



УКРАЇНА

(19) UA (11) 7039 (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 НИЗЬКОРОЗМІЩЕНИХ КРОВОТОЧИВИХ ВИРАЗОК ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

2

(21) 20040604467

(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 низькорозміщених кровоточивих виразок дванадцятипалої кишки,

що передбачає економну резекцію шлунка, передню стовбурову ваготомію, подовжню дуоденотомію, екстеріоризацію і прошивання кровоточивої виразки, формування гастроентероанастомоза за Ру, який відрізняється тим, що мобілізують відрізок-вставку порожньої кишки і вшивають його проксимальний кінець в неушиту культю дванадцятипалої кишки, а дистальний вшивають нижче У-подібного анастомоза.

Спосіб хірургічного лікування низькорозміщених кровоточивих виразок дванадцятипалої кишки.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може застосовуватись при лікуванні ускладнень виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

Відомий спосіб хірургічного лікування кровоточивих виразок дванадцятипалої кишки застосуванням селективної проксимальної ваготомії з ушиванням виразки [Зайцев В.Т., Велигоцький Н.Н., Дуденко Г.И. Ваготомія при острих жовудочно-кишкових кровоточеннях язвенного генеза // XIV съезд хирургов Украинской ССР - Донецк, 1980. - с.50]

Однак використання селективної проксимальної ваготомії потребує витрати більшого часу, а рецидиви після прошивання кровоточивої виразки виникають в 4,8-13%.

Найближчим до запропонованого є спосіб резекції шлунка при загрозі неспроможності культі дванадцятипалої кишки Матяшїна-Балтайтїса-Ботерашвілі [Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. Киев, "Здоровье", 1979, с.87]. У-подібно виключену петлю порожньої кишки проводять через вікно брижі поперечно-ободової кишки і анастомозують з пересіченою дванадцятипалою кишкою по типу кінець в кінець. Шлунок резекують і його кінець анастомозують в бік цієї ж петлі. Стінку кишки підшивають до сформованої малої кривини культі шлунка.

Разом з тим і даний спосіб має недоліки. Розміщення дуодено-ентеро-гастроанастомозів на одній петлі, порушення моторики та підвищення

внутрішньокішкового тиску в ранньому післяопераційному періоді зумовлюють небезпеку неспроможності швів сформованого анастомозу. В віддалених строках після операції виникають ознаки порочного кола.

В основу корисної моделі способу хірургічного лікування низькорозміщених кровоточивих виразок дванадцятипалої кишки поставлене завдання шляхом вшивання кінець в кінець проксимального кінця відрізка - вставки порожньої кишки в неушиту культю дванадцятипалої кишки, а дистального - в відвідну петлю У-подібного анастомоза, зменшити ризик неспроможності швів культі дванадцятипалої кишки.

Це досягається способом, що передбачає економну резекцію шлунка, передню стовбурову ваготомію, подовжню дуоденотомію, екстеріоризацію і прошивання кровоточивої виразки, формування гастроентероанастомоза за Ру, згідно з корисною моделлю мобілізують відрізок - вставку порожньої кишки і вшивають його проксимальний кінець в неушиту культю дванадцятипалої кишки, потім вшивають дистальний кінець в відвідну петлю У-подібного гастроентероанастомоза.

Результат зумовлений подвійним дрениванням дванадцятипалої кишки по дистальній її частині та по тонкокишковому трансплантату - вставці, відсутністю дуоденостазу, зменшенням ризику інтраопераційного пошкодження підшлункової залози, загальної жовчевої протоки, великого дуоденального сосочка, зводиться до підвищення надійності швів сформованої енодуоденостомозом дуоденальної культі і профілактиці неспроможнос-

(13) U

(11) 7039

(19) UA

ті швів сформованої культі, що в кінцевому результаті веде до зниження післяопераційної летальності

Спосіб здійснюється таким чином. Виконують мобілізацію шлунка по великій і малій кривині. Мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером. Відсікають шлунок від дванадцятипалої кишки, з'ясовують місце розташування виразки і інтенсивність кровотечі. Виразку передньої стінки висікають. При розміщенні виразки на задній стінці виконують подовжню дуоденотомію по передньому краю виразки. При масивній артеріальній кровотечі вказівний палець лівої руки вводять в чепцевий отвір. Великий палець розміщують на підшлунковій залозі. Введенням другого і великого пальців китиці досягають тимчасової зупинки кровотечі. З'ясовують відношення виразки до великого дуоденального сосочка та відсутність його пошкодження. Ослаблюють пальці, виявляють кровоточиве місце виразки, прошивають його міцною лавсановою ниткою восьмиподібним швом. Культю дванадцятипалої кишки не ушивають. Виконують передню стовбурову ваготомію, економну резекцію шлунка. Викроюють тонкокишечний трансплантат - вставку в 10см від зв'язки Трейтца довжиною 20см. Накладають У-подібний гастроентероанастомоз за Ру. Розсічену в процесі викроювання трансплантата - вставки петлю порожньої кишки вшивають кінець в бік відвідної петлі Ру-анастомоза. Трансплантат - вставку підводять позадуободово до неушитої культі дванадцятипалої кишки, проксимальний кінець якого анастомозують з нею кінець в кінець. Другий кінець трансплантата - вставки анастомозують кінець в бік відвідної петлі У-подібного анастомоза.

Приклад. Хворий Х., 44 років, історія хвороби №17581. Поступив в хірургічну клініку 01.11.1997р. з приводу масивної шлунково-кишкової кровотечі. При поступленні Нв-75г/л Ендоскопічним дослідженням встановлена наявність виразки 2см в діаметрі з тромбованими судинами на дні. Під час операції 02.11.1997р. виявлена стенозуюча пенетруюча виразка в головку підшлункової залози і гепатодуоденальну зв'язку, субкомпенсований стеноз виходу із шлунка. Шлунок мобілізований по великій і малій кривині. Дванадцятипала кишка відсічена від шлунка по верхньому краю виразки. На дні виразки виявлена кровоточива судина, яка прошита 8 - подібно лавсаном. Натискуванням на жовчевий міхур встановлено місце розташування великого дуоденального сосочка та його цілісність. Виконана передня стовбурова ваготомія, економна резекція шлунка. Викросний тонкокишечний трансплантат - вставка. Накладений У-подібний гастроентероанастомоз. Тонкокишечний трансплантат підведений через вікно поперечно-ободової кишки до дванадцятипалої кишки і проксимальний його кінець вшитий в кінець неушитої культі двома рядами вузлових лавсанових швів. Дистальний кінець трансплантата вштий в бік відвідної петлі У-анастомоза.

Післяопераційний період неускладнений. Хворий оглянутий через 6 місяців. Самопочуття добре.

Спосіб дозволяє поліпшити безпосередні наслідки операції, запобігти, попередити пошкодження великого дуоденального сосочка та підшлункової залози, попередити неспроможність швів в ділянці сформованої куksi дванадцятипалої кишки.