

(19)



**Евразийское
патентное
ведомство**

(21) **201900175** (13) **A1**

(12) **ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ЕВРАЗИЙСКОЙ ЗАЯВКЕ**

(43) Дата публикации заявки
2020.06.30

(51) Int. Cl. *A61B 17/11* (2006.01)
A61B 17/00 (2006.01)

(22) Дата подачи заявки
2018.12.25

(54) **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ДУОДЕНО-ГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА С СОХРАНЕНИЕМ ПИЛОРУСА**

(96) **2018/043 (AZ) 2018.12.25**

(71)(72) Заявитель и изобретатель:
**ГЫРХЛАРОВА АЙТАН САБИР
КЫЗЫ; ГАДЖИЕВ САБИР АФИЗ
ОГЛЫ (AZ)**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии, и может быть использовано для лечения дивертикулов двенадцатиперстной кишки. Сущность изобретения заключается в том, что во время операции находят фиброзированные края мышечной складки, образованные в мышечном слое, затем в продольном направлении выделяют крайние точки дивертикула, проксимальную и дистальную, накладывают гофрирующие швы, проходящие через серозный слой искусственной гипотонии, при этом освещаются форма, размеры, подвижность стенок, область расположения их ворот и их размеры с последующим оперативным вмешательством, а именно наложение на дивертикул нескольких гофрированных швов, и мышечно-фиброзное кольцо, фиксируют ворота дивертикула и нитки гофрирующих швов отводят в сторону, при этом дно и тело дивертикула приобретают вид волнистых слоев, последующие швы накладывают в поперечном направлении с включением обоих краев серозно-фиброзного кольца и прохождением через волнообразные складки, при этом швы повторяют на расстоянии 0,5 см друг от друга до полной ликвидации дивертикула.

201900175 **A1**

201900175 **A1**

Способ хирургического лечения дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса с сохранением пилоруса.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургическому лечению хронической дуоденальной непроходимости и дуоденально-гастрального рефлюкса, в частности выключению двенадцатиперстной кишки из пассажа пищи и к ее дренированию с сохранением пилоруса и формированию дуодено-кишечного и еюно-еюнального анастомозов

Проблема лечения хронических дуоденальных непроходимостей остается одной из актуальных проблем гастроэнтерологии. К настоящему времени известно множество способов оперативного лечения хронического дуоденальной непроходимости. Однако не один из них не может быть признан полностью отвечающим всем необходимым требованиям, что прежде всего, обусловлено большим числом неудовлетворительных результатов.

Наряду с терапевтическими способами лечения хронической дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса существуют и хирургические (оперативные), которые заключаются в отсечении двенадцатиперстной кишки 2 см ниже пилорического жома, выключении двенадцатиперстной кишки из пассажа пищи, после чего проходимость кишечного тракта восстанавливают различными способами.

По данным многочисленных авторов 29-47% случаев после различных вариантов оперативного лечения результаты являются неудовлетворительными.

Известен способ лечения хронической дуоденальной непроходимости, при котором после типичной стволовой ваготомии с

антрумэктомией ушивают культю двенадцатиперстной кишки одним из известных способов. Мобилизуют дуоденоеюнальный переход и пересекают двенадцатиперстную кишку сразу за связкой Трейтца, после чего дистальную культю двенадцатиперстной кишки перемещают вправо от мезентериальных сосудов. Мобилизуют начальную петлю тонкой кишки и формируют тонкокишечную вставку, один из концов которой анастомозируют с двенадцатиперстной кишкой, а другой конец - с петлей тонкой кишки на расстоянии 40 см от позадиободочного гастроэнтероанастомоза (Хирургия, 1988, N 3, с. 116-117).

Недостатком данного способа является сложность и травматичность ушивания дистальной культи двенадцатиперстной кишки и формирования тонкокишечной вставки.

Технический результат, на достижении которого направлено предлагаемое изобретение, заключается в повышении эффективности выключения двенадцатиперстной кишки при хронической дуоденальной непроходимости:

- адекватное дренирование двенадцатиперстной кишки;
- профилактика рефлюкс – гастрита;
- более быстрое восстановление моторно-эвакуационной функции;
- сохранение целостности желудка-гарантия полное пищеварение;
- сохранение пилоруса – залог и гарантия предотвращений рефлюкс гастрита;
- сохранение ветви и блуждающего нервов идущие верхне горизонтальной части двенадцатиперстной кишки;
- сохранение нервных пучков за двенадцатиперстной кишкой, является источником пусковым механизмом движения тонкого кишечника.

