



УКРАЇНА

(19) (UA)

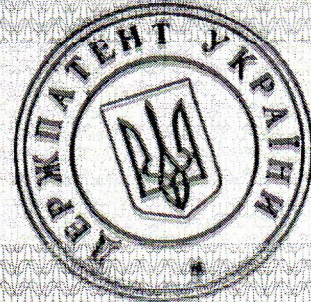
ДЕРЖПАТЕНТ

(11) 22088 A

(51) 6 A61B17/00

ПАТЕНТ на винахід

зарєєстровано вiдповiдно
до Постанови Верховної Ради України
вiд 23 грудня 1993 року № 3769-XII



Голова Держпатенту України

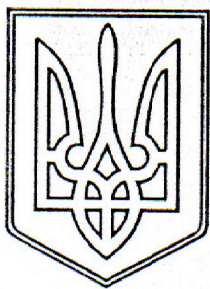
В. Петрус

(21) 96124581	(31) -	(46) 30.04.98. Бюл. № 2
(22) 09.12.96	(32) -	(62) =
(24) 30.04.98	(33) -	(86) =

- (72) Ахтеміїчук Юрій Танасійович, Власов Василь Володимирович,
Петерчук Олег Федорович, Мартинюк Вадим Григорович
- (73) Ахтеміїчук Юрій Танасійович, Власов Василь Володимирович,
Петерчук Олег Федорович, Мартинюк Вадим Григорович

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ДУОДЕНОСТОМИ

Україна



УКРАЇНА

(19) (UA)

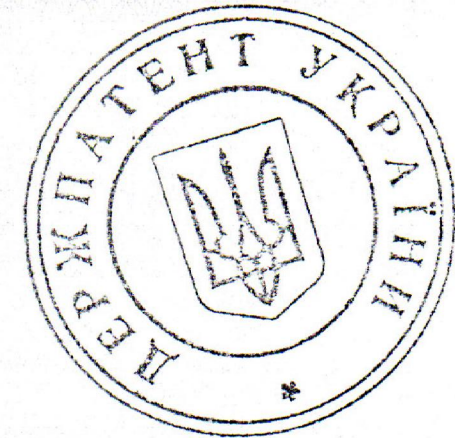
(11) 22088 A

(51) 6 A61B17/00

ДЕРЖПАТЕНТ

ПАТЕНТ на винахід

zareestrovano vidpovidno
do Postanovi Verkhovnoi Rady Ukrainy
vid 23 grudnya 1993 roku № 3769-XII



Голова Держпатенту України

В. Петров

(21) 96124581

(31) -

(46) 30.04.98. Бюл. № 2

(22) 09.12.96

(32) -

(62) -

(24) 30.04.98

(33) -

(86) -

(72) Ахтемійчук Юрій Танасійович, Власов Василь Володимирович,
Петерчук Олег Федорович, Мартинюк Вадим Григорович

(73) Ахтемійчук Юрій Танасійович, Власов Василь Володимирович,
Петерчук Олег Федорович, Мартинюк Вадим Григорович



УКРАЇНА

(19) UA (11) 22088 (13) A

(51)6 A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВО

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВІНАХІД

без проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23.XII. 1993 р.

Публікується
в редакції заявника

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ДУОДЕНОСТОМИ

1

(21) 96124581

(22) 09.12.96

(24) 30.04.98

(46) 30.04.98. Бюл. № 2

(72) Ахтемійчук Юрій Танасійович, Власов Василь Володимирович, Петерчук Олег Федорович, Мартинюк Вадим Григорович

(73) Ахтемійчук Юрій Танасійович, Власов Василь Володимирович, Петерчук Олег Федорович, Мартинюк Вадим Григорович

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может использоваться в тех случаях, когда имеется необходимость наложения дуоденостомы.

