



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42542 (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 ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

1

2

(21) u200901122

(22) 12.02.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

(72) ВЕЛІГОЦЬКИЙ МИКОЛАЙ МИКОЛАЙОВИЧ,
БУКА ГЕННАДІЙ ЮРІЙОВИЧ

(73) ВЕЛІГОЦЬКИЙ МИКОЛАЙ МИКОЛАЙОВИЧ,

БУКА ГЕННАДІЙ ЮРІЙОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного лікування хронічної дуоденальної непрохідності, який полягає у накладанні ізоперистальтичного дуоденоєюноанастомозу, який відрізняється тим, що анастомоз між дванадцятипалою та тонкою кишками накладається в поперечному (антирефлюксному) напрямку.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії дванадцятипалої кишки (ДПК), і призначено для хірургічного лікування хронічної дуоденальної непрохідності (ХДН). Може використовуватися в комплексі хірургічного лікування виразкової хвороби, рецидивів виразок після оперативного лікування, корекції дуодено-гастрального рефлюксу, захворювань жовчовивідних шляхів, підшлункової залози.

Проблема лікування ХДН залишається актуальною в теперішній час. ХДН визнана однією з причин виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, її рецидивів після оперативного лікування, різноманітної патології жовчних шляхів і підшлункової залози.

Аналогами пропонованого способу є оперативні втручання, при яких дуоденоєюноанастомоз накладаються антиперистальтично: у поперечному за Я.Д. Вітебським [1] і подовжньому - операція за Боппе [2] напрямках. Недоліками цих методик є те, що анастомоз накладається в антиперистальтичному напрямку, що не завжди запобігає розвитку рефлюксу в післяопераційному періоді і може наводити до розвитку «хибного кола».

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є прототип, при якому накладається ізоперистальтичний подовжній дуоденоєюноанастомоз бік в бік [3], при цьому петля тонкої кишки, роблячи півколо, личить до ДПК і знаходиться попереду неї.

Перевагою прототипу є ізоперистальтичне розташування петлі тонкої кишки, проте він має наступні недоліки: при подовжньому накладанні анастомозу порушується кровопостачання органів анастомозу, відсутні перешкоди для єюнодуоденального рефлюксу.

У основу корисної моделі поставлено завдання удосконалення способу хірургічного лікування хронічної дуоденальної непрохідності, в якому за рахунок зміни напрямку розсічення стінки органів, та їх фізіологічному розташуванню, підвищується надійність анастомозу і покращуються функціональні результати оперативного лікування.

Поставлене завдання зважається в способі хірургічного лікування хронічної дуоденальної непрохідності, що полягає у накладанні ізоперистальтичного дуоденоєюноанастомозу, який відрізняється тим, що анастомоз між дванадцятипалою та тонкою кишками накладається в поперечному (антирефлюксному) напрямку.

Суть методики.

Спосіб, що заявляється, здійснюється таким чином: мобілізується дванадцятипала кишка з введенням нижньогоризонтальної гілки (1) з-під кореня брижі, розправляється дуоденоєюнальний перехід, оцінюється кровопостачання початкового відділу тонкої кишки (2). При цьому оцінюється ширина нижньогоризонтальної гілки ДПК і відстань між аортою (3) і верхніми брижовими судинами (4). Потім на відстані 30-40см від зв'язки Трейца береться петля тонкої кишки, яка роблячи півколо, підводиться до нижньогоризонтальної гілки ДПК. При цьому петля тонкої кишки знаходиться попереду ДПК і анастомоз (5) накладається в поперечному (антирефлюксному) ізоперистальтичному напрямку. Завдяки даній методиці запобігає попаданню вмісту тонкої кишки в ДПК, зберігається кровопостачання зони анастомозу та ізоперистальтичний рух їжі (6), що зрештою дозволяє поліпшити результати хірургічного лікування ХДН.

Клінічний приклад. Хворий Д. 51 р., потрапив з клінікою виразкової хвороби, в анамнезі 10 років

(19) UA (11) 42542 (13) U

тому оперований з приводу перфоративної виразки, було виконано висічення виразки, дуоденопластика. Під час вступу пред'являв скарги на біль в епігастрії, відчуття тягара, відрижку, печію, що посилюються після їжі. Клінічний аналіз крові. Hb - 126г/л, Еритроцити - $3,2 \times 10^{12}$, Лейкоцити - $8,4 \times 10^9$. У біохімічних аналізах без патології. ЕФГДС - в шлунку багата кількість жовчі, на передній стінці цибулини ДПК хронічна виразка до 1,0см. Дуоденоманометрія - тиск в дванадцятипалій кишці - 180мм вод. ст. Інтраопераційно: у цибулині ДПК виявлений виразковий інфільтрат до 1,5, розширення ДПК до 4,8см. Встановлено діагноз: рецидив виразкової хвороби ДПК, ХДН субкомпенсація, дуоденогастральний рефлюкс. Виконано оперативне втручання в об'ємі: висічення виразки, селективна ваготомія, ізоперистальтичний поперечний дуоденоєюноанастомоз за розробленою методикою.

Таким чином, розроблена методика дозволяє провести корекцію порушень дуоденальної прохідності, запобігти розвитку рефлюксу з тонкої в два-

надцятипалу кишку, не порушує кровопостачання органів анастомозу.

Перелік фігур креслення.

На Фіг.1 зображений поперечний антиперистальтичний дуоденоєюноанастомоз.

На Фіг.2 зображений подовжній антиперистальтичний дуоденоєюноанастомоз.

На Фіг.3 зображений подовжній ізоперистальтичний дуоденоєюноанастомоз.

