



МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **115292** (13) **C2**
(51) МПК
A61B 17/11 (2006.01)

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

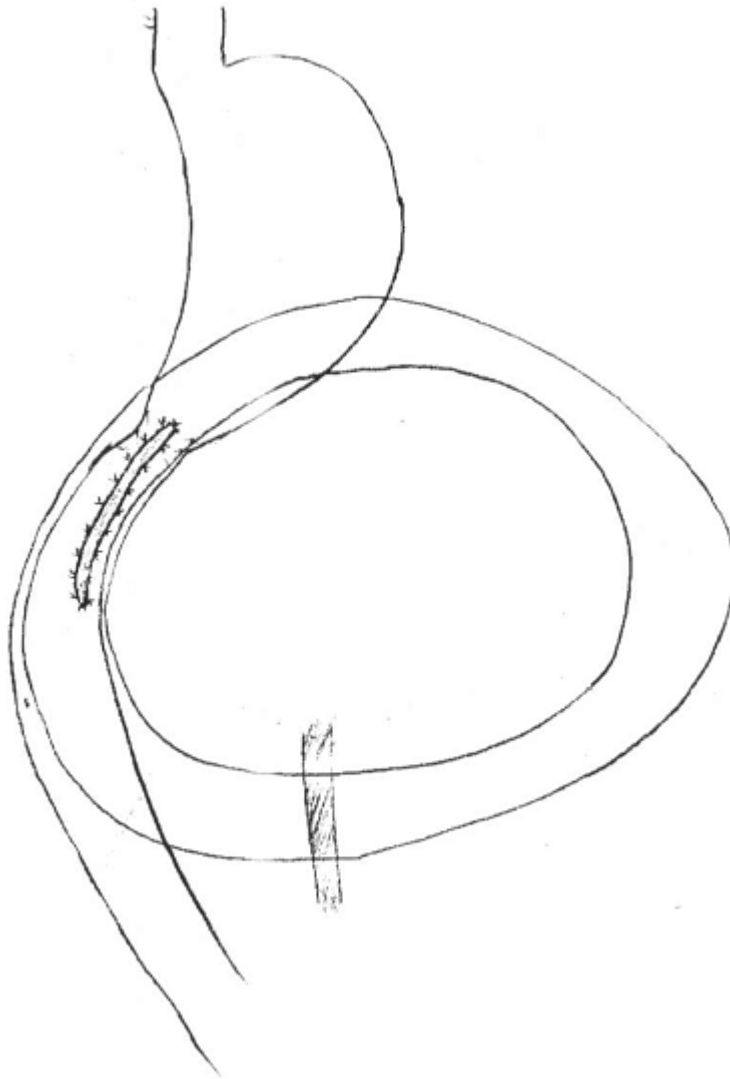
<p>(21) Номер заявки: а 2016 12834</p> <p>(22) Дата подання заявки: 16.12.2016</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: 10.10.2017</p> <p>(41) Публікація відомостей про заяву: 12.06.2017, Бюл.№ 11</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.10.2017, Бюл.№ 19</p>	<p>(72) Винахідник(и): Каніковський Олег Євгенійович (UA), Павлик Ігор Васильович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p> <p>(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: UA 8649 U, 15.08.2005 UA 42542 U, 10.07.2009 UA 112735 C2, 10.10.2016 UA 47908 U, 25.02.2010 RU 2506904 C1, 20.02.2014 RU 2404716 C2, 27.11.2010 Способ проксимальної дуоденоєюноанастомозии: инструкция по применению /Жандаров К.Н., Колоцей В.Н. // Министерство здравоохранения республики Беларусь - 2000. - С. 3 Диагностика и оперативное лечение язвенной болезни и ее осложнений на фоне артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки / В.Н. Репин, М.В. Репин, А.С. Ефимушкина // Медицинский альманах. 2013. - № 5 (29). - С. 83 - 86</p>
--	--

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ДУОДЕНОЄЮНОАНАСТОМОЗУ

(57) Реферат:

Винахід стосується способу формування дуоденоєюноанастомозу, що передбачає виконання ізоперистальтичного дуоденоєюноанастомозу за якого розсікають пілорус і престенотичну частину дванадцятипалої кишки, а анастомоз виконують бік в бік з петлею тонкої кишки на відстані 30-40 см від кута Трейца, що робить півколо.

