



УКРАЇНА

(19) (UA)

(11) 44020 A

(51) 7 A61B17/00

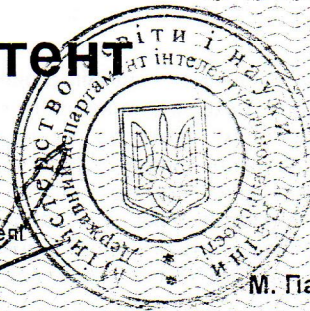
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І  
НАУКИ УКРАЇНИ

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) 2001010556  
(22) 25.01.2001  
(24) 15.01.2002  
(46) 15.01.2002. Бюл. № 1

(72) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук Юрій Танасович, Мацібора Вадим Віталійович, Власова Олена Василівна  
(73) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук Юрій Танасович, Мацібора Вадим Віталійович, Власова Олена Василівна

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА





УКРАЇНА

(19) UA (11) 44020 (13) A

(51) B 6 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА

1

2

(21) 2001010556

(22) 25.01.2001

(24) 15.01.2002

(46) 15.01.2002, Бюл. № 1, 2002 р.

(72) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук  
Юрій Танасович, Мацібора Вадим Віталійович,  
Власова Олена Василівна(73) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук  
Юрій Танасович, Мацібора Вадим Віталійович,  
Власова Олена Василівна

(57) Спосіб хірургічного лікування хронічної виразки шлунка шляхом видалення виразки, резекцією шлунка зі збереженням воротаря, мобілізацією висхідної частини дванадцятипалої кишки від очередини, розтином зв'язки Трейтца і низведенням дуодено-єюнального вигину, який відрізняється тим, що мобілізовану висхідну частину дванадцятипалої кишки розвертають на  $120^\circ \pm 60^\circ$  по осі за годинниковою стрілкою і фіксують до очередини лівої брижової пазухи.

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і використовується для лікування хронічної виразки шлунка із хронічними порушеннями дуоденальної прохідності.

Відомий спосіб хірургічного лікування хронічної виразки шлунка, який полягає у виконанні надворотаревої резекції шлунка (Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки.- Киев."Здоров'я". - 1972.- С.57-58.), що полягає в мобілізації шлунка по великій і малій кривизні з перев'язкою магістральних шлункових судин, резекції антрального відділу та частково тіла шлунка, відступивши від воротаря проксимально на 2 - 3см., накладанні гастро - гастроанастомозу. При даному способі шляхом резекції шлунка проводиться видалення виразки шлунка і агресивної гастринпродукуючої зони, проте не ліквідуються хронічні порушення дуоденальної прохідності.

Відомий спосіб корекції хронічних порушень дуоденальної прохідності (Витебський Я.Д. Клапанне анастомози в хирургии пищеварительного тракта. - М.: Медицина. -1988г. - 112 с.), що полягає в мобілізації висхідної частини дванадцятипалої кишки (ДІЖ) від очередини, розтині ніжок зв'язки Трейтца, низведенні дуодено-єюнального вигину, зашиванні очередини лівої брижової пазухи, фіксації до очередини краю брижі початкового відділу порожньої кишки, проте при цьому способі не усувається осьова ротація висхідної частини ДПК і не повністю ліквідуються хронічні порушення дуоденальної прохідності.

В основу винаходу поставлено задачу в способі хірургічного лікування хронічної виразки шлу-

нка шляхом видалення виразки, резекцією шлунка зі збереженням воротаря, мобілізації висхідної частини ДПК, розтином зв'язки Трейтца, низведенням дуодено-єюнального вигину і осьовою ротацією висхідного відділу ДПК забезпечити усунення хронічних порушень дуоденальної прохідності.

Для рішення цієї задачі в способі хірургічного лікування хронічної виразки шлунка шляхом видалення виразки, резекцією шлунка зі збереженням воротаря, мобілізацією висхідної частини ДПК від очередини, розтином зв'язки Трейтца і низведенням дуодено-єюнального вигину, мобілізовану висхідну частину ДПК розвертають на  $120^\circ \pm 60^\circ$  по осі за годинниковою стрілкою і фіксують до парієтальної очередини лівої брижової пазухи.

