

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**
(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **5579**

(13) **С1**

(51)⁷ **А 61В 17/11**

(54) **СПОСОБ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ДУОДЕНОЕЮНОСТОМИИ**

(21) Номер заявки: а 19981082

(22) 1998.11.27

(46) 2003.12.30

(71) Заявитель: Государственное высшее учебное учреждение "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Жандаров Константин Николаевич; Колоцей Владимир Николаевич (ВУ)

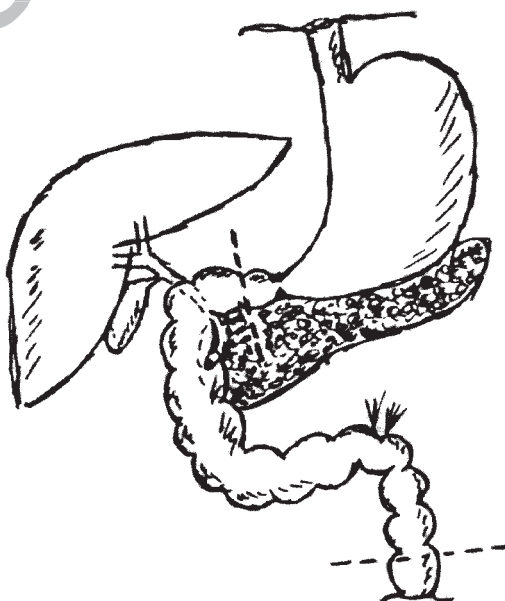
(73) Патентообладатель: Государственное высшее учебное учреждение "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(57)

Способ проксимальной дуоденоеюностомии, включающий пересечение двенадцатиперстной кишки ниже пилорического жома, пересечение тощей кишки ниже связки Трейтца с наложением энтероэнтероанастомоза по Ру и проксимального дуоденоеюноанастомоза, **отличающийся** тем, что формирование проксимального дуоденоеюноанастомоза производят путем анастомозирования конца проксимальной части двенадцатиперстной кишки в бок ушитого дистального конца тощей кишки.

(56)

DeMEESTER T.R. et al. Ann. Surg. – 1987. - V. 206. - № 4. -P. 419.
RU 2111709 C1, 1998.



Фиг. 1

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии, и может использоваться для лечения хронической дуоденальной непроходимости.

Наиболее близким к заявляемому является способ проксимальной дуоденоюностомии "конец в конец" (De Meester T. R. et all. Experimental and clinical results with proximal end-to-end duodenojejunosomy for pathologic duodenogastric reflux.//Ann. Surg., 1987; 206:414-26.). На 2-3 см ниже пилорического жома производят поперечное пересечение 12-перстной кишки. Дистальный конец кишки ушивают 2-х рядным швом. Ниже связки Трейтца на 30 см поперечно пересекают тощую кишку. Дистальный конец тощей кишки анастомозируют с проксимальным концом 12-перстной кишки "конец в конец". Проксимальный конец пересеченной тощей кишки, отступя 30 см от дуоденоюноанастомоза, анастомозируют с тощей кишкой "конец в бок", выключая из пассажа пищи 12-перстную кишку.

Недостатками являются: наложение проксимального дуоденоюноанастомоза "конец в конец" технически сложно для выполнения в связи с анатомическими особенностями; необходим большой объем мобилизации в области пилоруса и антрального отдела желудка, что вызывает нарушение кровоснабжения и иннервации; описаны случаи возникновения острой кишечной непроходимости вследствие инвагинации в области дуоденоюноанастомоза "конец в конец" (Paul H. Gerst et all. Retrograde intussusception as a complication of Roux-en-Y anastomosis//Surgery 1991; 110:917-9.).

Задача изобретения: технически упростить выполнение операции, уменьшить травматичность операции, уменьшить количество послеоперационных осложнений.

Задача достигается путем выполнения проксимальной дуоденоюностомии "конец в бок". При этом упрощается выполнение операции за счет более удобного анатомического расположения анастомозируемых органов, травматичность операций уменьшается за счет уменьшения объема мобилизации в области антрального отдела желудка, пилоруса и проксимальной части 12-перстной кишки, количество послеоперационных осложнений уменьшается за счет наложения проксимального дуоденоюноанастомоза "конец в бок", что в условиях возникновения антиперистальтических волн делает невозможным развитие острой кишечной непроходимости в виде инвагинации вследствие разнонаправленности перистальтики желудка и 12-перстной кишки.

