



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **54200** (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 ПІЛОРОДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ВИРАЗКАХ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

1

2

(21) u201006419

(22) 26.05.2010

(24) 25.10.2010

(46) 25.10.2010, Бюл.№ 20, 2010 р.

(72) ШЕВЧУК МИХАЙЛО ГРИГОРОВИЧ, ШЕВЧУК  
ІГОР МИХАЙЛОВИЧ, ДРОНЯК МИКОЛА МИКО-  
ЛАЙОВИЧ, ПОБУЦЬКИЙ ОЛЕГ ОМЕЛЯНОВИЧ

(73) ШЕВЧУК МИХАЙЛО ГРИГОРОВИЧ, ШЕВЧУК  
ІГОР МИХАЙЛОВИЧ, ДРОНЯК МИКОЛА МИКО-  
ЛАЙОВИЧ, ПОБУЦЬКИЙ ОЛЕГ ОМЕЛЯНОВИЧ

(57) Спосіб пілородуоденопластики при ускладне-  
них виразках дванадцятипалої кишки, який вклю-  
чає лапаротомію, роз'єднання злук в пілородуоде-  
нальній зоні, мобілізацію дванадцятипалої кишки  
за Кохером, який **відрізняється** тим, що наклада-  
ють дві держалки на медіальний і латеральний  
краї пілородуоденального каналу в місці стенозу-  
вання, повздожньо розсікають передню стінку  
антрального відділу шлунка протягом 3-4 см, во-  
ротар і початковий відділ дванадцятипалої кишки  
розсікають протягом 2-3 см, при наявності виразки  
її висікають, після цього проводять сигнальну ліга-

туру, проколюючи голкою наскрізно через всі шари  
посередині непересіченої частини задньої стінки  
шлунка і дванадцятипалої кишки, починаючи з  
слизової оболонки шлунка, і з зав'язуванням вузла  
у просвіті, для формування задньо-бокової стінки  
анастомозу накладають перший ряд вузлових швів  
через всі шари, починаючи з задньої стінки по  
обидва боки від першої сигнальної лігатури, заве-  
ртаючи край шлунка і дванадцятипалої кишки у  
просвіт і зав'язуючи вузли у просвіті, для форму-  
вання клапана накладають другий ряд вузлових  
швів між сформованою задньою півкružністю во-  
ротаря і найближчою до нього поперечною склад-  
кою слизової оболонки дванадцятипалої кишки, які  
прикривають перший ряд вузлових швів, після фо-  
рмування бічних стінок анастомозу безперервною  
ниткою зшивають слизову оболонку шлунка і два-  
надцятипалої кишки, при натяжінні стінок шлунка і  
дванадцятипалої кишки додатково продовжують  
попередньо проведені повздожні розрізи, після  
цього на анастомоз накладають другий ряд вузло-  
вих серозно-м'язевих швів.

Корисна модель відноситься до медицини, а  
саме до хірургії, і може бути використана при хіру-  
ргічному лікуванні хворих на виразкову хворобу  
дванадцятипалої кишки, ускладнену компенсова-  
ним і субкомпенсованим стенозом виходу із шлун-  
ка.

Відомий спосіб пілородуоденопластики при  
виразці дванадцятипалої кишки, ускладнену сте-  
нозом виходу із шлунка, який включає лапарото-  
мію, розріз вздовж осі шлунка довжиною 5-7см  
через всю звужену частину з розсіченням просвіту  
шлунка і дванадцятипалої кишки і зашиванням  
рани поперечним безперервним ввертаючим шев-  
ським швом, чи швом Коннелля, підкріпленням для  
герметичності другим рядом серо-серозних швів  
[А.А. Шалимов, А.П. Радзиховський. Атлас опера-  
цій на органах пищеварения. – Том 1.: Операции  
на пищеводе, желудке и кишечнике. - Киев: Научно-  
ва думка. - 2003. - с.158].

Недоліком цього способу є тривалі строки лі-  
кування хворих через високу ймовірність повтор-  
ного стенозу і недостатності швів анастомозу.

Задачею корисної моделі є розробка такого  
способу пілородуоденопластики при виразці два-  
надцятипалої кишки, ускладненої компенсованим і  
субкомпенсованим стенозом виходу із шлунка,  
який за рахунок формування клапана з воротаря і  
анастомозу достатньої прохідності, забезпечення  
порційного поступлення їжі з шлунка в дванадця-  
типалу кишку, попередження розвитку демпінг-  
синдрому, повторного стенозу і недостатності швів  
анастомозу, дозволив би скоротити терміни ліку-  
вання.

Поставлена задача вирішується тим, що в  
способі пілородуоденопластики при виразці два-  
надцятипалої кишки, ускладненої компенсованим і  
субкомпенсованим стенозом виходу із шлунка,  
який включає лапаротомію, роз'єднання злук в  
пілородуоденальній зоні, мобілізацію дванадцяти-

(13) **U**

(11) **54200**

(19) **UA**

палої кишки за Кохером, згідно корисної моделі, накладають дві держалки на медіальний і латеральний краї пілородуоденального каналу в місці стенозування, поздовжньо розсікають передню стінку антрального відділу шлунка на протязі 3-4 см, воротар і початковий відділ дванадцятипалої кишки розсікають на протязі 2-3 см, при наявності виразки її висікають, після цього проводять сигнальну лігатуру, прокалюючи голкою наскрізно через всі шари посередині непересіченої частини задньої стінки шлунка і дванадцятипалої кишки, починаючи з слизової оболонки шлунка, і з зав'язуванням вузла у просвіті, для формування задньо-бокової стінки анастомозу накладають перший ряд вузлових швів через всі шари, починаючи з задньої стінки по обидва боки від першої сигнальної лігатури, завертаючи край шлунка і дванадцятипалої кишки у просвіт і зав'язуючи вузли у просвіті, для формування клапана накладають другий ряд вузлових швів між сформованою задньою півкрукжністю воротаря і найближчою до нього поперечною складкою слизової оболонки дванадцятипалої кишки, які прикривають перший ряд вузлових швів, після формування бічних стінок анастомозу безперервною ниткою зшивають слизову оболонку шлунка і дванадцятипалої кишки, при натяжінні стінок шлунка і дванадцятипалої кишки додатково продовжують попередньо проведені повздовжні розрізи, після цього на анастомоз накладають другий ряд вузлових серозно-м'язневих швів.

Формування задньої стінки анастомозу між шлунком і дванадцятипалою кишкою двома рядами вузлових швів із зав'язуванням вузлів у просвіті дозволяє попередити недостатність швів анастомозу; формування клапана забезпечує регуляцію надходження їжі із шлунка і дванадцятипалу кишки, додаткові повздовжні розрізи передньої стінки антрального відділу шлунка і початкового відділу дванадцятипалої кишки дозволяють сформувати анастомоз із достатньою прохідністю, що і забезпечує скорочення термінів лікування.

Вказані у формулі корисної моделі числові значення: розсічення передньої стінки антрального відділу шлунка на протязі 3-4 см, воротаря і початкового відділу дванадцятипалої кишки на протязі 2-3 см, вибрані на основі клінічних досліджень 11 хворих.

При цьому було встановлено, що при розсіченні передньої стінки антрального відділу шлунка на протязі менше, ніж 3 см тканин для формування анастомозу було недостатньо, більше 4 см - був надлишок тканин, при розсіченні воротаря і початкового відділу дванадцятипалої кишки на протязі менше, ніж 2 см тканин для формування анастомозу було недостатньо, більше 3 см - виникає значне вкорочення початкового відділу дванадцятипалої кишки.

Спосіб здійснюють наступним чином. Після проведення лапаротомії, роз'єднання злуку в пілородуоденальній зоні, мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером, накладають дві держалки на медіальний і латеральний краї пілородуоденального каналу в місці перфорації чи стенозування. Поздовжньо розсікають передню стінку антрального відділу шлунка на протязі 3-4 см, воротар і поча-

тковий відділ дванадцятипалої кишки розсікають на протязі 2-3 см. При наявності виразки її висікають. Після цього проводять сигнальну лігатуру, прокалюючи голкою наскрізно через всі шари посередині непересіченої частини задньої стінки шлунка і дванадцятипалої кишки, починаючи з слизової оболонки шлунка, і з зав'язуванням вузла у просвіті. Для формування задньо-бокової стінки анастомозу накладають перший ряд вузлових швів через всі шари, починаючи з задньої стінки по обидва боки від першої сигнальної лігатури, завертаючи край шлунка і дванадцятипалої кишки у просвіт і зав'язуючи вузли у просвіті. Для формування клапана накладають другий ряд вузлових швів між сформованою задньою півкрукжністю воротаря і найближчою до нього поперечною складкою слизової оболонки дванадцятипалої кишки, які прикривають перший ряд вузлових швів. Після формування бічних стінок анастомозу безперервною ниткою зшивають слизову оболонку шлунка і дванадцятипалої кишки. При натяжінні стінок шлунка і дванадцятипалої кишки додатково продовжують попередньо проведені повздовжні розрізи. Після цього на анастомоз накладають другий ряд вузлових серозно-м'язневих швів. Завершують операцію санацією, дренажуванням черевної порожнини і зашиванням рани передньої черевної стінки.

#### Приклад 1

Хвора Т., 1952р.н., карта стаціонарного хворого №1310208, поступила в хірургічне відділення обласної клінічної лікарні 11.07.2008р. з діагнозом активна виразка передньої стінки дванадцятипалої кишки, ускладнена компенсованим стенозом виходу із шлунка. Під загальним комбінованим знеболенням, після проведення лапаротомії, роз'єднання злуку в пілородуоденальній зоні, мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером, наклали дві держалки на медіальний і латеральний краї пілородуоденального каналу в місці перфорації. Поздовжньо розсікли передню стінку антрального відділу шлунка на протязі 3 см, воротар і початковий відділ дванадцятипалої кишки розсікли на протязі 2 см. Виразку висікли. Після цього провели сигнальну лігатуру, прокаловши голкою наскрізно через всі шари посередині непересіченої частини задньої стінки шлунка і дванадцятипалої кишки, почавши з слизової оболонки шлунка, і зав'язали вузол у просвіті. Для формування задньо-бокової стінки анастомозу наклали перший ряд вузлових швів через всі шари, почавши з задньої стінки по обидва боки від першої сигнальної лігатури, завертаючи край шлунка і дванадцятипалої кишки у просвіт, і зав'язуючи вузли у просвіті. Для формування клапана наклали другий ряд вузлових швів між сформованою задньою півкрукжністю воротаря і найближчою до нього поперечною складкою слизової оболонки дванадцятипалої кишки, якими прикрили перший ряд вузлових швів. Після формування бічних стінок анастомозу безперервною ниткою зшили слизову оболонку шлунка і дванадцятипалої кишки. Після цього на анастомоз наклали другий ряд вузлових серозно-м'язневих швів. Завершили операцію санацією, дренажуванням че-

ревної порожнини і зашили рану передньої черевної стінки.

Хвора виписана в задовільному стані на 9 добу стаціонарного лікування, недостатності швів анастомозу, ознак стенозу анастомозу, демпінг-синдрому, повторного стенозу не спостерігали.

#### Приклад 2

Хворий Б., 1973р.н., карта стаціонарного хворого №611310, поступив в хірургічне відділення обласної клінічної лікарні 29.03.2010р. з діагнозом виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, рубцева деформація дванадцятипалої кишки, субкомпенсований стеноз виходу із шлунка. Під загальним комбінованим знеболенням, після проведення лапаротомії, роз'єднання злук в пілородуоденальній зоні, мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером, наклали дві держалки на медіальний і латеральний краї пілородуоденального каналу в місці перфорації. Поздовжньо розікли передню стінку антрального відділу шлунка на протязі 4см, воротар і початковий відділ дванадцятипалої кишки розікли на протязі 3см. Після цього провели сигнальну лігатуру, проколовши голкою наскрізно через всі шари посередині непересіченої частини задньої стінки шлунка і дванадцятипалої кишки, почавши з слизової оболонки шлунка, і зав'язали вузол у просвіті. Для формування задньо-бокової стінки анастомозу наклали перший ряд вузлових швів через всі шари, почавши з задньої стінки по обидва боки від першої сигнальної лігатури, заве-

ртаючи край шлунка і дванадцятипалої кишки у просвіт, і зав'язуючи вузли у просвіті. Для формування клапана наклали другий ряд вузлових швів між сформованою задньою півкružністю воротаря і найближчою до нього поперечною складкою слизової оболонки дванадцятипалої кишки, якими прикрили перший ряд вузлових швів. Після формування бічних стінок анастомозу безперервною ниткою зшили слизову оболонку шлунка і дванадцятипалої кишки. Після цього на анастомоз наклали другий ряд вузлових серозно-м'язневих швів. Завершили операцію санацією, дренажуванням черевної порожнини і зашили рану передньої черевної стінки.

Хворий виписаний в задовільному стані на 8 добу стаціонарного лікування, недостатності швів анастомозу, ознак стенозу анастомозу, демпінг-синдрому, повторного стенозу не спостерігали.

Запропонований спосіб пілородуоденопластики при ускладнених виразках дванадцятипалої кишки був використаний в хірургічному лікуванні 11-ти хворих. Середні терміни стаціонарного лікування хворих основної групи становили в середньому  $11 \pm 2$  доби.

В той час, як серед 11 хворих, які були проліковані за аналогом, середні терміни стаціонарного лікування становили  $16 \pm 2$  доби.

Таким чином, порівняння з аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє скоротити терміни стаціонарного лікування.