



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47638 (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 УСКЛАДНЕНИХ ЮКСТАПАПІЛЯРНИХ ВИРАЗОК

1

2

(21) u200911806

(22) 19.11.2009

(24) 10.02.2010

(46) 10.02.2010, Бюл.№ 3, 2010 р.

(72) ШЕПЕТЬКО ЄВГЕН МИКОЛАЙОВИЧ, ФОМІН
ПЕТРО ДМИТРОВИЧ, ШЕПЕТЬКО ОЛЕКСАНДР
ЄВГЕНОВИЧ

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

(57) Спосіб хірургічного лікування ускладнених
юкстапапілярних виразок, що включає селективну
ваготомію, антрумектомію, транспапілярне тран-

сєюнальне зовнішнє кероване дренивання холе-
доху, формування гастроентероанастомозу та
ентеро-ентероанастомозу за Брауном, який **відрі-**
зняється тим, що виконують транспапілярне тра-
нсєюнальне зовнішнє кероване дренивання холе-
доху з виведенням дренажу назовні після
реїмплантації зони великого дуоденального сосочка
в петлю худої кишки з перитонізацією лінії швів
стілкою привідної петлі худої кишки, формують
гастроентероанастомоз на короткій петлі за Гоф-
мейстером-Фінстерером.

Корисна модель, що заявляється, належить до
медицини, а саме до хірургії, і може бути застосо-
вана для хірургічного лікування ускладнених юкста-
папілярних виразок.

Відомий спосіб операції при юкстапапілярних
виразках [1], що полягає в дисковидному викрою-
ванні зі стінки дванадцятипалої кишки (ДПК) вели-
кого дуоденального сосочка (ВДС) з реїмплантаці-
єю його в худу кишку. Однак, цей спосіб має
наступні недоліки: а) можливий некроз диска, що
викроюється зі стінки ДПК, внаслідок порушення
кровопостачання в ньому; б) високий ризик не-
спроможності швів у зоні реїмплантації.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до
способу, що заявляється, є спосіб хірургічного
лікування ускладнених юкстапапілярних виразок
(декларацийний патент України № 23123А) [2], об-
раний нами як прототип, що полягає у висіченні
країв виразки, транспапілярному дрениванні холе-
доха, зашиванні кукси дванадцятипалої кишки,
виконанні антрумектомії з ваготомією, формуванні
гастроєюноанастомозу на довгій петлі із браунів-
ським співустьям і проведенні трансєюнально через
привідну петлю керованого зовнішнього транспа-
пілярного дренажу холедоха.

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

а) зашивання кукси дванадцятипалої кишки не
завжди можливо виконати при значних деструкти-
вних змінах в зоні юкстапапілярної виразки;

б) проведенні трансєюнально через привідну
петлю керованого зовнішнього транспапілярного
дренажу холедоха є в технічному відношенні до-
сить складним.

Задачею корисної моделі є створення способу
хірургічного лікування ускладнених юкстапапіляр-
них виразок, який дозволяє знизити післяопера-
ційну летальність і запобігти важких післяопера-
ційних ускладнень, покращити функціональні
результати операцій.

Технічний результат, що досягається від вирі-
шення задачі, полягає в підвищенні ефективності
реїмплантації НДС при ускладнених юкстапапіляр-
них виразках, зниженні післяопераційної леталь-
ності і запобіганні важких післяопераційних ускла-
днень (післяопераційний панкреатит; механічна
жовтяниця; неспроможність швів у зоні реїмплан-
тації), покращенні функціональних результатів та
скороченні строків лікування.

Сутність корисної моделі полягає в тому, що
після висічення країв юкстапапілярної виразки та
ушиванні кукси дванадцятипалої кишки нижче рів-
ня НДС і виразки, транспапілярному дрениванні
ВДС з виведенням дренажу трансєюнально назо-
вні після реїмплантації зони НДС в петлю худої
кишки з енто-ентероанастомозом за Брауном та
наступною перитонізацією лінії швів стійкою приві-
дної петлі худої кишки та виконанням селективної
ваготомії з антрумектомією і гастроєюноанастомо-
зом за Гофмейстером-Фінстерером.

(13) U
(11) 47638
(19) UA

Вказана задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування ускладнених юктапапілярних, що полягає у висіченні країв виразки, транспапілярному дренажу холедоха, зашиванні кукси дванадцятипалої кишки, виконанні антрумектомії з ваготомією, формуванні гастроєюноанастомозу на довгій петлі із Браунівським співустьям і проведенні трансєюнально через привідну петлю керованого зовнішнього транспапілярного дренажу холедоха, згідно корисної моделі виконують транспапілярне дренажування ВДС з виведенням дренажу трансєюнально назовні після реімплантації зони ВДС в петлю худі кишки з перитонізацією лінії швів стінкою привідної петлі худі кишки та формують гастроентероанастомоз на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером

Відмінною рисою запропонованого способу є транспапілярне дренажування ВДС з виведенням дренажу трансєюнально назовні після реімплантації зони ВДС в петлю худі кишки з перитонізацією лінії швів стінкою привідної петлі худі кишки, формуванням гастроентероанастомозу на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером.

