



УКРАЇНА

(19) UA (11) 33434 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ГАСТРОДУОДЕНОСТОМІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ, ПОЄДНАНІЙ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

1

2

(21) u200801277

(22) 01.02.2008

(46) 25.06.2008, Бюл. № 12, 2008 р.

(72) ГРІНЦОВ ОЛЕКСАНДР ГРИГОРОВИЧ, UA,
КУНІЦЬКИЙ ЮРІЙ ЛЕОНІДОВИЧ, UA, ПОПАНДО-
ПУЛО ГЕНАДІЙ ДМИТРОВИЧ, UA, ВЕСЕЛИЙ ВО-
ЛОДИМИР ЯКОВИЧ, UA, ХРИСТУЛЕНКО АНДРІЙ
ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA, ГРІНЦОВА ГАННА ОЛЕК-
САНДРІВНА, UA(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, UA(57) Спосіб гастродуоденостомії при ускладненій
виразковій хворобі, поєднаній з хронічним панкре-
атитом, що включає формування анастомозу "бік в
бік" між шлунком і дванадцятипалою кишкою в два
ряди швів, який відрізняється тим, що анастомоз
формують між передніми стінками антрального
відділу шлунка і цибулини дванадцятипалої кишки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використана при хірургічному лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої стенозом і поєднаної з хронічним панкреатитом.

Відомий спосіб гастродуоденостомії за Джабулеєм при виразці дванадцятипалої кишки, ускладненої рубцевим стенозом. Даний спосіб гастродуоденостомії близький нам за технічною суттю і обраний в якості прототипу [1].

Виконують спосіб-прототип наступним чином: мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером, накладають серозно-м'язові шви між антральним відділом шлунку біля великої кривизни і передньою стінкою вертикального відділу дванадцятипалої кишки, розкривають просвіт шлунку і дванадцятипалої кишки, накладають "брудний" шов на задню губу гастродуоденоанастомоза. Потім зашивають передню губу анастомоза в два ряди швів. Недоліком способу-прототипу є те, що в умовах поєднання ускладненої виразкової хвороби дванадцятипалої кишки з хронічним панкреатитом мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохером може призвести до травми підшлункової залози, загострення хронічного запального процесу в підшлунковій залозі з розвитком панкреонекрозу. За даними літератури гострий післяопераційний панкреатит розвивається у 20-25% випадків з летальністю 30-55% [2, 3, 4].

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу гастродуоденостомії при ускладненій виразковій хворобі, поєднаної з хронічним панкреатитом, в якому забезпечується ви-

ключення вірогідності розвитку гострого післяопераційного панкреатиту при лікуванні ускладненої стенозом виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, поєднаної з хронічним панкреатитом.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі гастродуоденоанастомоза при ускладненій виразковій хворобі, поєднаній з хронічним панкреатитом, що включає формування анастомозу "бік в бік" між шлунком і дванадцятипалою кишкою в два ряди швів, згідно корисної моделі, анастомоз формують між передніми стінками антрального відділу шлунку і цибулини дванадцятипалої кишки. При цьому тканина підшлункової залози знаходиться поза межами хірургічних маніпуляцій, що сприяє виключення вірогідності її травматизації з розвитком гострого післяопераційного панкреатиту.

Заявлений спосіб пояснюється зображеннями (Фіг.):

Фіг.1. Формування задньої губи гастродуоденоанастомозу між передніми стінками антрального відділу шлунку і цибулини дванадцятипалої кишки.

Фіг.2. Формування передньої губи гастродуоденоанастомозу.

Спосіб виконують наступним чином: накладають серозно-м'язові шви між передніми стінками антрального відділу шлунку і цибулини дванадцятипалої кишки на весь просвіт останніх. Розкривають просвіт шлунку і дванадцятипалої кишки. Накладають безперервний "брудний" шов на задню губу гастродуоденоанастомозу. Далі формують передню губу гастродуоденоанастомозу шляхом її зашивання безперервним, або окремими швами. Лінію "брудного" шва передньої губи гастродуоде-

(13) U

(11) 33434

(19) UA

ноанастомоза перитонізують окремими серозно-м'зовими капроновими швами.

