



УКРАЇНА

(19) UA (11) 39382 (13) A

(51) 7 A61B17/11

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

(21) 2000063717

(22) 26.06.2000

(24) 15.06.2001

(33) UA

(46) 15.06.2001, Бюл. № 5, 2001 р.

(72) Полінкевич Броніслав Станіславович, Бекмуратов Аміркул Рашидович, Діброва Юрій Андрійович, Кучерук Володимир Васильович

(73) Інститут хірургії та трансплантології АМН України

(57) Спосіб лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, який включає лапаротомію, селективну проксимальну ваготомію, задній позадуободовий гастроентероанастомоз на максимально короткій петлі, який **відрізняється** тим, що гастроентероанастомоз накладають в поперечному напрямку шириною 2-3 см на відстані не більш як 4 см від пілоричного сфінктера.

Винахід відноситься до медицини, а саме - до хірургії, і може бути використаний при лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

Відомі способи лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, які включають лапаротомію, селективну проксимальну ваготомію з дренуванням шлунка, передній спередуободочний гастроентероанастомоз з ентеро-ентероанастомозом і задній позадуободочний вертикальний гастроентероанастомоз [1, 2].

Недоліком цих способів є синдроми: "порочне коло", синдром приводячої петлі внаслідок неадекватного дренування шлунка при великих виразкових інфільтраціях дванадцятипалої кишки.

Найбільш близьким за технічного суттю і прийнятим за прототип є спосіб лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, який включає лапаротомію, селективну проксимальну ваготомію, задній позадуободочний гастроентероанастомоз на короткій петлі [3].

Недоліком цього способу є велика кількість ускладнень у вигляді синдрому приводячої петлі, "порочне коло" і гастростазу внаслідок неадекватного дренування шлунка.

Завданням винаходу є розробка такого способу лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, який за рахунок вибору оптимальних розмірів гастроентероанастомоза і місця його накладання забезпечував би зниження післяопераційних ускладнень.

Поставлене завдання вирішується тим, що в спосіб лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, який включає лапаротомію, селективну проксимальну ваготомію, задній позадуободочний поперечний гастроентероанастомоз на максимально короткій петлі, згідно винаходу гастрое-

нтероанастомоз накладають в поперечному напрямку шириною 2-3 см на відстані не більш як 4 см від пілоричного жому.

Накладання гастроентероанастомоза в поперечному напрямку шириною 2-3 см забезпечує порціальну евакуацію шлункового вмісту, оскільки цей анастомоз функціонує як пілоричний жом, що знижує частоту післяопераційних ускладнень. Накладання гастроентероанастомоза далі 4 см від пілоричного жому не бажано внаслідок більш слабо виражених циркулярних м'язів шлунка.

Спосіб виконують наступним чином. Після лапаротомії і ревізії черевної порожнини при грубих анатомічних змінах гепатопанкреатодуоденальної зони, при виразкових інфільтраціях, вздовж стенозу дванадцятипалої кишки виконують ваготомію. Трохи піднімають вгору поперечну ободочну кишку, відшукують і мобілізують дуоденоюнальний перехід шляхом пересікання зв'язки Трейца, зрощувань. В безсудинній частині розсікають брижейку поперечно ободочної кишки. Через отвір, що утворився, підшивають максимально коротку петлю тощої кишки (якомога ближче до приватника), і паралельно до нього (але не більш як 4 см від пілоричного жому), тобто в поперечному напрямку по задній стінці шлунка. Накладають гастроентероанастомоз шириною 2-3 см і фіксують у вікні брижейки. Проводять гемостаз. Встановлюють дренаж в підпечінковий простір. Післяопераційні рани зашивають пошарово.

Фізіологічне обґрунтування: циркулярні м'язові волокна дистальної частини пілоричного відділу функціонально такі самі, як і привратник, при цій операції вони фактично не перетинаються, а тільки розшаровуються і забезпечують порціальну

евакуацію із шлунка, тобто виконують функцію привратника.

Приклад. Хворий К., 14 років, історія хвороби № 1711/2000, поступив до клініки 13.04.2000 р. з діагнозом: хронічна виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, декомпенсований дуоденальний стеноз, стан після ушивання перфоративної виразки 4.04.2000 р. Виразковий анамнез 3 роки. Поступив в клініку у край тяжкому стані. Сток із шлунка до 3-х літрів на добу.

Проведений зонд для ентерального харчування. Після проведеної передопераційної підготовки 27.04. виконана лапаротомія з висіканням післяопераційного рубця. При ревізії черевної порожнини шлунок ектозірували. Просвіт луковиці дванадцятипалої кишки нормальних розмірів, де раніше вшита перфоративна виразка. В нижньому горизонтальному відділі дванадцятипалої кишки виявлена постбульбарна виразка з пенетрацією в гепатодуоденальну зв'язку і в головку підшлункової залози. Виразковий інфільтрат розмірами 8х6х6 см. Визначається декомпенсований стеноз просвіту дванадцятипалої кишки. Виконана селективна проксимальна ваготомія. Поперечно ободочна кишка, яка трохи піднята вверх, мобілізований дуоденаєюнальний перехід шляхом пересікання зв'язки Трейца і зрощувань. В безсудинній частині розсічена брижейка поперечно ободочної кишки і через отвір, що утворився, підшивали максимально коротку петлю тощої кишки на відстані 2 см від

пілоричного жому паралельно йому в поперечному напрямку по задній стінці шлунка. Ширина анастомозу 2,5 см. Анастомоз зафіксований у вікні брижейки. Гемостаз виконували по ходу операції. Встановлено дренаж в підпечінковий простір. Післяопераційна рана пошарове вшита. Дренаж із черевної порожнини видалений через дві доби. Хворий після операції на 8-у добу виписаний додому.

За запропонованим способом були прооперовані 6 хворих. У жодного хворого не було синдрому приводящої петлі, "порочного кола" та гастростазу, в той час як з 6-ти хворих, які були прооперовані за прототипом, - синдром приводящої петлі - у одного хворого, "порочне коло" - у одного хворого, гастростаз внаслідок стенозу гастроентероанастомозу - у одного хворого.

Таким чином, порівняно з прототипом, запропонований спосіб дозволяє знизити післяопераційні ускладнення при лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

Джерела інформації

1. Бабаджанов Б.Р. Эволюция хирургического лечения гастродуоденальных язв. – Ташкент: Медицина, 1990. - С. 143.

2. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоровье, 1987. - С. 170.

3. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоровье, 1987. - С. 218 - прототип.

---

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

---