



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42026 (13) C2

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА ВІНАХІД**(54) СПОСІБ СЕКТОРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА МОСТОПОДІБНОЇ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ**

(21) 97052111

(22) 07 05 1997

(24) 15 10 2001

(46) 15 10 2001, Бюл. № 9, 2001 р.

(72) Федорук Володимир Анатолійович

(73) РІВНЕНСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ

(56) Оноприєв В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни // Краснодар, 1995

(57) Спосіб секторальної резекції, дванадцятипалої кишки та мостоподібної дуоденопластики, який

включає висічення виразково-рубцевих тканин з подальшою пластикою утвореного дефекту, який відрізняється тим, що висічення виразково-рубцевих тканин виконують у вигляді серцеподібного клаптя, вісь якого співпадає з лінією стенотичного кільця, вершина спрямована в бік первинної рубцевої шпори, а основа у вигляді двох симетричних півкіл розміщена по обидва боки від вторинної шпори стенотичного кільця

Винахід належить до медицини, власне до хірургії шлунково-кишкового тракту, і стосується безпосередньо радикального оперативного лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК) з наявністю виразки передньої чи бокової стінки, ускладненої стенозом з надстенотичним розширенням шляхом секторальної резекції та мостовидної дуоденопластики

Відомий спосіб дуоденопластики Таннера-Кеннеді (Фіннея), який включає підковподібне висічення виразки та анастомозування бік в бік дистального і проксимального кінців дефекту передньої стінки (В.И. Оноприєв. Етюды функциональной хирургии язвенной болезни. г. Краснодар, 1995, с. 46-47, рис. 25 Б)

Недоліком цього способу є деформація просвіту ДПК в місці пластики

Відомий спосіб дуоденопластики, який включає клиновидне висічення виразки разом з нижньою частиною псевдодивертикула, розміщеного з боку виразки, розсічення псевдодивертикула з протилежного боку та подальшу пластику утвореного дефекту, після його розправлення лігатурами-тримачі (В.И. Оноприєв. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни, г. Краснодар, 1995, с. 136-139, рис. 97-98). Даний спосіб є найбільш близьким до винаходу за технічною суттю та очікуваним результатом

Недоліком вказаного способу є обмеженість застосування при вираженому стенозі з рубцевою трансформацією стенотичного кільця та пряма залежність площі просвіту в ділянці пластики від периметру висіченого клаптя

В основу винаходу поставлено задачу поліпшення якості дуоденопластики шляхом відновлення в місці інтервенції просвіту ДПК, близького до анатомічно-фізіологічного за рахунок висічення виразково-рубцевих тканин у вигляді серцеподібного клаптя

На мал. 1 зображена схема секторальної резекції цибулини ДПК з хронічною виразкою латеральної стінки та пульсійним дивертикулом з протилежного боку, на мал. 2 - об'ємна модель резектованого сектора (вигляд збоку), на мал. 3 - загальний вигляд проксимального відділу ДПК після секторальної резекції, на мал. 4 - етап мостоподібної дуоденопластики при розправленні лігатурою-тримачем стенотичного кільця, на мал. 5 - формування задньої губи при неможливості розправити стенотичне кільце, на мал. 6 - схема секторальної резекції цибулини ДПК з хронічною виразкою і тракційно-пульсійним дивертикулом латеральної стінки та пульсійним дивертикулом медіальної стінки, на мал. 7 - загальний вигляд цибулини ДПК після висічення виразки з вершиною тракційно-пульсійного дивертикула єдиним блоком та схема пластики латеральної стінки, на мал. 8 - загальний вигляд ДПК після пластики латеральної стінки

Спосіб здійснюють таким чином

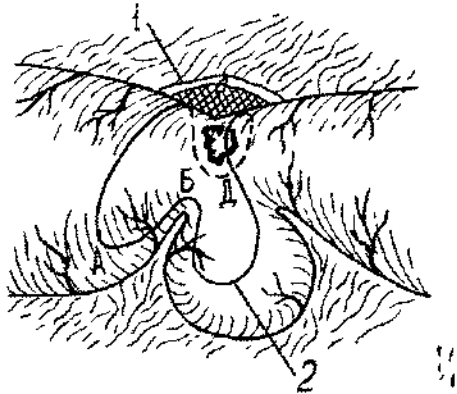
ДПК мобілізують за Кохером. У випадку локалізації виразки на боковій стінці виконують пристінкову мобілізацію 1 зони звуження з боку виразки в межах планованої секторальної резекції. При наявності виразки передньої стінки, яка не поширюється дорзальніше малого чи великого чіпця, мобілізація зони звуження не обов'язкова. Рубцево-виразкові тканини висікають у вигляді серце-

подібного клаптя 2, вісь якого співпадає з лінією стенотичного кільця, вершина Д спрямована в сторону первинної рубцевої шпори, а основа у вигляді двох симетричних півкіл АБ розміщена по обидві сторони від вторинної шпори стенотичного кільця. Така форма секторальної резекції ДПК забезпечує максимальні площу та периметр висіченого клаптя. У разі наявності з боку виразки тракційно-пульсійного дивертикула, вершину 4 останнього висікають єдиним блоком з виразково-рубцевими тканинами.

