



УКРАЇНА

(19) UA (11) 7036 (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 ДЛЯ ВИКЛЮЧЕННЯ ПОСТБУЛЬБАРНОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ**

1

2

(21) 20040604458

(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 для виключення постбульбарної дуоденальної виразки, що передбачає резекцію шлунка за Біль-

рот-ІІ, висічення слизової оболонки антрального відділу шлунка, формування кукси дванадцятипалої кишки серозно-м'язовою частиною антрального відділу шлунка, який відрізняється тим, що виконують демукозацію антрального відділу шлунка без прошивання слизової оболонки і просвіту дванадцятипалої кишки, гофрують подовжньо куксу дванадцятипалої кишки, прошивають зовнішні стінки кукси, занурюють зашиту гофровану куксу.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути використана при лікуванні виразки дванадцятипалої кишки.

Відомий спосіб хірургічного лікування заампулярних виразок дванадцятипалої кишки, що зводиться до надворотарної резекції шлунка, висічення слизової оболонки шлунка на 0,5-1 см нижче воротаря. Слизову оболонку ушивають механічним скріпним швом. Антральний відділ шлунка зашивають дворядним швом. Першим рядом швів підшивають передню губу серозно-м'язової манжетки до м'яза воротаря, другим фіксують задню губу до передньої. Краї манжетки по великій і малій кривизні інвагінують [Рычагов Г.П., Закрытие дуоденальной культи при резекции желудка для исключения дуоденальной язвы // Хирургия. - 1988 - №2, с. 116-119].

Однак вказаний спосіб має ряд недоліків, що зводяться до наступного:

а) залишається замкнута порожнина в сформованій куксі,

б) при ушиванні кукси з'єднуються неоднорідні тканини;

в) інвагінація кутів формованої кукси проходить в умовах значного тканинного натягу.

Найближчим до запропонованого є спосіб обробки кукси дванадцятипалої кишки при супрапилоричній резекції шлунка для виключення [Гненный М.М., Обработка культи двенадцатиперстной кишки при резекциях желудка для исключения // Хирургия - 1973 - №2, с.34-36], який полягає в тому, що після надворотарної резекції шлунка,

демукозації надворотарної кукси шлунка, зашивання просвіту дванадцятипалої кишки серозно-м'язову куксу зашивають двома поверхнями вузлових капронових швів, обкутують лоскутом великого чепця на ніжці, який підшивають до кукси вузловими швами капроном.

Разом з тим і даний спосіб має ряд недоліків:

а) зашивання слизової оболонки дванадцятипалої кишки не дає можливості рановому секрету вільно евакууватись в просвіт дванадцятипалої кишки;

б) незанурення країв ушитої кукси не виключає можливості капілярної кровотечі із внутрішньої поверхні демукозованої кукси, не досягає ефекту повної перитонізації лінії швів.

В основу корисної моделі "Спосіб ушивання кукси дванадцятипалої кишки для виключення постбульбарної дуоденальної виразки" поставлене завдання шляхом демукозації піпороантрального сегмента шлунка без прошивання слизової оболонки дванадцятипалої кишки з гофруванням та зануренням піпороантрального сегмента зменшити ризик неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки.

Це досягається способом, що передбачає резекцію шлунка за Більрот-ІІ, висічення слизової оболонки дванадцятипалої кишки, формування кукси дванадцятипалої кишки серозно-м'язовою частиною антрального відділу шлунка, згідно з корисною моделлю виконують демукозацію антрального відділу шлунка без прошивання слизової оболонки і просвіту дванадцятипалої кишки, гоф-

UA (11) 7036 (13) U

руванням поздовжньо кукси дванадцятипалої кишки, прошиванням зовнішніх стінок кукси, зануренням зашитої гофрованої кукси.

Результат, зумовлений відсутністю підвищення гідростатичного тиску в сформованій куксі за рахунок неушитих внутрішніх стінок згофрованої кукси та неушитого просвіту дванадцятипалої кишки, збереженням можливості дренажу порожнини сформованої кукси, незначним натягом тканин при інвагінації згофрованої кукси і зводиться до підвищення надійності швів і профілактики неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки, що в кінцевому результаті веде до зниження післяопераційної летальності.

Спосіб здійснюється таким чином.

Після лапаротомії мобілізують шлунок не ближче як 4-5см від воротаря. Визначають лінію надворотарної резекції, по якій накладають затискач Пайра. По нижньому краю бранші затискача розсікають серозно-м'язевий шар до слизової оболонки. Затискачем Пайра утримують слизову оболонку і висікають її нижче воротаря на 0,5-1см. Кровоточиві судини підслизової оболонки ретельно лігують. Гофрування пілоро-антральної манжетки проводять трьома швами. Першим швом по довжню з'єднують середину просвіту пілороантрального сегменту, двома іншими дві окружності, утворені від з'єднання стінок попереднім швом. Зав'язуванням швів досягається по довжню гофрування стінок антрального відділу шлунка та зменшення поперечного розміру його вдвічі. Безперервним обвивним швом кетгуттом ушивають тільки зовнішні стінки згофрованої серозно-м'язевої манжетки. Відступивши на 2см від лінії безперервного шва на кути зашитої згофрованої кукси накладають напівкисетні шви. Шви зав'язують і занурюють ними лінію безперервного шва в просвіт кукси. Напівкисетні шви прикривають рядом П-подібних швів. Виконують резекцію шлунка за Більрот-II.

Приклад:

Хворий П., 24 років, історія хвороби №1341, поступив в хірургічну клініку 26.02 1986р. зі скар-

гами на періодичні нестерпні болі в надчеревній ділянці і правому підребер'ї, тяжкість в епігастрії, нудоту, блювоту, схуднення. Хворіє протягом трьох років. Загальний стан хворого задовільний, живіт болючий в надчеревній ділянці, визначається шум плескоту на тще серце. Рентгеноскопія шлунка. Висновок: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, стеноз вихідної відділу шлунка. 30.02.1986р. виконана операція. Шлунок великих розмірів, в постбульбарному відділі дванадцятипалої кишки виявлений виразковий інфільтрат до 8см в діаметрі, звуження дванадцятипалої кишки до 0,6см. На задній стінці кишки є виразка розміром більше 2см, яка пенетрує в гепатодуоденальну зв'язку і голівку підшлункової залози. Шлунок мобілізований по великій і малій кривизні в 5см від воротаря. Циркулярно розсічено серозно-м'язевий шар антрального відділу шлунка до підслизового шару. Висічена слизова оболонка. Кровоточиві судини підслизового шару перев'язані. Антральний демукозований відділ шлунка гофрований трьома кетгуттовими швами. Безперервним обвивним швом ушиті зовнішні стінки по довжню гофрованої кукси. В 2см нижче безперервного шва з боку великої та малої кривини накладені напівкисетні шви, занурені кути згофрованої кукси, зав'язані напівкисетні шви. Допоміжна перитонізація напівкисетних та безперервного кетгуттового шва П-подібними лавсановими швами. Виконана резекція шлунка за Більрот-II. Післяопераційний період не ускладнений.

Виписаний із стаціонару на тринадцяту добу. Оглянутий через 6 місяців та через три роки. Самопочуття добре.

По заявленому способу оперовано 146 хворих.

При аналізі результатів операцій встановлено, що пропонуємий спосіб ушивання кукси дванадцятипалої кишки більш ефективний в профілактиці неспроможності швів кукси при резекції шлунка для виключення постбульбарної дуоденальної виразки. В заявленому способі реалізується новий підхід до формування дуоденальної кукси, який дозволяє знизити післяопераційну летальність.