



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62902 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОРИВНОЇ ВИРАЗКИ ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ЙОГО ЗДІЙСНЕННЯ

1

2

(21) 2002129960

(22) 11 12 2002

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р

(72) Антонюк Сергій Митрофанович, Акиншин Юрій Іванович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ М ГОРЬКОГО

(57) 1 Спосіб хірургічного лікування проривної виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки, який включає тампонаду перфораційного отвору клаптем сальника, який відрізняється тим, що поздовжньо розсікають передню стінку дванадцятипалої кишки, через розріз вводять інструмент, який через перфораційний отвір виводять назовні

в черевну порожнину, з його допомогою беруть клапоть сальника, протягують в отвір кишки, тампонуєть перфораційний отвір і фіксують клапоть до бокової стінки кишки

2 Інструмент для хірургічного лікування проривної виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки, який виконаний у вигляді гнучкого стрижня із металу з робочим елементом на кінці, який відрізняється тим, що стрижень виготовлений довжиною 15-17см, товщиною 1,5-2,0мм, має на одному кінці крючок для пальця руки, а на протилежному - різьбу, довжиною 1 см, до стрижня додаються змінні насадки з металу у вигляді опилок, довжиною 1 см, у кількості трьох, товщиною від 5 до 10мм, а саме - 5, 7, 10мм

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаний у хірургічних відділеннях обласних, міських та районних лікарень

Є відомі способи хірургічного лікування проривної виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки (1) шляхом мобілізації задньої стінки органу і зашивання проривного отвору з накладанням швів по довжині органу в один або два ряди швів

Недоліками відомих способів є те, що вони потребують широку мобілізацію задньої стінки дванадцятипалої кишки, що в умовах запально-інфільтративного процесу в цій зоні може призвести до пошкодження як самої кишки, так і сусідніх органів (підшлункова залоза, судини та інші)

Крім того, накладання швів в цих умовах має технічні труднощі, що може призвести до їх неспроможності в післяопераційному періоді

Найбільш близьким за технічною суттєвістю оголошуємого способу є спосіб хірургічного лікування проривної виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки (1), який виконують таким чином: клапоть сальника на ніжці прошивають кетгутувою ниткою, обидва кінці якої проводять через проривний отвір і прошивають стінку дванадцятипалої кишки на відстані 1,5-2,0см від

отвору. У подальшому при потягуванні за нитки інвагнують сальник у отвір і виконують тампонаду проривного отвору, після чого нитку зав'язують. Потім із клаптя сальника роблять складку, якою прикривають другим поверхом проривний отвір та вузол кетгутувої нитки

Недоліками способу-прототипу, крім вище названої необхідності широкої мобілізації дванадцятипалої кишки є те, що введення в отвір кишки клаптя сальника без візуального контролю може призвести до порушення кишкового пасажу в післяопераційному періоді

В основу винаходу покладено задачу удосконалення способу хірургічного лікування проривної виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки шляхом, який дозволяє забезпечити надійний герметизм швів після зашивання проривної виразки та уникнути широкої мобілізації дванадцятипалої кишки

Суть способу полягає в тому, що тампонаду проривного отвору виконують без широкої мобілізації дванадцятипалої кишки та під візуальним контролем з боку отвору кишки та за допомогою спеціального інструмента

Є відомі інструменти, які можуть бути застосованими для виконання заявляємого (2). Вони виготовлені з гнучкого металу діаметром 5-6мм і

(19) UA (11) 62902 (13) A

на кінці мають робочий елемент у вигляді конусовидної оливки, яка має на одній половині плоский зріз з жолобом вздовж нього. Недоліками цих інструментів є те, що вони мають велику товщину стрижня і оливи, що при малому діаметрі перфораційного отвору виключає змогу їх використання, тим більше, що оливка не є зйомною.

Найбільш близьким за технічною суттєвістю є інструмент (3), який виготовлений з гнучкого металу, має стрижень, головку та ручку. Головка є у вигляді зйомної конусовидної оливки. Головним недоліком інструменту - прототипу є те, що в ньому не передбачено головку-оливу різного діаметру. Це виключає можливість використання цього інструмента при різних діаметрах проривного отвору.

В основу удосконалення інструменту покладено задачу забезпечити його використання у всіх випадках проривних виразок задньої стінки дванадцятипалої кишки незалежно від діаметра проривного отвору.

Розроблений спеціальний інструмент (фіг.) виготовлений у вигляді стрижня (2) з гнучкого металу довжиною 15-17 см, товщиною 1,5-2,0 мм, який має на одному кінці крічок для пальця руки (1), а на протилежному - різьбу (3), довжиною 1 см. До стрижня додаються змінні насадки з металу у вигляді оливи (4), довжиною 1 см, у кількості трьох, товщиною від 5 до 10 мм (5, 7, 10 мм).

Новим у заявленому способі є те, що надійна тампонада проривного отвору забезпечується мінімальною травматизацією тканин у зоні перфорації, а також із запобіганням порушень кишкового пасажу у післяопераційному періоді.

