



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **52598** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ НАВКОЛОСОСОЧКОВИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

1

2

(21) u201006078

(22) 20.05.2010

(24) 25.08.2010

(46) 25.08.2010, Бюл.№ 16, 2010 р.

(72) ШЕПЕТЬКО ЄВГЕН МИКОЛАЙОВИЧ, ШЕПЕТЬКО ОЛЕКСАНДР ЄВГЕНОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування ускладнених навколососочкових дуоденальних виразок, що включає селективну ваготомію, антрумектомію,

транспапілярне трансюнальне зовнішнє кероване дренивання холедоха, формування гастроентероанастомозу та ентероентероанастомозу за Брауном, який **відрізняється** тим, що виконують папілосфінктеротомію із папілосфінктеропластикою, транспапілярне трансдуоденальне зовнішнє кероване дренивання холедоха з виведенням дренажу назовні після реїмплантації зони великого дуоденального сосочка в дванадцятипалу кишку, формують гастроентероанастомоз на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути застосована для хірургічного лікування ускладнених навколососочкових (юктапапілярних) дуоденальних виразок.

Відомий спосіб операції при юктапапілярних виразках [1], що полягає в дисковидному викроюванні зі стінки дванадцятипалої кишки (ДПК) великого дуоденального сосочка (ВДС) з реїмплантацією його в худу кишку. Однак, цей спосіб має наступні недоліки: а) можливий некроз диска, що викроюється зі стінки ДПК, внаслідок порушення кровопостачання в ньому; б) високий ризик неспроможності швів у зоні реїмплантації.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування ускладнених юктапапілярних виразок [2], обраний нами як прототип, що полягає у висіченні країв виразки, транспапілярному дрениванні холедоха, зашиванні кукси дванадцятипалої кишки, виконанні антрумектомії з ваготомією, формуванні гастроєюноанастомозу на довгій петлі із браунівським співустьям і проведенні трансюнального через привідну петлю керованого зовнішнього транспапілярного дренажу холедоха.

Разом з тим і цей спосіб не позбавлений недоліків, а саме:

а) виключення петлі худой кишки за Брауном супроводжується підвищеним ризиком виникнення пептичної виразки в зоні гастроентеро- та ентероентероанастомозу із послідовним розвитком кровотечі;

б) проведення трансюнально через привідну петлю керованого зовнішнього транспапілярного дренажу холедоха є в технічному відношенні досить складним.

Задачею корисної моделі є створення способу хірургічного лікування ускладнених юктапапілярних виразок, який дозволяє знизити післяопераційну летальність і запобігти важких післяопераційних ускладнень, покращити функціональні результати операції.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в підвищенні ефективності реїмплантації НДС при ускладнених навколо сосочкових виразках, зниженні післяопераційної летальності і запобіганні важких післяопераційних ускладнень (післяопераційний панкреатит, механічна жовтяниця, неспроможність швів у зоні реїмплантації), покращенні функціональних результатів та скороченні строків лікування.

Сутність корисної моделі полягає в тому, що після висічення країв юктапапілярної виразки виконують папілосфінктеропластику, транспапілярне дренивання НДС з виведенням дренажу трансдуоденально назовні після реїмплантації зони НДС в ДПК, ушивають куксу ДІЖ та виконують селективну ваготомію з антрумектомією і гастроєюноанастомозом за Гофмейстером-Фінстерером.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування ускладнених юктапапілярних виразок, що включає селективну ваготомію, антрумектомію, транспапілярне трансюнальне зовнішнє кероване дренивання холедоха, формування гастроентероанастомозу

(13) **U**
(11) **52598**
(19) **UA**

та ентероентероанастомозу за Брауном, згідно корисної моделі виконують папілосфінктеротомію із папілосфінктеропластикою, транспапільярне трансдуоденальне зовнішнє кероване дренивання холедоха з виведенням дренажу назовні після реімплантації зони великого дуоденального сосочка в дванадцятипалу кишку, формують гастроентероанастомоз на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером.

Відмінною рисою запропонованого способу є папілосфінктеротомія із папілосфінктеропластикою, транспапільярне дренивання великого дуоденального сосочка з виведенням дренажу трансдуоденально назовні після реімплантації зони великого дуоденального сосочка в дванадцятипалу кишку, формування гастроентероанастомозу на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером.

