



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **72292** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2012 01936</p> <p>(22) Дата подання заявки: 20.02.2012</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.08.2012</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.08.2012, Бюл.№ 15</p>	<p>(72) Винахідник(и): Суходоля Анатолій Іванович (UA), Чубар Іван Вікторович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
--	--

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ РОЗРИВІВ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування травматичних розривів дванадцятипалої кишки передбачає висічення країв дефекту з накладанням гастроентероанастомозу. Тимчасово виключають з пасажу дванадцятипалу кишку шляхом накладання зсередини кетгуттом кисетного шва на слизову пілоруса.

UA 72292 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може застосовуватись для хірургічного лікування травм та розривів дванадцятипалої кишки (ДПК).

Найчастіше пошкоджується задня стінка ДПК, яка немає надійного та еластичного покриву очеревини (Суходоля А.І. 2001, Кононенко М.Г. 2009) та має найслабше і найбільш варіабельне кровопостачання (Рилук А.Ф., Холодний А.К. 1997).

Відомі способи оперативного лікування пошкоджень при травмах ДПК залежать - від локалізації, характеру, ступеня пошкодження та терміну з моменту травми, а також важкості стану хворого. Метою відомих методів оперативного лікування при травмах ДПК є просте зашивання дефектів, накладання анастомозів, «виключення» ДПК з пасажу та панкреатодуоденальна резекція (ПДР).

Просте зашивання розриву часто технічно неможливе, призводить до неспроможності швів. Ненадійним є закриття дефекту ДПК або лінії швів додатковим матеріалом (петлею тонкої кишки, пасмом великого чіпця, лоскутом очеревини, консервованою твердою мозковою оболонкою, серозно-м'язовим лоскутом з тонкої кишки, синтетичними матеріалами, або шовно-клейовим методом). Декомпресія ДПК шляхом інкубації її просвіту за допомогою трансназального зонда не завжди попереджає неспроможність місця ушивання, а також веде до розвитку чи загострення існуючої легеневої патології, особливо у пацієнтів похилого віку. Гастроентероанастомоз не забезпечує необхідної декомпресії ДПК і він є небезпечний в умовах після травматичного перитоніту. Розсічення зв'язки Трейца є додатковим, але не основним методом декомпресії. Циркулярну резекцію пошкодженої ділянки, з подальшим накладанням анастомозу «кінець-в-кінець» (дуоденоентероанастомоз «бік-в-бік»), або використання тонкокишкового трансплантата на судинній ніжці практично неможливо виконати у зв'язку, із значними травмами та гематомою підпечінкової ділянки (особливо в ділянці Фатерового пиптя), або важким станом пацієнта.

Найближчим аналогом є спосіб накладання анастомозу ДПК, в ділянці розриву, з петлею тонкої кишки, виключеною за методикою Шалімова О.О. із заглушкою або без неї. Це найбільш простий спосіб закриття розриву стінки ДПК. Краї рани висікають в межах здорових тканин. Ретельно проводять ревізію просвіту кишки, особливо, якщо пошкодження в ділянці Фатерового пиптя. До місця розриву. До місця розриву, позаду ободової кишки, підводять петлю тонкої кишки і накладають анастомоз. Формують або ні на привідну петлю заглушку по методу Шалімова О.О. (Котович Л.Е., Леонов С.В., Руцкий А.В., Рылюк А.Ф., Холодный А.К. Техника выполнения хирургических операций // М.: - 1985. - 160 с., Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия кишечника. // К.: - Здоров'я. - 1977. - 246 с.).

Недоліками найближчого аналога є висока вірогідність неспроможності дуоденоентероанастомозу, небезпека розвитку «порочного кола», не фізіологічність пасажу по шлунково-кишковому тракту, виключення з процесу травлення значної ділянки тонкої кишки, тривалість оперативного втручання, важкість виконання, при необхідності, повторних реконструктивних операцій.

В основу корисної моделі поставлено задачу розробки такого способу хірургічного лікування травм та розривів ДПК, який би не мав вищезгаданих недоліків, гарантував герметичність та спроможність анастомозів в післяопераційному періоді, в умовах ургентної хірургії.

Поставлена задача вирішується тим, що при травмі ДПК в місці розриву накладається анастомоз з петлею тонкої кишки, виключеною за методом Ру, накладається гастроентероанастомоз з відповідною петлею (Патент № 59083А), а через створений отвір (місце анастомозу) в шлунку, зсередини накладається кетгутувий кисетний шов в препілоричній частині. При розробці запропонованого способу ми використовували Міжнародну класифікацію травм ДПК Abbreviated Injury Scale-2008 (табл. 1).

Спосіб здійснюють таким чином.

Обробка операційного поля розчином «Вокадин» тричі. Під ендотрахеальним наркозом виконують верхньосерединну лапаротомію та ретельну ревізію органів черевної порожнини. При ревізії виявляють джерело кровотечі, ступінь пошкодження дванадцятипалої кишки, локалізацію та розмір дефекту стінки, оцінюють загальний стан хворого, а також пошкодження інших органів черевної порожнини. Ревізію ДПК виконують одним із основних методів: по Кохеру-Клермону або по Cattel-Braasch. Виявивши джерело кровотечі, по можливості, створюють стійкий гемостаз та видаляють гематому. Ретельно проводять ревізію просвіту кишки для виявлення пошкодження Фатерового пиптя. Після знаходження дефекту стінки ДПК виконують висічення країв в межах здорових тканин, при необхідності, з відповідним гемостазом. Потім виконують виключення з пасажу тонкої кишки за методом Ру, в 20-40 см від зв'язки Трейца з анастомозом (дуоденоентероанастомоз на місці розриву ДПК) «кінець-в-бік». Підготовлена таким чином відвідна петля кишки проводиться позаду, або попереду

