

(19)



**Евразийское
патентное
ведомство**

(11) **033895**

(13) **B1**

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ЕВРАЗИЙСКОМУ ПАТЕНТУ

(45) Дата публикации и выдачи патента
2019.12.06

(51) Int. Cl. **A61B 17/00** (2006.01)

(21) Номер заявки
201600625

(22) Дата подачи заявки
2016.06.24

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

(43) 2017.12.29

(56) SU-A1-1771699

(96) 2016/018 (AZ) 2016.06.24

(71)(72)(73) Заявитель, изобретатель и патентовладелец:
**ГЫРХЛАРОВА АЙТЕН САБИР
КЫЗЫ; ГАДЖИЕВ САБИР ХАФИЗ
ОГЛЫ (AZ)**

КОЧНЕВ О.С. Экстренная хирургия
желудочно-кишечного тракта. Издательство
Казанского университета, 1984, с. 85-89
UA-A-49655
VAGNOLKAR Ketan. Duodenal
Diverticulum, 2013 Internet Scientific Publications,
LLC

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии, и может быть использовано при диагностике и лечении дивертикулов желудка и двенадцатиперстной кишки. Задача предлагаемого способа заключается в улучшении лечения дивертикулов за счет применения более усовершенствованных, оптимальных диагностических и хирургических методов. Способ лечения дивертикула двенадцатиперстной кишки, заключающийся в том, что во время операции находят фибрированные края мышечной складки, образованные в мышечном слое, затем в продольном направлении выделяют проксимальную и дистальную точки дивертикула, затем накладывают гофрирующие швы, проходящие через серозный слой и мышечно-фиброзное кольцо, фиксируют ворота дивертикула и нитки гофрирующих швов отводят в сторону, при этом дно и тело дивертикула приобретают вид волнистых слоев, после чего швы накладывают в поперечном направлении, с включением обоих краев серозно-фиброзного кольца, и при этом швы проходят через волнообразные складки дна и тела дивертикула на расстоянии 0,5 см друг от друга до полной ликвидации дивертикула.

033895 B1

033895 B1

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии, и может быть использовано при диагностике и лечении дивертикулов желудочно-кишечного тракта в целом.

Дивертикулы полых органов ЖКТ (желудочно-кишечный тракт) различаются по месту расположения, форме проявления, размерам, частоте встречаемости осложнений, а также степени их тяжести, изолированные или совмещенные с другими патологиями. Традиционно диагностика дивертикулярной болезни желудка и кишечника осуществляется с помощью зондовой рентгеноскопии или эндоскопического исследования.

Наиболее распространенным осложнением являются дивертикулиты, которые возникли, вследствие нарушения эвакуации пищевых масс из дивертикула. Клиническая картина при дивертикулитах зависит от их локализации. При расположении в верхней горизонтальной части или в верхней трети нисходящей части двенадцатиперстной кишки и развитии в нем воспалительного процесса, у больных отмечаются боли в эпигастрии, тошнота, чувство тяжести, отрыжка, иногда рвота. При расположении в средней трети нисходящей части двенадцатиперстной кишки, т.е. в области расположения Фатерова соска, клиническая картина напоминает приступ печеночной колики, холецистита или панкреатита, а в нижней горизонтальной и нижней трети нисходящей частей - дуоденальную непроходимость, так как протекает с болью и рвотой. Рентгенологически дивертикулит характеризуется длительной задержкой в нем контрастной массы, наличием грубых складок, болезненностью при пальпации. Другим наиболее распространенным осложнением является острый панкреатит. Его развитие обусловлено нарушением оттока желчи и панкреатических соков, особенно при впадении БДС в дивертикул, а также сдавливанием панкреатических протоков воспаленным дивертикулом и контактным воспалением поджелудочной железы при обострении дивертикулита.

Также дивертикулярная болезнь по клиническим проявлениям часто встречается в сочетании с патологиями толстого кишечника, что усложняет клинические проявления. При сочетанных патологиях после проведенной операции по поводу патологии, считающейся основной, жалобы, остающиеся у больных, являются причиной повторного обращения больного к врачу. Позже, обнаруженный дивертикулит приводит к повторной операции.

Разработка схемы тактики лечения в результате исследования частоты встречаемости и причины возникновения дивертикулов в сочетании с патологиями других органов ЖКТ, при этом виды операции, считающиеся более оптимальные для ликвидации изолированного дивертикула или в сочетании с другими патологиями, должны проходить с условием сохранения, полной ликвидации и открытия просвета органа, в котором образовался дивертикул.

