



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **57618** (13) **U**  
(51) МПК (2011.01)  
**A61B 17/00**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) ПРОЦЕС ДИВЕРТИКУЛІЗАЦІЇ ПРИ НОРИЦЯХ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

1

2

(21) u201008659

(22) 12.07.2010

(24) 10.03.2011

(46) 10.03.2011, Бюл.№ 5, 2011 р.

(72) КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, БОЙКО  
ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ІВАНОВА ЮЛІЯ  
ВІКТОРІВНА, ТЕСЛЕНКО СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ  
(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ І НЕВІДКЛАДНОЇ ХІ-  
РУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Процес дивертикулізації при норицях дванадцятипалої кишки, що включає виконання стовлової ваготомії, антрумектомії з гастроентероанастомозом за Ру, дуоденостомії на трубчастому катетері, який **відрізняється** тим, що в дванадцятипалу кишку вводять катетер з роздувним балоном, до дуоденостоми підшивають пасмо великого чепця і фіксують надягнену на трубчастий катетер гумову манжетку, а в низхідний відділ дванадцятипалої кишки трансназально проводять зонд з полівінілу.

Корисна модель стосується хірургії і може бути використана при лікуванні травматичних ушкоджень дванадцятипалої кишки, а також ускладнень після операцій на шлунку і дванадцятипалій кишці.

Оперативні втручання з приводу ускладнень після операцій на шлунку і дванадцятипалій кишці виконують при гострих формах неспроможності швів дванадцятипалої кишки, а також при її травматичних розривах. За даними багатьох авторів, просте ушивання дефектів є неефективним, в зв'язку з чим розроблено багато різних методів оперативних втручань.

До таких процесів належить процес, який описаний в монографії Мілонова О.Б., Тоскіна К.Д., Жебровського В.В. "Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии" (М, "Медицина", 1990. - С.356.) Він запропонований Л.Г.Завгороднім в 1972 році і включає дренування дванадцятипалої кишки використовують трубкою з роздувною манжеткою, яку вводять крізь дефект дванадцятипалої кишки, роздувають балон, а другий кінець виводять крізь контрапертуру на черевній стінці і фіксують до шкіри.

Процес сприяє зменшенню мацерації шкіри і швидкому росту грануляцій, однак він не забезпечує "спокою" дванадцятипалої кишки і її декомпресії, а також пригнічення функції підшлункової залози.

З відомих процесів дивертикулізації дванадцятипалої кишки найбільш близьким до винаходу за сутністю і результатами є процес спосіб Донована-Хагена, який описано в монографії А.А.Шалимова, В.Ф.Саєнко "Хирургия пищеварительного тракта" (Киев "Здоров'я". - 1987. - С.360.), який включає в

себе виконання стовлової ваготомії, антрумектомії з гастроентероанастомозом за Ру, дуоденостомії на трубчастому катетері.

Процес сприяє створенню "спокою" дванадцятипалої кишки і її декомпресії, а також пригніченню функції підшлункової залози, але при його виконанні не досягається герметизм дуоденостоми і декомпресія дванадцятипалої кишки, що призводить до виникнення ускладнень.

В основу корисної моделі поставлене завдання зниження кількості післяопераційних ускладнень шляхом герметизації дуоденостоми і декомпресії дванадцятипалої кишки.

Поставлене завдання вирішується тим, що в процесі дивертикулізації дванадцятипалої кишки, який включає стовлову ваготомію, антрумектомію з гастроентероанастомозом за Ру дуоденостомію трубчастим катетером, згідно з корисною моделлю в дванадцятипалу кишку вводять катетер з роздувним балоном, до дуоденостоми підшивають пасмо великого чепця і додатково фіксують її гумовою манжеткою, надягнутою на катетер, а в нисхідний відділ дванадцятипалої кишки трансназально проводять полівініловий зонд.

Введення нових маніпуляцій (роздування балона і накладання манжетки на катетері, підшивання пасми великого чепця до дуоденостоми і введення трансназального зонду в нисхідний відділ дванадцятипалої кишки) дозволяє герметизувати дуоденостому і створити декомпресію дванадцятипалої кишкої і таким чином знизити кількість післяопераційних ускладнень.

Заявнику невідомі приклади сукупного роздування балону і гумової манжетки, підшивання пас-

(19) **UA** (11) **57618** (13) **U**

ми великого чепця до дуоденостоми і проведення трансназально зонда для декомпресії в нисхідний відділ дванадцятипалої кишки з метою зниження кількості післяопераційних ускладнень.

Процес може бути виконаний наступним чином.

Виконують ствову ваготомію, антрумектомію з гастроентероанастомозом за Ру, потім формують дуоденостому, в яку уводять катетер 1 з баллоном 2, який роздувають. Мобілізують пасму великого чепця, яку підшивають навкруги дуоденостоми, на катетер надягають гумову манжету, під яку проводять лігатури і зав'язують їх. Катетер 1 виводять через контрапертуру на черевній стінці. Трансназально в нисхідний відділ дванадцятипалої кишки проводять зонд з полівінілу.

Приклад

Хворий Х., 66 років оперований в клініці на 3 добу після висічення виразки дванадцятипалої кишки з приводу гострої шлунково-кишкової крово-

течі з приводу неспроможності її швів. Хворому виконано ствову ваготомію, антрумектомію з гастроентероанастомозом за Ру, Сформовано дуоденостому, в яку уведено катетер з роздувним баллоном, який роздуто. Мобілізовано пасму великого чепця, яку підшито навкруг дуоденостоми, на катетер надіто гумову манжету, під яку проведено лігатури, які зав'язано. Катетер виведено через контрапертуру на черевній стінці. Трансназально в нисхідний відділ дванадцятипалої кишки проведено зонд з полівінілу. Перебіг післяопераційного періоду гладкий. Шви знято на 12 добу. На 14-ту добу хворого в задовільному стані виписано додому.

Таким чином, виконання процесу дивертикулізації дванадцятипалої кишки дозволяє герметизувати дуоденостому і створити декомпресію дванадцятипалої кишки і тим самим зменшити кількість післяопераційних ускладнень.