



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **16770** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ УШИВАННЯ КУКСИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ПЕРФОРАТИВНИХ СТЕНОЗУЮЧИХ НАВКОЛОСОСОЧКОВИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ

1

2

(21) u200602770

(22) 15.03.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Шепетько Євген Миколайович, Фомін Петро Дмитрович, Шепетько Олександр Євгенович

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

(57) Спосіб ушивання кукси дванадцятипалої кишки при гострокровоточивих перфоративних стено-

зуючих навколососочкових дуоденальних виразках, що включає антрумектомію, селективну ваготомію ушивання кукси дванадцятипалої кишки, який **відрізняється** тим, що на транспапілярному трансдуоденальному зовнішньому керованому дренажі формують куксу дванадцятипалої кишки однорядними вузловими, двома напівкисетними і поперечними вертикальними гофруючими швами з підшиванням її до капсули голівки підшлункової залози.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути застосована для хірургічного лікування ускладнених навколососочкових (юктапапілярних) виразок.

Відомий спосіб операції на виключення (по Фінстереру) [1]. Однак, при гострокровоточивих, а тим більше перфоративних навколососочкових виразках, такий спосіб не може бути застосовано.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, обраному нами як прототип, є спосіб ушивання кукси дванадцятипалої кишки при резекції шлунка з приводу ускладнених навколососочкових виразок, що полягає в накладанні вузлових швів на стінку кишки поблизу великого дуоденального сосочка з боку слизової та формуванні кукси дванадцятипалої кишки так, що в одному з кутів її розташований край великого дуоденального сосочка, після чого накладають другий ряд вузлових швів [2]. Разом з тим, і цей метод не позбавлений недоліків. При виконанні даного способу залишається ризик розвитку неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки, вторинного панкреатиту, механічної жовтяниці.

Задачею корисної моделі є створення способу хірургічного лікування ускладнених навколососочкових (юктапапілярних) виразок, який дозволяє знизити післяопераційну летальність і запобігти важких післяопераційних ускладнень, покращити функціональні результати операцій.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в підвищенні ефективності ушивання кукси дванадцятипалої кишки при юк-

тапаліярних виразках, зниженні післяопераційної летальності і запобіганні важких післяопераційних ускладнень (післяопераційний панкреатит, механічна жовтяниця, неспроможність швів кукси дванадцятипалої кишки), покращенні функціональних результатів та скороченні строків лікування.

Сутність корисної моделі полягає в тому, що після висічення країв юктапапілярної виразки і попереднього транспапілярного дренирування холедоха та виведення дренажу трансдуоденально назовні на черевну стінку через прокол у вертикальній частині дванадцятипалої кишки ушивання кукси її здійснюється в декілька етапів шляхом накладання першого ряду вузлових швів вузликами усередину просвіту атравматичною ниткою з наступним накладанням двох напівкисетних швів по лінії попереднього шва, формуючи в такий спосіб "равлика", з наступним проведенням і зав'язуванням ряду вузлових поперечних вертикальних гофруючих швів з підхоплюванням капсули голівки підшлункової залози.

Вказана задача вирішується тим, що у відомому способі ушивання кукси дванадцятипалої кишки при резекції шлунка з приводу ускладнених навколососочкових виразок, що полягає в накладанні вузлових швів на стінку кишки поблизу великого дуоденального сосочка з боку слизової оболонки та формуванні кукси дванадцятипалої кишки так, що в одному з кутів її розташований край великого дуоденального сосочка, згідно корисної моделі, формують куксу дванадцятипалої кишки на транспапілярному трансдуоденальному дренажі одно-

(19) **UA** (11) **16770** (13) **U**

рядними вузловими швами, двома напівкисетними і поперечними вертикальними гофруючими швами з підшиванням до капсули голівки підшлункової залози.

Відмінною рисою запропонованого способу є формування кукси дванадцятипалої кишки на транспапілярному трансдуоденальному дренажі однорядними вузловими швами, двома напівкисетними і поперечними вертикальними гофруючими швами з підшиванням до капсули голівки підшлункової залози.

Наявність вказаних відмінних ознак способу, що пропонується, у порівнянні з прототипом, є підставою для того, щоб заявити його в якості корисної моделі.

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг.1 - мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохером, мобілізація антрального відділу шлунка, перетинання дванадцятипалої кишки на рівні наволосяного стенозу, пристінкова мобілізація країв кукси дванадцятипалої кишки;

Фіг.2 - транспапілярне трансдуоденальне дренування холедоха, виведення дренажу у вигляді зовнішнього керованого;

Фіг.3 - накладання першого ряду швів на куксу дванадцятипалої кишки вузликами усередину просвіту, починаючи від зони великого дуоденального сосочка;

Фіг.4 - формування кукси дванадцятипалої кишки накладанням двох напівкисетних швів по довжині лінії першого ряду швів;

Фіг.5 - накладання поперечних вертикальних гофруючих швів на стінку кукси дванадцятипалої кишки із підшиванням її до капсули голівки підшлункової залози;

Фіг.6 - зав'язування поперечних вертикальних гофруючих швів на стінці кукси дванадцятипалої кишки, остаточний вид операції.