Известен способ лечения дивертикул двенадцатиперстной кишки, где способ осуществляют следующим образом: пересекают двенадцатиперстную кишку на 2 см ниже привратника. Культю двенадцатиперстной кишки ушивают как при резекции желудка. Затем пересекают тощую кишку на 15-20 см ниже Трейцевой связки. Эту часть кишки проводят впереди ободочной кишки и анастомозируют обычным двухрядным швом, восстанавливая непрерывность кишечного тракта. Другой конец тощей кишки, идущий от двенадцатиперстной, ушивают анастомозом "конец в бок" (авт.св. СССР № 787001, 1980 г.) (взят как прототип).

Недостатком данного способа является травматичность операции.

Известен способ хирургического лечения дивертикулеза тонкой и толстой кишки (1 - Molacek J., Treska V. Multiple diverticulosis of the small and large intestine. *Rozhl Chir.* 2007 Jan; 86(1): 35-6).

Известен способ лечения дивертикула Меккеля путем трансумбиликальной дивертикулэктомии (2 - Prasad T.R., Chui C.H., Jacobsen A. S. Laparoscopic-assisted resection of Meckel's diverticulum in children. *JLS.* 2006 Jul-Sep; 10(3): 310-6).

Однако оба способа являются достаточно травматичными.

Известен способ диагностики дивертикулеза толстой кишки, включающий клиническое, рентгенологическое и эндоскопическое исследования (Штоппель А.Э. Дивертикулярная болезнь: консервативное и хирургическое лечение).

Однако данный способ не позволяет диагностировать дивертикулярную болезнь на ранней стадии.

Известен способ лечения интрапанкреатического дивертикула двенадцатиперстной кишки, где двенадцатиперстную кишку мобилизуют по Кохеру. Производят поперечную дуоденотомию. Гидравлической препаровкой отслаивают слизистую оболочку дивертикула и полностью ее иссекают. Дренируют полость дивертикула наружным дренажом и ушивают шейку (патент РФ № 1771699, 1992 г.)

Главным недостатком известных способов является невозможность восстановления целостности всех слоев стенок органов.

Задача предлагаемого способа заключается в улучшении лечения дивертикулов за счет применения более усовершенствованных, оптимальных диагностических и хирургических методов.

Авторами изобретения проводилась разработка схемы тактики лечения в результате исследования, часто встречаемых, в отношении наиболее распространенного дивертикула двенадцатиперстной кишки.

Поставленная задача решается способом лечения дивертикула двенадцатиперстной кишки, заключающимся в том, что во время операции находят фибризированные края мышечной складки, образованные в мышечном слое, затем в продольном направлении выделяют проксимальную и дистальную точки

дивертикула, затем накладывают гофрирующие швы, проходящие через серозный слой и мышечно-фиброзное кольцо, фиксируют ворота дивертикула и нитки гофрирующих швов отводят в сторону, при этом дно и тело дивертикула приобретают вид волнистых слоев, после чего швы накладывают в поперечном направлении, с включением обоих краев серозно-фиброзного кольца, и при этом швы проходят через волнообразные складки дна и тела дивертикула на расстоянии 0,5 см друг от друга до полной ликвидации дивертикула.

Сущностью изобретения является возможность устранения дивертикула при расположении его в труднодоступных частях органов путем введения легко управляемого зонда, дистальный конец которого проходит до входа в дивертикул при рентгенологическом исследовании (контрастной графии на фоне искусственной гипотонии), при этом освещаются форма, размеры, подвижность стенок, область расположения его ворот и его размеры с последующим оперативным вмешательством, а именно наложение на дивертикул нескольких гофрированных швов.

Исследования проводилось на 16-ти больных с сочетанными дивертикулами желудка, 12-перстной и толстой кишки в Городской больнице № 4 имени Ф. Эфендиева, хирургической клинике при Азербайджанском медицинском университете, городской центральной клинической больнице № 1 и рентгенологическом отделении частной клиники Medika-Hospital (доктор Мусаев Х.). Жалобы больных, анамнез и результаты объективных обследований были систематизированы. Рентгенологическое обследование было проведено в форме видеозаписи с проведением контрастной эзофагогастродуоденографии, ирригографии. Для обнаружения дивертикулов желудка и 12-перстной кишки был предложен разработанный авторами изобретения метод обследования.

Пример. Больной Кулиев Р. - 56 лет. 20 лет получает консервативное лечение по поводу хронического гастрита, холецистита и панкреатита. Была проведена контрастная видеорентгенография пищевода, желудка и 12-перстной кишки, была обнаружена тень скопления контрастного вещества в правой подреберной области. Не удалось установить связь между скоплениями контрастного вещества в стороне с желудком или 12-перстной кишкой. Даже при проведенной позднее видео ЭГДС эту связь установить не удалось. По этой причине повторно была проведена контрастная видеогастрография, обследование было проведено в указанном выше порядке с применением зонда. Было установлено, что дивертикул развивается из задней стенки препилорической части желудка. В таком случае удалось получить полную информацию о дивертикуле. При видеоирригографии было обнаружено два дивертикула на свободном крае поперечной ободочной кишки.

