна

(73) Кустрьо Валерій Іванович, Кустрьо Олександра Валеріївна

(57) Спосіб хірургічного лікування проривної виразки дванадцятипалої кишки, який включає ушивання або висічення проривної виразки з застосуванням малого доступу довжиною 4,0-5,0 см в епігастральній ділянці по середній лінії черева, який відрізняється тим, що виконують додатковий розріз передньої черевної стінки над лоном довжиною 1,5-2,0 см, через який виконують видалення патологічного вмісту та санацію нижнього поверху черевної порожнини.

вання або висічення проривної виразки з застосуванням малого доступу довжиною 4,0-5,0 см в епігастральній ділянці по середній лінії черева, який відрізняється тим, що виконують додатковий розріз передньої черевної стінки над лоном довжиною 1,5-2,0 см, через який виконують видалення патологічного вмісту та санацію нижнього поверху черевної порожнини.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні проривної виразки дванадцятипалої кишки у хворих похилого та старечого віку.

Відомий спосіб хірургічного лікування проривної виразки дванадцятипалої кишки, який включає ушивання або висічення проривної виразки з застосуванням малого доступу довжиною 4,0-5,0 см в епігастральній ділянці по середній лінії черева. [Шулутко А.М., Данилов А.И. Комбинированная техника ушивання перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая хирургия. 1999. №1. С.21-23].

Недоліком цього способу є високий рівень ускладнень через неможливість санації нижніх поверхів черевної порожнини через малий доступ в епігастральній ділянці, з можливим розвитком гнійно-септичних ускладнень в черевній порожнині чи перитоніту.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування проривної виразки дванадцятипалої кишки, який за рахунок утворення додаткового розрізу для санації нижнього поверху черевної порожнини забезпечував би видалення патологічного вмісту черевної порожнини даної зони та зниження числа післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування проривної виразки дванадцятипалої кишки, який включає ушивання або висічення проривної виразки з застосуванням малого доступу довжиною 4,0-5,0 см в епігастральній ділянці, по середній лінії черева, згідно корис-

ної моделі, виконують додатковий розріз передньої черевної стінки над лоном довжиною 1,5-2,0 см, через який виконують видалення патологічного вмісту та санацію нижнього поверху черевної порожнини.

Виконання додаткового розрізу передньої черевної стінки над лоном довжиною 1,5-2,0 см дозволяє видалити патологічний вміст із нижнього поверху черевної порожнини та провести його санацію, що і забезпечує зниження числа післяопераційних ускладнень.

Вказана у формулі корисної моделі довжина додаткового розрізу 1,5-2,0 см вибрана за результатами клінічних досліджень на семи хворих.

Спосіб виконують наступним чином. Вскривають черевну порожнину малим доступом довжиною 4,5-5,0 см в епігастральній ділянці, по середній лінії черева виконують ушивання або висічення проривної виразки дванадцятипалої кишки двохрядним швом. Над лоном виконують додатковий розріз довжиною 1,5-2,0 см, через який виконують видалення патологічного випоту та санацію нижнього поверху черевної порожнини, дренують черевну порожнину. Операцію завершують ушиванням ран передньої черевної стінки.

Приклад. Хвора В., 1921 року народження, історія хвороби №3793, поступила у відділення 19.06.2005 року зі скаргами на різкі болі в епігастральній ділянці, які різко посилюються при рухові. Хворіє протягом 4 годин. Хвора комплексно обстежена, встановлений діагноз: проривна виразка дванадцятипалої кишки. ІХС. Коронароатеросклероз, атеросклеротичний та постінфарктний ХНК

(19) **UA** (11) **15823** (13) **U**

3б. Хронічний обструктивний бронхіт в стадії ремісії, хронічна легенева недостатність 2ст. Після проведення передопераційної підготовки 19.06.2005р. хвора прооперована. Під ендотрахеальним наркозом в епігастральній ділянці малим вертикальним розрізом по середній лінії черева довжиною 5,0см вскрита черевна порожнина. При ревізії виявили проривну виразку передньої стінки дванадцятипалої кишки розміром 0,5см. Ромбовидним розрізом виконали висічення проривної виразки, дефект ушили двоохрядним вузловим швом. Висушили черевну порожнину верхнього поверху через рану передньої черевної стінки. Над лоном відкрили черевну порожнину додатковим розрізом довжиною 2,0см, через який видалили патологічний випіт та виконали санацію нижнього поверху черевної порожнини. Дренували підпечінкове заглиблення через прокол черевної стінки в правому

підребіррі. Рани передньої черевної стінки поширено ушили, наклали асептичні пов'язки. Післяопераційний період протікав гладко. Активація хворої наступила через 12 годин, хвора ходила по палаті, самостійно доглядала за собою. Дренаж черевної порожнини видалили через 24 години. На 4 добу хвора в задовільному стані виписана на амбулаторне лікування. Рана зажила первинним натягом, шви зняті на 8-9 добу. післяопераційних ускладнень не спостерігали.

За запропонованим способом прооперовано 7 хворих, ускладнень у яких не виявлено. В той же час із 7 хворих, оперованих за способом-прототипом, у 2 випадках відмічались гнійні ускладнення з боку рани.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє знизити число післяопераційних ускладнень.