Наявність вказаних відмінних ознак способу, що пропонується, у порівнянні з прототипом, є основою для того, щоб заявити його як корисну модель.

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг.1 - антрумектомія, де 1 - навколососочкова виразка, 2 - великий дуоденальний сосочок;

Фіг.2 - папілосфінктеротомія із папілосфінктеропластикою, транспапільярне трансдуоденальне кероване дренивання холедоха, де 3 - папілосфінктеропластика, 4 - транспапільярне дренивання, 5 - перфорований дренаж, 6 - трансдуоденальне дренивання;

Фіг.3 - реімплантація ВДС у ДПК, виведення транспапільярного дренажу холедоха у вигляді трансдуоденального керованого назовні, ушивання кукси ДПК над зоною реімплантації, де 7 - реімплантація ВДС у ДПК, 4 - транспапільярне дренивання, 5 - перфорований дренаж, 6 - трансдуоденальне дренивання;

Фіг.4 - селективна ваготомія, формування гастроєюноанастомозу на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером, холецистектомія, дренивання холедоха за Піковським, де

8 - селективна ваготомія, 9 - гастроєюноанастомоз, 10 - дренивання холедоха за Піковським.

Спосіб виконується таким чином:

після лапаротомії визначають локалізацію дуоденальної виразки і при виявленні папілярного розташування виразки (1) із залученням у виразковий процес ВДС (2) виконують дуоденотомію на цьому рівні, мобілізацію антрального відділу шлунка та антрумектомію (Фіг.1), виконують папілосфінктеротомію і папілосфінктеропластику (3) із застосуванням атравматичного шовного матеріалу, транспапільярне дренивання (4) холедоха перфорованим дренажем (5), виводять дренаж (5) назовні трансдуоденально (6) (Фіг.2); ушивають куксу (7) ДПК над зоною реімплантованого ВДС і транспапільярного дренивання (Фіг.3); виконують селективну ваготомію (8), формують гастроєюноанастомоз на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером (9), виконують холецистектомію з дрениванням холедоха за Піковським (10) (Фіг.4).

За способом, що заявляється, оперовано 7 хворих, а за способом прототипом - 3. У жодному випадку не розвився післяопераційний панкреатит, жовтяниця або неспроможність швів в зоні реімплантації ВДС. Був відсутній дуодено-біліарний рефлюкс та рефлюкс-гастрит. Запропонований спосіб відрізняється наявністю зовнішнього транспапільярного трансдуоденального керованого дренажу холедоха, реімплантацією зони ВДС в ДПК.

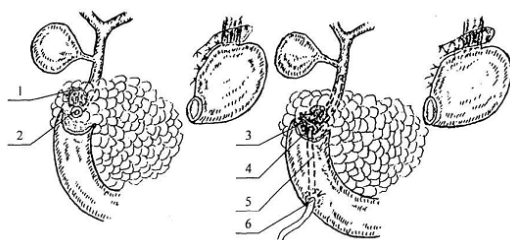
Переваги корисної моделі полягають у підвищенні надійності швів в зоні реімплантації ВДС в ДПК, профілактиці розвитку післяопераційного панкреатиту, холангіту і перитоніту.

Спосіб рекомендується до застосування в хірургічних гастроентерологічних клініках, хірургічних відділеннях міських, обласних лікарень, Центрах по наданню допомоги хворим зі шлунково-кишковими кровотечами.

Перелік використаної літератури:

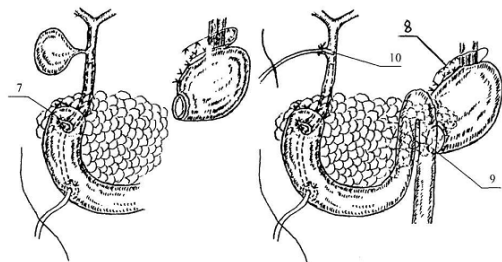
1. Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операцій на пищевом, желудке и двенадцатиперстной кишке.-М.: Медицина, 1975.-304 с.

2. Шепетько Є.М. Спосіб хірургічного лікування навколососочкових виразок дванадцятипалої кишки // Патент України №23123 А від 30.06.98р.



Фіг. 1

Фіг. 2



Фіг. 3

Фіг. 4