



УКРАЇНА

(19) (UA)

(11) 65711 A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І  
НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## Деклараційний патент на винахід

видано відповідно до Закону України  
"Про охорону прав на винаходи і корисні моделі"

Голова Державного Департаменту  
інтелектуальної власності



М. Паладій

(21) 2003021174  
(22) 10.02.2003  
(24) 15.04.2004  
(46) 15.04.2004. Бюл. № 4

(72) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук Юрій Танасович, Власова Олена Василівна

(73) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук Юрій Танасович, Власова Олена Василівна

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65711 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

1

(21) 2003021174  
(22) 10.02.2003  
(24) 15.04.2004  
(46) 15.04.2004, Бюл. № 4, 2004 р.  
(72) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук Юрій Танасович, Власова Олена Василівна  
(73) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук Юрій Танасович, Власова Олена Василівна  
(57) Спосіб хірургічного лікування хронічної дуоденальної непрохідності, що включає розтин зв'язки Трейтца і низведення дванадцятипало-порожнього

2

вигину, мобілізацію висхідної частини дванадцятипалої кишки, яку розвертають на  $120^\circ \pm 60^\circ$  по осі за годинниковою стрілкою і фіксують до очеревини лівої брижової пазухи, який відрізняється тим, що судини лівої половини ободової кишки, які розташовані попереду дванадцятипалої кишки і зумовлюють її компресію, відпрепаровують разом з парієтальною очеревиною лівої брижової пазухи і переміщують дорзально від дванадцятипало-порожнього вигину.

Винахід відноситься до медицини, а саме - до хірургії і використовується для лікування хірургічної абдомінальної патології з хронічним порушенням дуоденальної прохідності.

Відомий спосіб корекції хронічних порушень дуоденальної прохідності (Витебський Я.Д. Клапанніе анастомози в хирургии пищеварительного тракта.- М.: Медицина, 1988 - 112с.), що полягає в мобілізації висхідної частини дванадцятипалої кишки (ДПК) від очеревини, розтині ніжок зв'язки Трейтца, низведенні дванадцятипало-порожнього вигину, зашиванні очеревини лівої брижової пазухи, фіксації до очеревини краю брижі початкового відділу порожньої кишки. Проте при цьому способі не усувається осьова ротація висхідної частини ДПК і не повністю ліквідується хронічне порушення дуоденальної прохідності, зумовлені компресією дванадцятипало-порожнього вигину судинами лівої половини ободової кишки.

Найбільш близьким до заявленого винаходу є відомий спосіб хірургічного лікування хронічної виразки шлунка (Патент 44020А Україна, МКИ А61В17/00. Власов В.В., Ахтемійчук Ю.Т., Мацібора В.В., Власова О.В. Спосіб хірургічного лікування хронічної виразки шлунка. Заявл. 25.01.2001; Опубл. 15.01.2002, Бюл. №1. 2002.- 2с.), що полягає у видаленні виразки шляхом резекції шлунка зі збереженням воротаря, розтині зв'язки Трейтца і низведенні дванадцятипало-порожнього вигину та осьовій ротації висхідної частини ДПК на  $120^\circ \pm 60^\circ$

за годинниковою стрілкою з наступною фіксацією її до очеревини лівої брижової пазухи. Даний спосіб не дозволяє досягти повного усунення хронічних порушень дуоденальної прохідності, зумовлених компресією дванадцятипало-порожнього вигину судинами лівої половини ободової кишки.

В основу винаходу поставлено задачу при хірургічному лікуванні патології верхнього поверху черевної порожнини шляхом розтину зв'язки Трейтца і низведення дванадцятипало-порожнього вигину, мобілізації висхідної частини ДПК яку розвертають на  $120^\circ \pm 60^\circ$  по осі за годинниковою стрілкою, і фіксації кишки до очеревини лівої брижової пазухи досягти повного усунення хронічних порушень дуоденальної прохідності шляхом усунення компресії дванадцятипало-порожнього вигину судинами лівої половини ободової кишки.

