



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37941 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДУОДЕНОТОМІЇ

(21) 2000052593

(22) 05.05.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Івашук Олександр Іванович

(73) Буковинська державна медична академія

(57) Спосіб дуоденотомії, то включає розкриття дванадцятипалої кишки поздовжнім розтином для

верифікації кровотокової виразки та її локалізації, який **відрізняється** тим, що розкриття дванадцятипалої кишки виконується по нижньому її краю, після знаходження кровотокової виразки задньої стінки остання тампонується тканинами передньої стінки із захватом здорових тканин у поперековому напрямку, перитонізацією швів.

Винахід відноситься до медицини, а саме, - до хірургії.

Прототипом способу дуоденотомії є спосіб дуоденотомії З.Т.Сенчилло-Явербаума (З.Т.Сенчилло-Явербаум. Хирургическое лечение осложнённой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. - Иркутск: Иркутское книжное изд-во, 1960. - С.70 - 71.), який виконується наступним чином: при нез'ясованій причині кровотечі з дванадцятипалої кишки по поздовжній віді кишки виконують розріз останньої, оглядають кишку з метою верифікації діагнозу.

Недоліками даного способу є: виконання дуоденотомії призводить до суто діагностичного прийому і обмежує його використання при різних методах локального гемостазу у хворих похилого та старечого віку із виразковою дуоденальною кровотечею; розтинання кишки у поздовжньому напрямку вимагає проведення дуоденопластики з метою попередження деформації дванадцятипалої кишки.

Метою винаходу є усунення вищезгаданих недоліків і перетворення дуоденотомії із діагностичного прийому в діагностично-лікувальний за рахунок розкриття дванадцятипалої кишки по нижньому краю і наступного тампонування кровотокової виразки заднього контуру тканинами передньої стінки.

В основу способу поставлена задача застосування способу дуоденотомії не тільки для верифікації діагнозу, а й для кінцевої зупинки кровотечі виразкової етіології задньої стінки дванадцятипалої кишки у хворих похилого та старечого віку з невстановленим доопераційним діагнозом виразки.

Після лапаротомії по нижньому краю дванадцятипалої кишки, відступивши на 1-2 мм від ниж-

нього краю, поздовжньо розсікаємо всі стінки кишки. При локалізації виразки по задньому контуру дванадцятипалої кишки виконуємо локальний гемостаз наступним чином. У поперековому напрямку тампонуємо виразку задньої стінки передньою. Шви накладаємо з обох боків виразки із захватом незмінених тканин. Перитонізація швів. Прохідність травного тракту відновлюється попередньо відкритим переднім гастроентероанастомозом на довгій петлі з Браунівським співустьям.

Перевагами способу дуоденотомії є: перетворення діагностичного прийому на діагностично-лікувальний, надійна кінцева зупинка кровотечі за продовження кровотечі з виразки, скорочення терміну операції, що зовсім не байдуже для хворих похилого та старечого віку, хворих із явищами геморагічного шоку, технічна простота виконання, що дозволяє виконувати його в хірургічних стаціонарах усіх рівнів.

Для встановлення ефективності запропонованого способу та прототипу було виконане клінічне впровадження у 11 хворих.

У 7 хворих з інтраопераційною верифікацією діагнозу кровотокової дуоденальної виразки задньої стінки був застосований власний спосіб дуоденотомії. Після виконання останнього було зроблено локальний гемостаз тканинами передньої стінки дванадцятипалої кишки з розташуванням швів у поперековому напрямку і захватом незмінених тканин. Перитонізація швів. Прохідність шлунково-кишкового тракту відновлювали переднім гастроентероанастомозом на довгій петлі з Браунівським співустьям. Контроль гемостазу виконували шляхом підведення в дванадцятипалу кишку через привідну петлю гастроентероанастомозу зонду. В післяопераційному періоді рецидиву кровотечі не встановлено. Шість хворих одужали, були виписані.

(19) UA (11) 37941 (13) A

ні до амбулаторного лікування. У одного хворого, на фоні прогресуючої серцево-судинної недостатності, наступив *exitus letalis* на 4 добу після операції. На секції ділянка виразкового кратеру надійно ізолювана від інших відділів ДПК.

У 3 хворих була виконана дуоденотомія за З.Т.Сенчилло-Явербаум. Після встановлення локалізації кровоточивої виразки, в залежності від особливостей виразкового інфільтрату, 2 хворим була виконана резекція шлунку за Більрот-II, а 1 (у зв'язку із важкою супутньою патологією) - ушивання виразки. У останнього хворого був рецидив кровотечі, від якого хворий помер. Із 2 хворих, котрим була виконана резекція шлунку, у 1 наступила не-

здатність кукси дванадцятипалої кишки, що потребувало повторної операції. У кінцевому результаті хворі одужали і були виписані до амбулаторного лікування.

Застосування даного способу дуоденотомії забезпечує не тільки верифікацію діагнозу за кровоточивої дуоденальної виразки у хворих похилого та старечого віку, а й кінцеву та стабільну зупинку кровотечі, зменшує час проведення операції, скорочує терміни загоєння виразки шляхом виведення її за межі травного каналу, технічна простота виконання даного оперативного прийому дозволяє застосовувати його у хірургічних стаціонарах всіх рівнів.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
