



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **14799** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕІМПЛАНТАЦІЇ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ЮКСТАПАПІЛЯРНИХ ВИРАЗКАХ

1

2

(21) u200600317

(22) 13.01.2006

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Фомін Петро Дмитрович, Шепетько Євген Миколайович, Заплавський Олександр Вікторович, Шепетько Олександр Євгенович

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

(57) Спосіб реїмплантації великого дуоденального сосочка при ускладнених юкстапапілярних вираз-

ках, що включає селективну ваготомію, антроектомію, реїмплантацію великого дуоденального сосочка у порожню кишку з трансюнальним транспапілярним зовнішнім керованим дренажуванням холедоха, який **відрізняється** тим, що після папілосфінктеропластики реїмплантацію великого дуоденального сосочка призводять у подвійну кінцеву петлю порожньої кишки, виключену за Ру, шляхом виконання підковоподібної ентеротомії та формування муфтоподібного інвагінаційного панкреатоєноанастомоза.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути застосована для хірургічного лікування ускладнених юкстапапілярних виразок.

Відомий спосіб операції при юкстапапілярних виразках за Мазінгарб і Тронк [1], що полягає в дисковидном викроюванні зі стінки дванадцятипалої кишки (ДПК) великого дуоденального сосочка (ВДС) з реїмплантацією його в порожню кишку. Однак, спосіб має наступні недоліки:

а) високий ризик неспроможності швів у зоні реїмплантації;

б) можливий некроз диска, що викроюється зі стінки ДГОС, внаслідок порушення кровопостачання в ньому.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування ускладнених юкстапапілярних виразок [декларційний патент України №23126А [2]], обраний нами як найближчий аналог, що полягає у виконанні селективної ваготомії, антроектомії, ушиванні кукси дванадцятипалої кишки нижче виразки, вшиванні (реїмплантації) ВДС у порожню кишку з транспапілярним трансюнальним зовнішнім керованим дренажуванням холедоха та перитонізацією зони реїмплантації привідною петлею порожньої кишки, накладанням ентеро-ентероанастомоза за Брауном.

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

а) використання транспапілярного дренажу при наявності залучення ВДС у виразковий субстрат пов'язано з підвищеним ризиком розвитку післяопераційного панкреатиту;

б) порожня кишка, виключена за Брауном, у функціональному відношенні не дуже вигідна через підвищений ризик розвитку ентеро-біліарного рефлюкса, хронічного холангіта і жовтяниці.

Задачею корисної моделі є створення способу хірургічного лікування ускладнених юкстапапілярних 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 ВДС при юкстапапілярних 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 юкстапапілярної виразки та ушивання кукси ДПК нижче виразки після попередньої папілосфінктеропластики виконують реїмплантацію ВДС у порожню кишку, виключену за Ру, шляхом створення в кінцевій частині виключеної за Ру петлі порожньої кишки подвійної петлі кишки

(13) **U**
(11) **14799**
(19) **UA**

зшиванням її стінки серо-серозними швами з підковоподібною ентеротомією та наступним вшиванням ВДС у цю зону з формуванням муфтоподібного інвагінаційного панкреато-єюноанастомоза з транспапільярним трансєюнальним зовнішнім керованим дренажуванням холедоха та послідовним виконанням селективної ваготомії з антрумектомією і гастроеюноанастомозом за Гофмейстером-Фінстерером.

Вказана задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування ускладнених юкстапаліярних, що полягає у виконанні селективної ваготомії, антрумектомії, ушиванні кукси дванадцятипалої кишки нижче виразки, реімплантації ВДС у порожню кишку з транспапільярним дренажуванням холедоха зовнішнім керованим дренажем та перитонізацією зони реімплантації привідною петлею порожньої кишки, накладанням ентеро-ентероанастомоза за Браном, згідно корисної моделі, виконують папілосфінктеропластику, мобілізують на судинній аркаді виключену за Ру петлю порожньої кишки з формуванням кінцевої подвійної петлі кишки та підковоподібної ентеротомії з наступним накладанням муфтоподібного інвагінаційного панкреатоєюноанастомоза в зоні реімплантації ВДС.

Відмінною рисою запропонованого способу є створення подвійної кінцевої петлі порожньої кишки з наступною підковоподібною ентеротомією та формуванням муфтоподібного інвагінаційного панкреатоєюноанастомоза в зоні реімплантації ВДС після папілосфінктеропластики.