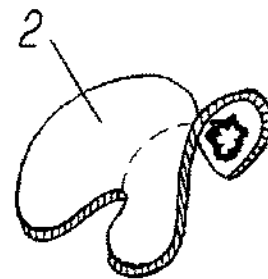
В подальшому здійснюють дуоденопластику. Лігатурою-тримачем 3 розправляють ДПК. Краї дефекту зшивають одним рядом вузлових серозно-

м'язево-підслизових швів у поперечному напрямку з частотою шва - 3 на 1 см. У випадку неможливості розправити стенотичне кільце формують задню губу АБ кількома вузловими серозно-м'язево-підслизовими швами 5, після чого зшивають передню півкružність АД.

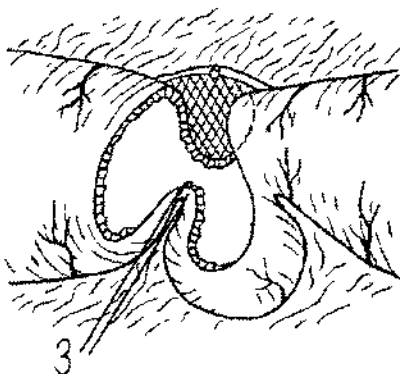
Таким чином, даний спосіб може бути використаний при вираженому стенозі з рубцевою трансформацією стенотичного кільця. Застосування способу дозволяє максимально висікти тканини, уражені виразково-рубцевим процесом та відновити просвіт ДПК, близький до анатомічно-фізіологічного, що в підсумку поліпшує якість дуоденопластики.



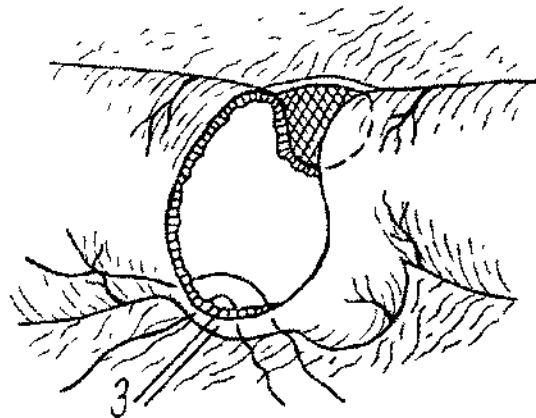
Фіг. 1



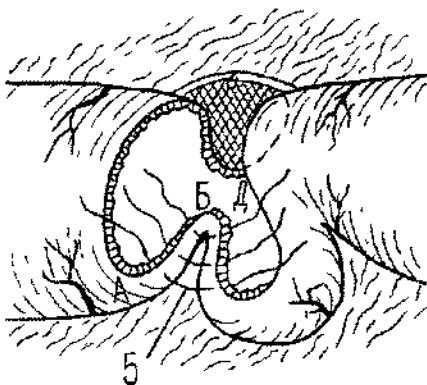
Фіг. 2



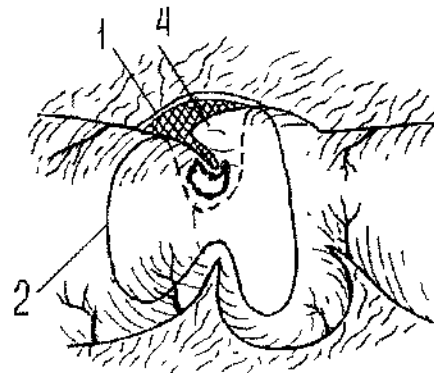
Фіг. 3



Фіг. 4



Фіг. 5



Фіг. 6

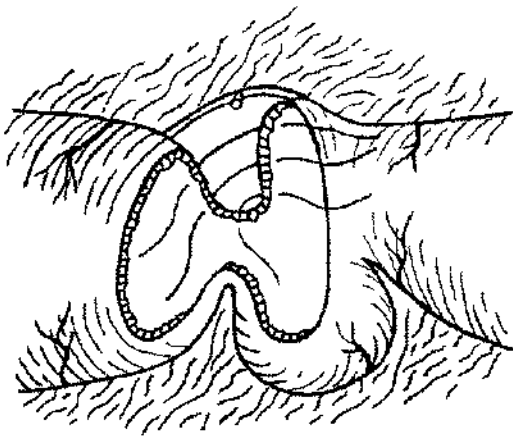


Fig. 7

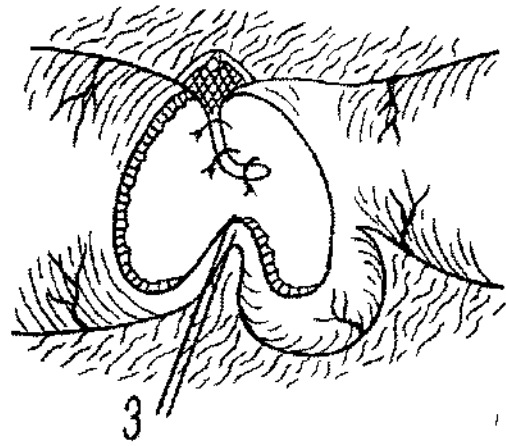


Fig. 8

Тираж 50 экз

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03