UA 115292 C2



Фиг. 1

Винахід належить до медицини та може використовуватися в хірургії, при оперативних втручаннях з приводу органічного дуоденостазу.

Серед існуючих способів, відомим є такий, при якому накладають дуоденоєюноанастомоз бік в бік з нижньогоризонтальною віткою ДПК - анастомоз накладають в поперечному антиперистальтичному напрямку [Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроентерологии. Челябинск. 1991]. Однак недоліком цього методу є те, що накладається анастомоз антиперистальтично, що може призвести до розвитку порочного кола.

Як вдосконалення вищевказаного методу Велігоцький М.М. та ін. розробили ізоперистальтичний дуоденоєюноанастомоз, який відрізняється тим, що анастомоз між ДПК та тонкою кишкою в поперечному антирефлюксному напрямку [Велігоцький М.М. та ін. Спосіб хірургічного лікування хронічної дуоденальної непрохідності. Патент на корисну модель. U200901 122 від 10.07.2009. бюлетень № 13. - 2009].

Однак недоліки обох способів полягають в тому, що при хронічному панкреатиті, як правило, місце обструкції знаходиться вище нижньогоризонтальної вітки, яка мобілізується з-під кореня брижі, а також виконати мобілізацію в умовах рубцьових стриктур не завжди представляється можливим. Також, операція області нижньогоризонтальної вітки ДПК не дає можливості проводити маніпуляції в області Фатерового соска.

В основу винаходу "Спосіб формування дуоденоєюноанастомозу" поставлено задачу знайти такий спосіб оперативного лікування хворих на органічний дуоденостаз, який дозволяє найбільш простим шляхом ліквідувати дуоденальну непрохідність у соматично важких хворих, які не перенесуть резекційних видів оперативних втручань.

Поставлена задача досягається способом, в якому згідно з винаходом виконуємо ізоперистальтичний дуоденоєюноанастомоз бік в бік з петлею тонкої кишки на відстані 30-40 см від кута Трейца, що робить півколо та розсіченням пілоруса.

Спосіб лікування зображений на кресленні.

Спосіб здійснюється таким чином: після виконання верхньо-серединної лапаротомії виконується мобілізація дванадцятипалої кишки по Кохеру. Оцінюється ширина всіх відділів дванадцятипалої кишки. Визначається місце стенозу дванадцятипалої кишки. Проводиться престенотичне розсічення цибулини та вертикальної вітки ДПК з пересіченням пілоруса. Загальна довжина розрізу досягає;ю 8 см, для найбільш повного розсічення престенотичного мішка і попередження утворення сліпого карману Потім на відстані 30-49 см від кута Трейца береться петля тонкої кишки, яка робить півколо, підводиться до цибулини та вертикальної вітки ДПК. Виконується ізоперистальтичний поздовжній дуоденоєюноанастомоз бік в бік двохранним швом (креслення).

Таким чином, запропонована органозберігаюча операція у хворих на органічний дуоденостаз, як альтернатива панкреатодуоденальній резекції. Стеноз ліквідується за допомогою ізоперистальтичного дуоденоєюноанастомозу бік в бік.

Клінічний приклад виконання запропонованого способу вибору оперативного лікування при хронічному панкреатиті.

Хворий Т., IX № 5816, 61 рік, поступив в хірургічне відділення Вінницької клінічної центральної районної лікарні 22.09.16. На момент поступлення хворий скаржився на виражені болі в верхніх відділах живота, що іррадіують в поперек, болі пов'язував з прийомом їжі, блювання напередодні з'їденою їжею, втрату ваги тіла на 12 кг. З анамнезу відомо, що хворіє протягом 6 місяців, коли з'явилися вищеперераховані скарги.

Результати додаткових методів обстеження на момент поступлення:

Лаб. обстеження - Са 19-9 (18.09.16) - 30 од/мл (норма до 34).

ФГДС (19.09.16) - ЖК-компенсований дуоденостаз. Проростання С-г головки підшлункової залози в ДПК?

КТ (18.09.16) - Хронічний обструктивний панкреатит, сарсег голови підшлункової залози? Ознаки біліарної гіпертензії. Декомпенсований дуоденостаз.

Було встановлено попередній діагноз:

Основний: Хронічний панкреатит з вираженим больовим синдромом. Сарсег голови підшлункової залози?

Ускладнення: Дуоденальний стеноз. Механічна жовтяниця.

Супутній: ІХС. Дифузний кардіосклероз. СН 0 ступеня.

