



УКРАЇНА

(19) UA (11) 7035 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПРИ ОПЕРАЦІЯХ З ПРИВОДУ КРОВОТОЧИВИХ ПОСТБУЛЬБАРНИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК**

1

(21) 20040604457

(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.ПІРОГОВА

(57) Спосіб хірургічного лікування пошкодження великого дуоденального сосочка при операціях з приводу кровоточивих постбульбарних дуодена-

2

льних виразок, що передбачає резекцію шлунка, формування кукси дванадцятипалої кишки нижче виразки, розміщеної в зоні впадіння холедоха і вірсунгової протоки, формування гастроентероанастомозу за Ру, який відрізняється тим, що виконують реплантацію великого дуоденального сосочка в проксимальний кінець трансплантата-вставки порожньої кишки, вшивання дистального кінця трансплантата в відповідну кишку У-подібного гастроентероанастомозу

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути використана для хірургічного лікування постбульбарних дуоденальних виразок.

Відомий спосіб хірургічного лікування пошкодження фатерового соска, що зводиться до вшивання головки підшлункової залози разом з фатеровим соском в дванадцятипалу кишку [Santy et Durous, 1947] (Шалімов А.А., Полупан В.Н. Атлас операцій на пищеводі, желудке и двенадцатиперстной кишке М., Медицина, 1976, с.262]. Недоліками цього способу являються: високий ризик неспроможності швів анастомоза, значна ймовірність розвитку післяопераційного панкреатиту.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб хірургічного лікування пошкодження фатерового соска при операціях з приводу кровоточивих велетенських присосочкових дуоденальних виразок [Шепетько Е.М., Козлов С.Н., Лиськів Б.Б., Иванцов П.В., 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 антрумектомії з ваготомією, ушиванні кукси дванадцятипалої кишки над зоною білясосочкової виразки, реімплантації фатерового соска в дванадцятипалу кишку, папілосфінктеротомії і папілосфінктеропластиці, трансдуоденальному, транспаплярному керованому зовнішньому дренажу холедоха, перитонізації ушитої кукси стінкою. Разом з тим, і даний спосіб має ряд недоліків. Формування гастроентероанастомоза на довгій петлі супроводжу-

ється розвитком лорочного кола, не виключає попадання кишечного вмісту з відповідної петлі гастроентероанастомоза в дуоденальну куксу, сприяє підвищенню гідростатичного тиску в куксі. Закидування хімуса в панкреатичну протоку зумовлює небезпеку післяопераційного панкреатиту і неспроможності швів кишки в місці реплантації дуоденального сосочка. Наявність дренажа холедоха в сосочку небезпечна 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 постбульбарних дуоденальних виразок» поставлене завдання шляхом реплантації великого дуоденального сосочка в проксимальний кінець трансплантата - вставки порожньої кишки, вшивання дистального кінця трансплантата в відповідну кишку У-подібного гастроентероанастомоза зменшити ризик неспроможності швів в місці реплантації сосочка.

Це досягається способом, що передбачає резекцію шлунка, формування кукси дванадцятипалої кишки нижче виразки, розміщеної в зоні впадіння холедоха і вірсунгової протоки, формування гастроентероанастомоза за Ру, згідно з корисною моделлю виконують реімплантацію великого дуоденального сосочка в проксимальний кінець

(13) U

(11) 7035

(19) UA

трансплантата - вставки порожньої кишки, вшивання дистального кінця трансплантата в відповідну кишку У-подібного гастроентероанастомоза

Результат зумовлений адекватним внутрішнім дренаванням порожнини трансплантату - вставки порожньої кишки і відсутністю гіпертензії в трансплантаті та наявністю оптимальних умов для загоювання рани в ділянці трансплантат - сосочок, меншою травматичністю операції і зводиться до підвищення надійності швів кишки - трансплантат і 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 дванадцятипалої кишки за Кохером, відсікають шлунок від дванадцятипалої кишки, з'ясовують місце кровотечі, прошивають кровоточиве місце виразки, переповнюють 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 куксу ушивають трьома рядами швів нижче зони розміщення жовчового і панкреатичного протоків. Виконують резекцію 2/3 шлунка. Викроюють тонкокишечний трансплантат - вставку в 10см від зв'язки Трейтца довжиною 30см. Накладають гастроентероанастомоз за Ру. Розсічену в процесі викроювання трансплантата - вставки петлю порожньої кишки вшивають кінець в бік відповідної петлі Ру - анастомоза. Трансплантат - вставку проводять позадуободово до великого дуоденального сосочка. Виконують реімплантацію сосочка кінець в кінець в проксимальну частину трансплантата однорядними вузловими швами. Другий кінець трансплантата вшивають в бік відповідної петлі гастроентероанастомоза.

Приклад

Хворий Т., 56 років (історія хвороби №6333), механік автопідприємства. Поступив в хірургічну клініку 18.04.1991р. зі скаргами на періодичні болі

в животі, наявність чорного стільця. Фіброгастодуоденоскопія: триваюча кровотеча із постбульбарної виразки дванадцятипалої кишки, субкомпенсований стеноз виходу із шлунка. Нв - 99г/л., Ер. - 2.9Т/л., Нт - 0.27. 22.04.1991р. виконана операція. При ревізії органів черевної порожнини шлунок збільшений в розмірах. Зацібулінна частина дванадцятипалої кишки деформована, різко звужена. На задній стінці - постбульбарна виразка в діаметрі до 2см, глибока. В тонкій і товстій кишці багато крові. Враховуючи ознаки шлунково-кишкової кровотечі, вирішено виконати радикальне хірургічне втручання. Шлунок мобілізований по великій і малій кривині, дванадцятипала кишка мобілізована до виразкового інфільтрату зверху та за Кохером - знизу, відсічена від виразки. Виразка в діаметрі біля 2см, глибока, пенетрує в голівку підшлункової залози. На дні її - тромбовані судини, підтікання свіжої крові. Кровоточиві судини прошиті 8-подібними лавсановими швами. Кукса дванадцятипалої кишки ушита трьома рядами вузлових лавсанових швів. В процесі ушивання кукси з'ясовано, що на дні виразки, що залишилась за межами ушитої кукси розміщені вивідні жовчезивий і панкреатичний протоки. В 10см дистальніше зв'язки Трейтца порожня кишка пересічена впоперек, викроєний трансплантат тонкої кишки довжиною 30см. Сформований гастроентероанастомоз за Ру. Розміщена дистальніше кишка вшита кінцем в бік відповідної петлі гастроентероанастомоза. Трансплантат порожньої кишки підведений до фатерового сосочка позадуободово, великий дуоденальний сосочок реімплантований в проксимальний кінець трансплантата однорядними вузловими швами. Дистальний кінець трансплантата вшитий в бік відповідної петлі гастроентероанастомоза.

Післяопераційний перебіг неускладнений. Хворий виписаний на 14 добу після операції. Оглянутий через один і три роки. Самопочуття добре. Працює за професією.

В хірургічній клініці виконано дві таких операції. Спосіб дозволяє покращити безпосередні результати операції реімплантації великого дуоденального сосочка при хірургічному лікуванні постбульбарних дуоденальних виразок.