



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61436 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
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 СОСОЧКОВОЇ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

2

(21) u201013334

(22) 10.11.2010

(24) 25.07.2011

(46) 25.07.2011, Бюл.№ 14, 2011 р.

(72) ГАНЖІЙ ВОЛОДИМИР ВАЛЕНТИНОВИЧ,  
ТРОПЕШКО ВОЛОДИМИР ВІКТОРОВИЧ

(73) ГАНЖІЙ ВОЛОДИМИР ВАЛЕНТИНОВИЧ,  
ТРОПЕШКО ВОЛОДИМИР ВІКТОРОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного лікування сосочкової виразки дванадцятипалої кишки, який включає лапароскопію,

томію, вирізання виразки та пластику великого дуоденального сосочка, який відрізняється тим, що виконують хрестоподібну дуоденотомію над сосочком з резекцією задньої стінки дванадцятипалої кишки і сосочкової виразки, а потім виконують пластику великого дуоденального сосочка і дванадцятипалої кишки, з установкою внутрішнього дренажа у вірсунгову протоку.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для лікування сосочкової виразки дванадцятипалої кишки (ДПК).

Відомий спосіб хірургічного лікування сосочкової виразки ДПК, який включає лапаротомію, вирізання виразки та пластику великого дуоденального сосочка [П. Д.Фомін. Є. М. Шепетько та інші. Реконструктивні операції з реімплантацією великого сосочка дванадцятипалої кишки з приводу ускладненої юктапапілярної виразки. Клінічна хірургія.-2004. - № 4-5. - С. 37].

Недоліками цього способу є велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді стенозів в ділянці пластики.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування сосочкової виразки ДПК, який за рахунок крестоподібної дуоденотомії під сосочком та резекції задньої стінки ДПК і сосочкової виразки забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень у вигляді стенозування в ділянці пластики.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування сосочкової виразки дванадцятипалої кишки, який включає лапаротомію, вирізання виразки та пластику великого дуоденального сосочка, згідно корисної моделі, виконують крестоподібну дуоденотомію над сосочком з резекцією задньої стінки дванадцятипалої кишки і сосочкової виразки, а потім виконують пластику великого дуоденального сосочка і дванадцятипалої кишки з установкою внутрішнього дренажа у вірсунгову протоку.

Виконання крестоподібної дуоденотомії над сосочком з резекцією задньої стінки ДПК і сосочкової виразки забезпечує зменшення кількості післяопераційних ускладнень у вигляді стенозів в області пластики, оскільки при цьому просвіт ДПК зберігається більшим, ніж при простому вирізанні виразки. Цьому ж сприяє установка внутрішнього дренажа у вірсунгову протоку, оскільки це оберігає внутрішню структуру великого дуоденального сосочка від агресивного внутрішнього середовища дванадцятипалої кишки.

Спосіб виконують наступним чином. Після виконання верхньо-середньої лапаротомії на 1,0-2,0 см нижче пупка, ревізії черевної порожнини та виконання стовбурової ваготомії чи селективної проксимальної ваготомії, виконують розтин плоских спайок з обох контурів вихідного відділу шлунка та ДПК, виконують розтин черевини задньої стінки зовнішнього краю ДПК від гепатодуоденальної зв'язки по Кохеру, потім підкову ДПК з підшлунковою залозою відшаровують від задньої стінки живота і мобілізованою панкреатодуоденальною областю виводять в рану. Передню стінку ДПК розтинають впродовж середньої лінії протягом 5,0-6,0 см, починаючи від уявленої лінії „защипулинного” відділу, потім виділяють задню стінку кишки шириною 2,0-3,0 см від підлеглих тканин до нижнього краю виразки, розтином зсередини відкреслюють на всю товщу задньої стінки навкруги виразки, з відступом від рубцевого краю на 0,5-0,7см. Поперековими розтинами, циркулярно видаляють всю ділянку кишки, залишаючи на голівці підшлункової залози рубцеві краї виразки та її кра-

(13) U

(11) 61436

(19) UA

тер в зоні великого дуоденального сосочка дванадцятипалої кишки. А в кратері виразки виконують папілотомію протягом 1,0 см. Задню „губу” анастомозу зашивають однорядними вузловими швами, з виконанням папілосфінктероластики, у вірсунгову протоку вводять внутрішній „скритний дренаж” на 10-14 діб.

Установлюють дренажі в підпечінковий простір, лівий піддіафрагмальний простір, малий таз з обох боків. Накладають пошарові шви на рану.

Приклад. Хворий А., історія хвороби № 3465, поступив на лікування 28.02.2007 року в Запорізький центр екстремальної медицини і швидкої медичної допомоги через 6 годин після появи різкого кинжального болю в епігастральній області. Після клінічного, лабораторного, інструментального обстеження поставлено діагноз: сосочкова виразка ДПК, ускладнена кровотечею.

Операція 28.02.2007 р.: економна резекція ДПК з пластиком великого дуоденального сосочка та дванадцятипалої кишки з установкою внутрішнього дренажа у вірсунгову протоку; селективна проксимальна ваготомія. Санація, дренування черевної порожнини.

Після виконання верхньо-серединної лапаротомії на 1,0 см нижче пупка, ревізії черевної порожнини та виконання стовбурової ваготомії виконали розтин плоскосних спайок з обох контурів вихідного відділу шлунка та ДПК, виконали розтин черевини, задньої стінки зовнішнього краю ДПК від гепатодуоденальної зв'язки по Кохеру, потім підкову ДПК з підшлунковою залозою відшарували

від задньої стінки живота і мобілізованою панкреатодуоденальною областю вивели в рану. Передню стінку ДПК розітнули впродовж середньої лінії протягом 5,0 см, починаючи від уявленої лінії „зацібулинного” відділу та виділили задню стінку кишки шириною 2,0 см від підлеглих тканин до нижнього краю виразки. Розтином зсередини відкреслили на всю товщу задньої стінки навкруги виразки, з відступом від рубцевого краю на 0,5 см, поперековими розтинами, циркулярно видалили всю ділянку кишки, залишаючи на голівці підшлункової залози рубцеві краї виразки та її кратер в зоні великого дуоденального сосочка дванадцятипалої кишки. В кратері виразки виконали папілотомію протягом 1,0 см, а задню „губу” анастомоза зашили однорядними вузловими швами, з виконанням папілосфінктероластики. У вірсунгову протоку ввели внутрішній „скритний дренаж” на 12 діб. Установили дренажі в підпечінковий простір, лівий піддіафрагмальний простір, малий таз з обох боків. Наклали пошарові шви на рану.

В післяопераційному періоді ускладнень у вигляді стенозу не спостерігали.

За запропонованим способом прооперовано 5 хворих, післяопераційних ускладнень у вигляді стенозу не спостерігали.

За способом-аналогом прооперовано 5 хворих, у 2-х хворих в післяопераційному періоді спостерігали стеноз ДПК.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень.