

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаним для відновлення жовчовідтоку в хворих з механічною жовтяницею на тлі непрохідності дистального відділу холедоха.

Відомий спосіб лікування механічної жовтяниці шляхом створення біліодигістивного анастомозу у виді холедоходуоденоанастомозу (ХДА) чи холедохоеюноанастомозу (ХЕА). Основним показанням до їхнього застосування є протяжний (більш 2,5см) стеноз термінального відділу загальної жовчної протоки на тлі псевдотуморозного панкреатиту чи раку голівки підшлункової залози (А.А.Шалимов, С.А.Шалимов, М.Е.Ничитайло, Б.В.Доманский. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Київ. Здоров'я. - 1993. - 509с.), а також атонія загальної жовчної протоки з її дилатацією більш 2см при запущеному стенозі папіли й окремі випадки ятрогенного ушкодження позапечінкових жовчних шляхів. (Реконструктивно-восстановительные операции при ятрогенном повреждении внепеченочных желчных протоков//Клін. Хірургія. - 2002. - №5-6. - С.37).

У хірургічній практиці порівняно частіше використовується ХДА, що технологічно легше виконується і при правильному формуванні цілком забезпечує відновлення жовчовідтоку. Основним недоліком холедоходуоденоанастомозу є небезпека розвитку наступного висхідного холангіту, що виникає в 30-35% оперованих хворих (Я.М.Сусак, І.А.Ковальская, А.А.Шкапенко, А.В.Кравченко. Библиодигестивные анастомозы у больных с невоспалительными иктерогенными заболеваниями поджелудочной железы. // Харківська хірургічна школа. - 2002. - №4(5). - С.62-64).

ХЕА на виключеній по РУ петлі чи сформований за методикою А.А.Шалимова з "заглушкою" над міжкишковим анастомозом по Брауну має порівняно менший ризик розвитку гнійного холангіту. Його застосовують при неможливості виконання ХДА через рубцево-виразкову деформацію дванадцятипалої кишки чи раніше перенесеної резекції шлунка по Більрот-2, а також у випадках дуоденостазу, де ХДА протипоказаний. Крім того, до формування ХЕА нерідко прибігають також при виконанні реконструктивно-відбудовних операцій на жовчних шляхах при їхніх травматичних ушкодженнях чи рубцевих сриктурах.

Головним недоліком ХЕА є висока небезпека розвитку пептичних виразок дванадцятипалої кишки, що було встановлено ще в 1971 році М. Mc Artur і W.Longmire, що зв'язували з виразкоутворенням, що часто ускладнюється кровотечею, із припиненням надходження жовчі в дванадцятипалу кишку.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб формування ХЕА (А.А.Шалимов, С.А.Шалимов, М.Е.Ничитайло, Б.В.Доманский. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Київ, "Здоров'я". - 1993. - 509с.), коли довга петля тонкої кишки проводиться через вікно mesocolon і підшивається до загальної жовчної протоки. Між відвідною і привідною петлями накладається анастомоз по Брауну, вище якого на привідній петлі, формується "заглушка". Недоліком способу є повне відключення дванадцятипалої кишки від жовчотоку, що загрожує розвитком пептичної виразки.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу формування ХЕА, в якому за рахунок зміни характеру формування анастомозу, досягається можливість відновити жовчовідток у дванадцятипалу кишку, що виключає розвиток пептичної виразки.

Поставлена задача вирішується в способі формування холедохоеюноанастомозу, що містить накладання анастомозу, згідно з винаходом, нижче Брауновського співустя формують анастомоз, при цьому відвідну петлю порожньої кишки анастомозують з дванадцятипалою кишкою по типу "бік-в-бік".

Завдяки можливості надходження жовчі в дванадцятипалу кишку відбувається олузнення вмісту просвіту кишки, що не дає можливості розвинути пептичній виразці, які ускладнюються кровотечею.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином. Після завершення стандартної методики формування ХЕА по О.О.Шалімову нижче Брауновського співустя формують анастомоз по типу "бік у бік" між відвідною петлею худої кишки і спадним відділом дванадцятипалої кишки. Таким способом створюють умови для надходження жовчі в просвіт дванадцятипалої кишки.

Приклад. Хвора Р., 48 років, історія хвороби №1124 оперована 12.09.01 із приводу хронічного калькулезного холециститу. При виконанні лапароскопічної холецистектомії відбулося ятрогенне ушкодження холедоха з висіченням його супрадуоденального сегмента протягом 3см. Відновлення жовчотоку зроблене шляхом формування гепатикоеюноанастомозу в модифікації О.О.Шалімова. Потім додатково накладений анастомоз між спадною областю дванадцятипалої і відвідною петлею порожньої кишки, нижче співустя по Брауну. У післяопераційному періоді при контрольній гастродуоденоскопії в просвіті дванадцятипалої кишки виявлений уміст із домішкою жовчі. Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 12 добу після операції хвора виписана додому в задовільному стані. Через 1 рік після операції пацієнтка скарг не пред'являє. Повернулася до колишньої роботи.

Таким чином, запропонований спосіб формування холедохоеюноанастомозу дозволяє поліпшити результати лікування хворих з порушенням дистальної прохідності холедоха.