Известен способ Мельникова [Навроцкий И.Н. Ушивание культи двенадцатиперстной кишки. М., Медицина, 1972, с. 172] наложение концевой дуоденостомы путем вшивания катетера по Кадеру в культю двенадцатиперстной кишки (ДПК) с последующим отделением и подшиванием вкруговую к ней париетальной брюшины и введением между трубочкой и париетальной брюшиной марлевых тампонов. Так как в ходе операции производится значительное отслоение париетальной брюшины, что приводит к ее натяжению, образованию обширного раневого дефекта, а использование тампонов способствует к заживлению последнего вторичным натяжением, то данный способ не обеспечивает надежного герметизма

2

(57) Способ наложения дуоденостомы, включающий проведение трубки в двенадцатиперстную кишку, наложение швов между париетальной брюшиной и двенадцатиперстной кишкой, отличающийся тем, что между париетальной брюшиной стенки живота и просветом культи двенадцатиперстной кишки изоперистальтически вшиваются кишечный трансплантат на сосудистой ножке.

ушитой культи ДПК и не исключает несостоятельности ее швов и кишечного свища.

В основу изобретения поставлена задача наложения дуоденостомы, при которой использование трансплантата исключало бы излишнюю травматизацию тканей, обеспечивался бы достаточный герметизм культи ДПК и уменьшился бы риск послеоперационных осложнений.

Для решения этой задачи при нехватке тканей и технической трудности обработки культи ДПК используют способ наложения дуоденостомы, включающий проведение трубки в ДПК, наложение швов между париетальной брюшиной и ДПК, при котором изоперистальтически вшивают между париетальной брюшиной передней брюшной стенки и просветом культи ДПК кишечный трансплантат на сосудистой ножке.

Таким образом совокупность изменений по сравнению с прототипом, в действиях в процессе хирургического вмешательства да-

(19) UA (11) 22088 (13) A

ет возможность исключить негативные последствия и добиться желаемого результата.

На фиг. 1 показан тонкокишечный трансплантат в области ДПК; на фиг. 2 – окончательный вид наложенной дуоденостомы.

В ходе оперативного вмешательства по поводу язвенной болезни ДПК или другой патологии возникает ситуация, когда невозможно ушить культю ДПК без риска возникновения опасных для жизни осложнений. Тогда принимают решение завершить обработку культи ДПК наложением дуоденостомы.

Способ осуществляется следующим образом.

Отступив ниже 20 см от тройцевой связки (1), выбирают участок тонкой кишки в 25–30 см с хорошим кровоснабжением. Участок кишки трансплантат (2) мобилизуют и пересекают после прошивания дистального (А) и проксимального (В) концов сшивающим аппаратом. Непрерывность тонкой кишки восстанавливают путем наложения энтероэнтероанастомоза "конец в конец" (3). В брыжейке правой половины поперечной ободочной кишки делают отверстие, через которое проводят трансплантат (2) на сосудистой ножке в подпеченочное пространство. Затем дистальный конец (А) трансплантата (2) анастомозируют с культей ДПК (4) при помощи двухрядного шва. Отверстие в мезоколон ушивают вокруг сосудистой ножки трансплантата (2). Через проксимальный конец (В) трансплантата (2) в просвет ДПК вводят трубку (5), фиксированную первым кисетным швом. Ниже наложенного первого кисетного шва накладывают второй, завязывают его и инвагинируют в него трубку (5), фиксированную первым кисетным швом. В правом подреберье делают прокол брюшной стенки (6) через который выводят трубку (5) наружу. Проксимальный конец (В) трансплантата (2) фиксируют узловыми швами к париетальной брюшине брюшной стенки (6) вокруг контрапертуры. Трубку (5) фиксируют к коже брюшной стенки (6). Далее операцию резекции желудка продолжают по одному из традиционно принятых методов. Брюшную полость при необходимости дренируют. Лапаротомную рану зашивают. В послеоперационном периоде по дренажу оттекает дуоденальное содержимое. Начиная с 9 дня пережимают трубку (5), которую удаляют на 14 день после операции. Рана контрапертуры заживает вторичным натяжением.

Пример. Больной Л., 53 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на постоянную, ноющую, тупую боль в правом

подреберье, эпигастрии, темный кал, общую слабость. Болеет язвенной болезнью ДПК более 10 лет, неоднократно лечился консервативно. Темный кал заметил около 6 часов назад. Per rectum: мелена. На ФЭГДС: В желудке умеренное количество свежей крови. Луковица ДПК гиперемированна, деформирована. В залуковичной части ДПК имеется язва, занимающая 2/3 просвета кишки с затромбированным сосудом, Э–3,0 тера/л; Hb – 88 г/л; Ht – 0,3 г/л.

