



УКРАЇНА

(19) UA (11) 53103 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗОВНІШНЬОЇ НОРИЦІ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

1

2

(21) u201003179

(22) 19.03.2010

(24) 27.09.2010

(46) 27.09.2010, Бюл.№ 18, 2010 р.

(72) КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, СИВОЖЕ-
ЛІЗОВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ТЕСЛЕНКО
СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ВОВК ВАЛЕРІЙ АНАТО-
ЛІЙОВИЧ, СВІРЕПО ПАВЛО ВАСИЛЬОВИЧ, ГРІН-
ЧЕНКО СЕРГІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, КРЮКОВ
ДМИТРО ЗІНОВІЙОВИЧ, ГОНЧАРОВА НАТАЛЯ
МИКОЛАЇВНА(73) КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, СИВОЖЕ-
ЛІЗОВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ТЕСЛЕНКО
СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ВОВК ВАЛЕРІЙ АНАТО-
ЛІЙОВИЧ, СВІРЕПО ПАВЛО ВАСИЛЬОВИЧ, ГРІН-
ЧЕНКО СЕРГІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, КРЮКОВ
ДМИТРО ЗІНОВІЙОВИЧ, ГОНЧАРОВА НАТАЛЯ
МИКОЛАЇВНА

(57) 1. Спосіб лікування зовнішньої нориці гепати-
кохоледоха шляхом формування гепатикоєюнос-
томії за Ру на дренажі з наступним накладанням
анастомозу, який **відрізняється** тим, що спочатку
встановлюють транспечінковий дренаж з наступ-
ним накладанням анастомозу між петлею порож-
ньої кишки і гепатикохоледохом, далі перший ряд
швів формують безперервно на транспечінковому
дренажі з використанням шовного матеріалу, що
розсмоктується, а другий ряд швів формують вуз-
ловими швами і з використанням шовного матері-
алу, що не розсмоктується, з формуванням загли-
бного біліодигестивного анастомозу.

2. Спосіб лікування зовнішньої нориці за п. 1, який
відрізняється тим, що транспечінковий дренаж
встановлюють з роздувною манжеткою для дозова-
ної оклюзії першого ряду швів.

Корисна модель стосується медицини, а саме
хірургії і може бути використана при лікуванні пов-
ної зовнішньої нориці гепатикохоледоха.

Відомі способи лікування зовнішньої нориці,
які включають ендоскопічну папілосфінктеротомію
з зовнішнім або внутрішнім дрениванням [див. па-
тент України № 31762, МПК А61В17/00]. Недолі-
ком відомого способу є те, що не завжди можливо
виконати ендоскопічну папілосфінктеротомію, а
також довгі терміни лікування із-за зберігання жов-
чної гіпертензії і тривалого запального процесу
внаслідок подразнюючої дії жовчі на стінки нори-
цевого ходу.

Найбільш близьким за технічною суттю і при-
йнятним за прототип є спосіб лікування зовнішньої
нориці шляхом формування гепатикоєюностомії за
Ру на дренажі з наступним накладанням анасто-
мозу [див. А.А. Шалимов. Хирургия печени и жел-
чных протоков. - Киев: "Здоровье", 1975. - С.195].

Відомий спосіб передбачає виділення і розтин
норицевого ходу до появи нормальної слизової
оболонки загальної печінкової протоки. Норице-
вий канал відсікають на цьому рівні. Петлю порож-

ньої кишки проводять позаду ободової кишки і під-
водять до загальної печінкової протоки. Дренажну
трубку фіксують в кишці кисетним швом так, щоб
слизова кишка виглядала назовні. Виконують ана-
стомоз між привідною і вивідною петлею з заглуш-
кою привідної петлі.

Недоліком відомого способу є можливість ви-
никнення гідродинамічного удару по анастомозу,
порушується його герметичність внаслідок чого
виникають післяопераційні ускладнення.

Задачею корисною моделі є в способі лікуван-
ня зовнішньої нориці гепатикохоледоха шляхом
додаткових заходів забезпечити більш надійний
спосіб лікування нориці.

Поставлена задача вирішується тим, що в
способі лікування зовнішньої нориці шляхом фор-
мування гепатикоєюностомії за Ру на дренажі з
наступним накладанням анастомозу, згідно з кори-
сною моделлю, спочатку встановлюють транспечі-
нковий дренаж з наступним накладанням анасто-
мозу між петлею порожньої кишки і
гепатикохоледохом, далі перший ряд швів фор-
мують безперервно на транспечінковому дренажі з

(13) U

(11) 53103

(19) UA

використанням шовного матеріалу, що розсмоктується, а другий ряд швів формують вузловими швами і з використанням шовного матеріалу, що не розсмоктується з формуванням заглибного біліодигестивного анастомозу.

Транспечінковий дренаж встановлюють з роздувною манжетою для дозованої оклюзії першого ряду швів.

Спосіб виконують таким чином.

При розтині очеревинного простору виділяють гепатикохоледох з норицею, висікають норицю в межах здорових тканин, встановлюють транспечінковий дренаж з роздувною манжетою, з наступним накладанням анастомозу за Ру між петлею порожньої кишки і гепатикохоледохом. Манжету роздувають і підтягують після накладання анастомозу.

Перший ряд швів формують безперервно на транспечінковому дренажі з використанням шовного матеріалу, що розсмоктується, а другий ряд швів формують з використанням вузлових швів і з використанням шовного матеріалу, що не розсмоктується з формуванням заглибного біліодигестивного анастомозу.

Транспечінковий дренаж встановлюють з роздувною манжетою для дозованої оклюзії першого ряду швів.

Приклад.

Хворий С, 37 р. поступив в клініку з механічною жовтяницею. Хворому була проведена холецистоектомія 1 рік тому. Через два місяці після операції сформувалася повна жовчна нориця. Хворий був оперований, під час операції була виявлена нориця та стеноз дистальної частини гепатикохоледоха. Норицю висічено в межах здорових тканин. Встановлено транспечінковий дренаж з роздувною манжетою та накладено анастомоз по Ру між петлею порожньої кишки і гепатикохоледохом. Після накладання анастомозу манжету роздували та підтягували. Перший ряд швів формували безперервно на транспечінковому дренажі з використанням шовного матеріалу, що розсмоктується, а другий ряд швів формували з використанням вузлових швів і з використанням шовного матеріалу, що не розсмоктується з формуванням заглибного біліодигестивного анастомозу.

За допомогою роздувної манжети проводили дозовану оклюзію першого ряду швів.

Дренаж видалено на 14 добу.

Через 25 днів після операції хворий виписаний в задовільному стані на амбулаторне доліковування.

Хворий був оглянутий через місяць, стан задовільний.