



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40789 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗОК ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, РОЗТАШОВАНИХ У ЗОНІ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА**

(21) 2000020743

(22) 10.02.2000

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Тутченко Микола Іванович, Хальдон  
Абдульбарі Касем Салех, Знаєвський Микола  
Іванович, Рошин Георгій Георгійович(73) ТУТЧЕНКО МИКОЛА ІВАНОВИЧ, ХАЛЬДОН  
АБДУЛЬБАРИ КАСЕМ САЛЕХ, ЗНАЄВСЬКИЙ МИ-  
КОЛА ІВАНОВИЧ, РОШИН ГЕОРГІЙ ГЕ-  
ОРГІЙОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного лікування виразок дванадцятипалої кишки, розташованих у зоні дуоденального сосочка, який включає резекцію шлунка з наступним накладанням анастомозу та ушиванням трансплантату, який **відрізняється** тим, що трансплантат викроюють з ділянки порожньої кишки на судинній ніжці, переміщують його до дуоденотомічного отвору та зшивають з верхнім півкрусом виразкового дефекту та переднім півкрусом дванадцятипалої кишки.

Спосіб відноситься до медицини, а саме, до шлунково-кишкової хірургії, та може бути використаний для лікування виразок дванадцятипалої кишки (ДПК), розташованих у зоні великого дуоденального сосочка.

Хірургічне лікування невиданих виразок ДПК такої локалізації являє значну проблему, котра до теперішнього часу не отримала остаточного рішення. Тому розробляються різноманітні підходи, спрямовані на збереження великого дуоденального сосочка, наприклад, шляхом його пересаджування, на профілактику травмування підшлункової залози (ПШЗ) шляхом зшивання тканин без натягування.

Найближчим до даного способу є "Спосіб формування культі ДПК при резекції шлунку", (а. с. СССР №912154, МПК А61В 17/00), який включає резекцію шлунку з наступним накладанням анастомозу та ушиванням культі ДПК за допомогою багатополосового трансплантату, висіченого із виділеної частини слизової шлунку, причому лінію швів заховують під капсулою ПШЗ. Цей спосіб не виключає можливості постопераційного панкреатиту через захват швом тканини ПШЗ та загрози ушкодження великого сосочка через необхідність фіксування швами багатьох шарів трансплантату, а також не може бути застосований при циркулярних велетенських виразках ДПК, які пенетрують не тільки у голівку ПШЗ, але і в жовчний міхур чи в печінково-дванадцятипалу зв'язку.

Задачею даного винаходу є створення способу хірургічного лікування виразок дванадцятипалої кишки, розташованих у зоні великого дуо-

денального сосочка, який забезпечував би ефективне загоювання виразок, у тому числі, і колососочкових, виключаючи розвиток постопераційного панкреатиту та ушкодження великого дуоденального сосочка.

Поставлена задача вирішується таким чином, що в способі хірургічного лікування виразок дванадцятипалої кишки, розташованих у зоні великого дуоденального сосочка, котрий включає резекцію шлунку з наступним накладанням анастомозу та ушиванням культі ДПК за допомогою трансплантату, вказаний трансплантат на судинній ніжці викроюють з порожньої кишки, переміщують його до дуоденотомічного отвору та зшивають із верхнім півкрусом виразкового дефекту та переднім півкрусом ДПК.

Використання трансплантату дозволяє вільно оперувати на невеликій ділянці над виразкою, не порушуючи великого дуоденального сосочка, та зшивати тканини без натягування. Укриття швів надійно ушитої культі не вимагається, і тому в операцію не утягується тканина ПШЗ, що виключає її травмування у ході операції з наступним розвитком панкреатиту, тобто сукупність ознак способу дозволяє вирішити поставлену задачу.

Спосіб здійснюється наступним чином та ілюструється доданим рисунком (див. фіг. 1), на котрому дана резецирована ділянка ДПК 1, яка переходить у порожню кишку 2, з великим дуоденальним сосочком 3, виразкою 4 навколо нього та пришитим трансплантатом 5 на судинній ніжці, котрий був викроєний з порожньої кишки 2 недалеко від зв'язки Трейтца 6 (найбільш фізіологічні у

цьому випадку операції резекції шлунку по Ру та анастомозування не показані внаслідок відомості їх схеми).