В ургентном порядке под эндотрахеальным наркозом произведена операция: Резекция 2/3 желудка по Бильрот–II–Гофмейстер–Финстереру, прошивание кровоточащей язвы, дуоденостомия.

На операции: имеется язвенный инфильтрат с нишей в постбульбарном отделе до 4 см в диаметре, пенетрирующей в элементы гепатодуоденальной связки. В тонкой и толстой кишках имеется темное содержимое. Решено выполнить резекцию желудка по Бильрот–II–Гофмейстеру–Финстереру. Произведена мобилизация ДПК по Кохеру. Желудок отсечен от ДПК по язве. В залуковичной части ДПК имеется язва до 4 см в диаметре с кровоточащим сосудом в центре. Последний прошит 8-образным лавсановым швом. Нижний край язвы расположен на 1,5 см выше от большого дуоденального сосочка. В связи с невозможностью ушить культю ДПК традиционными способами без большой вероятности ее несостоятельности и панкреатита в послеоперационном периоде решено сформировать дуоденостому.

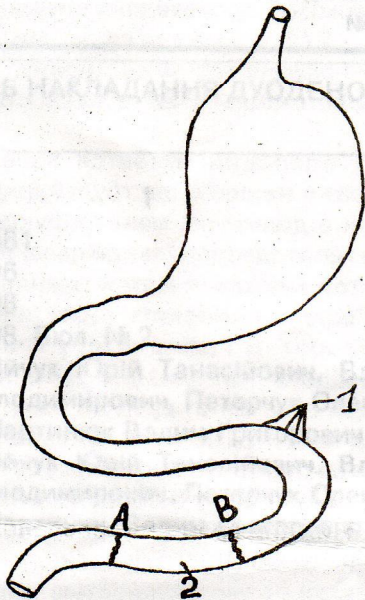
Отступив ниже 20 см от тройцевой связки, выбран участок тонкой кишки длиной в 25 см с хорошим кровоснабжением. Участок кишки (трансплантат) мобилизован и пересечен после прошивания дистального и проксимального концов сшивающим аппаратом. Непрерывность тонкой кишки восстановлена путем наложения энтероэнтероанастомоза "конец в конец". В брыжейке правой половины поперечной ободочной кишки сделано отверстие, через которое проведен трансплантат на сосудистой ножке в подпеченочное пространство. Затем дистальный конец трансплантата анастомозирован с культей ДПК при помощи двухрядного шва. Отверстие в мезоколон ушито вокруг сосудистой ножки трансплантата. Через проксимальный конец трансплантата в просвет ДПК введена трубка, которая фиксирована к проксимальному концу трансплантата кисетным швом. Ниже наложенного кисетного шва наложен второй кисетный шов, который завязан и в него инвагинирована трубка, фиксированная пер-

вым кисетным швом. В правом подреберье сделан прокол брюшной стенки, через который выведена трубка наружу. Проксимальный конец трансплантата фиксирован узловыми швами к париетальной брюшине вокруг контрапертуры. Трубка фиксирована к коже брюшной стенки. Далее произведена резекция желудка по Биль-рот-II-Гофмейстер-Финстереру.