Спосіб здійснюється таким чином: після лапаротомії, ревізії та виявленні даних, що свідчать про необхідність виконання антрумектомії з селективною воготомією в зв'язку із субкомпенсованим стенозом і пенетруючою виразкою, розташованою в наволосяного зони на задній стінці дванадцятипалої кишки, виконують мобілізацію її за Кохером, мобілізацію антрального відділу шлунка, перетинання дванадцятипалої кишки (1) в зоні дуоденального стенозу, де поруч з виразкою (2) розташований великий дуоденальний сосочок (3). Краї стінки дванадцятипалої кишки (1) мобілізують наскільки можливо, максимально зберігаючи ділянку її за рахунок передньої стінки, необхідну для пластичного укріплення кукси дванадцятипалої кишки (Фіг.1). Потім виконують транспапілярне дренування холедоха (4) з виведенням дренажу (5) трансдуоденально назовні після накладання кисетного шва (6) в ділянці виходу дренажу через стінку дванадцятипалої кишки (Фіг.2). Після цього накладають перший ряд прецизійних вузлових швів (7) на стінку кукси дванадцятипалої кишки (1), починаючи від зони великого дуоденального сосочка (3) вузликами усередину просвіту (Фіг.3). Потім накладають два напівкисетних шви (8), укриваючи перший ряд швів, і зближують верхню частину кукси (9) дванадцятипалої кишки, що формується, з її основою (Фіг.4). Після цього накладають

поперечні вертикальні гофруючі шви (10) на стінку кукси (9) дванадцятипалої кишки із підшиванням її до капсули підшлункової залози (11) (Фіг.5), та зав'язують поперечні вертикальні гофруючі шви (10), формуючи куксу дванадцятипалої кишки (Фіг.6), виконують антрумектомію, селективну ваготомію з езофагофундоплекцією.

Приклад конкретного виконання

1. Хворий Р., 31 року, і.хв. №10052, поступив в клініку 12.07.01р. з приводу шлунково-кишкової кровотечі та ознаками перитоніту. Виразкового анамнезу не має. При рентгенологічному дослідженні виявлено вільне повітря під куполом діафрагми, а при фіброгастродуоденоскопії в порожнині шлунка біля 300мл вмісту типу "кавової гущини", в дистальному відділі дванадцятипалої кишки виявлена виразка до 3см зі тромбованими судинами на дні кратера та стенозуванням дванадцятипалої кишки в цьому місці. 12.07.01р. екстрена операція в зв'язку з перфорацією гострокровоточивої стенозуючої дуоденальної виразки. Виявлена кальозна пенетруюча в печінково-дванадцятипалу зв'язку та підшлункову залозу юктапапілярна виразка дванадцятипалої кишки з інфільтратом 5х5см і перфоративним отвором 0,7х0,8см, субкомпенсований дуоденальний стеноз з розширенням порожнини шлунка. Виразка глибоко пенетрувала в голівку підшлункової залози та стінку жовчного міхура. При розділенні спайкових нашарувань та мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером вскрито порожнину жовчного міхура в зоні пенетрації велетенської юктапапілярної виразки. При дуоденотомії по рівню стенозування в постбульбарної частини дванадцятипалої кишки з'ясовано, що дистальний край виразки знаходиться на відстані 0,3см від великого дуоденального сосочка. Після висічення країв юктапапілярної виразки і попереднього транспапілярного дренування холедоха та виведення дренажу трансдуоденально назовні на черевну стінку через прокол у вертикальній частині дванадцятипалої кишки ушивання кукси здійснено шляхом накладання першого ряду вузлових швів вузликами усередину просвіту атравматичною ниткою з наступним накладанням двох напівкисетних швів по лінії попереднього шва, формуючи в такий спосіб куксу, з наступним проведенням і зав'язуванням ряду вузлових поперечних вертикальних гофруючих швів з підшиванням стінки кукси до капсули голівки підшлункової залози. Потім виконано селективну ваготомію з езофагофундоплекцією та антрумектомію з гастроєюнальним анастомозом за Гофмейстером-Фінстерером, холецистектомію. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. На 16 добу видалено транспапілярний дренаж. Середина рана загоїлась первинним натягом. Хворого виписано в задовільному стані 30.07.01р. Оглянутий через два роки, скарг не пред'являє, працює за спеціальністю.