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

Спосіб виконується таким чином: після лапаротомії виконують дуоденотомію на рівні стенозу, визначають положення ускладненої ЮПВ та з'ясовують взаємовідношення ЮПВ з ВДС. При папілярному або низькому парапапілярному розташуванні ЮПВ (1) виділяють стінку ДПК (2) і ушивають її нижче виразки та ВДС (3). Потім мобілізують порожню кишку (4) на судинній аркаді після перетинання її на відстані 50-60см від дуодено-єюнального переходу (5) (Фіг.1). Дистальний кінець кишки ушивають, потім формують подвійну кінцеву петлю порожньої кишки (6) зшиванням її серо-серозними швами протягом 5-6см; виконують підковоподібну ентеротомію (7) (Фіг.2); після папілосфінктеропластики (8) роблять транспапільярне дренажування холедоха (9); зону ВДС реімплантують у кінцеву подвійну петлю порожньої кишки з накладанням муфтоподібного інвагінаційного панкреатоєюноанастомоза (10) дворядним швом (Фіг.3) з виведенням транспапільярного дренажу холедоха трансєюнально назовні (11) у вигляді керованого після накладання кисетного шва на стінку кишки з підшиванням її до очеревини передньої черевної стінки (12); на відстані 50-60см від зони реімплантації формують ентероентероанастомоз за Ру (13); потім виконують селективну ваготомію (14) та антрумектомію з гастроеюнальним анастомозом (15) на відстані 30-40см від ентероентероанастомоза за Ру (Фіг.4).

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг.1 - Дуоденотомія, ушивання кукси ДПК; перетинання порожньої кишки на відстані 50-60см від дуодено-єюнального переходу;

Фіг.2 - Формування подвійної кінцевої петлі порожньої кишки, підковоподібна ентеротомія;

Фіг.3 - Папілосфінктеропластика, реімплантація ВДС у подвійну кінцеву петлю порожньої кишки з формуванням муфтоподібного інвагінаційного панкреатоєюноанастомоза, транспапільярне трансєюнальне дренажування холедоха;

Фіг.4 - Виведення транспапільярного трансєюнального дренажу холедоха у вигляді зовнішнього керованого, виконання антрумектомії, селективної ваготомії, гастроеюноанастомоза та ентероентероанастомоза за Ру.

Приклад конкретного виконання:

1. Хворий М., 41 років, і.хв. №11936, надійшов в клініку 2.09.03р. з приводу шлунково-кишкової кровотечі. Виразковий анамнез 3 роки. При фіброгастродуоденоскопії в порожнині шлунка біля 300мл вмісту типу „кавової гущини”, в дистальному відділі дванадцятипалої кишки виявлена виразка 2,0см під фібрином з тромбованими судинами на дні. 5.09.03р. операція у відстроченому періоді. Виявлена кальозна пенетруюча в печінково-дванадцятипалу зв'язку та підшлункову залозу юкстапаліярна виразка дванадцятипалої кишки 2,5см, субкомпенсований дуоденальний стеноз з розширенням порожнини шлунка, доліхосигма. При дуоденотомії по рівню стенозування в постбульбарній частині дванадцятипалої кишки з'ясовано, що виразка захоплює верхню частину великого дуоденального сосочка, а стінка кишки в цьому місці значно рубцево змінена, що робило неможливим виконати реімплантацію ВДС в дванадцятипалу кишку. Тому виділено стінку дванадцятипалої кишки та ушито її нижче виразки та ВДС. Потім мобілізовано порожню кишку на судинній аркаді після перетинання її на відстані 50-60см від дуодено-єюнального переходу. Дистальний кінець кишки ушито, потім сформовано подвійну кінцеву петлю порожньої кишки шляхом зшивання її серо-серозними швами протягом 5-6см; виконано підковоподібну ентеротомію кінцевої петлі порожньої кишки; після папілосфінктеропластики зроблено транспапільярне дренажування холедоха; зону ВДС реімплантовано в кінцеву подвійну петлю порожньої кишки з накладанням муфтоподібного інвагінаційного панкреатоєюноанастомоза дворядним швом з виведенням транспапільярного дренажу холедоха трансєюнально назовні у вигляді керованого після накладання кисетного шва на стінку кишки з підшиванням її до очеревини передньої черевної стінки; на відстані 50-60см від зони реімплантації сформовано ентероентероанастомоз за Ру; потім виконано селективну ваготомію та антрумектомію з гастроеюнальним анастомозом на відстані 30-40см від ентероентероанастомоза за Ру. Виконана мезосигмоплекція за Гагаторном. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Оглянутий через півтора року, скарг не пред'являє, працює за спеціальністю.

За способом, що заявляється, оперовано 2 хворих, а за способом найближчим аналогом - 4. У жодному випадку не розвився післяопераційний

панкреатит, жовтяниця або неспроможність швів в зоні реімплантації ВДС. Був відсутній єюно-біліарний рефлюкс та рефлюкс-гастрит.

Спосіб, що заявляється, має переваги, які пов'язані з меншим ризиком розвитку єюно-біліарного рефлюкса, єюно-гастрального рефлюкса та неспроможності швів у зоні реімплантації ВДС.