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

Спосіб виконується таким чином:

- після лапаротомії і виявленні виразки (1), що локалізується в зоні ВДС (2), дванадцятипалу кишку (3) перетинають нижче виразки, роблять гемостаз у кратері виразки, після чого вводять транспапілярний дренаж (4) у холедох (5) (Фіг.1); після цього резекують антральний відділ шлунка і виконують селективну (6) ваготомію, формують гастроентероанастомоз (7) на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером, потім беруть відвідну петлю худі кишки (8), проводять її позадодово і після ентеротомії вшивають в неї область ВДС (Фіг.2), після чого дренаж (4) виводять трансєюнально назовні через вивідну петлю худі кишки (9), попередньо наклавши кисетний шов і підшивши кишку в цьому місці до парієтальної очеревини передньої черевної стінки (10) (Фіг.3); перитонізують зону реімплантації ВДС стінкою привідної пет-

лі (11) худі кишки, формують ентероентероанастомоз за Брауном (12) (Фіг.4).

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг.1 - перетинання дванадцятипалої кишки нижче виразки і ВДС, ушивання кукси дванадцятипалої кишки, транспапілярне дренажування холедоха;

Фіг.2 - антрумектомія із селективною ваготомією, реімплантація ВДС у привідну петлю худі кишки, формування гастроентероанастомозу на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером;

Фіг.3 - виведення керованого дренажу трансєюнально назовні;

Фіг.4 - перитонізація зони реімплантації привідною петлею худі кишки та формування ентероентероанастомозу за Брауном.

За способом, що заявляється, оперовано 2 хворих, а за способом прототипом - 4. У жодному випадку не розвився післяопераційний панкреатит, жовтяниця або неспроможність швів в зоні реімплантації ВДС. Був відсутній єюно-біліарний рефлюкс та рефлюкс-гастрит. Запропонований спосіб відрізняється наявністю зовнішнього транспапілярного трансєюнального керованого дренажу холедоха, перитонізацією лінії швів реімплантації ВДС стінкою привідної петлі худі кишки.

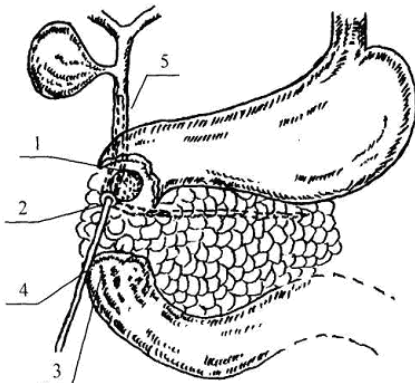
Переваги корисної моделі полягають у підвищенні надійності швів в зоні реімплантації ВДС в петлю худі кишки, профілактиці розвитку післяопераційного панкреатиту, холангіту і перитоніту, що в остаточному підсумку веде до зниження післяопераційної летальності.

Спосіб рекомендується до застосування в хірургічних гастроентерологічних клініках, хірургічних відділеннях міських, обласних лікарень, центрах по наданню допомоги хворим зі шлунково-кишковими кровотечами.

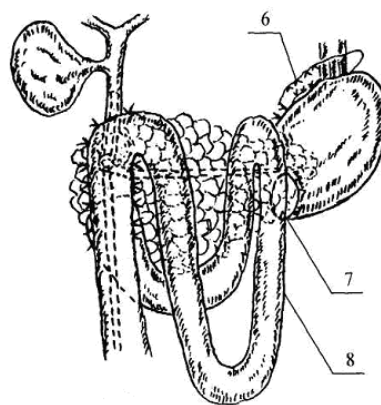
Перелік використаної літератури:

1. Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операцій на пищевом, желудке и двенадцатиперстной кишке.-М.: Медицина, 1975.-304с.

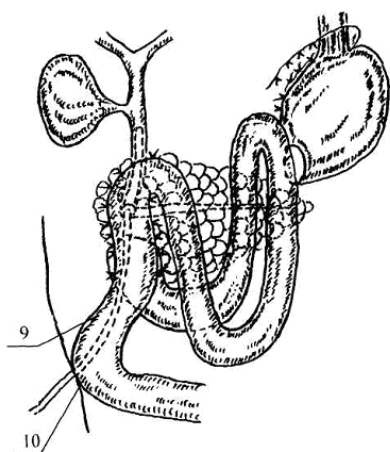
2. Шепетько СМ. Спосіб хірургічного лікування навколососочкових виразок дванадцятипалої кишки // Патент України № 23123А від 30.06.98р.



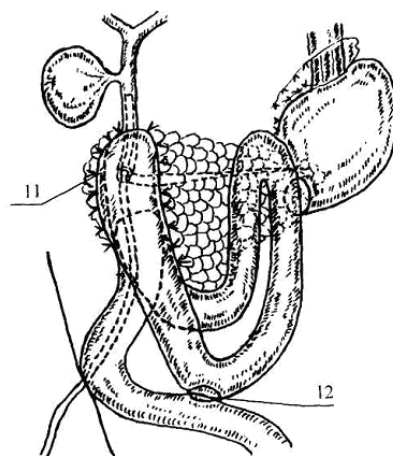
Фіг. 1



Фіг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4