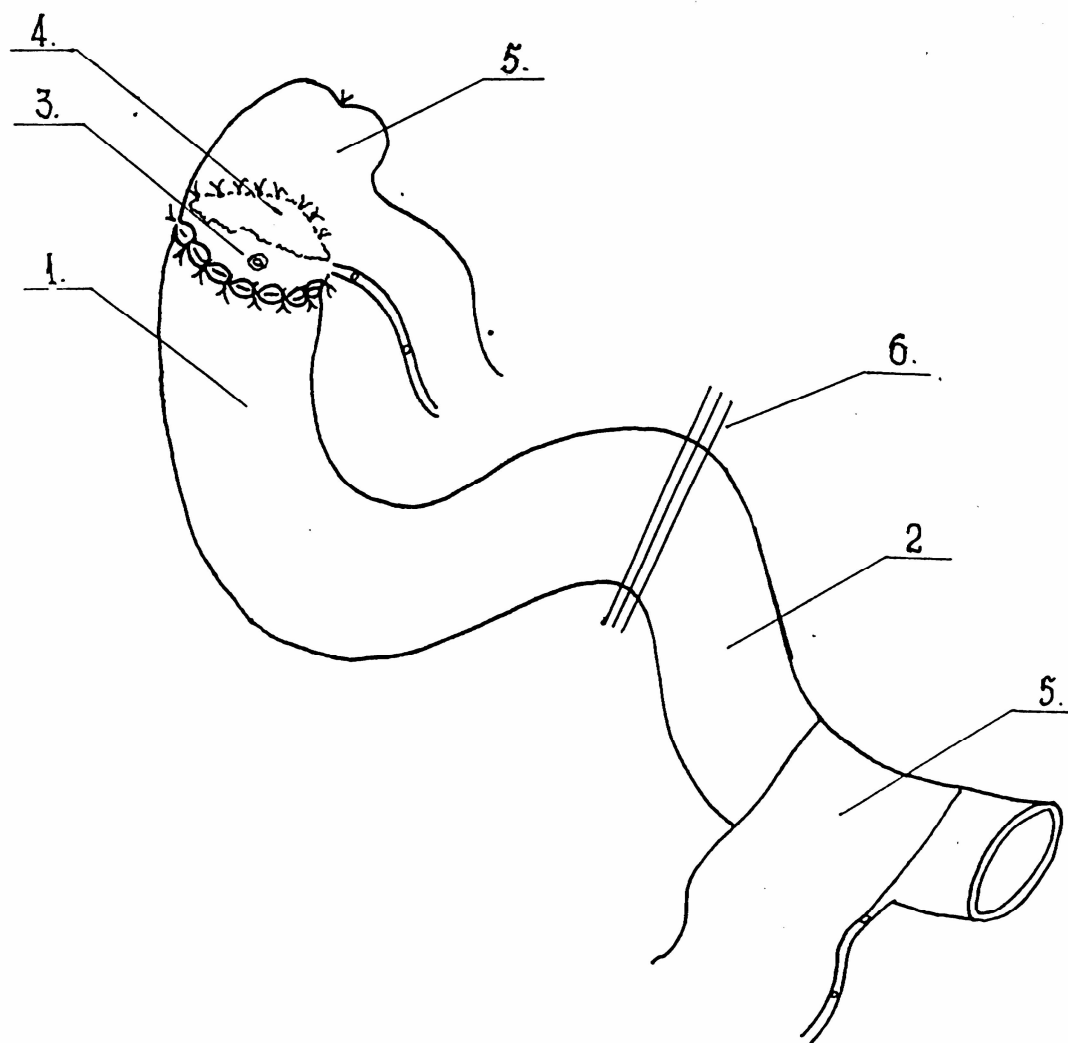
Виконують верхню середню лапаротомію зі зміщенням ранової апертури та за допомогою ревізії черевної порожнини підтверджують діагноз виразкової хвороби ДПК та встановлюють локалізацію виразки, визначають її розміри, ступінь пенетрації у голівку ПШЗ, взаємозв'язок виразки з великим дуоденальним сосочком і стан останнього. Далі мобілізують шлунок по обом кривизнам в межах 2/3, проксимальний кінець ДПК та виконують резекцію шлунку. Потім із порожньої кишки 2, на відстані, приблизно, 10 см від зв'язки Трейтца 6, викроюють трансплантат 5 довжиною біля 4-6 см на судинній ніжці, переміщують його до неушитої культі ДПК 1 та зшивають з верхнім півкрусом виразкового дефекту 4, не ушкоджуючи великий дуоденальний сосочок 3, і з переднім півкрусом ДПК 1. Далі дистальний кінець порожньої кишки 2 анастомозують з культею шлунку "кінець в кінець", а її проксимальний кінець включають в травлення по Ру на відстані 40-45 см від гастроєюноанастомозу.

**Приклад.** Хворий І., 50 років, госпіталізований в КНПО ПМД та МК по швидкій допомозі. Скарги: слабкість, виражені болі у правому підбер'ї; епігастрії, ірадіюючі у спину, ліву лопатку; диспептичні явища. Анамнез - виразкова хвороба ДПК більше 10 років, неодноразово лікувався у відділах гастроентерологічного профілю. Обстеження показали наявність зацибулинної виразки ДПК 3,5 см. У зв'язку з вираженим больовим синд-

ромом, обумовленим пенетрацією виразки в ПШЗ, хворий був прооперований. Після верхньої середньої лапаротомії при ревізії було виявлено ектазування шлунку і на ділянці вертикальної частини ДПК був виявлений виразковий запальний інфільтрат. При роз'єднанні спайкових зрощень була виявлена виразка, пенетруюча в жовчний міхур, печінково-дванадцятипалу зв'язку та тіло ПШЗ. На дистальному півкрусі виразки був розташований великий дуоденальний сосочок. При таких обставинах ушивання культі ДПК відомими способами без ушкодження останнього неможливо. Тому була виконана резекція 2/3 шлунку, далі викроювання із порожньої кишки трансплантату на судинній ніжці, його переміщення до неушитої ДПК та укріплення культі ДПК за допомогою зшивання викроєного та щільно ушитого з одного кінця лоскута із верхнім півкрусом виразкового дефекту та переднім півкрусом ДПК, а також анастомозування дистального кінця порожньої кишки з культею шлунку і включення її проксимального кінця по Ру на відстані 45 см від гастроєюноанастомозу. Хворий був виписаний у задовільному стані на 12 добу. При контрольних дослідженнях через рік скарг не подавав.

В КНПО ПМД та МК було виконано 5 таких операцій, котрі дали позитивні результати.

Даний спосіб дозволяє поліпшити функціональні наслідки оперативного втручання при ускладнених невиліковних виразках ДПК, запобігти ушкодженню великого дуоденального сосочку та постопераційному панкреатиту, поліпшити умови формування культі та підвищити її надійність.



---

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»  
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101  
(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03

---