Отже, сукупність суттєвих ознак формули надає змогу виконати головну задачу та запобігти ускладнень у вигляді пошкодження сусідніх органів та порушення кишкового пасажу.

Спосіб реалізують таким чином.

Після лапаротомії та встановлення наявності проривної виразки у повздожному напрямі розсікають передню стінку дванадцятипалої кишки протягом 2-3 см і оцінюють стан проривної виразки з боку отвору кишки. Потім через розріз в кишку вводять спеціальний інструмент, який через перфораційний отвір виводять назовні у черевну порожнину. Після цього на кінець інструмента нагвинчують змінні насадки товщиною від 5 до 10 мм, які дозволяють досягти поступового бужування зробленого каналу. Насадку знімають і на кінець інструменту за допомогою нитки фіксують клапоть сальника. Різьбові ходи інструменту дозволяють добре закріпити нитку. Виводячи зворотним ходом інструмент з отвору кишки клапоть сальника заводять в отвір кишки, туго тампонує перфораційний отвір, а кінець клаптя фіксу-

ють ниткою до бокової стінки кишки з таким розрахунком, щоб він не був перешкодою до кишкового пасажу. При цьому ниткою прошивають не всю товщу кишки, відступивши 1,5-2,0 см від перфораційного отвору. Далі зашивають розріз передньої стінки кишки у два ряди швів. Санують черевну порожнину, дренують її, зашивають рану черевної стінки.

Надаємо зразок використання способу

Хвора Р., 47 років

Діагноз: Проривна виразка дванадцятипалої кишки.

Протокол операції: Лапаротомія. Встановлення наявності проривної виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки.

У продольному напрямі розсікли передню стінку дванадцятипалої кишки протягом 3 см. Оцінили стан проривної виразки з боку отвору кишки. Діаметр проривного отвору складає 0,7 см. Потім через розріз у кишку ввели спеціальний інструмент, який через перфораційний отвір вивели назовні у черевну порожнину. Після цього на кінець інструмента нагвинчували змінні насадки товщиною від 5 до 7 мм, і поступово бужували зроблений канал. Насадку зняли і на кінець інструменту за допомогою нитки зафіксували клапоть сальника і вивели зворотним ходом інструмент з отвору кишки, клапоть сальника завели в отвір кишки. Кінець клаптя сальника зафіксували до бокової стінки кишки, відступивши 1,5 см від перфораційного отвору. Далі зашили розріз передньої стінки кишки у два ряди швів. Просанували очеревинну порожнину, виконали її дренування, зашили рану черевної стінки.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Одування. Спосіб хірургічного лікування проривної виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки, який ми пропонуємо, дозволяє досягти необхідного результату та запобігти ускладнень. Крім того, розріз передньої стінки дванадцятипалої кишки може бути елементом для виконання пілоротомії, пілоропластики, що в поєднанні з ваготомією вважається патогенетичним способом лікування виразкової хвороби в цілому.

Джерела інформації, прийняті до уваги

1. А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко "Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки" - Київ "Здоров'я", 1972 - с. 140.

2. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Смирнов В. А., Мовчун А. А. "Реконструктивная хирургия при поражениях внепеченочных желчных протоков" - М. Медицина, 1980 - с. 127.

3. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Смирнов В. А., Мовчун А. А. "Реконструктивная хирургия при поражениях внепеченочных желчных протоков" - М. Медицина, 1980 - с. 112.

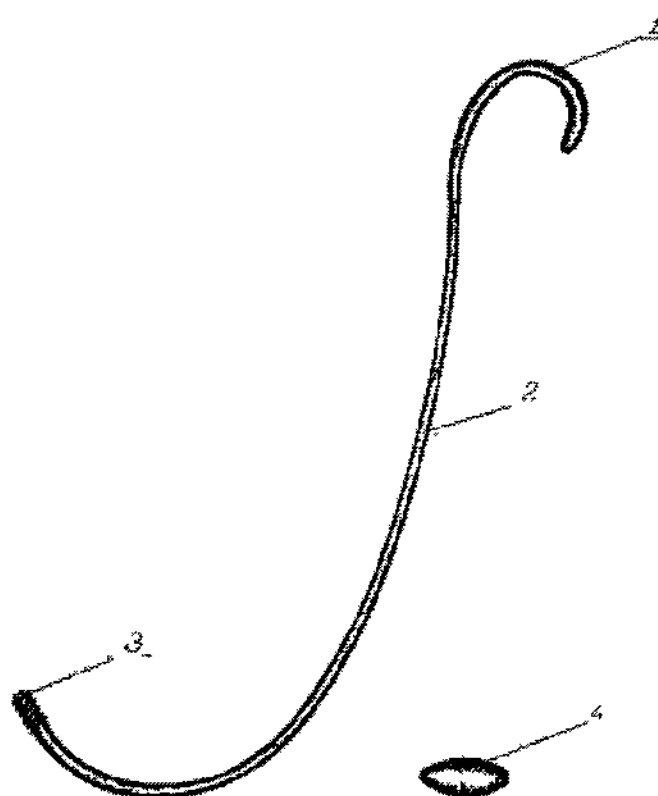


Fig.