



УКРАЇНА

ДЕРЖАВНЕ  
ПАТЕНТНЕ  
ВІДОМСТВО

(19) *\*/S/~\ (I i)* \_\_\_\_\_

<5i>sA61B 17/11, 17/00

## НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НОВОУТВОРЕНЬ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА

1

(20)94270990, 15 07 93  
(21)4918987/14 (22) 14  
03.91.SU (46)29 12 94.  
Бюл. №8-1

(56) И.Литтманн "Оперативная хирургия",  
Будапешт, 1985, с 624  
(71) Київський науково-дослідний Інститут  
клінічної та експериментальної хірургії

(72) Шалімов Олександр Олексійович, Скляр  
Олег Валентинович, Копчак Володимир Ми  
хайлович, Насташенко Ігор Леонідович

(73) Київський науково-дослідний Інститут  
клінічної та експериментальної хірургії (UA)  
(57) Способ лечения новообразований боль-  
шого дуоденального соска, включающий хо-  
ледоходуодено-ипанкреатикодуодензльный  
анастомоз, о т л и ч а ю щ и й с я г е м , что  
мобилизуют медиальную стенку нисходяще-  
го отдела двенадцатиперстной кишки, про-  
водят углообразный надрез слизистой  
оболочки вокруг отверстий анастомозов с  
проксимально расположенной вершиной и  
от нее сшивают сначала мышечное дно, а  
затем наружные края надреза

С

Изобретение относится к медицине, а  
именно к хирургии и может быть использо-  
вано при хирургическом лечении  
новообразований большого соска  
двенадцатиперстной кишки.

Известен способ лечения новообразо-  
ваний большого соска двенадцатиперстной  
кишки посредством его резекции и наложе-  
ния холедоходуодено-панкреатикодуодено-  
анастомозов [1].

Способ осуществляется следующим об-  
разом. После мобилизации двенадцатипер-  
стной кишки по Кохеру производят  
продольное рассечение ее передней стенки  
над большим сосочком двенадцатиперстной  
кишки, последний резецируют и накладывают  
холедоходуодено- и панкреатикодуоде-  
ноанастомозы.

Основным недостатком указанного спо-  
соба является рефлюкс кишечного содержи-  
мого через анастомозы в общий желчный и  
главный панкреатический протоки, что при-  
водит к развитию с послеоперационном пе-

риоде таких осложнений как хронический  
холангит, хронический панкреатит. Прямой  
контакт агрессивного кишечного содержи-  
мого с областью анастомозов способствует  
хроническому воспалению тканей и рубцо-  
вому сужению последних.

Задачей изобретения является созда-  
ние такого способа хирургического лечения  
новообразований большого дуоденального  
соска, который обеспечивал бы предупреж-  
дение рефлюкса кишечного содержимого

Поставленная задача решается тем, что  
после продольного рассечения передней  
стенки двенадцатиперстной кишки прово-  
дят резекцию патологически измененного  
большого соска двенадцатиперстной кишки  
с наложением холедоходуодено- и панкреа-  
тикодуоденоанастомозов, дополнительно  
мобилизируют медиальную стенку нисходя-  
щего отдела двенадцатиперстной кишки,  
выполняют охватывающий зону анастомо-  
зов У-образный надрез слизистой двенадца-  
типерстной кишки до мышечного слоя

вершиной направленный антиперистальтически, сшивают мышечное дно бранш У-образно углообразного надреза над анастомозами, сопоставляя края надреза от его вершины, тем самым формируя из медиально-задней стенки двенадцатиперстной кишки изоперистальтический карман, укрывающий холедоходуодено- и панкреатодуоденоанастомозы.

Дополнительная частичная мобилизация медиальной стенки нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки позволяет свести швами края У-образного надреза слизистой, а в сочетании У-образной формой надреза, охватывающего холедоходуодено- и панкреатодуоденоанастомозы - сформировать из медиально-задней стенки двенадцатиперстной кишки карман, укрывающий анастомозы; карман, образованный двумя складками стенки двенадцатиперстной кишки, является органическим продолжением нервномышечного аппарата последней.

