



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **21476** (13) **U**  
(51) МПК  
**A61B 17/11 (2007.01)**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ**

1

2

(21) u200610536

(22) 05.10.2006

(24) 15.03.2007

(46) 15.03.2007, Бюл. № 3, 2007 р.

(72) Копчак Володимир Михайлович, Хомяк Ігор  
Васильович, Копчак Костянтин Володимирович(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб біліарної декомпресії, що включає формування біліодигестивного анастомозу, який **відрізняється** тим, що для формування біліодигестивного анастомозу використовують сегмент тонкої кишки на судинній ніжці, проксимальний кінець якого анастомозують з жовчною протокою, а дистальний кінець - з дванадцятипалою кишкою.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використана для лікування хворих з механічною жовтяницею.

Відомий спосіб біліарної декомпресії, що включає формування біліодигестивного анастомозу [Шалимов А.А., Радзиховський А.П., Полупан В.Н. Атлас операцій на печені, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике. - М.: Медицина, 1979.- с. 118-124].

Недоліком цього способу є висока кількість післяопераційних ускладнень у вигляді стенозування анастомозу, що призводить до розвитку післяопераційного холангіту.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу біліарної декомпресії, який за рахунок використання сегменту тонкої кишки на судинній ніжці для формування анастомозу, забезпечив би зниження ризику розвитку холангіту в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі біліарної декомпресії, що включає формування біліодигестивного анастомозу, згідно корисної моделі, для формування біліодигестивного анастомозу використовують сегмент тонкої кишки на судинній ніжці, проксимальний кінець якого анастомозують з жовчним протоком, а дистальний кінець - з дванадцятипалою кишкою.

Використання сегменту тонкої кишки на судинній ніжці, проксимальний кінець якого анастомозують з жовчним протоком, а дистальний кінець - з дванадцятипалою кишкою, забезпечує зниження ризику розвитку холангіту в післяопераційному періоді за рахунок відсутності рефлюксу дуоденального вмісту в зону біліодигестивного співустя.

Спосіб здійснюють наступним чином. Виконують лапаротомію. Якщо жовчний міхур не було видалено раніше, його видаляють. Знаходять загальний жовчний проток вище рівня блоку. Відрізок тонкої кишки довжиною 60-80см ізолюють з травлення. З проксимальним кінцем ізолюваного відрізка кишки формують біліодигестивний анастомоз. Дистальний кінець відрізка кишки анастомозують кінець-в-бік з низхідним відділом дванадцятипалої кишки нижче ворота рота не менше як на 5см. Відновлюють безперервність шлунково-кишкового тракту шляхом формування між кишкового анастомозу кінець-в-кінець. Зашивають лапаротомну рану з дренажуванням черевної порожнини.

Приклад: Хвора Є., 52 роки, історія хвороби 5616, 2005 рік, поступила в відділ хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовідних протоків ІХТ АМН України з діагнозом стриктура загального печінкового протока. Хвора обстежена клініко-лабораторно та інструментально (УЗД, ЕКГ, ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія). Встановлено діагноз стриктура загального печінкового протока, механічна жовтяниця, холангіт. 12.10.05 проведено оперативне втручання. Виконана верхньосередина лапаротомія. При ревізії виявлено блок загального печінкового протока за рахунок рубцевої тканини нижче рівня розвилки печінкових протоків на 1см та розширення жовчних протоків вище рівня блоку. Проведений вісцероліз та виділення анатомічних структур. Мобілізований та висічений сегмент тонкої кишки довжиною 80см. З проксимальним кінцем тонкої кишки сформований біліодигестивний анастомоз кінець-в-бік. Між дистальним кінцем виключеної петлі кишки та дванадцятипалою кишкою

(13) **U**(11) **21476**(19) **UA**

сформовано єюнодуоденоанастомоз на 5см нижче воротаря. Цілісність кишкової трубки в місці забору відрізка кишки відновлена шляхом формування міжкишечного анастомозу кінець-в-кінець. Дренажі черевної порожнини. Лапаротомна рана ушита. В післяопераційному періоді холангіту не виникло. Хвора виписана на 12 добу після операції в задовільному стані.

За запропонованим способом прооперовано 3 хворих. В післяопераційному періоді у жодного з прооперованих хворих не спостерігали ускладнень у вигляді холангіту. У 1 з 3 хворих, прооперованих

за способом-аналогом в післяопераційному періоді спостерігали розвиток холангіту за рахунок стенозування білідигестивного анастомозу.

Таким чином, порівняння з аналогом показало, що застосування способу є більш фізіологічним і дозволяє знизити ризик розвитку холангіту в післяопераційному періоді за рахунок дренування жовчі в дванадцятипалу кишку по ізолюваному відрізку тонкої кишки, що відокремлює білідигестивний анастомоз від контакту з дуоденальним вмістом.