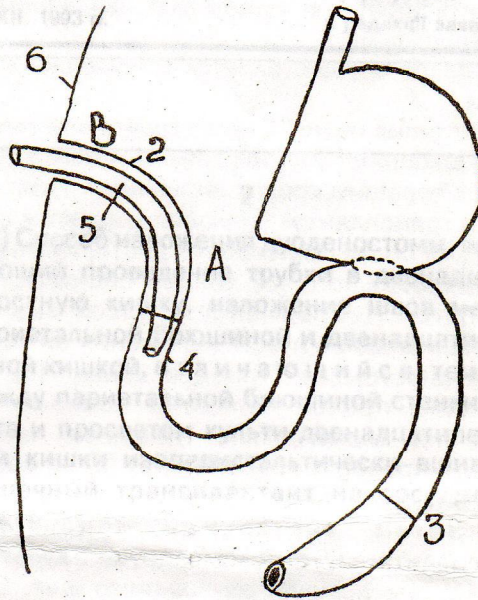
5

В первые сутки послеоперационного периода выделилось по дренажной трубке дуоденостомы до 60 мл дуоденального содержимого. В последующие 6 суток количество отделяемого составляло 250-500 мл. С 9 суток начато пережатие дренажа, который удален на 14 сутки. Рана контрапертуры зажила. Осмотрен через 3 месяца. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.

10



Фиг. 1



Фиг. 2

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может использоваться в тех случаях, когда имеется необходимость наложения дуоденостомы.

Известен способ Мельникова [Навроцкий И.И. Ушивание культи двенадцатиперстной кишки. М., Медицина, 1972, с. 173] наложение концевой дуоденостомы путем выведения катетера по Каделу в культю двенадцатиперстной кишки (ДПК) с последующим отделением и подшиванием акрутовую к ней париетальной брюшины и введением между трубкой и париетальной брюшиной марлевого тампона. Так как во время операции производится значительное отслоение париетальной брюшины, что приводит к ее на-

лижению культи ДПК и не исключает возможности ее швов и кишечного свища.

В основу изобретения поставлена задача наложения дуоденостомы, при которой исключение трансплантата исключало бы излишнюю травматизацию тканей, обеспечивался бы достаточный герметизм культи ДПК и уменьшился бы риск послеоперационных осложнений.

Для решения этой задачи при наложении культи ДПК и тахиэпителиальной оболочки культи ДПК используется способ наложения дуоденостомы, заключающийся в наложении трубки в ДПК, наложение швов между париетальной брюшиной и ДПК, при котором исключается выделение между париетальной брюшиной и проксимальной

Упорядник

Техред М.Келемеш

Коректор Н.Король

Замовлення 4468

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Патентне доручення № 39 від 20 листопада 1996 р.
 Банк платіжка: ХВ "Гарант" АКБ УСБ код 315687 р/р 715404 - сума 42-50
 одержувач: Держпатент України

22	Дата надходження	Банк одержувача: Терещенке в/р. УСБ м.Київ	21	№ держ. реєстрації
		Вхідний № Код 322090 р/р 606776		Мито за подання заявки та видоду патента на винахід до проведення експертизи по суті за міжнародним
	Пріоритет	51 МКР	Е.В.	нео дитності відносно до Погодолови КмУ № 701 від 10.10.94 р. Дата реєстрації (803 ПДВ)

ЗАЯВА
 про видачу патенту
 України на винахід

До Державного патентного відомства України
 252133, Київ, бульв. Лесі Українки, 26
 Науково-дослідний центр патентної експертизи /НДЦПЕ/

Подати вказані нижче документи, прошу /просимо/ видати патент України на винахід на ім'я /вказується повне ім'я або найменування можливого власника патенту/

- Пріоритет даного винаходу прошу /просимо/ встановити по даті
- подання першої/их/ заявки/ок/ в державі-учасниці Паризької конвенції
- надходження первісної заявки до Держпатенту України
- надходження додаткових матеріалів до першої заявки

31	Номер першої заявки	32	Дата подання заявки /надходження дод. матеріалів/	33	Код держави подання згідно зі стандартом ВОІВ СТ.3
	1. 2. 3.				

54	Назва винаходу
	Спосіб накладання дуоденостоми

71	Заявник/и/ /повне ім'я або офіційне найменування організації/і/ Дані стосовно заявника-автора наводяться під кодом 75	Код організації /для українських заявок/ або код держави згідно зі стандартом ВОІВ СТ.3 /для іноземних заявок/
	Місцеребування заявника Ахтемійчук Юрій Танасійович Власов Василь Володимирович Петерчук Олег Федорович Мартинюк Вадим Григорович	

74	Патентний повірений /повне ім'я або найменування/
	Відомки, вказівки патентного повіреного: Телефон: Телеграф: Телекс: Телефакс:

90	Адреса для листування /повне поштове адресне, кабельне/банківська адреса/
	280025, м.Хмельницький, вул.Курчатова, 1Л, кв.68 Телефон: 55-09-64 Телеграф: Телекс: Телефакс: р.6-02-06

Способ наложения дуоденостомы.

