



УКРАЇНА

(19) UA (11) 7037 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ УШИВАННЯ КУКСИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ НИЗЬКОРОЗМІЩЕНІЙ КРОВОТОЧИВІЙ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗЦІ**

1

2

(21) 20040604460

(22) 08.06.2004

(24) 15.06.2005

(46) 15.06.2005, Бюл. № 6, 2005 р.

(72) Козак Іван Олександрович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб ушивання кукси дванадцятипалої кишки при низькорозміщеній кровоточивій дуоденаль-

ній виразці, що передбачає резекцію шлунка за Більрот-II, висічення або екстериоризацію та прошивання кровоточивої виразки, який відрізняється тим, що краї відкритої кукси дванадцятипалої кишки ушивають двома поперечними П-подібними швами, інвагінують куксу в просвіт дванадцятипалої кишки.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може застосовуватись при лікуванні виразок дванадцятипалої кишки. Найближчим до запропонованого є спосіб ушивання кукси дванадцятипалої кишки Ніссена (1932) при низькорозміщених дуоденальних виразках, що зводиться до того, що дванадцятипалу кишку пересікають на рівні дистального краю виразки. Вузловими швами через всі шари підшивають передній край кишки до дистального краю виразки. Другим рядом вузлових серозно-м'язевих швів передню стінку ушитої кишки підшивають до проксимального краю пенетруючої виразки, тампонують її. Третім рядом швів передню стінку дванадцятипалої кишки підшивають до очеревини підшлункової залози [Мягтяшин І.М., Глузман А.М. Справочник хірургічних операцій. Київ, "Здоров'я", 1979 с.63]

Однак вказаний спосіб має ряд недоліків. При ушиванні дуоденальної кукси вузловими швами з'єднують неоднорідні тканини - передній край відсіченої від шлунка дванадцятипалої кишки і кальозний край виразки. Незанурення країв кукси в просвіт дванадцятипалої кишки небезпечно просочуванням дуоденального вмісту поміж швами кукси. Підшивання сформованої кукси до очеревини підшлункової залози пов'язане з травмою тканини органу, може привести до післяопераційного панкреатиту і неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки.

В основу корисної моделі "Спосіб ушивання кукси дванадцятипалої кишки при низькорозміщеній кровоточивій дуоденальній виразці" поставлене завдання шляхом ушивання відкритої кукси

дванадцятипалої кишки двома поперечними П-подібними швами та інвагінації ушитої кукси в просвіт дванадцятипалої кишки зменшити ризик пошкодження підшлункової залози та великого дуоденального сосочка і ризик неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки. Це досягається способом, що передбачає резекцію шлунка за Більрот-II, висічення або екстериоризацію та прошивання кровоточивої виразки, згідно з корисною моделлю ушивання відкритої кукси виконують двома поперечними П-подібними швами, інвагінують куксу в просвіт дванадцятипалої кишки

Результат зумовлений можливістю оперувати на невеликій ділянці над виразкою не пошкоджуючи підшлункової залози, великого дуоденального сосочка, з'єднанням однорідних тканин при інвагінації країв кукси, створюючи оптимальні умови для загоєння рани кукси, найменшим натягуванням тканин і відсутністю травмування підшлункової залози при укріпті швів ушитої кукси і зводиться до підвищення надійності швів кукси і профілактики неспроможності її швів, що в кінцевому результаті веде до зниження післяопераційної летальності.

Спосіб здійснюють таким чином.

Мобілізацію шлунка розпочинають з великої кривизни та оголюють останню до виразкового інфільтрату. Розсікають рубцеві нашарування передньої стінки дванадцятипалої кишки. Виділяють її із запального інфільтрату. Відсікають дванадцятипалу кишку від шлунка. Виділяють місце кровотечі з виразки. З метою полегшення зупинки кровотечі розсікають передню стінку кишки по

(19) UA (11) 7037 (13) U

вільному краю подовжно протягом 1,5-2, см. При масивній артеріальній кровотечі із виразки вказівний палець лівої руки заводять в чепцевий отвір. Великий палець тієї ж руки кладуть на підшлункову залозу. Зводзячи вказівний та великий пальці лівої руки, стискають голівку підшлункової залози, досягають тимчасової зупинки кровотечі. Послаблюючи пальці, виявляють кривавляче місце, прошивають його потовщеною лавсановою ниткою восьмиподібним швом. Зав'язують лігатуру. Переконаються в кінцевому гемостазі. Оцінюють цілісність загальної жовчевої протоки, великого дуоденального сосочка. Виділення жовчі із дванадцятипалої кишки після натискування на жовчевий міхур свідчить про анатомічну цілісність вказаних органів.

