



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38872 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВИРАЗКИ НА ЗАДНІЙ СТІНЦІ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

2

(21) u200809544

(22) 21.07.2008

(24) 26.01.2009

(46) 26.01.2009, Бюл.№ 2, 2009 р.

(72) ШАПРИНСЬКИЙ ВОЛОДИМИР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA, ШАПРИНСЬКИЙ ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA, НАСР ЗАКІ НАДЖИБ ХАМІД, UA

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

(57) Спосіб дуоденопластики при локалізації виразки на задній стінці дванадцятипалої кишки, що включає додаткове висічення країв дванадцятипа-

лої кишки в проксимальному і дистальному напрямках, а також повздожне розсічення серозно-м'язових шарів стінки, який **відрізняється** тим, що тканини дванадцятипалої кишки і шлунка від'єднують по периметру від виразкового кратера, після чого виразковий субстрат залишають за межами просвіту кишки, потім зшивають серосерозними швами медіальну стінку антрального відділу шлунка і медіальну стінку дванадцятипалої кишки, причому виконують розсічення тканин паралельно по обидва боки від швів на необхідний діаметр.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може застосовуватись при хірургічному лікуванні великих виразок задньої стінки дванадцятипалої кишки.

Хірургічне лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки - це складний розділ хірургії, особливо коли виразки великі або гігантські пенетрують в гепатодуоденальному зв'язку або голівку підшлункової залози, крім цього ускладнені кровотечею і стенозом. Відомий спосіб екстериторизації виразки дванадцятипалої кишки [Велигоцький Н.Н. "Удаление осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика", Харьков "Прапор" 2005 С.19-22], який полягає у тому, що після видалення виразки виконують додаткове висічення країв дванадцятипалої кишки в проксимальному і дистальному напрямках, а також повздожне розсічення серозно-м'язових шарів стінки, що призводить до збільшення периметру поверхонь, які зшиваються.

Однак цей спосіб має той недолік, що утруднює його виконання при велетенських або гігантських виразках, які займають майже всю задню стінку дванадцятипалої кишки з явищами стенозу.

В основу корисної моделі "Спосіб дуоденопластики при локалізації виразки на задній стінці дванадцятипалої кишки" поставлене завдання вивести виразку великих розмірів за просвіт кишки зі збереженням прохідності по дванадцятипалій кишці в умовах стенозу, підвищити ефективність хірургічного лікування.

Поставлене завдання здійснюється способом дуоденопластики, що передбачає додаткове висічення країв дванадцятипалої кишки в проксимальному і дистальному напрямках, а також повздожне розсічення серозно-м'язових шарів стінки, згідно корисної моделі, що тканини дванадцятипалої кишки і шлунка від'єднують по периметру від виразкового кратера, після чого виразковий субстрат залишають за межами просвіту кишки, потім зашивають серо-серозними швами медіальну стінку антрального відділу шлунка і медіальну стінку дванадцятипалої кишки, при чому виконують розсічення тканин паралельно по обидва боки від швів на необхідний діаметр.

Спосіб здійснюється таким чином.

З самого початку виконують мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером, після чого розкривають передню стінку дванадцятипалої кишки в повздожньому напрямку, в результаті цього відкривається виразка на задній стінці (Фіг.1). Краї тканин шлунка і дванадцятипалої кишки обережно гострим і тупим шляхом від'єднують по периметру від виразки. Після того, як тканини будуть повністю від'єднані від виразки, виразковий субстрат буде повністю виведений за межі просвіту кишки. Потім зшивають серо-серозними швами медіальну стінку антрального відділу шлунка і дванадцятипалої кишки (Фіг.2). Для відтворення нормальної прохідності виконують розсічення тканин по обидва боки паралельно вздовж лінії швів на необхідний ді-

U
(13)

38872
(11)

UA
(19)

метр. Відновлення просвіту дванадцятипалої кишки розпочинається з боку задньої стінки вузликами всередині однорядним швом в поперековому напрямку до вісі дванадцятипалої кишки, після чого переходять на передню стінку (Фіг.3). Крім першого ряду швів, на передню стінку накладають другий ряд серо-серозних швів з інтервалом 3-4мм.