На Фіг.4 зображений поперечний ізоперистальтичний дуоденоєюноанастомоз.

Список літератури.

1. Вітебський Я.Д. Клапанне анастомози в хірургії травного тракту М. «Медицина», 1988, 112с.

2. Нестеренко Ю.А., Ступін В.А., Федоров А.В., Богданов А.Е. Хронічна дуоденальна непрохідна. - М.: Медицина, 1990. - 240с.

3. Позитивне рішення про видачу патенту МПК (2006) А61В17-00. Спосіб хірургічного лікування дуоденальної непрохідності. Велігоцький М.М., Арутюнов С.Є., Велігоцький О.М. та інші. Заявлене 28.07.2008, № заявки U 2008 №09776.

Фіг.1.

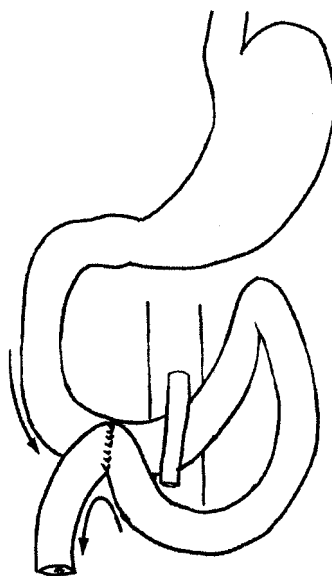


Fig.2.

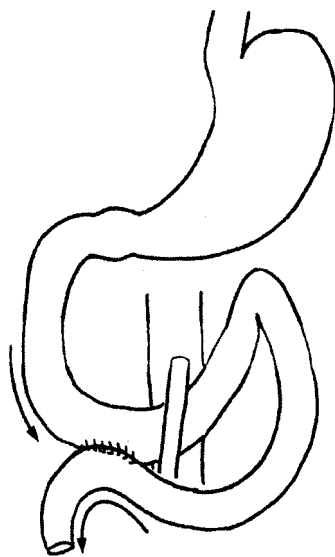


Fig.3.

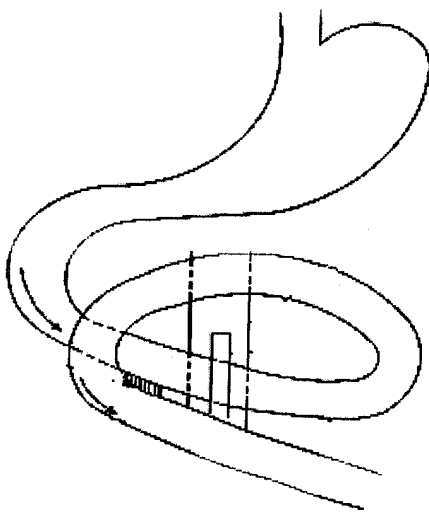


Fig. 4.

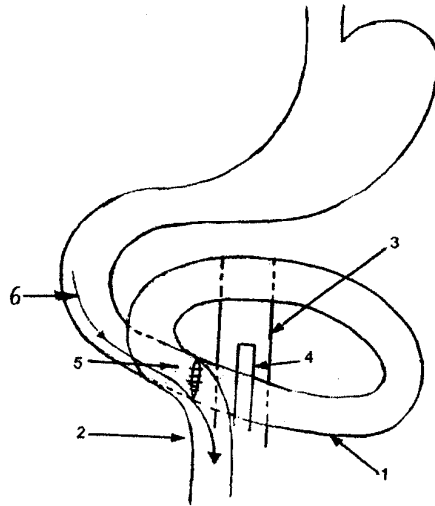


Fig. 1.

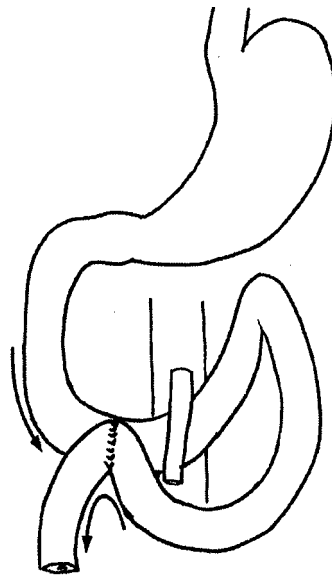


Fig.2.

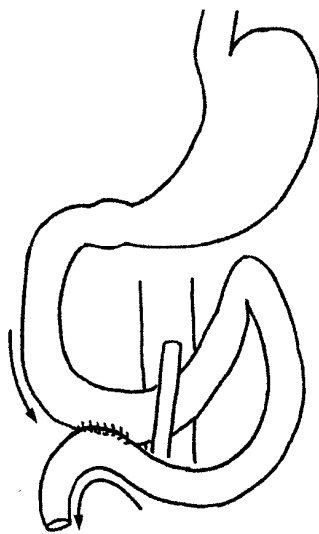


Fig.3.

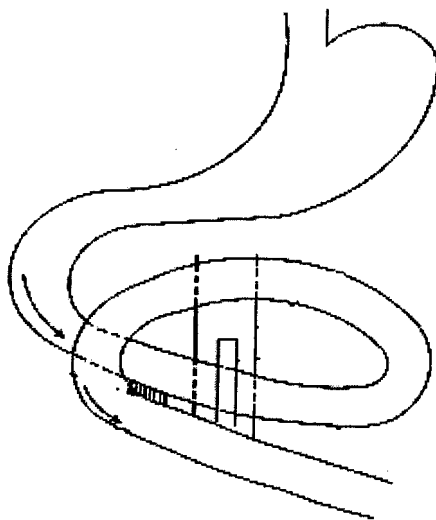


Fig.4.