Для вирішення цієї задачі при хірургічному лікуванні патології верхнього поверху черевної порожнини шляхом розтину зв'язки Трейтца і низведення дванадцятипало-порожнього вигину, мобілізації висхідної частини ДПК яку розвертають на  $120^\circ \pm 60^\circ$  по осі за годинниковою стрілкою, і фіксації кишки до очеревини лівої брижової пазухи, відпрепаровані судини лівої половини ободової кишки разом з парієтальною очеревиною лівої брижової пазухи, які розташовані попереду дванадцятипало-порожнього вигину і зумовлюють його компресію, переміщують дорзальне дванадцятипало-порожнього вигину.

(13) A

(11) 65711

(19) UA

На фіг.1 зображена компресія дванадцятипало-порожнього вигину судинами лівої половини ободової кишки, на фіг.2 - корекція компресії дванадцятипало-порожнього вигину судинами лівої половини ободової кишки, на фіг.3 - нормальне анатомічне положення дванадцятипало-порожнього вигину і судин лівої половини ободової кишки.

Спосіб виконують так. Початкову петлю порожньої кишки 1 відводять вправо. Під паріетальну черевину між ДПК 2 і судинами 3 лівої половини ободової кишки вводять 50мл 0,25% розчину новокаїну. Судини 3 лівої половини ободової кишки разом з паріетальною черевиною лівої брижової пазухи ретельно відпрепаровують від висхідної частини ДПК 2 разом з паріетальною черевиною лівої брижової пазухи. Висхідну частину ДПК звільняють від паріетальної черевини зв'язки Трейтца до горизонтальної частини ДПК в місці перехрещення останньої з верхньою брижовою артерією 4. Праву і ліву ніжки зв'язки Трейтца розтинають між зажимками, лігують. Відпрепаровані судини 3 лівої половини ободової кишки разом з паріетальною черевиною лівої брижової пазухи переміщують дорзально дванадцятипало-порожнього вигину, який низводять каудальне. Висхідну частину ДПК повертають навколо її осі за годинниковою стрілкою на  $120^{\circ} \pm 60^{\circ}$  і фіксують до паріетальної черевини лівої брижової пазухи вузловими швами попереду судин 3 лівої половини ободової кишки. Паріетальну черевину в ділянці низведеного дванадцятипало-порожнього вигину зашивають безперервним швом. Далі виконують заплановане оперативне втручання на органах верхнього поверху черевної порожнини.

Приклад. Хворий Г., 1951р.н., поступив в хірургічне відділення Хмельницької обллікарні з діагнозом: ЖКХ. Хронічний холецистит. Холедохолітиз. Інтермітуюча механічна жовтяниця. Аномалія обороту ДПК. Хронічна дуоденальна непрохідність. При поступленні хворий скаржився на біль у правому підребер'ї, нудоту, світлий кал, темну сечу, печію, пожовтіння склер та слизових оболонок. Хворіє впродовж 2 тижнів. По медичну допорогу не звертався. Об'єктивно: загальний стан хворого незадовільний, у ліжку положення активне, свідомість ясна. Шкірні покриви чисті, субіктетичні. Підшкірна клітковина розвинена помірно. Дихання везикулярне, тони серця ритмічні, гучні. Р 72 на 1хв. АТ-120/80мм.рт.ст. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт м'який, помірно напружений при пальпації в правому підребер'ї. Печінка не збільшена. Селезінка не пальпується. Перистальтика кишечника послаблена, шум плюскоту

відсутній. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Сечовипускання самостійне.

Під час езофагогастродуоденофіброскопії органічної патології стравоходу, шлунка і ДПК не встановлено. Під час ультразвукового дослідження органів черевної порожнини встановлено, що спільна жовчна протока має діаметр 20мм і в дистальному відділі містить конкремент 20x10мм.

Після обстеження та підготовки під ендотрахеальним наркозом виконана операція: холецистектомія, холедохолітотомія, зовнішнє дренажування спільної жовчної протоки за способом Холстеда - Піковського. Усунення судинної компресії дванадцятипало-порожнього вигину з осьовою ротацією його на  $120^{\circ}$  за годинниковою стрілкою.

