



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **30891** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/22**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕКРОЗІВ СТІНКИ ЗАОЧЕРЕВИННИХ ВІДДІЛІВ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗАХ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ**

1

2

(21) u200714265

(22) 19.12.2007

(24) 11.03.2008

(72) ШЕПЕТЬКО ЄВГЕН МИКОЛАЙОВИЧ, UA,  
ФОМІН ПЕТРО ДМИТРОВИЧ, UA, ГАРМАШ  
ДЕНИС ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA, ШЕПЕТЬКО  
ОЛЕКСАНДР ЄВГЕНОВИЧ, UA(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA  
(56)(57) Спосіб хірургічного лікування некрозів стінки заочеревинних відділів дванадцятипалої кишки при панкреонекрозах після гастректомії, що включає мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером, холецистостомію, лапаростомію, який **відрізняється** тим, що формують позаднооободовий дуоденоєюноанастомоз з транспілярним трансєюнальним зовнішнім керованим дрениванням холедоха і вірсунгової протоки, ентеро-ентероанастомоз за Брауном.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме, до хірургії і може бути використана для лікування некрозів стінки дванадцятипалої кишки з локалізацією в заочеревинній частині її при панкреонекрозах після гастректомії.

Відомий спосіб хірургічного лікування некрозів дванадцятипалої кишки з перфорацією стінки як ускладнення при панкреонекрозах полягає в ушиванні дефекту вузловими швами після мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером з наступним дрениванням заочеревинного простору і черевної порожнини, накладенні лапаростоми [1]. Недоліками способу є висока частота недостатності швів у зоні ушивання дефекту дванадцятипалої кишки, прогресування заочеревинної флегмони, утворення високої дуоденальної нориці.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, обраному нами в якості прототипу при травматичному пошкодженні та перфорації стінки заочеревинного відділу дванадцятипалої кишки, є спосіб Донована-Хагена, що полягає в резекції шлунка, ушиванні кукси дванадцятипалої кишки, ушиванні дефекту стінки дванадцятипалої кишки, дрениванні парадуоденальної клітковини, накладанні холецистостоми, накладанні гастроєюноанастомоза на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером - операція «дивертикулізації дванадцятипалої кишки» [2]. Разом з тим і цей спосіб має недоліки. Зберігається ризик недостатності швів у зоні

ушивання дефекту заочеревинного відділу дванадцятипалої кишки з розвитком перитоніту та прогресуванням заочеревинної флегмони. Крім того, в умовах важкого панкреонекроза проведення резекції шлунка супроводжується високою післяопераційною летальністю через недостатність швів гастроєюноанастомоза в умовах перитоніту.

Задачею корисної моделі є створення способу хірургічного лікування некрозів стінки заочеревинних відділів дванадцятипалої кишки з розвитком перфорації при панкреонекрозах після гастректомії, утворенням заочеревинної флегмони, який дозволяє знизити післяопераційну летальність, уникнути важких післяопераційних ускладнень.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в зниженні післяопераційної летальності та попередженні важких післяопераційних ускладнень (недостатності швів анастомозу, прогресування заочеревинної флегмони, інтоксикації, перитоніту, прогресування панкреонекрозу), скороченні термінів лікування.

Сутність корисної моделі полягає в створенні позаднооободового дуоденоєюноанастомоза шляхом мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером, проведенні петлі худої кишки позаднооободово, накладанні дуоденоєюноанастомоза дворядними вузловими швами з наступним транспілярним дрениванням холедоха і Вірсунгової протоки, виведенні

(13) **U**  
(11) **30891**  
(19) **UA**

транспілярного дренажу через привідну петлю худі кишки назовні після підшивання стінки кишки до очеревини черевної стінки, формуванні ентеро-ентероанастомоза за Брауном, накладанні страховочної холецистостоми.

