



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1901302

(22) 19.04.2019

(46) Бюл. 203, 2024

(71)(73) ГУ Институт гастроэнтерологии АМН Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ (ТJ)

(72) Азимзода С.М. (ТJ); Кодиров Д.М. (ТJ); Кодиров Ф.Д. (ТJ); Сафаров Дж.Б. (ТJ); Сайдалиев Ш.Ш. (ТJ); Амонов У.М. (ТJ); Табаров З.В. (ТJ)

(54) **СПОСОБ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ (ТУБУЛЯРНЫХ) ДУОДЕНОСТЕНОЗАХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ**

(57) Изобретение относится к медицине и может быть применено при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом.

По данному способу поэтапно выделяют двенадцатиперстную кишку выше и ниже стеноза, и

2

стенозированный участок из рубцово-спаечной «мантии», мобилизуют по Кохеру и идентифицируют привратник. Затем дополнительно мобилизуют заднюю стенку престенотического псевдодивертикула луковицы, зону протяженного стеноза и постстенотического отдела двенадцатиперстной кишки. После этого выполняют подковообразную дуоденотомию максимально близко к задней стенке пре- и постстенотического отделов кишки и зоны стеноза на всем протяжении. Заднюю стенку дуоденопластики формируют путем сшивания лоскутов выше и ниже лежащих стенок кишки однорядными узловыми швами максимально сближая друг к другу переднюю стенку пре- и постстенотические отделы кишки. Переднюю стенку формируют путем ушивания верхнего и нижнего лоскутов двухрядными узловыми швами с использованием стенотического участка.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии и может быть применено при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом.

В качестве прототипа выбран способ дуоденопластики при рубцово-язвенном стенозе двенадцатиперстной кишки (Дурлештер В.М., Дидигов М.Т. Способ дуоденопластики при декомпенсированном рубцово-язвенном стенозе двенадцатиперстной кишки//Вестник хирургической гастроэнтерологии, 2011. - № 4. - С. 66-69), при котором для устранения стеноза проводят поперечную дуоденотомию через зоны стеноза, иссечение рубцово-язвенного очага, резекцию сегмента луковицы, прецизионно формируют дуодено-дуоденоанастомоз с помощью однорядных серозно-мышечно-подслизистых швов.

Однако использование данного способа является технически сложным и может привести к повреждению элементов печеночно-двенадцатиперстной связки, поджелудочно-двенадцатиперстной артерии, поджелудочной железы. Она не предусмотрена для проведения дуоденопластики при значительной протяженности (3-4 см) дуоденостеноза. В послеоперационном периоде имеется риск развития панкреатита, несостоятельности швов анастомоза. Кроме того, сегментарная резекция луковицы нарушает непрерывность передачи нервно-мышечных импульсов, что может быть причиной нарушения моторики двенадцатиперстной кишки и эвакуаторной функции желудка в раннем послеоперационном периоде.

Целью является разработка способа, позволяющего сохранить анатомическую и функциональную целостности пилорического сфинктера и восстановить эффективную проходимость по двенадцатиперстной кишке при хирургическом лечении тубулярных дуоденостенозов, протяженностью 3-4 см, расположенных в залуковичной части.

Решение задачи достигается поэтапным выделением двенадцатиперстной кишки выше и ниже стеноза, и стенозированного участка из рубцово-спаечной «мантии», мобилизации по Кохеру и идентификации привратника. С целью расширения площади для формирования передней стенки дуоденопластики дополнительно мобилизуется задняя стенка престенотического псевдодивертикула луковицы, зона протяженного стеноза и постстенотического отдела двенадцатиперстной кишки. Затем выполняется подковообразная дуоденотомия максимально близко к задней стенке пре- и постстенотического отделов кишки и зоны стеноза на всем протяжении. Задняя стенка дуоденопластики формируется путем сшивания лоскутов выше и ниже лежащих стенок кишки однорядными узловыми швами. При этом передняя стенка пре- и постстенотического отделов кишки максимально сближаются друг к другу. Передняя стенка формируется путем ушивания верхнего и нижнего лоскутов двухрядными узловыми швами с использованием стенотического участка (первый ряд - узловыми швами по Пирогову-Матешуку, второй - отдельными серозно-мышечными узловыми

швами) (Фиг. 1-6). После завершения дуоденопластики зона стеноза расширяется до 3,5-4 см, полностью восстанавливается проходимость по двенадцатиперстной кишке, сохраняется пилорический сфинктер.