На фиг. 1 показан вход зонда в ворота дивертикулы.

Учитывая отмеченный пример при всех возможных случаях при подозрении на дивертикул, для уточнения диагноза был применен зонд и дивертикул был успешно обнаружен.

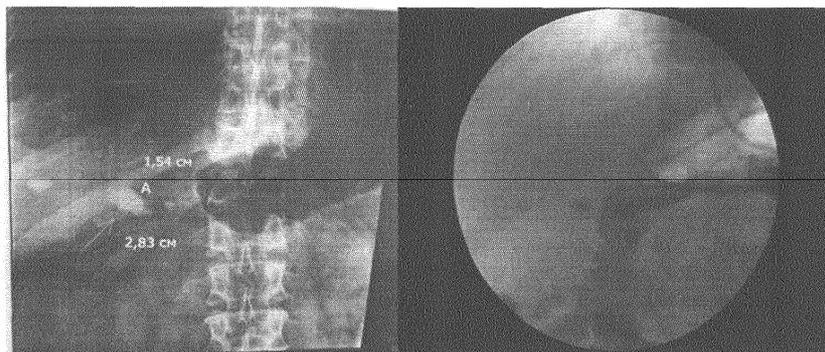
На фиг. 2 представлен вид наложения гофрирующих швов.

Таким образом, предложенный способ диагностики и лечения ДДК позволяет следующее:

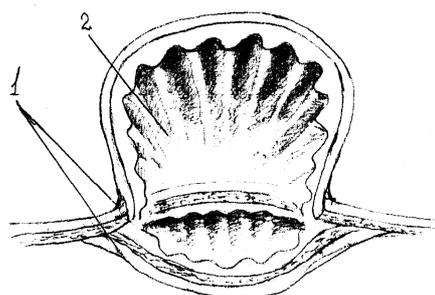
- 1) ряд гофрирующих швов предупреждает рецидивирование дивертикулов,
- 2) восстанавливается целостность всех слоев стенки органа,
- 3) соединение фиброзных краев мышц надежно закрывает ворота дивертикула, и наложение швов по волнообразным складкам стенки в результате гофрирования в слизистой органа создает складкообразную поверхность, а не "грубый конгломерат".

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

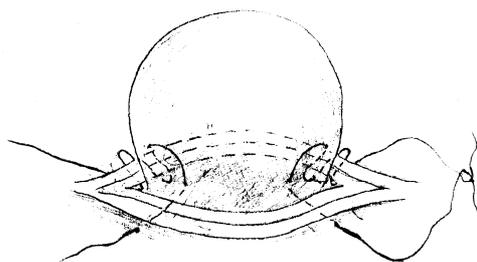
Способ лечения дивертикулов двенадцатиперстной кишки, заключающийся в том, что во время операции находят фиброзированные края мышечной складки, образованные в мышечном слое, затем в продольном направлении выделяют проксимальную и дистальную точки дивертикула, затем накладывают гофрированные швы, проходящие через серозный слой и мышечно-фиброзное кольцо, фиксируют ворота дивертикула и нитки гофрирующих швов отводят в сторону, при этом дно и тело дивертикула приобретают вид волнистых слоев, после чего швы накладывают в поперечном направлении, с включением обоих краев серозно-фиброзного кольца, и при этом швы проходят через волнообразные складки дна и тела дивертикула на расстоянии 0,5 см друг от друга до полной ликвидации дивертикула.



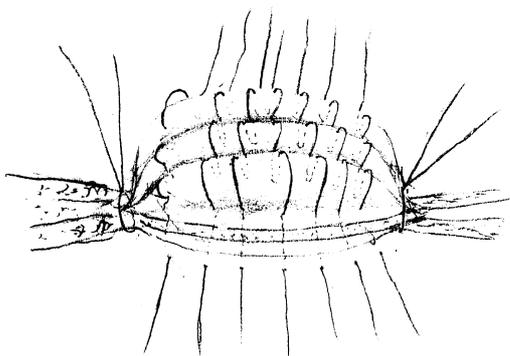
Фиг. 1



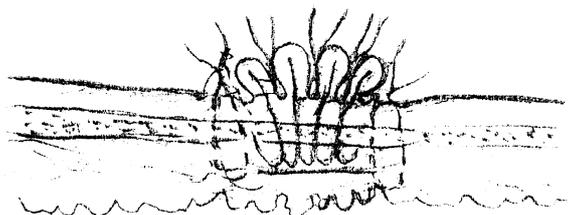
1. Фибрированная мышечная складка
2. Дивертикул



Наложение первичных серо-серозных швов, проходящих через фибрированную мышечную складку



Наложение последующих серо-серозных швов



Конечное состояние ликвидации дивертикула

Фиг. 2



Евразийская патентная организация, ЕАПВ

Россия, 109012, Москва, Малый Черкасский пер., 2