Способ осуществляют следующим образом.

После верхне-срединной лапаротомии и ревизии органов брюшной полости производят на 2-3 см ниже пилорического жома поперечное пересечение 12-перстной кишки. Дистальный конец кишки ушивают 2-х рядным швом. Ниже связки Трейтца на 30 см поперечно пересекают тощую кишку.

На фиг. 1 изображена схема мест пересечения 12-перстной и тощей кишки.

На фиг. 2 изображена схема проксимальной дуоденоюностомии "конец в бок".

Дистальный конец тощей кишки ушивают 2-х рядным швом и подводят его к проксимальному концу пересеченной 12-перстной кишки. Затем, отступя от ушитого дистального конца тощей кишки не более 2-3 см (профилактика избыточной культи), с проксимальным концом пересеченной 12-перстной кишки накладывают дуоденоюноанастомоз "конец в бок" 2-х рядным швом. После этого формируют изолированную по Ру петлю тощей кишки с энтероэнтероанастомозом: проксимальный конец пересеченной тощей кишки в дистальный конец тощей кишки ("конец в бок"), отступя от дуоденоюноанастомоза 30 см.

Приводим пример, доказывающий возможность осуществления способа.

Пример 1.

Больная Б., 42 года, поступила в хирургическую клинику с диагнозом: постхолецистэктомический синдром. Хронический панкреатит 2.08.93 г. Больная обследована, установлен диагноз: хроническая дуоденальная непроходимость в стадии субкомпенсации. Парафатеральный дивертикул 12-перстной кишки. Оперирована 15.08.93 г. Произведена лапаротомия, висцеролиз. При ревизии установлено: 12-перстная кишка расширена до

4,5 см, стенка дряблая, истончена, наличие перидуоденальных спаек (рассечены), в области связки Трейтца деформация дуоденоюнонального перехода со спаечно-рубцовым процессом. Учитывая то, что имеет место хроническая дуоденальная непроходимость и парафатеральный дивертикул, больной произведена проксимальная дуоденоюноностомия "конец в бок" с изолированной по Ру петлей тощей кишки. Операция дополнена рассечением связки Трейтца и низведением дуоденоюнонального перехода.

Послеоперационный период без осложнений. Получала антибактериальную, инфузионную, симптоматическую терапию, витамины, физиолечение.

Кормление с 4-х суток. Швы сняты на 10-е сутки.

На 12-е сутки после операции больная в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Срок наблюдения - 5 лет. Результат - хороший.

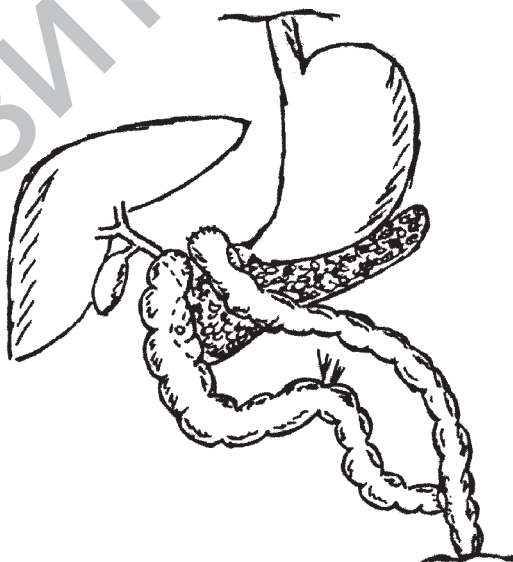
Таким образом, при использовании предлагаемого способа выявлены следующие преимущества:

1. Технически операция упрощается за счет создания более удобного анатомического расположения анастомозируемых органов;

2. Травматичность операции уменьшается за счет уменьшения объема мобилизации в области антрального отдела желудка, пилоруса и проксимальной части 12-перстной кишки, что в меньшей степени вызывает нарушение кровоснабжения и иннервации в данной области;

3. Предотвращается возможность развития острой кишечной непроходимости в виде инвагинации в области дуоденоюноанастомоза за счет наложения анастомоза "конец в бок".

Предлагаемый способ высокоэффективен, малотравматичен, более прост в исполнении и с успехом может использоваться в любом стационаре практического здравоохранения для лечения хронической дуоденальной непроходимости, а также ряда других заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.



Фиг. 2