Способ осуществления дуоденопластики при локализации протяженного дуоденостеноза язвенной этиологии по большой и малой кривизне двенадцатиперстной кишки поясняется следующими графическими изображениями:

на Фиг. 1 изображен протяженный рубцово-язвенный дуоденостеноз по большой кривизне двенадцатиперстной кишки; на Фиг. 2 - вид подковообразной дуоденотомии; на Фиг. 3 - дуоденопластика в завершенном виде.

на Фиг. 4 изображен протяженный рубцово-язвенный дуоденостеноз по малой кривизне; на Фиг. 5 - вид подковообразной дуоденотомии; на Фиг. 6 - дуоденопластика в завершенном виде.

Пример 1. Больной А. поступил в клинику с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, декомпенсированный дуоденостеноз. Язвенной болезнью страдает на протяжении 20 лет. Неоднократно лечился амбулаторно и стационарно. При фиброгастродуоденоскопии: пилорический сфинктер зияет, резкая деформация и сужение луковицы, диаметр стеноза 0,7 мм. Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки: рубцово-язвенный дуоденостеноз в стадии декомпенсации. Проведена комплексная предоперационная подготовка. Во время операции осуществлена верхнесрединная лапаротомия. После дуоденолиза и мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру установлено, что постбульбарный отдел на протяжении 4 см сужен до 1 см в диаметре. Стенозированный участок и псевдодивертикул луковицы расположены по малой кривизне двенадцатиперстной кишки. Проведена селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой. Проведена подковообразная дуоденотомия с захватом зоны стеноза. Задняя стенка ушита однорядными узловыми швами. Передняя стенка дуоденопластики сформирована двухрядными швами (первый – по Пирогову-Матешуку, второй – узловые серозно-мышечные). Сформирована дуоденопластика шириной 4 см. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 14 день. Через год проведено контрольное обследование. При эндоскопическом и рентгенологическом обследовании установлена свободная проходимость по двенадцатиперстной кишке, эвакуация из желудка в двенадцатиперстную кишку своевременная и порционная, функция пилорического сфинктера восстановилась.

Пример 2. Больной С. поступил в клинику с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенный дуоденостеноз в стадии субкомпенсации. Диагноз подтвержден эндоскопически и рентгенологически.

Во время операции проведена верхнесрединная лапаротомия. Пилородуоденальный отдел выделены из рубцово-спаечного процесса, мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Установлено, что стенозирующий участок расположен по большой

кривизне на 4 см ниже привратника, псевдодивертикул луковицы по малой кривизне шириной 3 см. Проведена селективная проксимальная ваготомия, дуоденопластика двухрядным швом использованием стенозирующего участка для формирования задней стенки пластики. Послеоперационный период протекал без осложнений. Обследован через 6 месяцев. Эндоскопически функция пилорического сфинктера восстановлена, двенадцатиперстная кишка свободно проходима. Рентгенологически эвакуация из желудка в двенадцатиперстную кишку своевременная и порционная.

Пример 3. Больной Л. поступил в клинику с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенный дуоденостеноз в стадии субкомпенсации. Язвенный анамнез около 20 лет, 8 лет тому назад оперирован по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, произведено ушивание язвы. Фиброгастродуоденоскопия: язва луковицы, постбульбарный дуоденостеноз. Рентгенологически выявлен субкомпенсированный дуоденостеноз, резервные возможности моторно-эвакуаторной функции желудка удовлетворительные. Интраоперационно: желудок эктазирован, стенки его гипертрофированы. На 3,5 см ниже привратника имеется протяженный стенотический участок и умеренно расширенная луковица в виде псевдодивертикула по малой кривизне двенадцатиперстной кишки. Во время операции проведена верхнесрединная лапаротомия. Пилорoduodenальный отдел выделены из рубцово-спаечного процесса, мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Установлено, что стенозирующий участок расположен по большой кривизне на 4 см ниже привратника, псевдодивертикул луковицы по малой кривизне шириной 3 см. Проведена селективная проксимальная ваготомия, дуоденопластика двухрядным швом использованием стенозирующего участка для формирования задней стенки пластики. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 16 суток. Обследован через год. При эндоскопии: умеренная деформация луковицы, проходимость двенадцатиперстной кишки свободная. Рентгенологически эвакуация из желудка в двенадцатиперстную кишку порционная и своевременная.