Формування кукси розпочинають з проведення двох міцних лавсанових лігатур під слизовою оболонкою заднього краю дуоденальної кукси в поперековому напрямку. Лігатури проводять в підслизовому шарі на 2см нижче виразки (при наявності вільної задньої стінки дванадцятипалої кишки вкол і викол виконують з боку серозної оболонки). Кінці ниток фіксують кровоспинними затискачами.

Занурюють краї дванадцятипалої кишки з цією метою обидві стінки кишки затискають анатомічним пінцетом. Теж саме виконують другим пінцетом з боку малої кривизни шлунка. Забрані обидві стінки занурюють в порожнину кукси. Звільняють лавсанові нитки від затискачів і по чергово накладають медіальний і латеральний П-подібні шви. Кожну із ниток проводять глибоко в серозно-м'язевому шару передньої стінки дванадцятипалої кишки перпендикулярно до краю кишки, відступаючи від нього на 1,5-2см. Обидві нитки зав'язують. П-подібні шви доповнюють трьома-чотирма вузловими серозно-м'язевими швами.

Оголений виразковий кратер, що являє собою вражену виразкою печінково-дванадцятипалу зв'язку або голівку підшлункової залози тампонуєть шматом великого чепця на судинній ніжці, досягаючи таким чином своєрідної перитонізації дна виразки. Накриту чепцем виразку прикривають другим рядом вузлових лавсанових швів, захвачуючи при цьому передню дуоденальну стінку та дальній від неї край виразки. Виконують резекцію шлунка за методом Більрот-II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера.

Приклад

Хворий О., 62 років, переведений із вузлової залізничної лікарні 24.12.1987р. Протягом трьох років відмічає печію, болі в правій поперековій ділянці. Два тижні тому з'явилися ознаки шлунково-кишкової кровотечі. При поступленні в хірургі-

ний стаціонар Хмельницької обласної лікарні стан хворого важкий. Шкіра різко бліда. Пульс 90 ударів за хвилину. АТ 100/60мм.рт.ст. При ректальному дослідженні виявлено кал чорного кольору. Аналіз крові: Hb - 46г/л. Ер - 1,5Т/л, КП - 0,9, Нt - 0,12. При ендоскопічному дослідженні виявлена "дзеркальна" виразка зацибулинного відділу дванадцятипалої кишки, дві тромбовані судини. Проводилась гемостатична терапія, переливання еритроцитарної маси, кріоплазми. 25.12.1987р. о 13год в зв'язку із рецидивом кровотечі хворий оперований. В зацибулинному відділі дванадцятипалої кишки виявлено щільний запально-виразковий інфільтрат, що обіймає печінково-дванадцятипалу зв'язку, розповсюджується на голівку підшлункової залози. Шлунок мобілізований по малій і великій кривизні, розсічені зрошення по вентральній і дорзальній поверхні дванадцятипалої кишки, кишка мобілізована за Кохером, відсічена від цибулинної частини по краю виразки. Виразка біля 6-7см в діаметрі задньої стінки дванадцятипалої кишки займає більше половини просвіту кишки, пенетрує в гепатодуоденальну зв'язку і підшлункову залозу. На дні виразки є згортки крові, після видалення якого оголились дві арозовані судини. Виникла масивна кровотеча. Кровоточиві судини прошиті лавсановими нитками. При натискуванні на жовчевий міхур на задньо-медіальній стінці дванадцятипалої кишки виявлена цівка витікаючої жовчі. Великий дуоденальний пиптик розташований в 1,3см від нижнього краю виразки. Шлунок мобілізований по великій і малій кривизні. Кукса дванадцятипалої кишки ушита двома поперечними П-подібними швами, інвагінована в просвіт кишки, перитонізована вузловими лавсановими швами. Кратер виразки тампонований великим чепцем на судинній ніжці. Передня стінка кукси підшита над чепцем до проксимального краю виразки. Виконана резекція шлунка за Більрот-II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера. Післяопераційних ускладнень не було. Хворий виписаний на 13 день післяопераційного періоду. При виписці аналіз крові: Hb - 74г/л, Ер - 3,02Т/л. Оглянутий через 3 місяці. Показники крові нормальні. Скарг немає.

В клініці та при виїздах хірурга-консультанта в райони області обробка кукси представленим способом виконана 14 хворим. Неспроможності швів дуоденальної кукси не було.

Спосіб дозволяє поліпшити безпосередні наслідки оперативного втручання при низькорозміщеній кровоточивій дуоденальній виразці, запобігти ушкодженню великого дуоденального сосочка та післяопераційного панкреатиту, поліпшити умови формування кукси та підвищити її надійність.