



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 7038

(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 ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПРИ ОПЕРАЦІЯХ З ПРИВОДУ КРОВОТОЧИВИХ ПРИСОСОЧКОВИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК**

1

(21) 20040604464
(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 хірургічного лікування пошкодження великого дуоденального сосочка при операціях з приводу кровоточивих присосочкових дуоденаль-

2

них виразок, що передбачає резекцію шлунка, ушивання культі дванадцятипалої кишки нижче виразки, розміщеної в зоні впадіння холедоха і вірсунгової протоки, формування гастроентероанастомозу на короткій петлі, який відрізняється тим, що виконують реплантацію великого дуоденального сосочка в ізольовану за Ру петлю тонкої кишки, накладають єюноєюноанастомоз кінець в бік.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може застосовуватись при лікуванні кровоточивих присосочкових дуоденальних виразок.

Відомий спосіб хірургічного лікування присосочкових виразок, що зводиться до вшивання голівки підшлункової залози разом з фатеровим соском в дванадцятипалу кишку [Santy et Durons, 1947] (Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операцій на пищевод, желудке и двенадцатиперстной кишке. М., Медицина, 1945, с.262-264).

Недоліками цього способу являються:

а) високий ризик недостатності швів анастомозу;

б) велика ймовірність розвитку післяопераційного панкреатиту у 60-70 % хворих.

Найближчим до запропонованого є спосіб хірургічного лікування пошкодження Фатерового соска при операціях з приводу кровоточивих великих присосочкових дуоденальних виразок [Шелетько Е.Н., Козлов С.Н., Лыськив Б.Б., Щербина М.В. Новые технологии операций на выходном отделе желудка по поводу осложненной язвенной болезни. //Клінічна хірургія. -2002. -№5-6. с 29-30], який заключається в виконанні антрумектомії з ваготомією, формуванні гастроентероанастомозу на довгій петлі, реімплантації фатерового соска в дванадцятипалу кишку, папілосфінктеротомії і папілосфінктеропластиці, трансдуоденальному транспаплярному керованому зовнішньому дренажу холедоха, перитонізації ушитої культі стінкою привідної петлі порожньої кишки гастроентероанастомозу.

Разом з тим і даний спосіб має ряд недоліків.

Формування гастроентероанастомозу на довгій петлі супроводжується розвитком порочного кола, не виключає попадання кишечного вмісту з відповідної петлі гастроентероанастомозу в дуоденальну культю, сприяє підвищенню гідростатичного тиску в культі. Закидування хімуса в панкреатичну протоку зумовлює небезпеку післяопераційного панкреатиту і неспроможності швів кишки в місці реплантації дуоденального сосочка. Наявність дренажа холедоха в сосочку небезпечно обтурацією папіли, порушенням пасажу панкреатичного соку в кишку, загрозою розвитку ретенційного панкреатиту. Трансдуоденальне проведення транспаплярного керованого дренажа холедоха підвищує травматичність і тривалість операції.

В основу корисної моделі "Спосіб хірургічного лікування пошкодження великого дуоденального сосочка при операціях з приводу кровоточивих присосочкових дуоденальних виразок" поставлено завдання шляхом реплантації великого дуоденального сосочка в ізольовану за Ру петлю порожньої кишки з єюноєюноанастомозом кінець в бік зменшити ризик гострого післяопераційного панкреатиту, неспроможності швів в місці реплантації дуоденального сосочка. Це досягається способом, що передбачає резекцію шлунка, ушивання культі дванадцятипалої кишки нижче виразки, розміщеної в зоні впадіння холедоха і вірсунгової протоки формування гастроентероанастомозу на короткій петлі, згідно з корисною моделлю виконують реплантацію великого дуоденального сосочка в ізольовану за Ру петлю тонкої кишки, єюноєюноанастомоз кінець в бік.

Результат зумовлений відсутністю підвищення

(13) U

(11) 7038

(19) UA

гідростатичного тиску в ізольованій за Ру петлі тонкої кишки, наявності благоприємних умов для функціонування реплантованого великого дуоденального сосочка та загоєння рани в місці реплантації сосочка в порожню кишку, зводиться до попередження гострого післяопераційного панкреатиту, підвищення надійності швів, профілактики неспроможності швів в місці реплантації великого дуоденального сосочка, що в кінцевому результаті веде до зниження післяопераційної летальності.