Пример 4. Больной Ш. поступил в клинику с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, луковичный дуоденостеноз в стадии субкомпенсации. Язвенный анамнез в течение 7 лет. Упорное течение заболевания с частыми рецидивами. Фиброгастродуоденоскопия: луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, из-за резко выраженного стеноза до 0,7-0,8 см ввести аппарат в залуковичную часть не удалось. Рентгенологически субкомпенсированный пилорoduodenальный стеноз с сохраненными резервными возможностями моторно-эвакуаторной функции желудка. Во время операции интраоперационно выявлено, что имеется стенотический участок диаметром 1,5 см расположенный по большой кривизне двенадцатиперстной кишки на 4 см ниже привратника, псевдодивертикул луковицы – по малой кривизне. Проведена селективная проксимальная ваготомия, дуоденопластика двухрядным швом использованием стенозирующего участка для формирования задней стенки пластики. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через год проведено контрольное обследование: эндоскопически привратник и двенадцатиперстная кишка свободно проходимы, функция пилорического сфинктера восстановилась. Рентгенологически наблюдается порционно-ритмическая эвакуация сульфата бария из желудка, двенадцатиперстная кишка свободно проходима.

Клинические наблюдения показали, что применение предлагаемого способа адекватно восстанавливает проходимость по двенадцатиперстной кишке, сохраняет анатомическую и функциональную целостность привратника, исключает травмы прилегающих или вовлеченных в патологический процесс органов и улучшает течение послеоперационного периода.

Клинически, эндоскопически и рентгенологически подтверждено восстановление проходимости по двенадцатиперстной кишке и сохранение физиологической функции пилорического сфинктера желудка.

Эвакуация из желудка в двенадцатиперстную кишку происходит порционно, функция привратника полностью восстанавливается.

Формула изобретения

Способ дуоденопластики при протяженных (тубулярных) дуоденостенозах язвенной этиологии, включающий проведение дуоденотомии в зоне стеноза и прецизионное формирование дуоденодуоденоанастомоза с помощью однорядных серозно-мышечных швов, **отличающийся тем, что** поэтапно выделяют двенадцатиперстную кишку выше и ниже стеноза, и стенозированный участок из рубцово-спаечной «мантии», мобилизуют по Кохеру и идентифицируют привратник, дополнительно мобилизуют заднюю стенку престенотического псевдодивертикула луковицы, зону протяженного стеноза и постстенотического отдела двенадцатиперстной кишки,

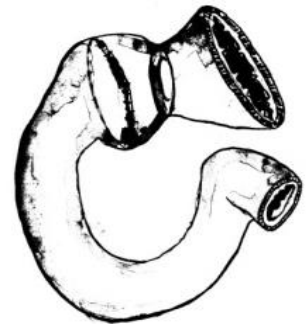
затем выполняют подковообразную дуоденотомию максимально близко к задней стенке пре- и постстенотического отделов кишки и зоны стеноза на всем протяжении, заднюю стенку дуоденопластики формируют путем сшивания лоскутов выше и ниже лежащих стенок кишки однорядными узловыми швами максимально сближая друг к другу переднюю стенку пре- и постстенотические отделы кишки, переднюю стенку формируют путем ушивания верхнего и нижнего лоскутов двухрядными узловыми швами с использованием стенотического участка (первый ряд – узловыми швами по Пирогову-Матешуку, второй – отдельными серозно-мышечными узловыми швами).



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4

1461



Фиг. 5



Фиг. 6

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		