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 пищевод, желудке и двенадцатиперстной кишке. -М.: Медицина, 1975.-304с.

2. Шепетько Є.М. Спосіб хірургічного лікування пошкодження Фатерова соска при операціях з приводу кровоточивих вилетенських присосочкових дуоденальних уздрозок // Патент України № 23126А від 30.06.98р.

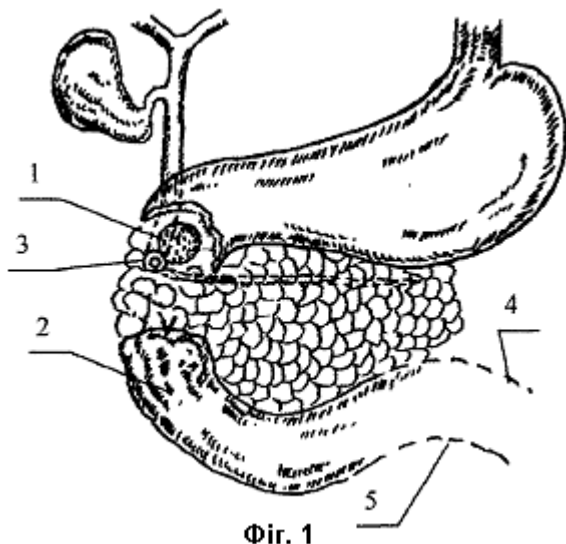


Fig. 1

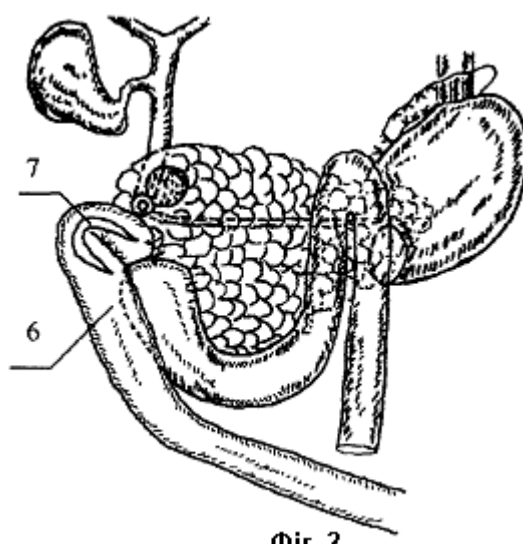


Fig. 2

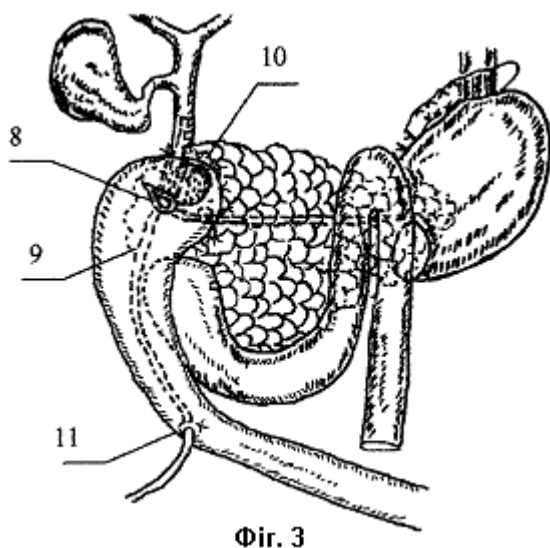


Fig. 3

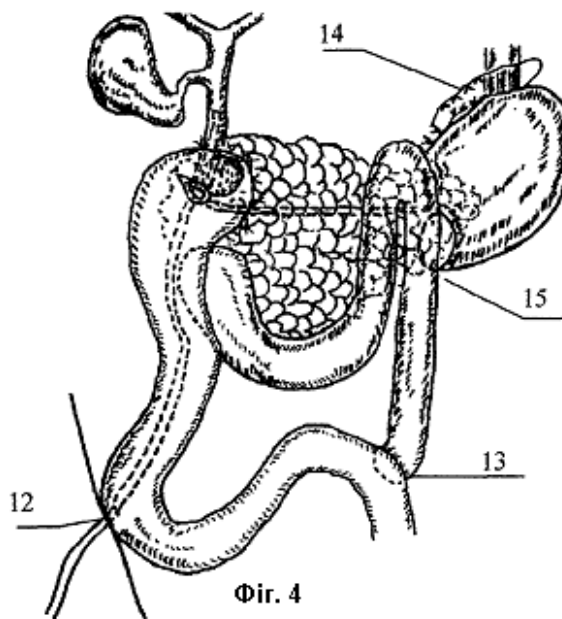


Fig. 4