Изобретение относится к медицине, а именно, к хирургии и может использоваться в тех случаях, когда имеется необходимость наложения дуоденостомы.

Известен способ Мельникова (И.Н.Навроцкий. Ушивание культи двенадцатиперстной кишки. - Москва: Медицина, 1972. - С.172) наложение концевой дуоденостомы путем вшивания катетера по Кадеру в культю двенадцатиперстной кишки (ДПК) с последующим отделением и подшиванием вкруговую к ней париетальной брюшины и введением между трубкой и париетальной брюшиной марлевых тампонов. Так как в ходе операции производится значительное отслоение париетальной брюшины, что приводит к ее натяжению, образованию обширного раневого дефекта, а использование тампонов способствует к заживлению последнего вторичным натяжением, то данный способ не обеспечивает надежного герметизма ушитой культи ДПК и не исключает несостоятельности ее швов и кишечного свища.

В основу изобретения поставлена задача наложения дуоденостомы при которой использование трансплантата исключало бы излишнюю травматизацию тканей, обеспечивался бы достаточный герметизм культи ДПК и уменьшился бы риск послеоперационных осложнений.

Для решения этой задачи при нехватке тканей и технической трудности обработки культи ДПК используют способ наложения дуоденостомы, включающий проведение трубки в ДПК, наложение швов между париетальной брюшиной и ДПК, при котором изоперистальтически вшивают между париетальной брюшиной передней брюшной стенки и просветом культи ДПК кишечный транс-

плантат на сосудистой ножке.

Таким образом совокупность изменений по сравнению с прототипом, в действиях в процессе хирургического вмешательства дает возможность исключить негативные последствия и добиться желаемого результата.

На рис. 1 показан тонкокишечный трансплантат в области ДПК; на рис. 2 - окончательный вид наложенной дуоденостомы.

В ходе оперативного вмешательства по поводу язвенной болезни ДПК или другой патологии возникает ситуация, когда невозможношить культю ДПК без риска возникновения опасных для жизни осложнений. Тогда принимают решение завершить обработку культи ДПК наложением дуоденостомы.

Способ осуществляется следующим образом. Отступив ниже 20 см от трейцевой связки (1), выбирают участок тонкой кишки в 25-30 см с хорошим кровоснабжением. Участок кишки трансплантат (2) мобилизируют и пересекают после прошивания дистального (А) и проксимального (В) концов сшивающим аппаратом. Непрерывность тонкой кишки восстанавливают путем наложения энтеро-энтероанастомоза "конец в конец" (3). В брюшной полости правой половины поперечной ободочной кишки делают отверстие, через которое проводят трансплантат (2) на сосудистой ножке в подпеченочное пространство. Затем дистальный конец (А) трансплантата (2) анастомозируют с культей ДПК (4) при помощи двухрядного шва. Отверстие в мезоколон ушивают вокруг сосудистой ножки трансплантата (2). Через проксимальный конец (В) трансплантата (2) в просвет ДПК вводят трубку (5), фиксированную первым кисетным швом. Ниже наложенного первого кисетного шва накладывают второй, завязывают его и инвагинируют в него трубку (5) фиксированную первым кисетным швом.

- 3 -

трансплантата (2) фиксируют узловыми швами к париетальной брюшине брюшной стенки (6) вокруг контрапертуры. Трубку (5) фиксируют к коже брюшной стенки (6). Далее операцию резекции желудка продолжают по одному из традиционно принятых методов. Брюшную полость при необходимости дренируют. Лапаротомную рану зашивают. В послеоперационном периоде по дренажу оттекает дуоденальное содержимое. Начиная с 9 дня пережимают трубку (5), которую удаляют на 14 день после операции. Рана контрапертуры заживает вторичным натяжением.

