



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41894** (13) **U**
(51) МПК (2009)
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 НОРИЦЬ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

2

(21) u200901110

(22) 12.02.2009

(24) 10.06.2009

(46) 10.06.2009, Бюл.№ 11, 2009 р.

(72) БРЕК ОРЕСТ ПЕТРОВИЧ, ШЕВЧЕНКО РОС-
ТИСЛАВ СТАНІСЛАВОВИЧ, БРЕК ОСТАП ОРЕС-
ТОВИЧ(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ(57) Спосіб хірургічного лікування нориць двана-
дцятипалої кишки, який включає ушивання нориці
та укріплення лінії швів пасмом великого сальника,
який **відрізняється** тим, що норицю обтурують
проленовою сіткою, яку при необхідності викорис-
товують як додатковий протектор для швів.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаною в хірургічному лікуванні нориць дванадцятипалої кишки.

Проблема вибору хірургічної тактики у хворих з дуоденальними норицями на втрачає своєї актуальності і до тепер. Вона обумовлена високою частотою післяопераційних ускладнень у вигляді недостатності культі дванадцятипалої кишки [Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга: Монография. - Издание 2-е, перераб. и доп. - М.: Издатель Макеев, 2001. - 107 с; Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике / Под ред. Э.Н. Ванцяна. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 224 с].

Неспроможність швів дванадцятипалої кишки зазвичай виникає на 5-7 день після операції і супроводжується значним погіршенням стану хворого, обумовленим зростанням явищ ендогенної інтоксикації, водно-електролітними і білковими порушеннями. Харчування через рот припиняється, призначається інтенсивна консервативна терапія з метою корекції даних порушень, що вимагає значних зусиль і матеріальних витрат, не говорячи про фізичні страждання хворого (мацерація шкіри, пролежні). Однак проведення консервативної терапії при дуоденальних норицях не є гарантією їхнього закриття. При відсутності динаміки закриття нориць протягом 2-3-х тижнів показано оперативне лікування, тому що подальше лікування приводить до виснаження хворого і його смерті [Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга: Монография. - Издание 2-е, перераб. и доп. - М.: Издатель Макеев, 2001. - 107 с; Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике / Под ред. Э.Н. Ванцяна. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 224 с].

Теперішнього часу відомий широкий арсенал способів боротьби з цим грізним ускладненням, розширення якого є актуальною задачею хірургії.

Так, наприклад, відомий спосіб хірургічного лікування нориці дванадцятипалої кишки шляхом одностороннього відключення нориці з наступним накладанням гастроентероанастомозу [Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга: Монография. - Издание 2-е, перераб. и доп. - М.: Издатель Макеев, 2001. - 107 с].

Відомий також спосіб дивертикулізації дванадцятипалої кишки, доповнений дуоденостомією катетером із роздувною манжеткою [Османов Р.Р. К вопросу хирургического лечения больных с наружными свищами двенадцатиперстной кишки // Харківська хірургічна школа. - 2006. - №1. - С. 61-62].

Відомий спосіб хірургічного лікування нориць дванадцятипалої кишки шляхом резекції ділянки дванадцятипалої кишки із норицею та наступним накладанням дуоденоюноанастомозу "кінець в кінець" [Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга: Монография. - Издание 2-е, перераб. и доп. - М.: Издатель Макеев, 2001. - 107 с].

Відомі випадки, коли для загоєння нориці дванадцятипалої кишки достатньо дренивання заочеревинної клітковини [Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга: Монография. - Издание 2-е, перераб. и доп. - М.: Издатель Макеев, 2001. - 107 с].

Відомий також спосіб хірургічного лікування нориці дванадцятипалої кишки шляхом ушивання культі з додатковим укріпленням лінії швів пасмом великого сальника. Операцію закінчують інтубацією тонкої кишки з проведенням зонда за зону анастомозу та дрениванням черевної порожнини [Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в

(13) **U**
(11) **41894**
(19) **UA**

практике общего хирурга: Монография. - Издание 2-е, перераб. и доп. - М.: Издатель Макеев, 2001. - 107 с].

Даний спосіб хірургічного лікування нориць дванадцятипалої кишки є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

В основу корисної моделі покладено задачу розширення арсеналу способів хірургічного лікування нориць дванадцятипалої кишки.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі хірургічного лікування нориць дванадцятипалої кишки, який включає ушивання нориці та укріплення лінії швів пасмом великого сальника, згідно з корисною моделлю, норицю обтурують проленою сіткою, яку при необхідності використовують додатковим протектором для швів.

Технічний ефект корисної моделі, а саме ефективне лікування недостатності культи дванадцятипалої кишки, обумовлений досягненням надійності швів та надійної герметичності нориці. Пролонова сітка запобігає прорізання швів, виконуючи роль протектора. Обтурація нориці скорочує попадання дуоденального вмісту на раневу поверхню, що створює умови для загоєння нориці. В наступному місті фіксації сітки проростає та заміщується з'єднувальною тканиною

Спосіб виконують наступним чином:

Усередину дуоденальної нориці, відповідно її діаметру, туго обтурують проленову сітку, скручену у виді конуса, широка основа якого виступає назовні (на 1-1,5см.) серози дванадцятипалої кишки. Основу конуса розсікають для утворення пелюсток та укладають їх по всій окружності нориці. Виконують ушивання нориці і фіксацію пелюсток проленового конуса шляхом накладення 2-3 швів із захопленням серозно-м'язового шару. При можливості під нитки протягають пасмо сальника і шви зав'язують.