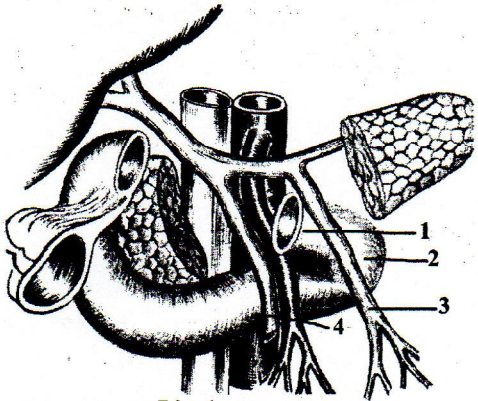
Верхня середина лапаротомія. Ревізія черевної порожнини жовчний міхур хронічно запалений, конкрементів немає. ДПК мобілізована способом Кохера. Спільна жовчна протока має діаметр до 20мм, в дистальному відділі містить овальний конкремент до 20мм. Дванадцятипало-порожній вигин має вигляд "двостволки", через яку перекидаються судини Ріоланової дуги і зумовлюють компресію ДПК, діаметр якої в оральному напрямку збільшений до 5см. Судини лівої половини ободової кишки, які розташовані попереду ДПК і зумовлюють її компресію, разом з паріетальною черевиною відпрепаровано і переміщено дорзально дванадцятипало-порожнього вигину. Виконано низведення та осьову ротацію на  $120^{\circ}$  за годинниковою стрілкою дванадцятипало-порожнього вигину. Черевина лівої брижової пазухи перитонізована. Виконано типову антеградну холецистектомію. Артерію жовчного міхура лігвано. Ямку жовчного міхура зашито кетгуттом. Виконано супрадуоденальну холедохотомію довжиною 2 см. Зі спільної жовчної протоки видалено овальної форми (20x10мм) конкремент. Великий сосочок ДПК вільно пропускає зонд діаметром 3мм. Зовнішнє дренажування спільної жовчної протоки через міхурову протоку трубкою діаметром 5мм. Холедохотомну рану зашито безперервним швом. Гемостаз під час операції, контроль - сухо. Черевна порожнина дренована трубками через контрапертуру справа. Дренаж спільної жовчної протоки виведено через окрему контрапертуру. Операційна рана пошарово зашита. Асептична пов'язка.

Післяопераційний період без ускладнень. На 3-9 день зняті шви. Рана загоїлась. Через 11 днів після операції хворого виписано. Дренаж спільної жовчної протоки видалено через 1 місяць. Хворого оглянуто через 6 місяців, стан задовільний, скарг немає.

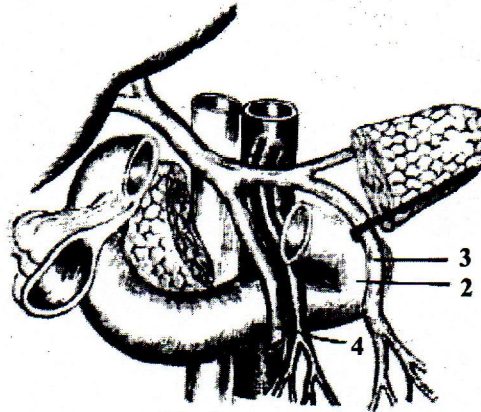
5

65711

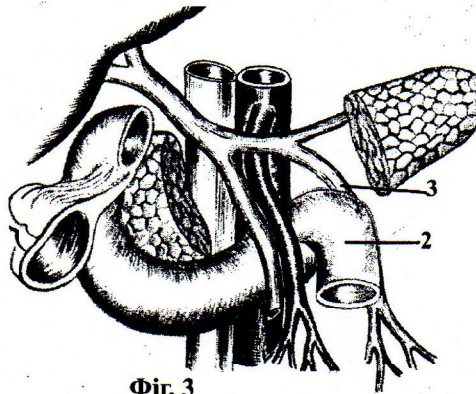
6



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3