поперекободової кишки до шлунка. По великій кривизні, якомога ближче до пілоричного відділу, проводять надріз стінки шлунка довжиною 3-5 см. Через створений отвір за допомогою кетгута товщиною 3-0 накладають зсередини кисетний шов на слизову. Між підведеною відвідною петлею тонкої кишки та отвором шлунка накладають гастроентероанастомоз «бік-в-бік». Пальпаторно встановлюють прохідність анастомозів. Санація черевної порожнини антисептичними розчинами. Дренування місць анастомозів по 2 поліхлорвініловими (ПХВ) дренажами через окремі контрапертури справа. При перитоніті додатково дренується 2-ма ПХВ дренажами мала миска через невеликий розріз зліва. Лапаротомна рана пошарово ушивається, а за необхідності накладається лапаростома. Асептична пов'язка.

Приклад. Хворий К. 1968 р. н., при госпіталізації в хірургічне відділення Хмельницької обласної лікарні (ХОЛ) зі скаргами на біль в правій половині живота, важкість дихання, підвищення температури до 38 градусів Цельсія, загальну слабкість. З анамнезу відомо, що добу назад отримав тупу травму живота в ділянку епігастрію. При огляді: живіт дещо піддутий, болючий при пальпації, особливо в правому підребер'ї та по правому Фланку, позитивний симптом Пастернацького справа, АТ 90/70 мм. рт. ст., тахікардія 110 уд/хв., язик підсушений, позитивні симптоми подразнення очеревини. При УЗД дослідженні виявлено вільна рідина в черевній порожнині, гематома та розрив (до 4-5см.) правої долі печінки, за очеревинна гематома справа. На оглядовій рентгенографії у двох проекціях - вільна рідина в черевній порожнині, пневматоз кишечника. ФГДС - в шлунку слиз та залишки їжі, огляд вкрай утруднений. Хворий з діагнозом «Тупа травма живота, пошкодження внутрішніх органів перитоніт» в ургентному порядку прооперований. При лапаротомії: в черевній порожнині брудна асцитична рідина з домішками гемолізованої крові в кількості до 700 мл. По вісцеральному краю печінки незначний лінійний розрив в IV сегменті до 1,5 см, гематома навколишніх тканин, гематома за очеревинного простору по правому Фланку. При детальній ревізії виявлено розрив за очеревинної частини ДІЖ, на 5-6 см нижче Фатерового пиття. Інші органи та системи не пошкоджені. Розрив печінки, після ліквідації гематоми, ушитий. Оброблено краї розриву стінки ДПК. Виключено петлю тонкої кишки по методиці Ру з накладанням в місці колишнього розриву дуоденоентероанастомозу «кінець-в-бік». Відвідну петлю проведено позаду поперекободової кишки до шлунка. По великій кривизні, 2 см від пілоруса, провели надріз стінки шлунка довжиною 3-5 см. Через створений отвір за допомогою кетгута товщиною 3-0 наклали зсередини кисетний шов на слизову. Між підведеною відвідною петлею тонкої кишки та отвором шлунка наклали гастроентероанастомоз «бік-в-бік». Санація та дренування черевної порожнини. Наклали програмовану лапаростоми. На другу добу виконана санація лапаростоми: шви спроможні, розповсюдження гематоми відсутнє, анастомози функціонують добре, кишечник спався - враховуючи це, черевна порожнина після санації пошарово ушита. Асептична пов'язка. Післяопераційний період у хворого протікав важко, проте без ускладнень. В післяопераційному періоді хворий отримував антибіотикотерапію, інфузійну терапію, дезінтоксикаційну терапію, антикоагулянти, електростимуляцію моторної функції кишечника, знеболюючі препарати. На 19 добу пацієнт виписаний на амбулаторне лікування в задовільному стані під нагляд хірурга за місцем проживання.

Запропонований метод хірургічного лікування розривів та травм ДПК, застосований у 6 пацієнтів, показав хороші результати в ранній та віддалений післяопераційний період. Неспроможності анастомозів не було. Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє, при розривах та травмах, у важкохворих застосувати найбільш ефективну хірургічну тактику та врятувати життя.

Міжнародну класифікацію травм ДПК Abbreviated Injury Scale-2008

Стадія	Вид пошкодження	Морфологія пошкодження	AIS, бали
1.	гематома	займає один відділ ДПК	2
	розрив	частина шарів стінки без перфорації	3
2.	гематома	займає більше одного відділу ДПК	2
	розрив	розрив менше 50 % окружності ДПК	4
3.	розрив	розрив 50-75 % окружності 2-ох відділів	4
		розрив 50-100 % окружності в 1-му, або в 3-му чи 4-му відділах ДПК	4
4.	розрив	розрив більше 75 % окружності у 2-ох відділах ДПК.	5
		пошкодження ампули чи дистального відділу холедоха	5
5.	розрив	масивне пошкодження панкреатодуоденального комплексу	5
	васуляризація	девакуляризація ДПК	5

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 Спосіб хірургічного лікування травматичних розривів дванадцятипалої кишки, що передбачає висічення країв дефекту з накладанням гастроентероанастомозу, який **відрізняється** тим, що тимчасово виключають з пасажу дванадцятипалу кишку шляхом накладання зсередини кетгуттом кисетного шва на слизову пілоруса.

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

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