Якщо немає можливості підвести до швів сальник, зав'язують шви на нориці. Для зміцнення лінії швів з проленою сітки вирізують латку, що накриває лінію швів, і фіксують її додатково по окружності окремими вузловими швами.

В дванадцятипалу кишку заводять дуоденальний зонд для декомпресії і накладають живильну ентеростому. До місця ушивання нориці підводять трубковий дренаж для активної аспірації.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад його клінічного використання:

Приклад 1. Хворий Б., 39 років, надійшов в ургентному порядку через 3 доби від моменту захворювання зі скаргами на болі у верхніх відділах живота, у правому підребер'ї, нудоту, блювоту, загальну слабкість. З анамнезу відомо, що болі у верхніх відділах живота турбують хворого на протязі останніх 5 років, однак хворий раніше не обстежився і не лікувався.

При надходженні стан хворого середньої тяжкості. Артеріальний тиск 150/80мм рт.ст., пульс 78 у хв., частота дихальних рухів - 18 у хв., t-36,6°C.

При об'єктивному огляді: язик вологий, обкладений сірим нальотом. Живіт помірно здутий, симетрично бере участь в акті дихання, при пальпа-

ції м'який, помірно хворобливий у епігастрії й у правому підребер'ї. Позитивні симптоми Мейо-Робсона, Кера, Ортнера, Мерфі. Симптом Щеткіна-Блюмберга негативний. Перистальтика вислухується, гази відходять. Діурез знижений, близько 600мл за добу.

У клінічному аналізі крові відзначалося підвищення лейкоцитозу до $16,9 \times 10^9/\text{л}$ зі зсувом формули вліво: паличкоядерні 14%, сегментоядерні 80%, лімфоцити 4%

У клінічному аналізі сечі - без особливостей.

Амілаза крові - 51,4од.

На оглядовій рентгеноскопії органів черевної порожнини і грудної клітини патології не виявлені.

Хворому поставлений попередній діагноз: Гострий холецистопанкреатит.

Хворому була призначена і проводилася іфузійна дезінтоксикаційна, спазмолітична, антипанкреатична і протизапальна терапія. На тлі проведеної терапії зменшилися диспептичні явища і больовий синдром.

Хворому виконане УЗД і ФГДС.

При УЗД: у черевній порожнині вільна рідина, печінка +3см, край закруглений, паренхіма підвищеної щільності. Холедох - 4мм, вена Порте - 11мм. Жовчний міхур спалий. Підшлункова залоза не візуалізується через гіперпневматоз кишечника. Нирки - без особливостей. Висновок: Дифузійні зміни печінки. Випіт у черевній порожнині.

ФГДС: Стравохід і кардія без патології. У шлунку велика кількість застійної рідини і слизи. У дванадцятипалій кишці на передньоверхній стінці виразковий дефект 1,5-2см у діаметрі, покритий фібрином і гематином. У шлунку ісуфліровано 2000мл повітря. Висновок: виразка дванадцятипалої кишки.

Рентгеноскопія черевної порожнини: під обома куполами діафрагми визначається вільний газ.

У хворого діагностована проривна виразка дванадцятипалої кишки, запропоноване оперативне лікування.

Операція: Лапаротомія, висічення й ушивання перфоративної виразки дванадцятипалої кишки. Санація і дреноування черевної порожнини з 2-х точок рукавично-трубковими дренажами.

Операційна знахідка: у черевній порожнині до 500 мл шлункового вмісту з домішкою жовчі і фібрину, в основному по правому фланзі. Петлі тонкого кишечника практично не змінені, сероза гладка, блискуча, перистальтика задовільна. У правому підребер'ї визначається щільний інфільтрат, який складається з гепатодуоденальної зв'язки, правої частки печінки, дванадцятипалої кишки і пасма великого сальника. Інфільтрат роз'єднаний. У зацібулінній області дванадцятипалої кишки на передній верхній стінці визначається виразковий субстрат 3,5х3,5см з перфоративним отвором до 2,5см у діаметрі. Виконано мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером, висічення калезних країв виразкового дефекту й ушивання його 2-х рядними капроновими швами. Черевна порожнина промита 2 літрами фурациліну і 400мл декасана, осушена, дренована по правому фланзі рукавично-трубковими дренажами.

Післяопераційний діагноз: Проривна виразка зацибулинного відділу дванадцятипалої кишки. Дуфузний серозно-фібринозний перитоніт.

