



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **42683** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ МОБІЛІЗАЦІЇ ВИРАЗКИ ЗАДНЬОГО ПІВКОНТУРУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

1

2

(21) u200903267

(22) 06.04.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЄВТУ-
ШЕНКО ДЕНИС ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ГРОМА ВА-
СИЛЬ ГРИГОРОВИЧ, КРИВОРІТЬКО ІГОР ВА-
ДИМОВИЧ(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб мобілізації виразки заднього півконтур дванадцятипалої кишки, який включає виведення кратера виразки поза просвіт шлунково-кишкового тракту, який **відрізняється** тим, що використовують доступ через великий чепець та пілоропанкреатичну зв'язку, роз'єднують зрощення між задньою стінкою дванадцятипалої кишки та підшлунковою залозою, висікають краї виразки та рубцеві тканини; прошивають кратер виразки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути використана для мобілізації виразки заднього півконтур дванадцятипалої кишки.

Відомий спосіб мобілізації виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки, який передбачає візуалізацію виразки шляхом визволення від зрощень по задній стінці надбубарного та пілорічного відділів, виконання поперечного розсічення передньої стінки дванадцятипалої кишки та висічення виразки (В.И. Оноприев Сегментарная дуоденопластика с СПВ. Авторское свидетельство №971286, 1980г.).

До недоліків цього методу відноситься повне поперечне пересічення дванадцятипалої кишки та пересічення інтрадуоденальних судин та нервів з наступним порушенням моторно-евакуаторних функцій дванадцятипалої кишки.

Відомий також спосіб, згідно з яким для локалізації виразки на задній стінці дванадцятипалої кишки виконують циркулярний розтин стінки дванадцятипалої кишки. Для цього виконують мобілізацію цибулини дванадцятипалої кишки. При цьому дванадцятипалу кишку перетинають по нижньому краю виразки. Таким чином, кратер виводять поза просвіт травного тракту та щільно закривають. Далі виконують циркулярне висічення цибулини дванадцятипалої кишки у зоні виразкового ураження (В.Т. Зайцев, Н.Н. Велигоцкий Органосохраняющие операции при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки. // Клиническая хирургия. - 1982. - №4. - С.9-13.).

Даний спосіб мобілізації виразки заднього півконтур дванадцятипалої кишки є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю

та результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

Недоліком відомого способу є повна ліквідація цибулини, формування сліпої куksi дванадцятипалої кишки з тампонадою кратеру виразки останньою, денервація воротаря з порушенням прямої пілородуоденальної безперервності.

В зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу зменшення травматизації стінки дванадцятипалої кишки під час мобілізації та висічення виразки заднього півконтур.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі мобілізації виразки заднього півконтур дванадцятипалої кишки, який включає виведення кратера виразки поза просвіт шлунково-кишкового тракту, згідно з корисною моделлю, використовують доступ через великий чепець та пілоропанкреатичну зв'язку, роз'єднують зрощення між задньою стінкою дванадцятипалої кишки та підшлунковою залозою, висікають краї виразки та рубцеві тканини; прошивають кратер виразки.

Позитивний ефект корисної моделі обумовлений тим, що зберігається безперервність передньої та бокових стінок дванадцятипалої кишки при доступі через великий чепець та пілоропанкреатичну зв'язку, що дозволяє зменшити травматичність оперативного втручання.

Спосіб виконують наступним чином: виконують верхньо-серединну лапаротомію; мобілізують пілоробубарну зону; відкривають сальникову сумку через шлунково-товстокишкову зв'язку біля краю поперечно-ободової кишки на рівні антрального відділу шлунка. Відкривається сальникова сумка, розмір вікна складає до 10 см. Виділяють

(13) **U**
(11) **42683**
(19) **UA**

пілоропанкреатичну зв'язку та пересікають у безсудинній зоні ближче до задньої стінки воротаря, після чого можливе дослідження задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки. Виявляють межі та виразність рубцевих процесів, глибину пенетрації. У ретродуоденальному клітковинному просторі поза зоною патологічного вогнища методом тунелізації відділяють задню стінку цибулини дванадцятипалої кишки від підшлункової залози. Краї пенетрації виразки відсікають від підшлункової залози. Кратер пенетрації виразки залишають на підшлунковій залозі.

Усю цибулину мобілізують по задній стінці до рівня інтимного судинного зрощення з головою підшлункової залози - при цьому оголюється гастродуоденальна артерія. Крупні судинні гілки, які ідуть до задньої стінки цибулини, зберігаються. Виконують економне висічення виразки задньої стінки цибулини, завдяки чому створюється широка дуоденотомія, через яку досліджують воротар та великий дуоденальний сосочок.