Спосіб виконують слідуючим чином. Початкову петлю порожньої кишки, відводять вправо. Висхідну частину ДПК звільняють від парієтальної очередини, від зв'язки Трейтца до горизонтальної частини ДПК в місці її перетину з верхньою брижовою артерією. Праву і ліву ніжки зв'язки Трейтца розтинають між затискачами, лігують. Дуодено-єюнальний вигин низводять каудально, висхідну частину ДПК повертають навколо її осі за годинниковою стрілкою на  $120^\circ \pm 60^\circ$ , і фіксують до парієтальної очередини лівої брижової пазухи вузловими швами. Парієтальну очередину у ділянці низведеного дуодено-єюнального вигину захищають неперервним швом. Далі виконують мобілізацію шлунка по великій і малій кривизні з окремим лігуванням магістральних судин шлунка, видалення виразки шляхом резекції шлунка за методикою Макі-Шалімова.

Приклад. Хвора К., 1945 р.н., поступила в хі-

(13) A

(11) 44020

(19) UA



рургічне відділення Хмельницької обллікарні зі скаргами на постійний ниючий біль в епігастральній ділянці, нудоту, печію, зниження апетиту, схуднення. Хворіє на виразку шлунка впродовж 15 місяців. Двічі отримала курс консервативної терапії в гастроентерологічному відділенні. Об'єктивно: загальний стан хворої незадовільний, у ліжку положення активне, свідомість ясна. Шкірні покриви чисті, блідо-рожеві. Підшкірна клітковина розвинена помірно. Дихання везикулярне, тони серця ритмічні, гучні. Рс - 72 у хв. АТ - 110/70 мм.рт.ст. Язик вологий, має білуватий наліт. Живіт м'який, болючий при пальпації в епігастрії. Печінка не збільшена, не болюча. Селезінка не пальпується. Перистальтика кишечника звичайна, шум плюскоту відсутній. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Сечопуск самостійний. Симптом Пастернацького відсутній з обох сторін. Кістково-м'язева та лімфатична система без особливостей. При індагації органічної патології не виявлено.

На гастрофіброскопії стравохід без змін. У ділянці тіла шлунка, на малій кривині, є хронічна виразка діаметром 25 мм. Рентгенологічне діагностована виразка шлунка до 2 см в діаметрі.

Після проведеного обстеження та підготовки під ендотрахеальним наркозом виконана операція: Резекція шлунка зі збереженням ворота за методом Макі - Шалімова. Низведення дуодено-єюнального вигину з осьовою ротацією на 90° за годинниковою стрілкою.

Верхня середина лапаротомія. При ревізії черевної порожнини в ділянці малої кривини шлу-

нка, ближче до передньої його, стінки пальпується виразка з твердими краями 2 - 2,5 см. в діаметрі. Верхня горизонтальна та висхідна частини ДПК розширені в діаметрі до 4 см., відмічається осьова ротація висхідного відділу ДПК проти годинникової стрілки на 90°. Початкову петлю порожньої кишки відведено вправо. Висхідну частину ДПК звільнено від парієтальної очеревини до горизонтальної частини ДПК в місці перетину останньої з верхньою брижовою артерією. Праву і ліву ніжки зв'язки Трейтца розітнено між затискачами, ліговано. Парієтальну очеревину зашито безперервним швом. Дуодено-єюнальний вигин незведене, висхідний відділ ДПК повернено навколо його осі за годинниковою стрілкою на 90° і фіксовано до парієтальної очеревини лівої брижової пазухи вузловими швами. Шлунок мобілізовано по великій і малій кривині з перев'язкою магістральних судин шлунка. Далі виконано резекцію антрального відділу та частково тіла шлунка, відступивши від ворота проксимальне на 2 - 3 см., сформовано гастрогастроанастомоз. Через окрему контрапертуру до анастомозу підведені два трубчасті дренажі. Гемостаз по ходу операції, контроль - сухо. Операційна рана пошарово зашита. Асептична пов'язка.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 3 - 9 день зняті шви. Рана зажила первинним натягом. Через 11 днів після операції хвору виписано.

Хвору обстежено через 3 роки, почуває себе добре, рецидиву виразки немає.