Зазначена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування травматичних дефектів заочеревинних відділів дванадцятипалої кишки (операція Донована-Хагена або «дивертикулізація дванадцятипалої кишки»), що передбачає мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером холецистостомию, згідно корисної моделі формують позадноободовий дуоденоєюноанастомоз з наступним транспілярним трансєюнальним зовнішнім керованим дренажуванням холедоха і Вірсунгової протоки, накладають ентеро-ентероанастомоз за Брауном.

Відмітною рисою способу, що заявляється, є створення позадноободового дуоденоєюноанастомоза з транспілярним трансєюнальним зовнішнім керованим дренажуванням холедоха і Вірсунгової протоки і ентеро-ентероанастомозом за Брауном.

Наявність зазначених відмітних ознак способу, що заявляється, у порівнянні з прототипом є підставою для того, щоб заявити його як корисну модель.

Спосіб пояснюється графічно

Фіг.1. Мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохером, видалення некрозів стінки дванадцятипалої кишки, проведення позадноободово петлі худі кишки;

Фіг.2. Ентеротомія петлі худі кишки, формування задньої губи дуоденоєюноанастомоза в зоні дефекту дванадцятипалої кишки;

Фіг.3. Трансєюнальне транспілярне зовнішнє кероване дренажування холедоха і Вірсунгової протоки;

Фіг.4. Формування передньої губи дуоденоєюноанастомоза, ентеро-ентероанастомоза за Брауном, холецистостоми.

Спосіб виконується практично таким чином: після лапаротомії (програмованої санаційної лапаростомії) мобілізують дванадцятипалу кишку (1) за Кохером (2), оголюють заочеревинні її відділи, виявляють зону некрозу стінки з перфорацією, виконують видалення зон некрозу в межах здорової стінки, диференціюють великий дуоденальний сосочок (4); потім беруть петлю худі кишки (5), проводять її позадноободово (Фіг.1) і накладають ряд вузлових швів між стінкою дефекту дванадцятипалої кишки (1) і худі кишкою (5), виконують ентеротомію (6) і формують задню губу дуоденоєюноанастомоза (7) (Фіг.2); після цього виконують транспілярне трансєюнальне дренажування холедоха (8) і Вірсунгової протоки (9) перфорованим поліхлорвініловим дренажем (10) з виведенням його трансєюнально через привідну петлю (11) худі кишки у вигляді зовнішнього керованого після підшивання привідної (11) петлі худі кишки до очеревини передньої черевної стінки (12) (Фіг.3); після цього формують передню губу

дуоденоєюноанастомоза (7), виконують ентеро-ентероанастомоз за Брауном (13), накладають страховочну холецистостому (14) (Фіг.4), формують лапаростому на 3-4-х поліхлорвінілових трубчастих лапаростомічних бандажних швах; проводять зонд для ентерального харчування в відвідну петлю худі кишки нижче анастомозу за Брауном.

Приклад конкретного виконання

1. Хвора Л., 62р., і. хв. №5920, поступила в клініку 13.04.06р. з приводу шлунково-кишкової кровотечі. Скарги на нудоту, біль в верхній половині черева, утруднення при ковтанні з'явилися 1,5 місяці тому. Виразкового анамнезу немає. При фіброгастродуоденоскопії кардія звужена, важко прохідна для ендоскопа, на задній стінці дефект 2,5см з нерівномірним валом навколо та тромбованими судинами на дні. Гастробіопсія - помірно диференційована аденокарцінома. За даними комплексного обстеження віддалених метастазів не виявлено.

18.04.06р. операція - знайдено езофагокардіальний рак 6х6см з ураженням абдомінального відділу стравоходу та проростанням параезофагеальної клітковини (T4N2M0). Виконана сагітальна діафрагмокуротомія, гастректомія із резекцією абдомінального відділу стравоходу, лімфодисекція D2.