Виконано оперативне лікування (21.09.16): Операція дуоденоєюноанастомоз на короткій петлі, зовнішнє дренирування холедоха.

Верхньо-серединна лапаротомія. В черевній порожнині спайковий процес. Загальна жовчна протока 1,5 см. Дно шлунку опускається в малий таз, дванадцятипала кишка розширена до переходу в нижньогоризонтальну вітку. В області підшлункової залози пальпується інфільтрат.

Доступ до підшлункової залози через lig. gastrocolica. Підшлункова залоза кам'янистої щільності. Розмір головки складає 7 см, тіло 5 см, хвіст - 3 см.

На основі отриманих даних вирішено виконати дуоденоєюноастомоз на короткій петлі з розсіченням пілоруса, зовнішнє дренування холедоха.

- 5 Виконано мобілізацію дванадцятипалої кишки по Кохеру. Місце стенозу дванадцятипалої кишки знаходиться на рівні переходу вертикальної в горизонтальну вітку дванадцятипалої кишки. Виконано престенотичне розсічення цибулини та вертикальної вітки ДПК з пересіченням пілоруса. Загальна довжина розрізу досягає біля 8 см. На відстані 30-49 см від кута Трейца петля тонкої кишки, яка робить півколо, підведена до цибулини та вертикальної вітки ДПК.
- 10 Виконано ізоперистальтичний поздовжній дуоденоєюноанастомоз бік в бік двохранним швом. Через окремих холедохотомний розріз до 0,5 см, виконано зовнішнє дренування холедоха по Вишневському. Санація та дренування черевної порожнини. Черевна порожнина ушита наглухо. Асептична пов'язка.

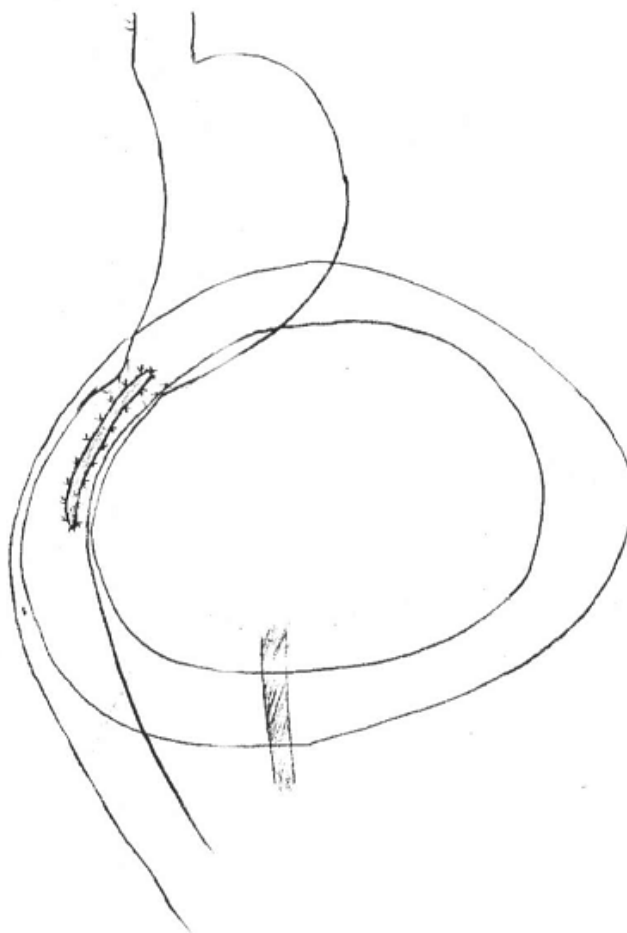
- 15 Післяопераційний період протікав гладко, без ускладнень. На момент виписки хворого турбували помірні болі в епігастрії.

Запропонований спосіб лікування дозволяє усунути дуоденальний стеноз шляхом накладання ізоперистальтичного дуоденоєюноанастомоза на короткій петлі.

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

20

Спосіб формування дуоденоєюноанастомозу, що передбачає виконання ізоперистальтичного дуоденоєюноанастомозу, який **відрізняється** тим, що розсікають пілорус і престенотичну частину дванадцятипалої кишки, а анастомоз виконують бік в бік з петлею тонкої кишки на відстані 30-40 см від кута Трейца, що робить півколо.



Фіг. 1

Комп'ютерна верстка О. Рябко

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601