Пример: Больной И., 53 года поступил в хирургическое отделение с жалобами на постоянную, ноющую, тупую боль в правом подреберьи, эпигастрии, темный кал, общую слабость. Болеет язвенной болезнью ДПК более 10 лет, неоднократно лечился консервативно. Темный кал заметил около 6 часов назад. Рег гестим: мелена. На ФЭГДС: В желудке умеренное количество свежей крови. Дуоденальная ДПК гипертрофированная, деформированная. В залуковичной части ДПК имеется язва, занимающая 2/3 просвета кишки с затромбированным сосудом. Э - 3,0 тера/л; Нв - 88 г/л; Нт - 0,3 г/л.

В urgentном порядке под эндотрахеальным наркозом произведена операция: Резекция 2/3 желудка по Бильрот-II-Гофмейстер-Финстереру, прошивание кровоточащей язвы, дуоденостомия.

На операции: имеется язвенный инфильтрат с нишей в постбульбарном отделе до 4 см в диаметре, пенетрирующей в элементы гепатодуоденальной связки. В тонкой и толстой кишках имеется темное содержимое. Решено выполнить резекцию желудка по Бильрот-II-Гофмейстеру-Финстереру. Произведена мобилизация ДПК по Кохеру. Желудок отсечен от ДПК по язве. В залуковичной части ДПК имеется язва до 4 см в диаметре с кровоточащим сосудом в центре. Последний прошит 8-образным лавсановым швом.

Последний шов зашит на 1,5 см выше от большого дуоденального

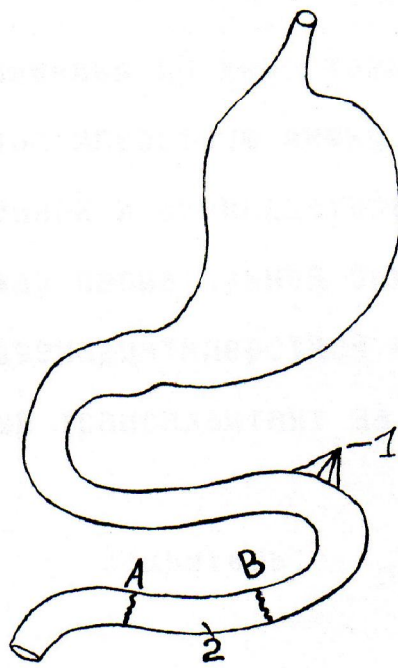
нального сосочка. В связи с невозможностью ушить культю ДПК традиционными способами без большой вероятности ее несостоятельности и панкреатита в послеоперационном периоде решено сформировать дуоденостому.

Отступив ниже 20 см от трейцевой связки, выбран участок тонкой кишки длиной в 25 см с хорошим кровоснабжением. Участок кишки (трансплантант) мобилизован и пересечен после прошивания дистального и проксимального концов сшивающим аппаратом. Непрерывность тонкой кишки восстановлена путем наложения энтеро-энтероанастомоза "конец в конец". В брюшной полости правой половины поперечной ободочной кишки сделано отверстие, через которое проведен трансплантант на сосудистой ножке в подпеченочное пространство. Затем дистальный конец трансплантанта анастомозирован с культей ДПК при помощи двухрядного шва. Отверстие в мезоколон ушито вокруг сосудистой ножки трансплантанта. Через проксимальный конец трансплантанта в просвет ДПК введена трубка, которая фиксирована к проксимальному концу трансплантанта кисетным швом. Ниже наложенного кисетного шва наложен второй кисетный шов, который завязан и в него инвагинирована трубка, фиксированная первым кисетным швом. В правом подреберьи сделан прокол брюшной стенки через который выведена трубка наружу. Проксимальный конец трансплантанта фиксирован узловыми швами к париетальной брюшине вокруг контрперфорации. Трубка фиксирована к коже брюшной стенки. Далее произведена резекция желудка по Бильрот-II-Гофмейстер-Финстереру.

