



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 6205

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ХОЛЕДОХОЄЮНОАНАСТОМОЗУ

1

2

(21) 20041108887

(22) 01.11.2004

(24) 15.04.2005

(46) 15.04.2005, Бюл. № 4, 2005 р.

(72) Даценко Борис Макарович, Тамм Тамара Іванівна, Зевев Олександр Петрович

(73) Харківська медична академія післядипломної освіти

(57) Спосіб формування холедохоєюноанастомозу, що містить формування нижче броунівського сполучення анастомозу, при якому відвідну петлю порожньої кишки анастомозують з дванадцятипалою кишкою за типом «бік в бік», який відрізняється тим, що додатково формують тонкокишковий анастомоз за типом «кінець в бік».

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для відновлення відтоку жовчі в хворих з механічною жовтяницею на тлі непрохідності дистального відділу холедоха та відновлення безперервності кишечника.

Відомий спосіб лікування механічної жовтяниці шляхом створення білодигестивного анастомозу у виді холедоходуоденоанастомозу (ХДА) чи холедохоєюноанастомозу (ХЕА). Основним показанням до їхнього застосування є протяжний (більш 2,5 см) 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 2 см при запущеному стенозі папіли й окремі випадки ятрогенного ушкодження позапечінкових жовчних шляхів. Реконструктивно-відбудовні операції при ятрогенному ушкодженні позапечінкових жовчних проток // [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 відтоку жовчі. Основним недоліком холедоходуоденоанастомозу є небезпека розвитку наступного висхідного холангіту, що виникає в 30-35% оперованих хворих (Я.М. Сусак, І.А. Ковальська, А.А. Шкапенко, А.В. Кравченко. Билиодигестивные анастомозы у больных с невоспалительными иктерогенными заболеваниями поджелудочной железы // [Харківська хірургічна школа. - 2002 - №4 (5) - С.62-64].

ХЕА на виключеній петлі за методикою Ру чи сформований за методикою О.О. 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 перенесену резекцію шлунка по Більрот-2, а також у випадках дуоденостазу, де ХДА протипоказаний. Крім того, до формування ХЕА нерідко прибігають також при виконанні реконструктивно-відновлювальних операцій на жовчних шляхах при їхніх травматичних ушкодженнях чи рубцевих стриктурах.

Головним недоліком ХЕА є висока небезпека розвитку пептичних виразок дванадцятипалої кишки, що було встановлено ще в 1971 році М. Mc Artur і W Longmire, які зв'язували виразкоутворення, яке часто ускладнюється кровотечею, із припиненням надходження жовчі в дванадцятипалу кишку [О.Б. Милонов, С.Н. Грязнов. Двойное внутреннее дренирование общего желчного протока - М. «Медицина» - 1986 - 156с.].

Відомим є спосіб формування ХЕА за способом О.О. Шалимова [А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, Б.В. Доманский. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Київ, «Здоров'я». - 1993 - 509с], коли довгу петлю тонкої кишки проводять через вікно mesocolon і підшивають до загальної жовчної протоки. Між привідною петлею і відвідною накладають анастомоз по Брауну, вище якого на привідній петлі формується «заглушка».

Недоліком способу є повне відключення дванадцятипалої кишки від відтоку жовчі, що загрожує розвитком пептичної виразки.

(13) U

(11) 6205

(19) UA

Найбільш близьким та обраним за найближчий аналог є спосіб формування холедохоеюноанастомозу [Патент України №65067, МПК7 А61В17/00], при якому нижче анастомозу по Брауну формують сполучення за типом «бік в бік» між відповідною петлею тонкої кишки і дванадцятипалою кишкою. При цьому необхідно відновити безперервність кишечнику.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу формування ХСА, в якому за рахунок формування додаткового анастомозу досягається можливість відновити безперервність кишечнику та відновити відтік жовчі в дванадцятипалу кишку.

Поставлена задача вирішується в способі формування холедохоеюноанастомозу, що містить формування нижче Броунівського сполучення анастомозу, при якому відповідну петлю порожньої кишки анастомозують з дванадцятипалою кишкою за типу «бік в бік», згідно з корисною моделлю, додатково формують тонкокишковий анастомоз за типом «кінець в бік».

Завдяки додатково сформованому анастомозу «кінець в бік» відновлюється безперервність кишечнику.

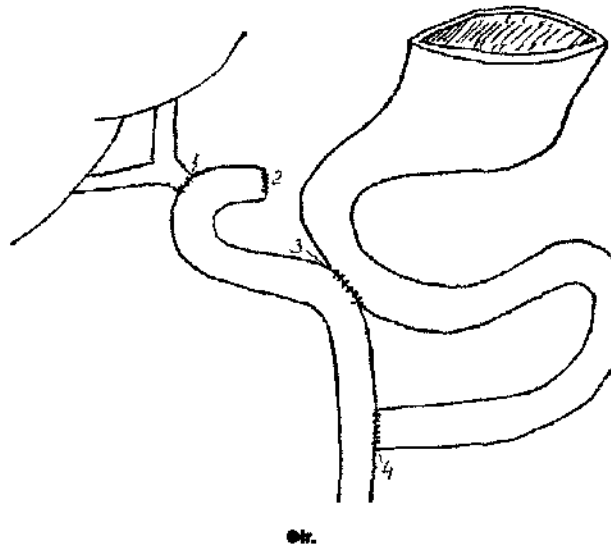
На кресленні позначені етапи оперативного втручання.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином. З початку операційного втручання підготовлюють загальну жовчну протоку. Поперечно розсікають супродуоденальну його частину, мобілізують з оточуючих тканин. Поперечно-ободову кишку відводять наверх, відступивши від дуоденоєюнального вигину близько 40 см, перетинають тонку кишку. Дистальний сегмент кишки проводять у «вікно» брижі поперечно-ободової ки-

шки, для формування холедохоеюноанастомозу (на малюнку позиція 1) за типом «кінець в бік», з попереднім укутуванням просвіта кишки двошрядним швом (позиція 2). Потім формують єюнодуоденоанастомоз за типом «бік в бік» (позиція 3) між дистальним сегментом порожньої кишки і низхідним відділом дванадцятипалої кишки, після чого формують тонкокишковий анастомоз за типом «кінець в бік» (позиція 4), який відновлює безперервність кишечнику. Таким чином створюються умови для надходження жовчі в просвіт дванадцятипалої кишки.

Приклад. Хвора С., 45 років, історія хвороби №5632 оперована 12.09.03 із приводу хронічного калькульозного холециститу. При виконанні лапароскопічної холецистектомії відбулося ятрогенне ушкодження холедоха з висіченням його супродуоденального сегмента протягом 3 см. Відновлення току жовчі зроблено шляхом формування гепатоеюноанастомозу в модифікації О.О. Шалімова. Потім додатково накладений анастомоз між спадною областю дванадцятипалої і відповідною петлею порожньої кишки, після чого сформований тонкокишковий анастомоз за типом «кінець в бік», який поновлює безперервність кишечнику. 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 порушеннями дистальної прохідності холедоха.



Фіз.