Антиперистальтическая направленность У-образного надреза обеспечивает формируемому карману изоперистальтичность, а сам надрез слизистой - сращение стенок кармана. При прохождении перистальтической волны одновременное сокращение стенок кармана и двенадцатиперстной кишки приводит к закрытию отверстий анастомозов и изолирует их от кишечного содержимого.

Способ выполняют следующим образом (см. фиг. 1). После лапаротомии мобилизуют двенадцатиперстную кишку Vno Кохеру, мобилизуют ее медиальный край 2. Пальпаторно определяют положение опухолевидно измененного большого соска двенадцатиперстной кишки и рассекают над ним переднюю стенку кишки 3 на протяжении 2,5-3,0 см. Уточняют размеры опухоли ее связь с окружающими тканями, отсутствие метастазов. И после установления показаний к выполнению предлагаемой операции производят резекцию большого соска двенадцатиперстной кишки с опухолью. Накладывают холедоходуодено - 4 и панкреатодуоденоанастомозы 5 единичными швами, сопоставляя края слизистой оболочки медиальной стенки двенадцатиперстной кишки 1 с краями срезов общего желчного 4 и главного панкреатического 5 протоков. Производят У-образный надрез 6 слизистой медиально-задней стенки двенадцатиперстной кишки 1 до ее мышечного слоя, охватывая зону наложенных ранее анастомозов 4,5. Надрез 6 выполняют отступая 0,5-0,6 см от анастомозов 4,5 так, чтобы его вершина 7 была ориентирована антиперистальтически. Начиная от вершины 7, за-

хватывая лишь мышечное дно надреза 6, сводят его противоположные края единичными швами 8. Таким образом формируют укрывающий холедоходуодено- и панкреатодуоденоанастомозы карман 9, своим входом 10 открытый изоперистальтически. Переднюю стенку двенадцатиперстной кишки ушивают в поперечном направлении двухрядным швом 11. Дренажи к двенадцатиперстной кишке, шов раны передней брюшной стенки. Сформированный в результате предлагаемой операции изоперистальтический карман при прохождении химуса по двенадцатиперстной кишке за-15 крывает холедоходуодено-и панкреатодуоденоанастомозы, препятствуя рефлюксу кишечного содержимого в желчные протоки и проток поджелудочной железы. Просвет двенадцатиперстной кишки сохраняется т.к. 20 его уменьшение при формировании кармана из стенки кишки полностью компенсируется поперечным ушиванием продольного разреза передней стенки кишки.

Пример.

25 Больной К., 46 лет, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, выраженную желтушность слизистых оболочек и кожных покровов, обесцвечивание кала, потемнение мочи.

30 Обследован: биохимия крови, общий билирубин 348,0 ммоль/л, прямой билирубин 150,0 ммоль/л, АПАТ - 2,04, АСАТ - 1,18.

УЗИ ~ желчный пузырь увеличен, застойных конкрементов не содержит, внутрипеченочные протоки расширены, гепатохоледох до 14 мм в диаметре - УЗИ признаки механической желтухи. Дуоденоскопия - по медиальному контуру нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки в 40 его средней трети определяется дефект наполнения до 2,5 см в диаметре. Дуоденоскопия - большой сосок двенадцатиперстной кишки грубо увеличен, из его устья пролабируют разрастания по типу цветной капусты, 45 контактно легко ранимые, из них взята биопсия. Данные патогистологического исследования - аденокарцинома. Установлен диагноз рак большого соска двенадцатиперстной кишки T1MoNo.

50 Рекомендовано оперативное лечение. Проведена соответствующая предоперационная подготовка больного.