Клінічний ефект цього способу показують наступні приклади.

Приклад 1

Хворий П., 38 років, госпіталізований в ургентному порядку через 20 годин з моменту початку захворювання: кал типу "мелени", загальна слабкість. При огляді звертала на себе увагу блідість шкіри, тахікардія, низький артеріальний тиск. При дослідженні прямої кишки виявлений кал по типу "мелени". В анамнезі виразкова хвороба дванадцятипалої кишки на протязі 3 років. В клінічному аналізі крові: гемоглобін - 63г/л, еритроцити - $1,9 \times 10^{12}/л$, лейкоцити - $8 \times 10^9/л$, паличкоядерні - 14%, сегментоядерні - 54%, лімфоцити - 24%, моноцити - 10%, еозинофіли - 2%, ШОЕ - 12мм/год.

Фіброгастроскопія: в шлунку темна кров зі згустками. В цибуліні дванадцятипалої кишки на задній стінці виразка до 1,4 см в діаметрі з кровотоковою судиною в центрі.

Таким чином встановлено діагноз: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею. Необхідне хірургічне втручання.

Етапи операції: виконали обмежену мобілізацію цибулини дванадцятипалої кишки. При цьому дванадцятипала кишка перетнута по нижньому краю виразки. Виконана обробка дуоденальної кулки "відкритим способом" з накладанням першого ряду швів вузликками всередину, а потім другого ряду П-подібним швом, просвіт травного тракту щільно закритий. Далі виконали циркулярне висічення цибулини дванадцятипалої кишки у зоні виразкового ураження. Межа перетину пройшла по верхньому краю пілоричного жому. Накладено термінолатеральний пілородуоденальний анастомоз. По трансназальному зонду надходило до 500-600мл дуоденального вмісту. Турбувала відрижка.

Хворому проведена комплексна терапія, після якої стан його поліпшився. На 14 добу хворий в задовільному стані виписаний з клініки.

Приклад 2

Хворий Д., 32 роки, госпіталізований в ургентному порядку через 1 добу з моменту початку захворювання: блювота типу "кавової гущі", кал типу "мелени", загальна слабкість. При огляді звертала на себе увагу блідість шкіри, тахікардія, низький артеріальний тиск. При дослідженні прямої кишки виявлений кал по типу "мелени". В анамнезі виразкова хвороба дванадцятипалої кишки на протязі 7 років. В клінічному аналізі крові: гемоглобін - 68г/л, еритроцити - $2,1 \times 10^{12}/л$, лейкоцити - $9 \times 10^9/л$, паличкоядерні - 12%, сегментоядерні - 53%, лімфоцити - 23%, моноцити - 10%, еозинофіли - 2%, ШОЕ - 10мм/год.

Фіброгастроскопія: в шлунку темна кров зі згустками. В цибуліні дванадцятипалої кишки на задній стінці виразка до 1,2см в діаметрі з кровотоковою судиною в центрі.

Таким чином встановлено діагноз: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею. Необхідне хірургічне втручання.

Етапи операції: мобілізували пілоробульбарну зону. В шлунково-товстокишковій зв'язці біля краю поперечно-ободової кишки на рівні антрального відділу шлунку відкрилась сумка чепця, розмір вікна склав 10см. Виділена пілоропанкреатична зв'язка та пересічена у безсудинній зоні ближче до задньої стінки воротаря. Після чого стало можливим дослідження задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки. Виявлені межі та виразність рубцевих процесів, глибина пенетрації. У ретродуоденальному клітковинному просторі поза зоною патологічного вогнища методом тунелізації відділили задню стінку цибулини дванадцятипалої кишки від підшлункової залози. Краї пенетрації виразки відсікли від підшлункової залози. Кратер пенетрації виразки залишився на підшлунковій залозі. Усю цибулину мобілізували по задній стінці до рівня інтимного судинного зрощення з головою підшлункової залози. При цьому оголилася гастродуоденальна артерія. Крупні судинні гілки, які ідуть до задньої стінки цибулини, збережені. Висікли виразку задньої стінки цибулини, завдяки чому створилася широка дуоденотомія, через яку дослідили воротар та великий дуоденальний сосочок. Дуоденопластика з використанням однорядного прецизійного екстрамукозного інвертованого шва виконана з заднього доступу, тобто через "вікно" у великому чепці після тампонування та прошивання кратеру виразки ТахоКомбом. По трансназальному зонду дебіт складав не більше 50мл дуоденального вмісту, хворого не турбували диспептичні явища. На 10 добу хворий в задовільному стані виписаний з клініки.