



УКРАЇНА

(19) UA (11) 63132 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДУОДЕНОТОМІЇ

1

2

(21) u201103524

(22) 24.03.2011

(24) 26.09.2011

(46) 26.09.2011, Бюл. № 18, 2011 р.

(72) МАЛИШЕВСЬКИЙ ІГОР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) МАЛИШЕВСЬКИЙ ІГОР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(57) Спосіб дуоденотомії, який включає верхню серединну лапаротомію, який **відрізняється** тим, що після мобілізації дванадцятипалої кишки по Кохеру, відступивши на 1 см від пілоруса та на 0,3 см від верхнього краю кишки, виконують повздовжнє розкриття її просвіту.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для верифікації діагнозу та хірургічного гемостазу гострокровоточивої дуоденальної виразки.

Відомий спосіб дуоденотомії, при нез'ясованій причині кровотечі з дванадцятипалої кишки, який включає розріз, по повздовжній осі, що дає змогу її оглянути та остаточно встановити діагноз.

Недоліком цього способу є обмежене його використання при різних методах хірургічного гемостазу за гострої дуоденальної кровотечі, а також застосування даного способу вимагає дуоденопластики, оскільки розтинання кишки у поздовжньому напрямку може призводити до її деформації.

Найближчим аналогом корисної моделі є спосіб дуоденотомії, який включає лапаротомію, поздовжнє розсічення стінки кишки біля нижнього її краю (Пат. 37941 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб дуоденотомії / Іващук О.І.; заявник та патентовласник Буковинська державна медична академія. - №2000052593; заявл. 05.05.00; опубл. 15.05.01, Бюл. №4).

Спосіб - найближчий аналог здійснюється таким чином. Після виконання верхньої серединної лапаротомії, відступивши на 1-2 мм від нижнього краю дванадцятипалої кишки, поздовжньо розсікають її стінку.

Недоліком цього способу є технічні труднощі його виконання за наявності виражених рубцевих змін в даній ділянці, мала ефективність за наявності великої хронічної виразки задньої стінки кишки з переходом на верхню, а також у разі потреби неможливо добре мобілізувати дванадцятипалу кишку.

Заявлена корисна модель виключає вказані недоліки. В основу корисної моделі поставлена

задача розробити спосіб дуоденотомії, за якого буде зручно виконувати хірургічний гемостаз за локалізації виразки на задній стінці кишки з переходом на верхню.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі дуоденотомії, який включає верхню серединну лапаротомію, згідно з корисною моделлю, після мобілізації дванадцятипалої кишки по Кохеру, відступивши на 1 см від пілоруса та на 0,3 см від верхнього краю кишки, виконують повздовжнє розкриття її просвіту.

Виконання дуоденотомії по верхньому краю цибулини дванадцятипалої кишки зберігає цілісність передньої стінки, дає змогу ретельно виконати її огляд для встановлення причини та локалізації патологічного вогнища. За наявності великої хронічної виразки задньої стінки кишки з переходом на верхню, дана дуоденотомія забезпечує зручне виконання хірургічного гемостазу, а при локалізації гострокровоточивої виразки дистальніше розріз може бути продовжений до знаходження джерела кровотечі. Також мобілізація дванадцятипалої кишки перед дуоденотомією полегшує подальше виконання оперативного прийому.

Спільними ознаками найближчого аналогу та корисної моделі, що заявляється, є те, що виконують верхню серединну лапаротомію та дуоденотомію у поздовжньому напрямку.

Відмінністю корисної моделі та найближчого аналога є те, що дуоденотомію виконують по верхньому краю дванадцятипалої кишки після її мобілізації за Кохером.

На фіг. представлено схему способу, що заявляється: 1 - цибулина дванадцятипалої кишки, 2 - дуоденотомія, виконана по верхньому краю дванадцятипалої кишки.

(19) UA (11) 63132 (13) U

Спосіб, що заявляється як корисна модель, виконують наступним чином: після виконання верхньої середньої лапаротомії, пальпаторно визначають локалізацію виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки та виконують мобілізацію останньої за Кохером. Відступивши на 1 см від пілоруса та на 0,3 см від верхнього краю кишки, виконують повздовжнє розкриття її просвіту.

Даний запропонований спосіб дуоденотомії було використано у семи хворих на гострокровоточиву виразку дванадцятипалої кишки.

Приклад

Пацієнт Д., 1938 р.н. був прийнятий до хірургічного відділення 02.12.2010 року з діагнозом: шлунково-кишкова кровотеча. За даними езофагогастродуоденофіброскопії має місце велика кількість свіжої крові у просвіті шлунка. Огляд дванадцятипалої кишки було утруднено в зв'язку з рубцевою її деформацією та постійним надходженням свіжої крові. По життєвим показанням пацієнта негайно було взято на операцію. Після лапаротомії, було пальпаторно визначено локалізацію та розміри

виразки, яка знаходилася на задній стінці дванадцятипалої кишки. Після мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером, виконано дуоденотомію, згідно із запропонованим способом, та остаточно встановлено джерело кровотечі. Це виразка задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки з переходом на верхню, розмірами до 1,5 см, з якої струменево надходила свіжа кров (Форрест І а). Кровотечу зупинено, краї виразки висічено, виконано дуоденопластику. Ранній післяопераційний період перебігав без ускладнень, рана загоїлася первинним натягом. На 10 добу пацієнта, у задовільному стані, виписано з лікарні. Протягом пізнього післяопераційного періоду специфічних скарг з боку органів черевної порожнини не було.

Таким чином, застосування даного способу дуоденотомії забезпечує інтраопераційну верифікацію діагнозу за гострокровоточивою дуоденальною виразкою, а також зручні умови для виконання хірургічного гемостазу, що значно скорочує час проведення оперативного втручання.