Верхнесрединная лапаротомия. Ревизия органов брюшной полости. В просвете 55 двенадцатиперстной кишки в средней ее трети пальпируется подвижное опухолевидное образование. Мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру, пальпаторно определяется опухоль большого соска двенадцатиперстной кишки диаметром до 2,5

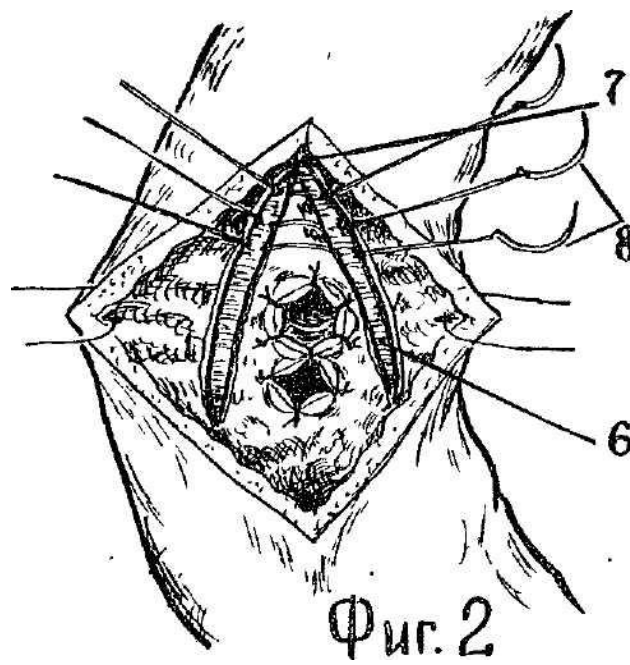
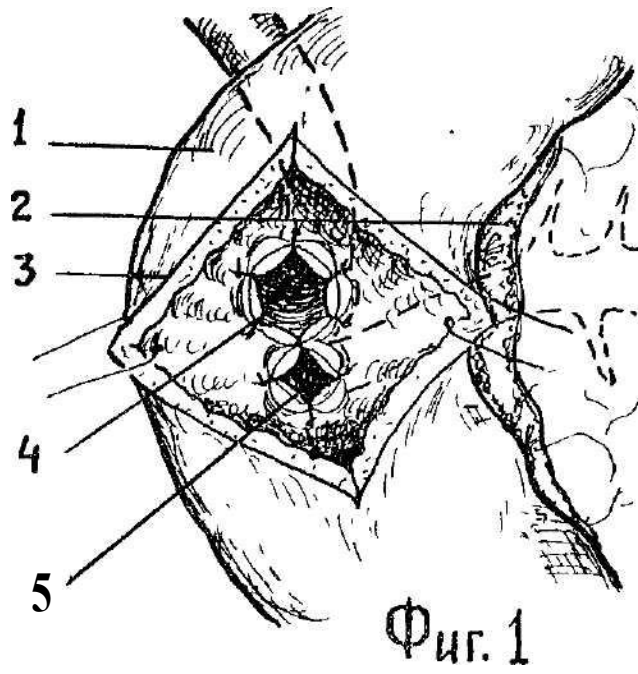
см. Мобилизация медиального края нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки с сохранением сосудов. Произведено рассечение передней стенки двенадцатиперстной кишки над новообразованием. Опухоль 5 в головку поджелудочной железы не прорастает, кровоточит при контакте. Наложены лигатурные держалки на опухоль, выполнена резекция большого сосочка двенадцатиперстной кишки с опухолью, гемостаз 10 диатермокоагуляцией и прошиванием. Сопоставляя единичными швами слизистую оболочку задней стенки двенадцатиперстной кишки с краями срезов общего желчного и главного панкреатического протоков 15 сформировали холедоходуодено- и панкреатикодуоденоанастомоз. Произведен У-образный надрез слизистой заднемедиальной стенки двенадцатиперстной кишки до ее мышечного слоя, охватывая зону наложенных анастомозов. Надрез выполнен, отступая 0,6 см от анастомозов, вершиной ориентирован антиперистальтически. Начиная от вершины, захватывая лишь мышечное дно противоположных краев надреза 25 последние сопоставлены единичными швами атравматической нитью № 5. Таким образом, из задней стенки двенадцатиперстной кишки сформирован карман, укрывающий холедоходуодено- и панкреатикодуоденоанастомозы и открытый изоперистальтически. Передняя стенка двенадцатиперстной кишки ушита в поперечном направлении двухрядным швом. Контроль гемостаза, туалет раны. Два дренажа под двенадцатиперстную кишку и к месту ее ушивания. Шов раны передней брюшной стенки. Асептическая повязка. Течение послеоперационного периода гладкое. Выписан на 12-е сутки по-