Задачей изобретения является исключение после операционных нарушений путем сохранения пилоруса и желудка в целом при выключенной из пищеварения двенадцатиперстной кишки, что позволяет обеспечить

регулируемый переход полного переваренного пищевого химуса из желудка в тонкий кишечник.

Поставленная задача решается тем, что способ хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса, проводят путем мобилизации верхне-горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, отсечение ее на 2 см ниже пилорического жома и перитонизации культи двенадцатиперстной кишки, затем пересекают петлю тонкой кишки от Трейца на расстоянии 10 см и формируют анастомоз постбульбарным концом двенадцатиперстной кишки и дистальной части тонкой кишки, помещают отводящую кишку вдоль вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки и фиксируют серо-серозными швами, после чего создают еюно-еюноанастомоз между концом проксимальной культи пересеченной части тощей кишки и дистальной части тощей кишки, с созданием клапанного механизма в области анастомоза «конец-бок» наложением серо-серозными швов на протяжении ~3 см.

Сущность предлагаемое изобретение заключается в следующем :

Во-первых после формирования дуодено-еюноанастомоза фиксация дистальной части тонкой кишки вдале нисходящей части двенадцатиперстной кишки с отдельными серо-серозными швами позволяет нарастание перистальтических движений тонкого кишечника в двенадцатиперстную кишку, что приводит полному опорожнению последнего (культи двенадцатиперстного кишечника).

Во-вторых такое расположение тонкого кишечника позволяет препятствовать натяжению линии анастомоза механическому нарушению сосудов брыжейки, что является гарантом некоторых послеоперационных осложнений.

В третьих рассечения связки Трейца и освобождение от окружающих тканей начальной части тонкого кишечника позволяет опущению нижнегоризонтальной части двенадцатиперстной кишки и освобождением от

острого угла между аорты и мезентериальной ветви и это способствует полному освобождению культи двенадцатиперстной кишки.

В четвертых – при создании еюно-еюноанастомоза конец в бок по Ру стенки петель тонкого кишечника на протяжении около 5 см соединяют серо-серозными швами, что позволяет прорастанию перистальтики друг к другу и при прохождении содержимого – химуса образуется клапанный механизм, в результате чего создается препятствие нападения пищевых масс в направлении культи двенадцатиперстной кишки.

В пятых- попадание свободной желчи в просвет отключенной двенадцатиперстной кишки без содержания пищевой массы, желч действует на перистальтику и на механическое движение, тем самым приводит к полноценному опорожнению двенадцатиперстной кишки.

1. На фиг 1и11 представлены все позиции хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса:

- 1- постбульбарная часть двенадцатиперстной кишки;
- 2.вертикальная часть двенадцатиперстной кишки
- ;3.проксимальная часть (культия) тонкой кишки ;
4. дистальная часть (культия) тонкой кишки;
- 5тонкий кишечник (Т) Трейцевая связка ;
- 6.серо-серозные швы между двенадцатиперстной и дистальной части тонкой кишки.

Способ хирургического лечения дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса с сохранением пилоруса осуществляют следующим образом. производят мобилизацию двенадцатиперстной кишки начиная от пилоруса на расстоянии около 3-х см по латеральному и медиальному краю от окружающих с тканей и освободив ее заднюю поверхность, на 2-х см расстоянии производят поперечный разрез и разделять двенадцатиперстную кишку, тем самым получается проксимальный и дистальный культ (конец) представленный на фиг. I -1,2,