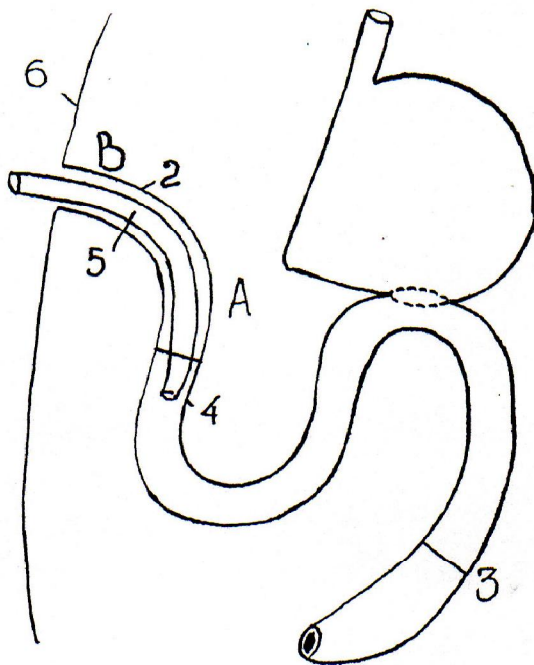
В первые сутки послеоперационного периода выделилось по дренажной трубке дуоденостомы до 60 мл дуоденального содержимого. В последующие 6 суток количество отделяемого составляло 250-500 мл. С 9 суток начато пережатие дренажа, который уда-

Способ наложения

Дуоденостомы!



Фиг. 1







Фиг. 2

Ю.Т. Ахтемиичук
В.В. Власов
О.Ф. Петарчук
В.Г. Мартынюк

Формула изобретения.

Способ наложения дуоденостома, включающий проведение трубки в двенадцатиперстную кишку, наложение швов между париетальной брюшиной и двенадцатиперстной кишкой, отличающийся тем, что между париетальной брюшиной стенки живота и просветом культи двенадцатиперстной кишки изоперистальтически вшивают кишечный трансплантат на сосудистой ножке.

Заявитель:

 Ю. Т. Ахтемийчук
 В. В. Власов
 О. Ф. Петерчук
 В. Г. Мартынюк

Способ наложения дуоденостомы. Изобретение относится к медицине, а именно, к хирургии и может использоваться в тех случаях, когда имеется необходимость наложения дуоденостомы.

В основу изобретения поставлена задача наложения дуоденостомы, при которой исключалась бы излишняя травматизация тканей, обеспечивался достаточный герметизм двенадцатиперстной кишки (ДПК) и уменьшился бы риск послеоперационных осложнений. Для решения этой задачи при нехватке тканей и технической трудности обработки культи ДПК используют участок тонкой кишки на сосудистой ножке, который изоперистальтически вшивают между париетальной брюшиной передней брюшной стенки и просветом культи ДПК.

ДЕРЖАВНИЙ УКРАЇНИ
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР
ПАТЕНТНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ (НДЦПЕ)
252153, Київ, б-р Лесі Українки, 26
тел. 295-61-97

Адреса
280025 м. Кельменювкми
вул. Курчатова 1а
№ 68

Р І Ш Е Н Н Я
ПРО ВСТАНОВЛЕННЯ ДАТИ ПОДАВАННЯ ЗАЯВКИ

Власову В. В.

У відповідності до ст. 13 Закону України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі» заявка на винахід (корисну модель)

Спосіб намагаючий з'єднати сірники

Заявник

вважається такою, що подана до НДЦПЕ

(22)

(дата подання заявки)

9.12.96

з наданням реєстраційного номеру

(21)

(при листуванні посилатися на цей номер)

96124581

Зав. відділом попередньої
обробки заявок

Науково-дослідний центр
патентної експертизи

Вих. № 316

10 01 1997 р.

Т. ВАСИЛЕНКО

(тел. 295-33-44)

Зам. № 3-100

) 96124581
) (57)

ПАТЕНТ УКРАЇНИ
№ 22088А
«30» 04 1998 р.

Дата прийняття
рішення
«15» 01 1998 р.

Способ наложения дуоденостома, включающий проведение трубки в двенадцатиперстную кишку, наложение швов между париетальной брюшиной и двенадцатиперстной кишкой, отличающийся тем, что между париетальной брюшиной стенки живота и просветом культи двенадцатиперстной кишки изоперистальтически вшивают кишечный трансплантат на сосудистой ножке.