



УКРАЇНА

(19) UA (11) 5871 (13) U

(51) 7 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ДУОДЕНОЕЮНОСТОМІЇ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ДУОДЕНАЛЬНІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

1

2

(21) 20040907913

(22) 29.09.2004

(24) 15.03.2005

(46) 15.03.2005, Бюл. №3, 2005р.

(72) Короткий Валерій Миколайович, Колосович
Ігор Володимирович, Шкуротян Ольга Володими-
рівна(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб дуоденоеюностомії при хронічній дуо-
денальній непрохідності, що включає верхньо-

серединну лапаротомію, мобілізацію дванадцяти-
палої кишки за Кохером та формування співустя
між поздовжньо розсіченими передньою стінкою
нижньої горизонтальної частини петлі дванадцяти-
типалої кишки і короткою петлею порожньої кишки
дворядними вузловими швами, який відрізняється
тим, що безпосередньо за сформованим дуо-
деноеюнальним співустям привідну петлю двана-
дцятипалої кишки заплівають за О.О. Шалімовим.

Корисна модель, що заявляється, відноситься
до медицини, а точніше до хірургічної гастроенте-
рології, та може бути використана у хірургічному
лікуванні хворих на хронічну дуоденальну непрохі-
дність (ХДН).

ХДН - це захворювання, в основі патогенезу
якого лежить порушення прохідності дванадцяти-
палої кишки (ДПК), обумовлене вродженими чи
набутими причинами механічної або функціональ-
ної природи. ХДН зустрічається у 15-50% хворих
на виразкову хворобу, у 10-35% хворих з патологі-
єю біліарного тракту і підшлункової залози та у 2-
15% - після резекції шлунку та ваготомії. Одним з
найбільш тяжких видів ХДН механічного поход-
ження є артеріомезентеріальна компресія (АМК)
ДПК (0,1-0,3% випадків ХДН) [1]. Консервативному
лікуванню підлягають лише початкові стадії розви-
тку захворювання. При прогресуванні явищ дуоде-
ностазу показаним є хірургічне лікування. Існують
численні дані щодо низької ефективності опера-
тивних втручань при АМК ДПК, розвитку післяопера-
ційних функціональних порушень у вигляді вира-
женого больового та диспепсичного синдромів
тощо [2]. Тому питання лікування даного виду ХДН
залишається актуальними і дотепер.

Існує багато способів оперативних втручань
при ХДН механічного генезу. Найбільш поширени-
ми і ефективними є операції, які полягають у дре-
нуванні другої або третьої частин ДПК, так звані
дуоденоеюностомії.

Так, Stavely запропонував спосіб дуоденоею-
ностомії при ХДН, який полягає у анастомозуванні
поздовжньо розсіченої передньої стінки другої
частини ДПК і петлі порожньої кишки [3]. Недолі-
ком цієї методики є те, що такий анастомоз дренує
першу і другу частини ДПК, у той час як найбільш
патологічні зміни відбуваються у третій її частині.
Дана методика веде до розвитку тяжких функціо-
нальних порушень у вигляді больового і диспепси-
чного синдромів у післяопераційному періоді вна-
слідок перерозтягнення компресованої частини
ДПК дуоденальним вмістом.

Найближчим аналогом (прототипом) способу,
що заявляється, є спосіб дуоденоеюностомії при
ХДН за Ворре, який включає верхньо-серединну
лапаротомію, мобілізацію ДПК за Кохером, фор-
мування співустя між поздовжньо розсіченими
передньою стінкою третьої частини ДПК (нижня
горизонтальна частина) і короткою петлею (20см)
порожньої кишки двохрядними вузловими швами
[4]. Проте, незважаючи на формування даного
співустя, кишковий вміст не повністю надходить у
порожню кишку. Частина дуоденального вмісту
просувається далі у дистальний відділ ДПК, який
деформований механічним чинником (АМН або
рубцями), що спричинює розвиток післяоперацій-
них функціональних порушень у вигляді больового
і диспепсичного синдромів. Такі порушення відмі-
чаються у 75-80% хворих [5].

В основі запропонованої корисної моделі ле-
жить задача поліпшення результатів хірургічного

(19) UA (11) 5871 (13) U

лікування хронічної дуоденальної непрохідності за рахунок відновлення нормальної прохідності третьої частини ДПК та адекватного дренивання її компресованої ділянки з використанням заглушки за О.О. Шалімовим, яка перешкоджає попаданню дуоденального вмісту в зону дуоденостазу.