Спосіб здійснюється таким чином. Виконують верхню середню лапаротомію, підтверджують діагноз виразкової хвороби і наявність ознак шлунково-кишкової кровотечі. Мобілізують дві третини шлунка по обидвох кривинах і дванадцятипалу кишку за Кохером, відсікають шлунок від дванадцятипалої кишки, з'ясовують місце кровотечі, прошивають кровоточиве місце виразки, переповнюються в кінцевому гемостазі. З'ясовують взаємозв'язок виразки з великим дуоденальним сосочком і стан останнього. При враженні сосочка виразковим процесом і відриві його від дванадцятипалої кишки дуоденальну культю ушивають двома рядками швів нижче зони розміщення жовчового і панкреатичного протоків. Виконують резекцію 2/3 шлунка. Формують гастроентероанастомоз на короткій петлі. Відступивши 30см від зв'язки Трейтца, порожню кишку пересікають впоперек, абсорбальний кінець її проводять позадуободово. В жовчовий та панкреатичний вивідні протоки вводять тоненькі катетери. Імплантують протоки в кінець ізольованої порожньої кишки одним рядом вузлових лавсанових швів. Катетери видаляють перед зав'язуванням останнього шва.

Приклад:

Хворий С., 49р. Поступив в хірургічне відділення Хмельницької обласної лікарні 31.07.1987р. зі скаргами на болі в животі, печію, загальну слабкість, спрагу. Хворіє на виразку 12-палої кишки 26 років, діабетом протягом трьох років. Один раз була шлунково-кишкова кровотеча. Фіброгастро-дуоденоскопія: стравохід вільно прохідний для ендоскопа, шлунок натще вміщує невелику кількість рідини. Складки слизової оболонки гіпертрофовані. Вихід із шлунка помірно звужений. Ендоскоп через воротар проходить. Цибулина ДПК різко деформована. На задній стінці цибулини глибока хронічна виразка. Аналіз крові: Нв - 130г/л, Ер - 4,0Т/л; КР - 0,98; Л - 6,8Г/л, ШОЕ - 5мм/год. Глюкоза крові - 15,9ммоль/л. В зв'язку з наявністю хронічної кальозної виразки 12-палої кишки, вираженою деформацією цибулини, звуженням ДПК, кровотечею із виразки в минулому вирішено хворого оперувати.

25.08.1987 року виконана операція. При ревізії органів черевної порожнини шлунок помірно розширений. Воротар та початкова частина цибулини ДПК не змінені. Зацибулинна частина кишки різко

деформована, звужена виразковим інфільтратом. На задній стінці кишки є виразка до 3см в діаметрі.

Шлунок мобілізований по великій та малій кривині, ДПК мобілізована по Кохеру. Виділення кишки з інфільтрату виявилось дуже важким у зв'язку із втягненням в інфільтрат печінково-дванадцятипалої зв'язки, голівки підшлункової залози. Просвіт ДПК розкритий по проксимальній частині виразки. З великими труднощами відділено ДПК від бокової та дистальної частини виразки, після чого кукса ДПК стала рухомою, доступною для етапу зашивання. Дно виразки діаметром 2,5см залишилось на голівці підшлункової залози. Кукса ДПК зашита трьохрядним швом. Виконана резекція шлунку за Гофмейстером - Фінстерером. До кукси ДПК підведені трубчаті дренажі.

В найближчі часи після операції хворий скаржився на різкі болі в животі, особливо в правій його половині, гикавку. Зберігалась тахікардія. Кількість сечі незначна (150мл). Язик був сухим, визначались симптоми подразнення очеревини справа. По дренажних трубках, підведених до підпечінкового заглиблення та введених назовні в правому підребер'ї витікала жовч. В зв'язку з наявністю клініки жовчевого перитоніту через 18 годин після операції виконана релапаротомія. В черевній порожнині біля 1 літра жовчі, ознаки жовчевого перитоніту. Шви кукси ДПК спроможні. На дні виразки, що залишилась на голівці підшлункової залози, виявлено отвір до 3мм в діаметрі, з якого після стиснення жовчного міхура виділяється жовч. В отвір встановлено катетер, по якому введено 6мл 30% розчину тріомбразу, виконано інтраопераційну холангіографію. Доказане пошкодження ВДП, що знаходиться в кратері хронічної зацибулинної виразки. Великий дуоденальний пилік знаходиться за межами сформованої дуоденальної кукси. В вірсунгову протоку встановлена тоненька дренажна трубка. Порожня кишка пересічена в 30см дистальніше зв'язки Трейтца, проксимальний кінець її підведений позадуободово до пошкодженого великого дуоденального сосочка. Великий дуоденальний сосочок вшитий кінець в кінець в порожню кишку одним рядом вузлових етіконових швів. Перед зав'язуванням останнього шва із вивідних протоків видалені дренажні трубки. Післяопераційний перебіг важкий, зумовлений інтоксикацією, нирковою недостатністю. Проводилась синдромна терапія, вводились інгібітори протеолітичних ферментів. Стан хворого покращився. Виписаний на 16-ту добу після операції. Оглянутий через 3 місяці і через 2 роки. Самопочуття добре. Диспептичних розладів немає.

В хірургічній клініці виконано 4 таких операції. Спосіб дозволяє поліпшити безпосередні та віддалені результати операції реімплантації великого дуоденального сосочка при ненавмисному його пошкодженні.