



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61720 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

1

2

(21) u201100479

(22) 17.01.2011

(24) 25.07.2011

(46) 25.07.2011, Бюл.№ 14, 2011 р.

(72) МАЛИШЕВСЬКИЙ ІГОР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) МАЛИШЕВСЬКИЙ ІГОР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного гемостазу гострокровоточивої дуоденальної виразки, що включає верхню серединну лапаротомію, пальпаторне визначення локалізації виразки задньої стінки дванадцятипа-

лої кишки, мобілізацію останньої за Кохером, який відрізняється тим, що в проекції виразки, на передній стінці дванадцятипалої кишки, виконують поперечну дуоденотомію, оглядають виразковий дефект, здійснюють демукотизацію ділянки на 2-5 мм більше в діаметрі ніж виразка, за допомогою кисетного шва формують з неї тампонуєчу ділянку, попередньо зашивши розріз кишки, підшивають її до виразки та накладають обхідний гастроентероанастомоз.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії і може бути використана для лікування хворих, літнього та старечого віку, на гострокровоточиву виразку задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки.

Відомі способи лікування гострокровоточивих виразок дванадцятипалої кишки, які включають лапаротомію, висічення виразкового дефекту та укріплення його різними тканинами або формування тампонуєчої ділянки, з передньої стінки дванадцятипалої кишки, з послідовним підшиванням її до виразки та обов'язковим накладанням обхідного гастроентероанастомозу.

Недоліком цих способів є ненадійний гемостаз, більше число рецидивів кровотеч.

Найближчим аналогом корисної моделі є спосіб гемостазу кровоточивої дуоденальної виразки, який включає лапаротомію, формування тампонуєчої ділянки з передньої стінки дванадцятипалої кишки, підшивання її до виразки та накладання обхідного гастроентероанастомозу.

Спосіб-найближчий аналог здійснюється таким чином. Після виконання верхньої серединної лапаротомії, пальпаторно визначають локалізацію та розміри виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки, виконують мобілізацію останньої за Кохером. В проекції виразки, на передній стінці дванадцятипалої кишки, висікають серозну та м'язову оболонки, на 2-5 мм більше в діаметрі ніж виразка. По краях дефекту передньої стінки накладають кисетний шов, внаслідок чого, із слизової та підслизової оболонок, утворюється тампонуєча ділянка округлої форми, яка виступає у просвіт кишки. Пришивають передню стінку дванадцятипалої кишки до задньої П-подібним швом, внаслідок чого

тампонуєча ділянка щільно прилягає до виразкового кратеру. Прохідність кишкового тракту відновлюють попередуюбідковим переднім гастроентероанастомозом з брауновським співустьям [1].

Недоліками цього способу є неможливість інтраопераційно, візуально визначити локалізацію, розміри та стан гемостазу гострокровоточивої дуоденальної виразки, а також прилягання слизової оболонки передньої стінки дванадцятипалої кишки, із значно вищими показниками фібринолітичної активності, до задньої, де розташована виразка, може призводити до лізису тромбів та виникненню раннього рецидиву кровотечі [2].

Заявлена корисна модель виключає вказані недоліки. В основу корисної моделі поставлено задачу розробити спосіб хірургічного гемостазу гострокровоточивої дуоденальної виразки, при якому буде можливо інтраопераційно оглянути виразковий дефект, а також буде виконано більш надійний гемостаз.

Поставлена задача вирішується тим, що у спосіб гемостазу кровоточивої дуоденальної виразки, який включає верхню серединну лапаротомію, пальпаторне визначення локалізації виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки, мобілізацію останньої за Кохером, згідно з корисною моделлю, в проекції виразки, на передній стінці дванадцятипалої кишки, виконують поперечну дуоденотомію, оглядають виразковий дефект, здійснюють демукотизацію ділянки на 2-5 мм більше в діаметрі ніж виразка, за допомогою кисетного шва формують з неї тампонуєчу ділянку, попередньо зашивши розріз кишки, підшивають її до виразки та накладають обхідний гастроентероанастомоз.