Післяопераційний період протікав відносно задовільно. На тлі проведеної інфузійно-дезінтоксикаційної терапії, протизапальної терапії стан хворого поліпшувався і на 4 добу після операції хворий переведений у загальну палату. Хворому дозволений ентеральний прийом рідкої їжі, активізований. На 7 добу після операції стан хворого трохи погіршився. Вечорами відзначалося підвищення температури до 38,5°C. З'явилася задишка, помірні болі в правому підребер'ї. Диспептичні явища не турбували, фізіологічні оправлення були в нормі. У хворого запідозрена госпітальна пневмонія, в зв'язку з чим хворому повторно виконана рентгенографія грудної клітини і викликаний на консультацію терапевт. Виставлено діагноз: Госпітальна 2-х стороння нижньочасточкова пневмонія. Лівосторонній ексудативний плеврит.

З огляду на тяжкість стану, хворий повторно переведений у реанімаційне відділення. Зроблено пункцію лівої плевральної порожнини - вилучено до 600мл гнійного ексудату.

Хворому продовжувалася інтенсивна протизапальна терапія. При контрольній рентгеноскопії грудної клітини і черевної порожнини відзначений рівень рідини, що зберігається, у лівій плевральній порожнині, підтягнутий купол діафрагми ліворуч. У черевній порожнині відзначений рівень рідини під правим куполом діафрагми і два рівня рідини в тонкій кишці до 5см у діаметрі.

У хворого запідозрена наявність піддіафрагмальних абсцесів, реактивний плеврит ліворуч. Хворому запропоновано оперативне лікування.

Операція: Релапаротомія, розкриття і дренивання абсцесів правого і лівого піддіафрагмального простору. Ушивання неспроможності швів дванадцятипалої кишки за Островським. Трансназальна інтубація тонкого кишечника. Санація і дренивання черевної порожнини з 3-х точок рукавично-трубковими дренажами.

Операційна знахідка: В області ушивання виразкового дефекту є неспроможність швів дванадцятипалої кишки до 1,5см у діаметрі, з яких у черевну порожнину надходить дуоденальний вміст.

У ранньому післяопераційному періоді хворому продовжувалася інтенсивна консервативна терапія з переливанням еритроцитарної маси, плазми, білкових препаратів, могутня протизапальна терапія (Тіенам до 4г на добу). Проводилася активна аспірація кишкового вмісту по назогастральному зонду, однак, незважаючи на проведену терапію, на 3 добу після повторної операції з дренажу правого підребер'я почав надходити дуоденальний вміст, інтенсивність якого наростала. На 4 добу після повторної релапаротомії загальний обсяг втрат з дуоденальної нориці склав 1000-

1200мл, наростало виснаження хворого, у зв'язку з чим почата спроба формування зовнішньої дуоденальної нориці.

Виконано операцію: Релапаротомія. Формування зовнішньої дуоденальної нориці на трубковому дренажі з тампонадою місця неспроможності пасмом великого сальника. Накладення живильної ілеостоми, санація, дренивання верхнього поверху черевної порожнини. Післяопераційний період протікав важко, що було обумовлено явищами ендогенної інтоксикації, водно-електролітними і білковими порушеннями, пневмонією.

У післяопераційному періоді зберігалися втрати з нориці дванадцятипалої кишки - до 500 мл по дуоденостомі і 300-400 мл по активному дренажу з правого підребер'я. Продовжувалося виснаження хворого.

Був зібраний консиліум, який прийняв рішення про повторне оперативне лікування.

Операція: Релапаротомія. Ушивання неспроможності швів дванадцятипалої кишки на протекторах з використанням проленової сітки. Декомпресійна назогастральна інтубація дванадцятипалої кишки. Санація, дренивання верхнього поверху черевної порожнини з 2-х точок.

Виконана релапаротомія. У правому підребер'ї невелика кількість серозного випоту з домішкою дуоденального вмісту. Ревізія верхнього поверху черевної порожнини. У лівому і правому піддіафрагмальних просторах без особливостей, випоту немає, вилучений наліт фібрину. Ревізія місця неспроможності. Відзначається деяке звуження місця неспроможності - 0,7-0,8см у діаметрі. Виконано тампонування дуоденальної нориці проленовою сіткою у виді тупого конуса з пелюстками, через який зроблено ушивання дуоденальної нориці вузловими капроновими швами. Без обрізання лігатури до місця ушивання нориці підведене пасмо сальника, яке додатково підшито і фіксовано. У дванадцятипалу кишку практично до зв'язки Трейца заведений дуоденальний зонд із метою активної аспірації.

У післяопераційному періоді на протязі 4 діб по активному дренажу з правого підребер'я відзначалося незначне (50-70мл) виділення, більше гнійного характеру з домішкою жовчі.

На 5 добу після операції по дренажах з черевної порожнини виділень практично не було.

На 8 добу після операції вилучений зонд із дванадцятипалої кишки і хворому дозволений ентеральний прийом рідини. На 10 добу після операції хворий переведений у загальну палату. При контрольній рентгенографії грудної клітини COR et. Pulmonum, у межах вікових змін.

При повторній ФГДС через 1 місяць від моменту виписки в області оперативного втручання на дванадцятипалій кишці є лінійний рубець. Скарг хворий не пред'являв.