

(19)



**Евразийское  
патентное  
ведомство**

(11) **037534**

(13) **B1**

**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ЕВРАЗИЙСКОМУ ПАТЕНТУ**

**(45)** Дата публикации и выдачи патента  
**2021.04.09**

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

**(21)** Номер заявки  
**201900175**

**(22)** Дата подачи заявки  
**2018.12.25**

---

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

---

**(43)** **2020.06.30**

**(56)** SU-A1-1313435  
BY-C1-5579

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

**(71)(72)(73)** Заявитель, изобретатель и патентовладелец:

**ГЫРХЛАРОВА АЙТАН САБИР  
КЫЗЫ; ГАДЖИЕВ САБИР АФИЗ  
ОГЛЫ (AZ)**

СТУДЕНИКИН Л.В. Хронические нарушения дуоденальной проходимости: современный взгляд на проблему. Пермский медицинский журнал, 2017, том XXXIV, № 6, сс. 101-109

---

**(57)** 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. Задачей изобретения является исключение послеоперационных 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 включает мобилизацию верхне-горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, отсечение ее на 2 см ниже пилорического жома и перитонизацию культи двенадцатиперстной кишки, затем пересекают петлю тонкой кишки на расстоянии 10 см от Трейца 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-серозных швов на протяжении примерно 3 см.

**B1**

**037534**

**037534**

**B1**

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 дуоденокишечного и еюно-еюнального анастомозов

Проблема лечения хронических дуоденальных непроходимостей остается одной из актуальных проблем гастроэнтерологии. К настоящему времени известно множество способов оперативного лечения хронической дуоденальной непроходимости. Однако ни 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 Трейца, 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 позадибодочного 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 полного пищеварения;
- сохранение пилоруса - залог и гарантия предотвращений рефлюкс гастрита;
- сохранение ветви и блуждающего нервов, идущих к верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки;
- сохранение нервных пучков за двенадцатиперстной кишкой является источником пускового механизма движения тонкого кишечника.

Задачей изобретения является исключение послеоперационных 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 включает мобилизацию верхне-горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, отсечение ее на 2 см ниже пилорического жома и перитонизацию культи двенадцатиперстной кишки, затем пересекают петлю тонкой кишки на расстоянии 10 см от Трейца 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-серозных швов на протяжении примерно 3 см.

Сущность предлагаемого изобретения заключается в следующем:

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

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

В третьих рассечение связки Трейца и освобождение от окружающих тканей начальной части тонкого кишечника позволяет опустить нижнегоризонтальную часть двенадцатиперстной кишки и осво-

бодить от острого угла между аортой и мезентериальной ветвью, что способствует полному освобождению культи двенадцатиперстной кишки.

В четвертых - при создании еюно-еюноанастомоза конец в бок по Ru стенки петель тонкого кишечника на протяжении около 5 см соединяют серо-серозными швами, что способствует перистальтике и при прохождении содержимого - химуса образуется клапанный механизм, в результате чего создается препятствие попаданию пищевых масс в направлении культи двенадцатиперстной кишки.

1. На фиг. 1 и 2 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 (культи) тонкой кишки; 4 - дистальная часть (культи) тонкой кишки; 5 - тонкий кишечник (Т) Трейцева связка; 6 - серо-серозные швы между двенадцатиперстной и дистальной частью 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 тканей и освободив ее заднюю поверхность, на 2-х см расстоянии производят поперечный разрез и разделяют двенадцатиперстную кишку, тем самым получается проксимальный и дистальный культ (конец) представленный на фиг. 1 - 1, 2, который закрывают 2-х рядными швами (фиг. 2 - 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 кишки (фиг. 2 - 1, 4). Затем между нисходящей частью двенадцатиперстной и прилегающих к ней тощей кишкой накладывают серо-серозные швы (фиг. 2 - 6). Такая фиксация позволяет нарастить перистальтику тощей кишки на культи двенадцатиперстной кишки и это является дополнительным пусковым механизмом освобождения культи двенадцатиперстной кишки и свободного состояния брыжечных 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. 2 - 3, 5). Операцию продолжают наложением серо-серозными швами на расстоянии около 3-х см между проксимальной сеченной и отводящей тонкого кишечника, что создает клапанообразную структуру в зоне анастомоза и такое состояние является препятствием выброса пищевых масс в направлении двенадцатиперстной кишки (фиг. 2 - 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 ч после приема пищи. После обследования был установлен диагноз. Хроническая дуоденальная непроходимость, рефлюкс гастрит. Проводимое консервативное лечение оказалось безуспешным. После предоперационной подготовки выполнена операция с целью устранения хронической дуоденальной непроходимости и рефлюкс гастрита: выключение двенадцатиперстной кишки с сохранением пилоруса и созданием изоперистальтических условий и антирефлюксного механизма. Выполнена средняя лапаротомия. Нитрооперационное исследование: желудок обычных размеров. Вертикальная и нижнегоризонтальная ветвь двенадцатиперстной кишки расширены, атоничны, дуодено-еюнальный переход высокий. Была выполнен предложенный способ операции. Послеоперационный 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 дуодено-гастрального рефлюкса.

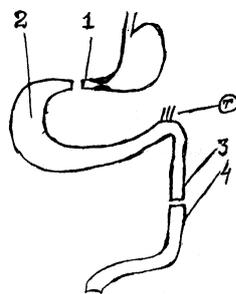
При осмотре пациентов через 36 месяца у 94% результаты хирургического лечения описаны как отличное и хорошее.

Таким образом в предложенном способе хирургического лечения дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса с сохранением пилоруса новым является то, что сохранена целостность желудка с пилорусом и уложенной в изоперистальтическом направлении отводящей петли и фиксация ее с культей двенадцатиперстной кишки для улучшения опорожнения и создание клапанного механизма в области анастомоза конец в бок для профилактики 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.

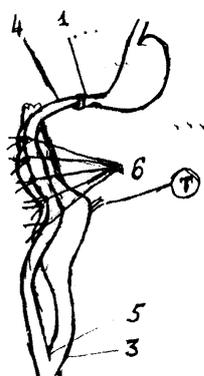
#### ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости и дуодено-гастрального рефлюкса, включающий мобилизацию верхне-горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, отсечение ее на 2 см ниже пилорического жома и перитонизацию культи двенадцатиперстной кишки, затем пересекают петлю тонкой кишки на расстоянии 10 см от Трейца 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 культы пересеченной части тощей кишки и дистальной части тощей кишки, с созданием клапанного механизма в области анастомоза "конец-бок" наложением серо-серозных швов на протяжении примерно 3 см.



Фиг. 1



Фиг. 2