В післяопераційному періоді розвинувся післяопераційний панкреатит та в зв'язку з появленням виділень жовчі із дренажів виконана релапаротомія 30.04.06р., під час якої виявлено імбібіцію жовчю заочеревинної клітковини. Після розсічення очеревини по латеральному фланку, розсічення шлунково-ободової зв'язки та відведення печінкового кута ободової кишки виявлено на голівці та тілі підшлункової залози множинні вогнища стеатонекрозів, а в зоні переходу вертикальної частини дванадцятипалої кишки в нижньо-горизонтальну - некроз стінки 4,5х3см з утворенням дефекту. Диференційовано великий дуоденальний сосочок, потім взято петлю худі кишки, проведено її позадноободово і накладено ряд швів між стінкою дефекту дванадцятипалої кишки і худі кишкою, виконано ентеротомію і сформовано задню губу дуоденоєюноанастомоза; після цього виконано транспілярне трансєюнальне дренажування холедоха і Вірсунгової протоки перфорованим поліхлорвініловим дренажем з виведенням його трансєюнально через привідну петлю худі кишки у вигляді зовнішнього керованого після підшивання привідної петлі кишки до очеревини передньої черевної стінки; після цього сформовано ентеро-ентероанастомоз за Брауном, накладено страховочну холецистостому, виконано інтубацію тонкої кишки перфорованим зондом, накладено лапаростому на 3-4-х поліхлорвінілових трубчастих лапаростомічних бандажних швах; проведено зонд для ентерального харчування в відвідну петлю худі кишки нижче анастомозу за Брауном.

Перебіг післяопераційного періоду дуже важкий. Виконано чотири програмовані санаційні

лапаростомії: 3.05.06р., 8.05.06р., 12.05.06р. та 19.05.06р. Транспілярний дренаж видалено 29.05.06р., а холецистостомічний дренаж - 4.06.06р. Середина рана поступово загоїлась в основному за типом первинного натягу та лише частково вторинним натягом. Хвору виписано в задовільному стані 9.06.06р. для амбулаторного лікування.

Спосіб здійснений у 1 хворого з некрозом заочеревинної частини дванадцятипалої кишки на ґрунті панкреонекроза після гастректомії в зв'язку з гострокровоточивим раком шлунка. Перевага способу, що заявляється, полягає в зниженні ризику недостатності швів дуоденоюноанастомоза, зниженні ризику прогресування панкреонекроза, прогресування заочеревинної флегмони і перитоніту. Розвитку післяопераційних ускладнень, недостатності швів дуоденоюноанастомоза і прогресування заочеревинної флегмони у оперованих хворих не було.

Спосіб може бути рекомендований до застосування при некрозах і перфораціях заочеревинної частини дванадцятипалої кишки при післяопераційних панкреонекрозах в хірургічних клініках гастроентерологічного профілю, спеціалізованих хірургічних клініках і хірургічних центрах підшлункової залози, хірургічних відділеннях обласних та міських лікарень.

Перелік літератури:

1. Матяшин И. М., Глузман А. М. Справочник хирургических операций // Киев, «Здоров'я». - 1979. - 312с.

2. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоров'я, 1987. - 568с.