который закрывают 2-х рядными швами (фиг. II-2). Двенадцатиперстную кишку освобождают от Трейцевой связки (Т) и тонкую кишку пересекают дистальнее 10 см от трещевой связки. Позади поперечно-ободочной кишки через мезаколон проводят дистальную культю тонкой кишки и накладывают анастомоз 2-х рядными швами проксимальным культем двенадцатиперстной кишкой (фиг. II-1,4). Затем между нисходящей части двенадцатиперстной и прилегающих к нему тощей кишкой накладывают серо-серозные швы (фиг. II-6). Такая фиксация позволяет нарастание перистальтику тощей кишки на культю двенадцатиперстной кишки и это является дополнительным пусковым механизмом освобождению культи двенадцатиперстной кишки и свободно стояние брыжеечных сосудов без механического препятствия и деформации. Затем проксимальный конец тощей кишки анастомозируют в бок отводящей петли тонкой кишки 15-20 см ниже ранее сформированного дуодено-еюнального анастомоза (фиг. II-3,5). Операцию продолжают наложением серо-серозными швами на расстоянии около 3-х см между проксимальной сеченной и отводящей тонким кишечником, что создает клапанообразную структуру в зоне анастомоза и такое состояние является препятствием выброса пищевых масс в направлении двенадцатиперстного кишечника (фиг. II-5). Отводящую петлю фиксирует в окно мезаколон.

Клинический пример: Больная Д., 36 лет поступила в стационар с жалобами на боли в мезагастральной области спустя 2-4 часа после приема пищи. После обследования был установлен диагноз. Хронический дуоденальный непроходимость, рефлюкс гастрит. Проводимое консервативное лечение оказалось безуспешной. После предоперационной подготовки выполнена операция с целью устранения хронической дуоденальной непроходимости и рефлюкс гастрита: выключение двенадцатиперстного кишечника с сохранением пилоруса и созданием изоперистальнические условия и антирефлюксного механизма. Выполнена средняя лапаротомия. Нитрооперационное исследование: желудок обычных

размеров. Вертикальная и нижнегоризонтальная ветвь двенадцатиперстной кишки расширены, атоничны, дуодено-еюнальный переход высокий. Была выполнена предложенный способ операции. После операционный период протекал без осложнений. Пациентка обследована через 3,6,12 месяцев – жалоб не предъявляет.

Данный способ хирургического лечения дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса с сохранением пилоруса апробирован у 12 больных с хронической дуоденальной непроходимостью сочетанного с дуодено-гастрального рефлюкса.

При осмотре пациентов через 36 месяца у 94% результаты хирургического лечения описаны как отличное и хорошее.

Таким образом предложенный способ хирургического лечения дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса с сохранением пилоруса новым является то, что сохранение целостность желудка с пилорусом и уложенной в изоперистальтическом направлении отводящей петли и фиксации ее с культем двенадцатиперстного кишечника для улучшения опорожнения и создание клапанного механизма в области анастомоза конец в бок профилактику рефлюкс дуодениума. А также предложенный способ при техническом выполнении простой и легко доступен для хирургов гастроэнтерологов сохранение целостности природного строения продолжительности желудочно-кишечного тракта является важным моментом предложенного способа операции.

Авторы:

Гаджиев С.Х.

Гырхларова А.С.

Формула изобретения.

Способ хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса, путем мобилизации верхне-горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, отсечение ее на 2 см ниже пилорического жома и перитонизации культи двенадцатиперстной кишки, затем пересекают петлю тонкой кишки от Трейца на расстоянии 10 см и формируют анастомоз постбульбарным концом двенадцатиперстной кишки и дистальной части тонкой кишки, помещают отводящую кишку вдоль вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки и фиксируют серо-серозными швами, после чего создают еюно-еюноанастомоз между концом проксимальной культи пересеченной части тощей кишки и дистальной части тощей кишки, с созданием клапанного механизма в области анастомоза «конец-бок» наложением серо-серозными швов на протяжении ~3 см.

Авторы:

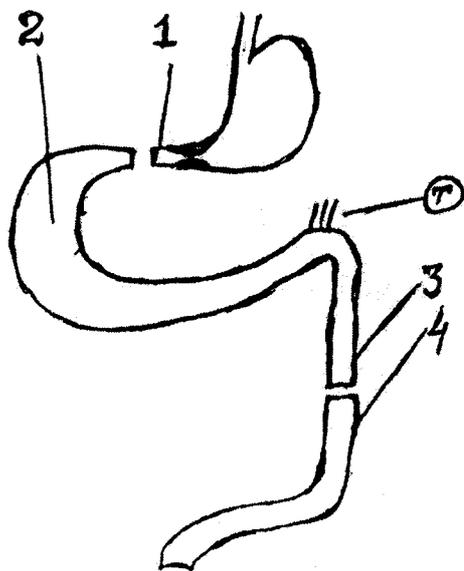


С.Х.Гаджиев

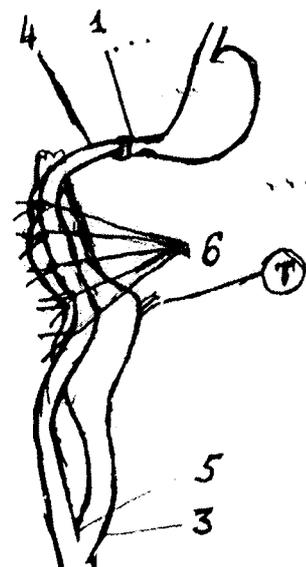


А.С.Гырларова

**Способ хирургического лечения
дуоденальной непроходимости и
дуодено-гастрального рефлюкса
с сохранением пилоруса.**



Фигура 1



Фигура 2

А.С.Гырларова

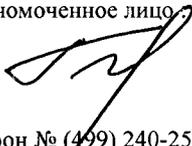
С.Х.Гаджиев

ЕВРАЗИЙСКОЕ ПАТЕНТНОЕ ВЕДОМСТВО

ОТЧЕТ О ПАТЕНТНОМ
ПОИСКЕ(статья 15(3) ЕАПК и правило 42
Патентной инструкции к ЕАПК)

Номер евразийской заявки:

201900175

Дата подачи: 25 декабря 2018 (25.12.2018) Дата испрашиваемого приоритета:		
Название изобретения: Способ хирургического лечения дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса с сохранением пилоруса		
Заявитель: ГЫРХЛАРОВА Айтан Сабир кызы		
<input type="checkbox"/> Некоторые пункты формулы не подлежат поиску (см. раздел I дополнительного листа) <input type="checkbox"/> Единство изобретения не соблюдено (см. раздел II дополнительного листа)		
А. КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТА ИЗОБРЕТЕНИЯ:		
МПК: A61B 17/11 (2006.01) A61B 17/00 (2006.01)	СПК: A61B 17/11 (2013-01) A61B 17/00 (2013-01)	
Согласно Международной патентной классификации (МПК) или национальной классификации и МПК		
Б. ОБЛАСТЬ ПОИСКА:		
Минимум просмотренной документации (система классификации и индексы МПК) A61B 17/00, 17/11		
Другая проверенная документация в той мере, в какой она включена в область поиска:		
В. ДОКУМЕНТЫ, СЧИТАЮЩИЕСЯ РЕЛЕВАНТНЫМИ		
Категория*	Ссылки на документы с указанием, где это возможно, релевантных частей	Относится к пункту №
A	SU 1313435 A1 (ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ) 30.05.1987	1
A	BY 5579 C1 (ГОСУДАРСТВЕННОЕ ВЫСШЕЕ УЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ") 30.12.2003	1
A	СТУДЕНИКИН Л.В. Хронические нарушения дуоденальной проходимости: современный взгляд на проблему. Пермский медицинский журнал, 2017, том XXXIV, № 6, сс. 101-109	1
<input type="checkbox"/> последующие документы указаны в продолжении графы В		<input type="checkbox"/> данные о патентах-аналогах указаны в приложении
* Особые категории ссылочных документов:		
"А" документ, определяющий общий уровень техники	"Т" более поздний документ, опубликованный после даты приоритета и приведенный для понимания изобретения	
"Е" более ранний документ, но опубликованный на дату подачи евразийской заявки или после нее	"Х" документ, имеющий наиболее близкое отношение к предмету поиска, порочащий новизну или изобретательский уровень, взятый в отдельности	
"О" документ, относящийся к устному раскрытию, экспонированию и т.д.	"У" документ, имеющий наиболее близкое отношение к предмету поиска, порочащий изобретательский уровень в сочетании с другими документами той же категории	
"Р" документ, опубликованный до даты подачи евразийской заявки, но после даты испрашиваемого приоритета	"&" документ, являющийся патентом-аналогом	
"D" документ, приведенный в евразийской заявке	"L" документ, приведенный в других целях	
Дата действительного завершения патентного поиска: 23 августа 2019 (23.08.2019)		
Наименование и адрес Международного поискового органа: Федеральный институт промышленной собственности РФ, 125993, Москва, Г-59, ГСП-3, Бережковская наб., д. 30-1. Факс: (499) 243-3337, телегайт: 114818 ПОДАЧА	Уполномоченное лицо  М.А. Белугин Телефон № (499) 240-25-91	