Технічний результат полягає у зниженні частоти післяопераційних функціональних порушень (больового та диспепсичного синдромів), які розвиваються внаслідок збереження евакуації дуоденального вмісту через стенозовану ділянку ДПК.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі дуоденоюностомії при ХДН, який включає верхньо-серединну лапаротомію, мобілізацію ДПК за Кохером, формування співусть між поздовжньо розсіченими передньою стінкою нижньої горизонтальної частини ДПК і короткою петлею порожньої кишки двоохрядними вузловими швами, згідно корисної моделі, ДПК безпосередньо за сформованим співустям заглушують за О.О. Шалімовим.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є те, що за сформованим дуоденоюнальним співустям, ДПК заглушують за О.О. Шалімовим. Таким чином, дана заглушка буде перешкоджати попаданню дуоденального вмісту у зону дуоденостазу та сприяти адекватному випорожненню цієї частини ДПК у порожню кишку.

Як свідчать літературні дані, жодний з відомих способів дуоденоюностомії при ХДН не запобігає попаданню дуоденального вмісту у компресовану частину ДПК та не забезпечує адекватного випорожнення цієї частини ДПК у порожню кишку.

Сутність корисної моделі, що заявляється, ілюструється схематичними малюнками, на яких представлено:

На Фіг.1 - Вигляд ХДН зумовленої АМК до операції.

На Фіг.2 - Дуоденоюностомія між нижньою горизонтальною частиною ДПК та короткою петлею порожньої кишки.

На Фіг.3.- Накладання заглушки за О.О.Шалімовим на ДПК перед зоною дуоденостазу.

Спосіб здійснюється наступним чином

Виконують верхньо-серединну лапаротомію. Мобілізують ДПК за Кохером. Формують співусть між поздовжньо розсіченими передньою стінкою нижньої горизонтальної частини ДПК 1 і короткою (20см) петлею порожньої кишки 2 двоохрядними вузловими швами. Безпосередньо за сформованим співустям 3, перед зоною дуоденостазу 4, ДПК заглушують за О.О. Шалімовим 5 шляхом накладання шовкової лігатури на ДПК у поперековому напрямку (повна ліквідація просвіту кишки) з наступною її перитонізацією вузловими серозно-м'язовими швами. Проводять контроль гемостазу. Дренують черевну порожнину рукавично-трубчастим дренажем. Операційну рану ушивають пошарово, наглухо.

Конкретний приклад здійснення

Хворий Д., 46 років. Історія хвороби №13470. Діагноз: хронічна дуоденальна непрохідність (АМН), хронічний калькульозний холецистит.

Хворий поступив у перше хірургічне відділення МКЛ №4 м.Києва 19.11.01р. з скаргами на почуття розпирання та біль у верхній половині живота, гіркоту у роті, постійну нудоту та регулярне блювання їжею, з'їденою напередодні та жовцю. Погіршення стану пов'язує з прийомом великого об'єму їжі на один прийом. Хворіє протягом 5 років. В анамнезі - ЖКХ, хронічний калькульозний холецистит з 1998 року. При УЗД виявлені камінці у жовчному міхурі. При рентгеноконтрастному дослідженні ДПК виявлено розширення першої, другої та частково третьої порцій ДПК та часткова затримка барієвої суміші у ДПК до 24 годин.

21.11.01р. хворий прооперований. Виконано верхньо-серединну лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини. Діагностовано ХДН (АМН) на рівні третьої порції ДПК, у жовчному міхурі конкременти, холедох не розширений. ДПК мобілізовано за Кохером. Накладено анастомоз між поздовжньо розсіченими передньою стінкою нижньої горизонтальної частини ДПК і короткою петлею (20см) порожньої кишки двоохрядними вузловими швами. За сформованим співустям перед зоною дуоденостазу ДПК заглушена за О.О. Шалімовим. Виконано холецистектомію „від шийки" з роздільною перев'язкою міхурової артерії та протоку. Ложу жовчного міхура ушито кетгутон. Контроль гемостазу - сухо. Дренування черевної порожнини рукавично-трубчастим дренажем. Операційна рана ушита пошарово, наглухо.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. 7.12.01р. (на 18 добу) у задовільному стані хворий виписаний з стаціонару до поліклініки. Контрольне обстеження через 3,6 місяців та через 1,5 роки. При загальноклінічному, фізикальному та інструментальному (рентгенологічному, УЗД) дослідженні патології травного тракту не виявлено.