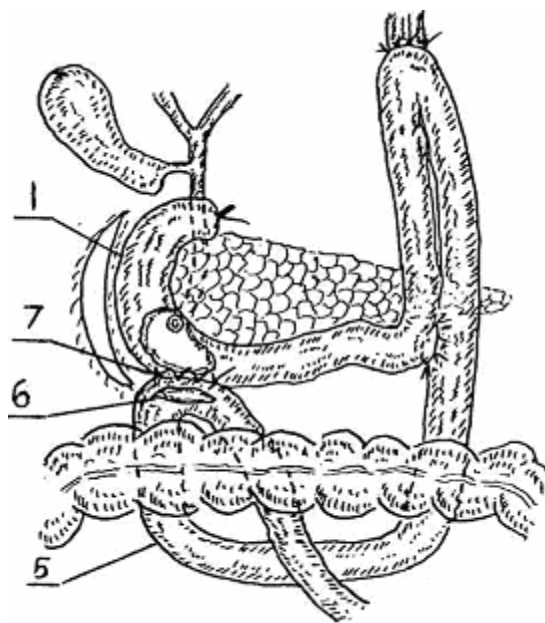


Fig. 2

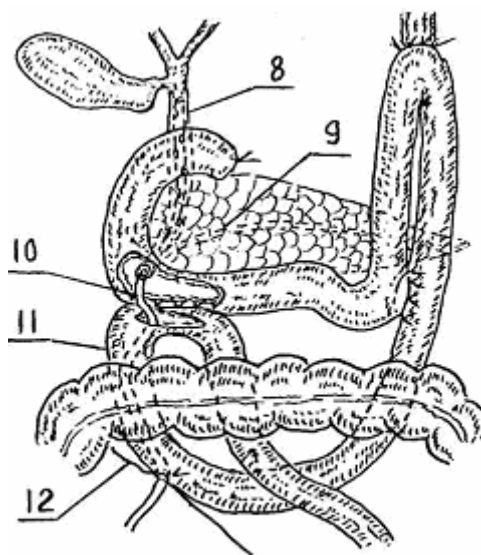


Fig. 3

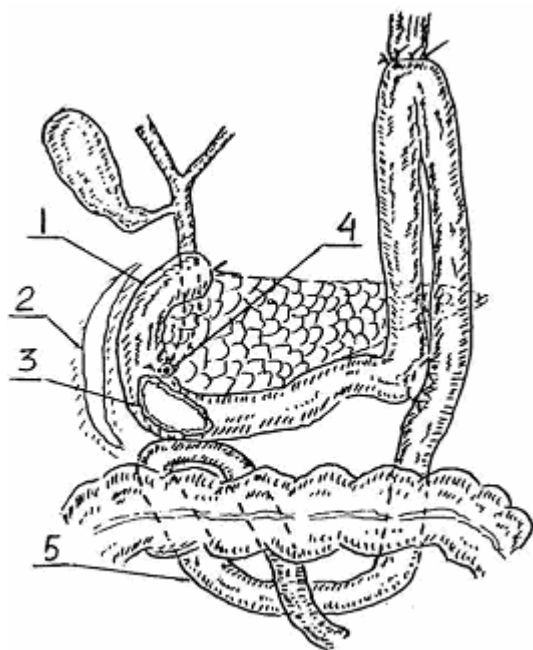


Fig. 1

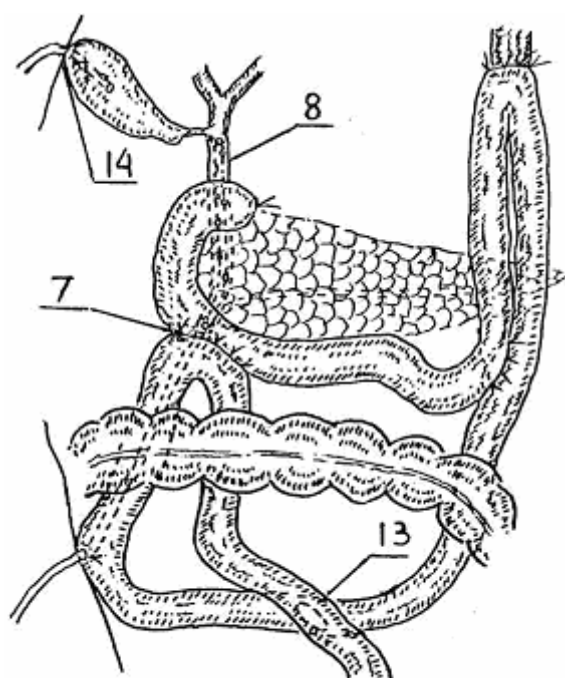


Fig. 4