За запропонованим способом оперовано 2 хворих, а за способом прототипом - 4. Летальних випадків не було, а також в жодному випадку не розвився післяопераційний панкреатит та механічна жовтяниця. Перевагами розробленого способу є те, що він дозволяє запобігти ризику

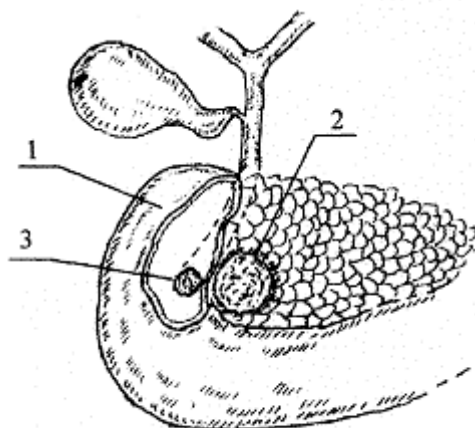
розвитку неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки, післяопераційного панкреатиту, механічної жовтяниці, знизити післяопераційну летальність при хірургічному лікуванні ускладнених навколососочкових виразок.

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

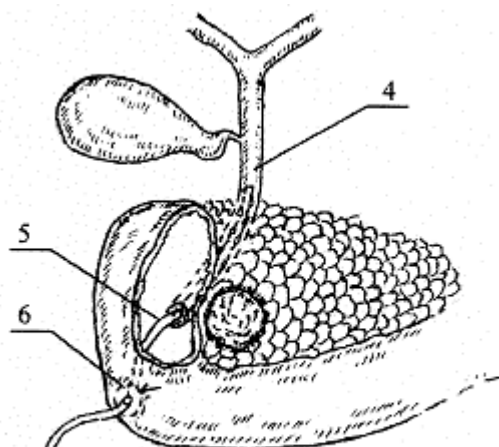
Джерела інформації:

1. Підпригора А.П., Ревякін С.О., Шаталюк Б.П., Славінський В.В. Резекція шлунку для виключення в хірургічному лікуванні зацібулінних виразок дванадцятипалої кишки // Матеріали XIX з'їзду хірургів України, - Харків, 2000.-С.102.

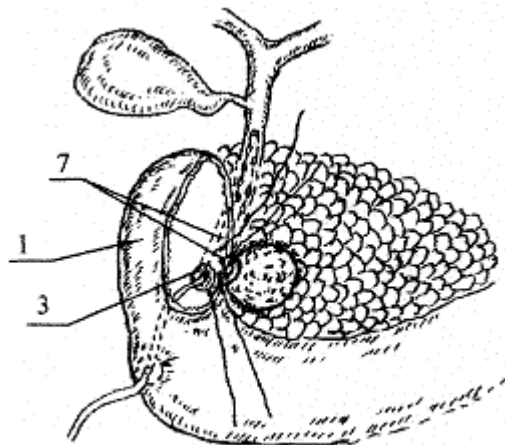
2. Графов А.К., Курочка І.Е. Патент RU 2145192 С1. Способ хирургического лечения околососочковых язв двенадцатиперстной кишки. Опубл. 2000.02.10.



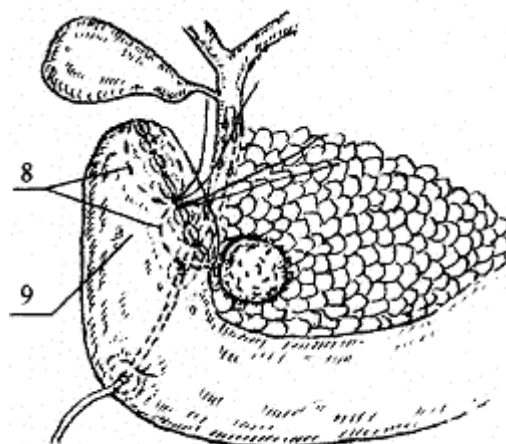
Фиг. 1



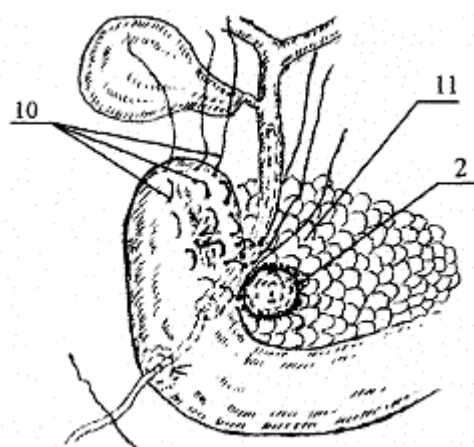
Фиг. 2



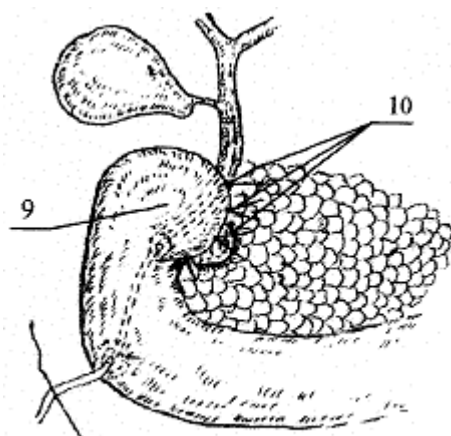
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6