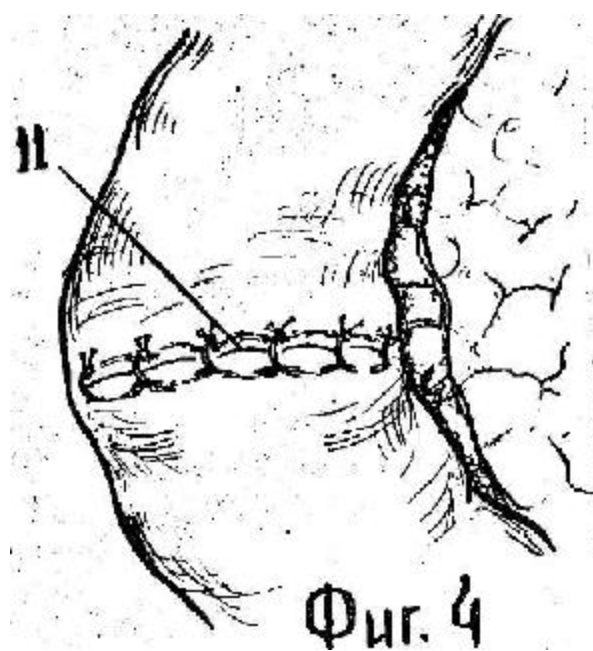
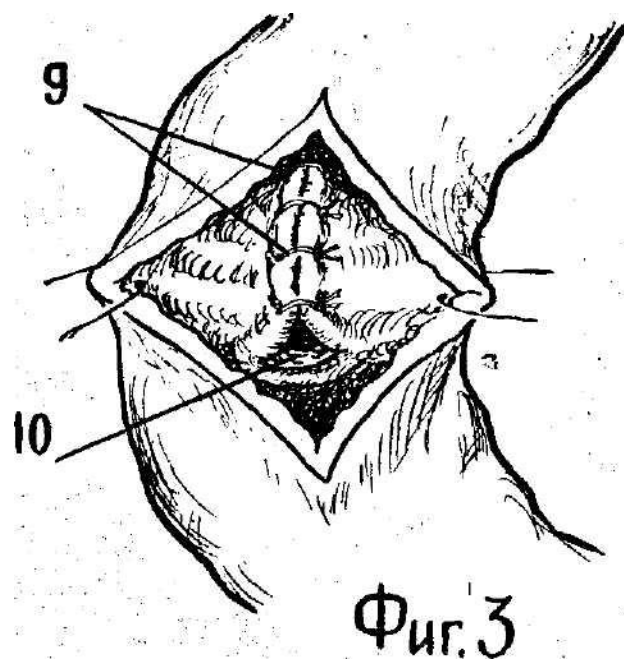
сле операции в удовлетворительном состоянии.

Обследован в клинике через 5 месяцев. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Эндоскопическая картина соответствует перенесенной операции: в средней трети двенадцатиперстной кишки дифференцируется изоперистальтический карман, из которого поступает желчь. Произведена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография. Панкреатический проток не изменен, проходим на всем протяжении, гепатохоледох до 0,9 см в диаметре, желчный пузырь депонирует контрастное вещество. При компьютерной томографии и ультразвуковом исследовании данных за рецидив заболевания также не выявлено.

По разработанной методике в клинике оперировано 4 больных. У всех больных отмечены хорошие послеоперационные результаты. При обследовании в сроки от 3 до 7 месяцев данных за рецидив заболевания не выявлено, проходимость магистральных желчных путей и главного панкреатического протока свободная, послеоперационных осложнений в виде панкреатита, холангита ни у одного из больных не отмечалось, в то время когда в контрольной группе больных из 4-х человек выбранных произвольно из числа перенесших операцию по способу-прототипу, у троих больных отмечены явления холангита и у двоих из них имелись проявления панкреатита.

Т.о. применение предлагаемого способа в клинике позволит снизить число послеоперационных осложнений в виде рефлюкса кишечного содержимого.





Упорядник І.Насташенко

Техред М.Моргентал

Коректор М.Король

Замовлення 645

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,  
254655, ГСП, КиТв-53, Львівська пл., 6

