



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60152 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

1

2

(21) 2003021254

(22) 11 02 2003

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Тодуров Іван Михайлович, Хомяк Ігор Васильович, Дувапко Олександр Васильович, Копчак Костянтин Володимирович

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування непрохідності жовчовивідних шляхів, що включає формування білодипстивного анастомозу на виключеній за Roux петлі кишки, який відрізняється тим, що додатково накладають серо-серозні шви між дистальною частиною виключеної петлі кишки та привідною петлею Y-подібного ентеро-ентерального анастомозу до утворення гострого кута

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для лікування хворих з стриктурами жовчовивідних шляхів, пухлинами білопанкреатодуоденальної області.

Відомі способи лікування непрохідності жовчовивідних шляхів, що включають формування білодипстивного анастомозу з дванадцятипалою кишкою, з виключенням за Брауном сегментом кишки, тощо [1].

Недоліком цих способів є велика кількість ускладнень пов'язаних із стенозуванням анастомозу внаслідок хронічного запалення, викликаного рефлюксом кишкового вмісту в зону анастомозу.

Найближчим аналогом є спосіб лікування непрохідності жовчовивідних шляхів, що включає формування білодипстивного анастомозу на виключеній за Roux петлі кишки [2].

Недоліком аналогу є висока кількість післяопераційних ускладнень, пов'язаних із стенозуванням анастомозу внаслідок хронічного запалення, викликаного рефлюксом кишкового вмісту в зону анастомозу.

Задача винаходу є розробка такого способу лікування непрохідності жовчовивідних шляхів, який за рахунок формування гострого кута між дистальною частиною виключеної петлі кишки та привідною петлею Y-подібного ентеро-ентерального анастомозу забезпечив би зниження числа післяопераційних ускладнень, пов'язаних із стенозуванням анастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування непрохідності жовчовивідних шляхів, що включає формування білодипстивного анастомозу на виключеній за Roux петлі кишки,

згідно винаходу додатково накладають серо-серозні шви між дистальною частиною виключеної петлі кишки та привідною петлею Y-подібного ентеро-ентерального анастомозу до утворення гострого кута.

Накладання серо-серозних швів між дистальною частиною виключеної петлі кишки та привідною петлею Y-подібного ентеро-ентерального анастомозу забезпечує формування дублюкатури з їх стінок, яка виконує роль заслінки, та формування гострого кута в зоні Y-подібного ентеро-ентерального анастомозу, чим створюється профілактика рефлюксу кишкового вмісту в зону білодипстивного анастомозу і дає можливість зменшити число ускладнень, пов'язаних з його стенозуванням внаслідок хронічного запалення.

Спосіб здійснюють наступним чином. Виконують лапаротомію. Формують холецистоєюно- чи холедохоеюноанастомоз з виключенням по Roux сегментом тонкої кишки. Між дистальним кінцем виключеного сегмента кишки та привідною петлею Y-подібного анастомозу накладають 1-3 серо-серозних шва так, щоб між останніми утворився гострий кут. Зашивають лапаротомну рану з дренажуванням черевної порожнини.

Приклад. Хвора К., 55 років, історія хвороби №3030, 2002 рік, поступила у відділ хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних протоків ІХІТ АМН України з діагнозом: рак дистального відділу загальної жовчної протоки. Хвора обстежена (клініко-лабораторно, УЗД, ЕРПХГ), встановлений діагноз - рак дистального відділу загальної жовчної протоки, T3N1M1, обту-

(19) UA (11) 60152 (13) A

раційна жовтяниця, хронічний холестатичний гепатит 29.11.2002 проведено оперативне втручання. Виконана верхньосередина лапаротомія. При ревізії виявлено пухлину дистального відділу загальної жовчної протоки 4х5см з проростанням в голівку підшлункової залози. Метастази в лімфатичні вузли гепатодуоденальної зв'язки, одиничний метастаз в правій долі печінки до 1 см в діаметрі. Пухлина визнана нерезектабельною. Сформований холедохоеюноанастомоз на виключенні за Roux петлі тонкої кишки з накладанням 2 серо-серозних швів між дистальною частиною виключеної петлі кишки та привідною петлею Y-подібного ентеро-ентерального анастомозу. Дренаж до місця операції. Шов рани. Післяопераційний період без ускладнень. Виписана на 9 добу після операції в задовільному стані. За 8 місяців спостереження ускладнень у вигляді стенозування біліодипстивного анастомозу не спостерігали.

За запропонованим способом прооперовано 3 хворих, у яких не спостерігали ускладнень у вигляді стенозування біліодипстивного анастомозу. З 3 хворих, прооперованих за способом-аналогом у 1 спостерігали стенозування біліодипстивного анастомозу, що клінічно проявилось у рецидивуванні жовтяниці.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показало, що запропонований спосіб дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді стенозування біліодипстивного анастомозу.

#### Література

1. Гепатобилиарная хирургия. Руководство для врачей / Под ред. проф. Н.А. Майстренко, проф. А.И. Нечая - СПб. Специальная Литература, 1999 - С. 223-227.

2. Литтман И. Брюшная хирургия / Пер с нем - Будапешт. Изд. Академии наук Венгрии, 1970 - С. 443 - найближчий аналог.