Даний спосіб екстериторизації виразки і дуоденопластики є радикальним методом, оскільки виразковий субстрат, який знаходиться за межами просвіту дванадцятипалої кишки, ніякої загрози у відношенні рецидиву виразкової хвороби і її ускладнень не приводить. Для більш ефективного відновлення моторики, зменшення загрози неспроможності швів перед зашиванням передньої стінки дванадцятипалої кишки проводиться 2 хлорвінілові зонди: №18 у шлунок для декомпресії, другий №16 у дванадцятипалу кишку за зв'язку Трейтца для раннього ентерального харчування.

Даний спосіб дуоденопластики застосовано у 20 хворих з велетенськими і гігантськими виразками дванадцятипалої кишки.

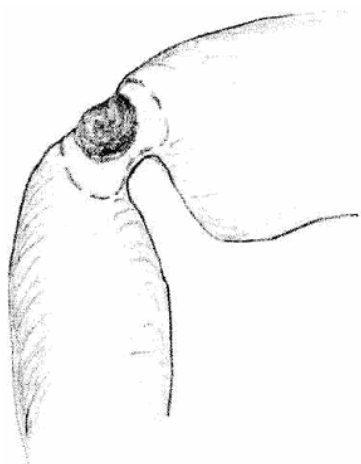
Приклад

Хворий 62р. госпіталізований в клініку через 22 години від початку захворювання з діагнозом гостра шлунково-кишкова кровотеча. Під час фіброгастродуоденоскопії виявлена виразка прикрита згортком крові на задній стінці дванадцятипалої кишки з ознаками нестійкого гемостазу. Призначена відповідна консервативна терапія. Через 10 годин у хворого наступив рецидив кровотечі. Під час операції встановлено гігантську виразку цибулини дванадцятипалої кишки, яка займає майже всю задню стінку з кровоточивою судиною в центрі, субкомпенсований стеноз воротаря. Кро-

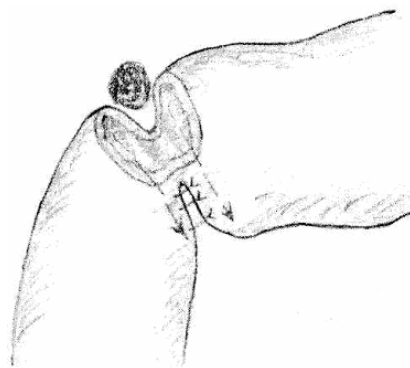
воточива судина була прошита двічі П-подібними швами, кровотеча з неї зупинена. Далі дванадцятипала кишка мобілізована за Кохером. Після цього тканини дванадцятипалої кишки і шлунка гострим і тупим шляхом від'єдали по периметру від виразки, в результаті чого виразковий субстрат залишився за межами просвіту органів. Лиш тоненька смужка тканин залишилась непошкодженою, яка з'єднувала шлунок і дванадцятипалу кишку. Потім зшили серо-серозними швами медіальні стінки антрального відділу шлунка і дванадцятипалої кишки. Вздовж по обидві сторони від лінії швів паралельно розсікли тканини, цим самим відновили нормальну прохідність. Цілісність просвіту дванадцятипалої кишки і шлунка розпочата швами, які накладені спочатку на задню, а потім і на передню стінку. Перед зашиванням передньої стінки дванадцятипалої кишки в шлунок і за зв'язку Трейтца проведені два зонди.

В післяопераційному періоді проводили інфузійну, антибактеріальну і антисекреторну терапію, а також декомпресію шлунка та раннє ентеральне харчування через дуоденальний зонд. Шлунковий зонд видалений на шосту добу, дуодентальний на сьому. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом і на десяту добу хворий в задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування.

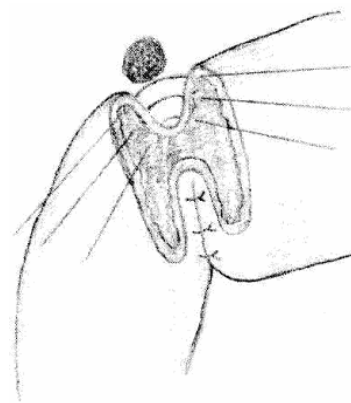
Запропонований спосіб простий в технічному виконанні підвищує ефективність лікування хворих на ускладнену виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, сприяє більш ранній моторики кишки та ранній реабілітації хворих, зменшує кількість післяопераційних ускладнень та летальність, скорочує тривалість стаціонарного лікування.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3