



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **37078** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РЕФЛЮКС-ХОЛАНГІТУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ**

1

2

(21) u200809333

(22) 17.07.2008

(24) 10.11.2008

(46) 10.11.2008, Бюл.№ 21, 2008 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,  
КАЧАНОВ ОЛЕКСАНДР ВІКТОРОВИЧ, UA, СУШ-  
КОВ СЕРГІЙ ВАЛЕНТИНОВИЧ, UA(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ, UA(57) Спосіб профілактики рефлюкс-холангіту при  
хірургічному лікуванні хворих з механічною жовтя-  
ницею, що полягає у формуванні анастомозу між  
жовчною протокою і порожньою кишкою, який **від-  
різняється** тим, що висікають серозно-м'язову

оболонку тонкої кишки двома півовальними розрі-  
зами довжиною до 1/2 її діаметра на середині від-  
стані між анастомозом жовчної протоки і порож-  
ньої кишки та міжкишковим анастомозом кінець  
убік паралельно на бічних поверхнях тонкої кишки  
на середині відстані між брижею і протибрижовим  
краєм тонкої кишки, затим накладають по дві ліга-  
тури на середині розрізу і відсепаровують слизис-  
то-підслизистий шар, відступивши від країв рани  
на 10-12 мм, після чого накладають серозно-  
м'язові шви в поперечному напрямку, формуючи зі  
слизисто-підслизистих шарів порожньої кишки  
арефлюксний інвагінаційний клапан.

Корисна модель відноситься до області меди-  
цини, а саме до хірургії, і може застосовуватися  
при лікуванні хворих з механічною жовтяницею і  
холангітом різної етіології.

Відомий спосіб профілактики рефлюкс-  
холангіта при хірургічному лікуванні хворих з ме-  
ханічною жовтяницею, що полягає у формуванні  
анастомозу між жовчною протокою і порожньою  
кишкою, виключеної з пасажу їжі по Ру-Герцену  
[Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е.,  
Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводя-  
щих путей. - Київ: Здоров'я, 1993. - С.320-490].

Основним недоліком даного способу є можли-  
вість розвитку холангіта за рахунок затікання киш-  
кового вмісту в жовчні протоки.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної  
моделі покладено задачу підвищення ефективнос-  
ті лікування за рахунок профілактики регургітацій-  
них ускладнень.

Задачу, яку покладено в основу корисної мо-  
делі, вирішують тим, що у відомому способі про-  
філактики рефлюкс-холангіта при хірургічному  
лікуванні хворих з механічною жовтяницею, що  
полягає у формуванні анастомозу між жовчною  
протокою і порожньою кишкою, згідно з корисною  
моделлю, на середині відстані між анастомозом  
жовчної протоки і порожньої кишки і міжкишковим  
анастомозом кінець убік паралельно на бічних

поверхнях тонкої кишки на середині відстані між  
брижею і протибрижовим краєм тонкої кишки висі-  
кають серозно-м'язову оболонку тонкої кишки  
двома півовальними розрізами довжиною до 1/2 її  
діаметра, затим накладають по дві лігатури на  
середині розрізу і відсепаровують слизисто-  
підслизистий шар, відступивши від країв рани на  
10-12мм, після чого накладають серозно-м'язові  
шви в поперечному напрямку, формуючи зі слизи-  
сто-підслизистих шарів порожньої кишки арефлюк-  
сний інвагінаційний клапан.

Технічний ефект корисної моделі обумовлений  
тим, що спосіб, який заявляється, дозволяє ство-  
рити клапан на ділянці тонкої кишки, що і є пере-  
шкодою для висхідної інфекції, яка приводить до  
гнійного запалення холедоха.

Спосіб виконують таким чином:

На відстані 25-30см від зв'язки Трейца тонку  
кишку поперечно перетинають, після чого між її  
відвідною частиною і жовчною протокою створю-  
ють анастомоз по типу кінець у кінець, а міжкиш-  
ковий анастомоз - по типу кінець у бік. При цьому  
на середині відстані між анастомозом жовчної  
протоки і порожньої кишки і міжкишковим анасто-  
мозом кінець убік паралельно на бічних поверхнях  
тонкої кишки на середині відстані між брижею і  
протибрижовим краєм тонкої кишки виконують  
висічення серозно-м'язової оболонки тонкої кишки

(13) **U**  
(11) **37078**  
(19) **UA**

двома півовальними розрізами довжиною до 1/2 її діаметра. Накладають по дві лігатури на середині розрізу і виконують відсепарування слизисто-підслизистого шару, відступив від країв рани на 10-12мм. Після цього накладають серозно-м'язові шви в поперечному напрямку, формуючи зі слизисто-підслизистих шарів порожньої кишки арефлюксний інвагінаційний клапан.

Дані експериментальних і клінічних спостережень свідчать, що сформований інвагінаційний клапан не перешкоджає жовчовідтоку й у той же час є перешкодою для висхідної інфекції.

Спосіб апробований при хірургічному лікуванні 13 хворих з механічною жовтяницею різної етіології.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад:

Приклад. Хвора П., 58 років, надійшла в клініку зі скаргами на періодичні болі в правому підребер'ї, жовтяничне фарбування шкірних покривів і склер, шкірну сверблячку, ахолічний кал, періодичний озноб, загальну слабкість. В анамнезі за рік

до надходження в клініку була зроблена холецистектомія з приводу жовчнокам'яної хвороби, під час якої була ушкоджена загальна жовчна протока. Зроблено ушивання холедоха на Т-подібному дренажі. Останній був вилучений через 4 тижні після пластики протоки. Через 8 місяців після операції з'явилася жовтяниця, клінічна картина холангіту. При обстеженні встановлений діагноз - рубцева стриктура гепатикохоледоха. Після передопераційної підготовки виконана реконструктивна операція з накладенням гепатикоеюноанастомозу за запропонованою методикою. Перебіг післяопераційного періоду гладкий. На 12-у добу хвора виписана зі стаціонару в задовільному стані. При контрольних оглядах в перебігу 4-х років стан хворої задовільний. Скарг не пред'являє, жовтяниці немає.

Застосування запропонованого способу дозволяє запобігти викиду кишкового вмісту в жовчовивідні шляхи, що є профілактикою виникнення висхідного холангіту.