Запропонований спосіб апробовано у першому та другому хірургічних відділеннях МКЛ №4 м.Києва (на базі хірургічної клініки кафедри госпітальної хірургії №1 НМУ) у період з 2001 по 2004рр. За даною методикою прооперовано 5 хворих. Результати лікування за розробленою методикою порівнювались з результатами лікування хворих за способом-прототипом. Післяопераційних ускладнень у хворих, прооперованих за запропонованим способом не спостерігалось. У той час, як за літературними даними, виконання способу-прототипу веде до розвитку функціональних порушень у вигляді больового синдрому у 98% хворих та диспепсичних розладів у 25% хворих [6]. Як показала статистична обробка з використанням таблиці Ст'юдента, заявлений спосіб забезпечує статистичне достовірне зниження частоти післяопераційних функціональних порушень у хворих на АМН ДПК ($P < 0.05$). Це досягається шляхом виключення з пасажу дуоденального вмісту компресованої порції ДПК, адекватним дрениванням постстенотичної частини кишки за рахунок заглушки третьої порції ДПК за О.О. Шалімовим, що створює хороші умови для відновлення евакуаторної функції через сформований дуоденоюноа-настомоз.

Джерела інформації

1 Иоскевич Н Н Практическое руководство по клинической хирургии Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины // Мн «Вышшк» -2001 -С 404

2 Lippi F, Hannig C, Weiss W, Allescher HD, Classen M, Kurjak M Superior mesenteric artery syndrome diagnosis and treatment from the gastroenterologist's view J Gastroenterol -2002, 37(8)-p 640-3

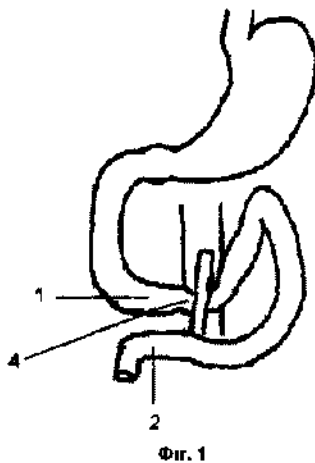
3 Androulakis J, Colborn GL, Skandalakis PN, Skandalakis LJ, Skandalakis JE Embryologic and

anatomic basis of duodenal surgery Surg din North Am - 2000 -Feb,80(1)-p 171-199

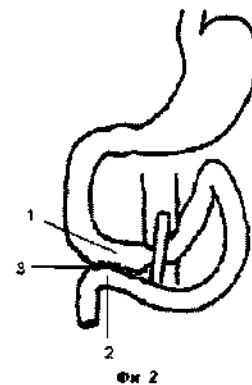
4 Шалимов А А , Саенко В Ф Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки // К «Здоров'я» - 1972 - С 365

5 Dietz UA, Debus ES, Heuko-Valiati L, Valiati W, Friesen A, Fuchs KH, Mala-faia O, Thiede A Aorto-mesenteric artery compression syndrome Chirurg -2000-Nov,71(II)-p 1345-51

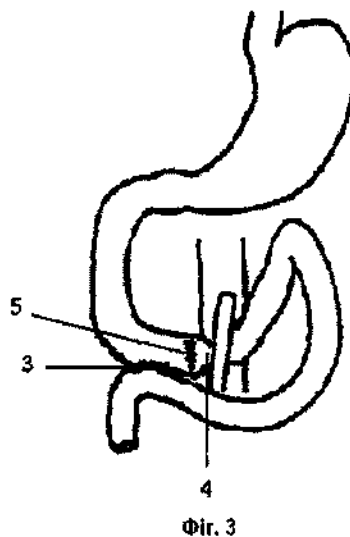
6 Loja Oropeza D, Alvizuri Escobedo J, Vilca Vasquez M, Sanchez Mercado M Wilkie's syndrome vascular duodenal compression Rev Gastroenterol Peru -2002-Jul-Sep,22(3)-p 248-52



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3