В клініці хірургічних хвороб стоматологічного факультету Донецького національного медичного університету ім. М.Горького на базі ЦМКЛ №1 м. Донецька по заявленому способу оперовано 7 хворих. Післяопераційних ускладнень у найближчому післяопераційному періоді у вигляді гострого післяопераційного панкреатиту, а також пов'язаних з технікою виконання операції не спостерігали.

Приводимо конкретний приклад виконання способу:

Хворий Л., 42р. (і.х. №1859) госпіталізований в клініку хірургічних хвороб стоматологічного факультету ДонНМУ ім. М.Горького на базі ЦМКЛ №1 м. Донецька 12.06.07р. з діагнозом: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена некомпенсованим стенозом воротаря. Основний діагноз був підтверджений даними ендоскопії і рентгендослідження. Поєднане захворювання хронічний панкреатит був підтверджений ультразвуковим дослідженням та записами в амбулаторній карті про наявність хронічного панкреатиту, проходження курсів лікування з приводу цього захворювання. 16.06.07р. після передопераційної підготовки хворому виконана операція по заявленому способу. Під час втручання гастродуоденотомія виконана без травми підшлункової залози.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворий був виписаний з клініки на 12 добу після втручання. Оглянутий через півтора місяця - скарг немає.

Таким чином, розроблений спосіб гастродуоденотомії при ускладненій виразковій хворобі, поєднаній з хронічним панкреатитом повністю забезпечує безпеку розвитку післяопераційних ускладнень у вигляді гострого післяопераційного панкреатиту, що поліпшує безпосередні і віддалені результати лікування цієї категорії хворих.

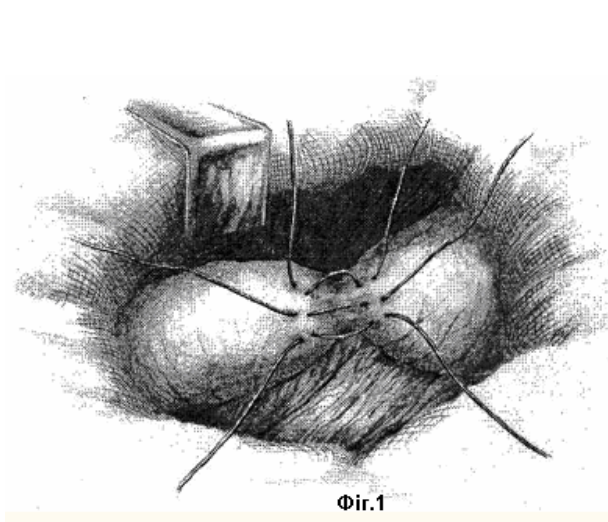
Джерела інформації:

1. Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операцій на пищевод, желудке и двенадцатиперстной кишке. -М.: «Медицина», 1975. -303с.

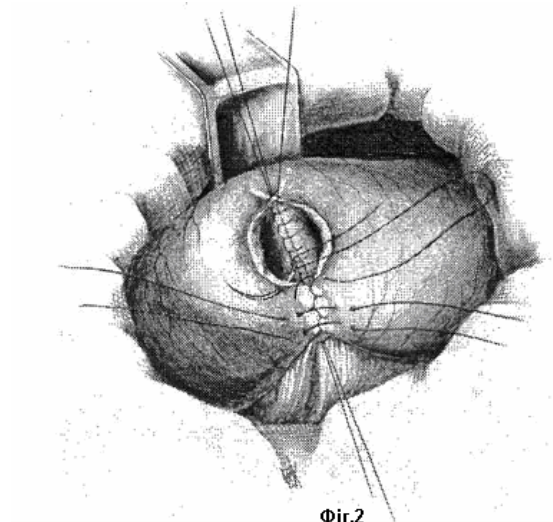
2. Костюченко А.А. Деструктивный панкреатит, стратегия и тактика на современном этапе //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2001. -№4. - С.110-113.

3. Тарасенко В.С., Никитенко И.И., Кубышкин В.А. Острый панкреатит и транслокация бактерий //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. -2000. - №6. - С.86-89.

4. Хальдон А.К., Шепетько Г.Н., Щур И.В. Профилактика острого послеоперационного панкреатита при лечении гигантской язвы двенадцатиперстной кишки //Клін. хірургія. - 2000. - №4. - С.13-14.



Фиг.1



Фиг.2