(13) U
(11) 61720
(19) UA

Виконання дуоденотомії дає інтраопераційно визначити локалізацію, розміри виразки, оцінити стан її гемостазу, а виконання демукотизації тампонує ділянку забезпечить більш надійний гемостаз.

Спільними ознаками найближчого аналога та корисної моделі, що заявляється, є те, що виконують верхню серединну лапаротомію, мобілізацію

дванадцятипалої кишки за Кохером, пальпаторно визначають локалізацію виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки, створюють тампонує ділянку, з передньої стінки кишки, за допомогою кисетного шва.

Відмінністю корисної моделі та найближчого аналога є те, що виконують поперечну дуоденотомію та демукотизацію тампонує ділянки.

Таблиця

Порівняння ознак найближчого аналога та корисної моделі

Ознака	Спосіб-найближчий аналог	Спосіб, що заявляється
Верхня серединна лапаротомія	Так	Так
Мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохером	Так	Так
Пальпаторне визначення локалізації виразки	Так	Так
Створення тампонує ділянки за допомогою кисетного шва	Так	Так
Дуоденотомія	Ні	Так
Висічення серозної та м'язової оболонок тампонує ділянки	Так	Ні
Демукотизація тампонує ділянки	Ні	Так

Спосіб, що заявляється як корисна модель, виконують наступним чином: після виконання верхньої серединної лапаротомії, пальпаторно визначають локалізацію виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки, виконують мобілізацію останньої за Кохером. В проекції виразки, на передню стінку дванадцятипалої кишки, накладають шви-утримувачі та виконують поперечну дуоденотомію, довжиною до 1,5-2,0 см. Оглядають виразковий дефект, висікають слизову та підслизову оболонки, на 2-5 мм більше в діаметрі ніж виразка та зашивають розріз кишки однорядним безперервним швом Шмідена. По краях ділянки демукотизації передньої стінки накладають кисетний шов та її погружають, внаслідок чого, із серозної і м'язової оболонок, утворюється тампонує ділянка, округлої форми, яка виступає у просвіт кишки. Пришивають передню стінку дванадцятипалої кишки до задньої П-подібним швом, внаслідок чого тампонує ділянка щільно прилягає до виразкового кратеру. Прокідність кишкового тракту відновлюють попередуюбідковим переднім гастроентероанастомозом з брауновським співустьям.

Як правило, прохідність дванадцятипалої кишки частково відновлюється в терміни 3-4 місяці.

За запропонованим способом було прооперовано п'ять хворих на гострокровоточиву дуоденальну виразку. В післяопераційному періоді рецидиву кровотечі не спостерігалось.

Приклад. Пацієнт М., 1936 р.н. був прийнятий до хірургічного відділення 10.08.2010 року з діагнозом: виразкова хвороба, виразка дванадцятипалої

кишки, ускладнена активною кровотечею. По життєвим показам пацієнта було взято на операцію. Після виконання дуоденотомії, виразковий дефект добре оглянуто (виразка задньої стінки дванадцятипалої кишки, діаметром 1,3 см, з якої струминно поступає кров). Виконано хірургічний гемостаз згідно запропонованого способу. Прокідність кишкового тракту відновлено попередуюбідковим переднім гастроентероанастомозом з брауновським співустьям. Ранній післяопераційний період перебігав без ускладнень, рана загоїлася первинним натягом. Даних про рецидив кровотечі не було. На 12 добу пацієнт, у задовільному стані, виписаний з лікарні. Протягом пізнього післяопераційного періоду специфічних скарг з боку органів черевної порожнини не було.

Таким чином, запропонований спосіб дозволяє інтраопераційно оцінити виразковий дефект та виконати надійний гемостаз.

Джерела інформації:

1. Пат. 45817 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб гемостазу кровоточивої дуоденальної виразки / Іващук О.І.; заявник та патентовласник Інститут хірургії та трансплантології АМН України. - № 2001074870; заявл. 11.07.01; опубл. 15.04.02, Бюл. № 4.

2. Бодяка В.Ю. Попередження раннього рецидиву кровотечі у хворих старше 60 років з гострокровоточивою дуоденальною виразкою: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.03 "Хірургія" / В.Ю. Бодяка. - Вінниця, 2007.-24 с.