



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **62348** (13) **U**
(51) **МПК (2011.01)**
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ГЕПАТИКОЦИСТИКОАНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u201101154

(22) 02.02.2011

(24) 25.08.2011

(46) 25.08.2011, Бюл.№ 16, 2011 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, СМА-
ЧИЛО РОСТИСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ, МАЛОШТАН
ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, БРИЦЬКА НАТАЛІЯ
МИКОЛАЇВНА(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб виконання гепатикоцистикоанастомозу, який включає верхньосерединну лапаротомію, ревізію раніше накладеного анастомозу, який **від-різняється** тим, що додатково накладають анастомоз між прилягаючими боковими стінками міхурової протоки і загальної печінкової протоки або бік-в-бік між міхуровою протокою, з продовженням розрізу на жовчний міхур, і загальною печінковою протокою.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаною при повторних втручаннях у хворих раніше оперованих із приводу механічної жовтяниці, обумовленої непрохідністю дистального відділу жовчного протока.

Для лікування непрохідності дистального відділу жовчного протока незалежно від її генеза (стеноз, пухлина голівки підшлункової залози, псевдотуморозний панкреатит) і незалежно від того, вилучений субстрат непрохідності чи ні, використовуються різні способи відновлення пасажу жовчі в кишечник. Як правило, це виконується за допомогою біліодигестивних анастомозів із дванадцятипалою кишкою жовчодуодено- і гепатодуоденоанастомози та численних методик гепатоеюноанастомозів. Проте, у ряді випадків виникає необхідність реконструкції гепатоеюноанастомозів, обумовлена поширенням патологічного процесу на місце впадання міхурової протоки в загальну жовчну протоку, що частіше спостерігається при низькому варіанті їхнього злиття.

Найбільше часто в даному випадку застосовують реконструкцію біліодигестивного анастомозу з порожньою кишкою в гепатоеюноностомію з брауновським сполученням і заглушкою привідної петлі. Техніка виконання гепатоеюноностомії з брауновським сполученням і заглушкою привідної петлі наступна. Виконують верхньосерединну лапаротомію і ревізію раніше накладеного жовчостоеюноанастомозу. Потім, можливо використання двох варіантів: 1) накладання гепатоеюноанастомозу з привідною петлею і жовчостоеюноанастомозу вище заглушки; 2) зняття жовчостоеюноанастомозу з холецистектомією і накладанням гепатоеюноанастомозу з отвором у порожній

кишці, що утворився після зняття жовчостоеюноанастомозу (Хирургия печени и желчевыводящих путей. / Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.Б. - Киев. Здоров'я, 1993. - 508с.).

Даний спосіб виконання гепатикоцистикоанастомозу є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його вибрано за прототип.

В основу корисної моделі поставлено задачу розширення арсеналу способів виконання гепатикоцистикоанастомозу.

Задачу, яку поставлено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі виконання гепатикоцистикоанастомозу, який включає верхньосерединну лапаротомію, ревізію раніше накладеного анастомозу, згідно з корисною моделлю, додатково накладають анастомоз між прилягаючими боковими стінками міхурової протоки і загальної печінкової протоки або бік-в-бік між міхуровою протокою, з продовженням розрізу на жовчний міхур, і загальною печінковою протокою.

Технічний ефект корисної моделі обумовлений сукупністю етапів хірургічного лікування, порядком та способом їх виконання.

Спосіб виконують наступним чином.

Виконують верхньосерединну лапаротомію та ревізію раніше накладеного анастомозу. Додатково накладають анастомоз між прилягаючими боковими стінками міхурової протоки і загальної печінкової протоки (див. Фіг.1) або бік-в-бік між міхуровою протокою, з продовженням розрізу на жовчний міхур, і загальною печінковою протокою (див. Фіг.2).

(13) **U**
(11) **62348**
(19) **UA**

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

Приклад.

Хворий Р., 61р., був прийнятий у клініку зі скаргами на жовтяницю. Обстежений. Діагностований рак голівки підшлункової залози. З огляду на рівень жовтяниці зроблена лапаротомія, холецистоєюностомія з брауновським сполученням і заглушкою привідної петлі, за О.О.Шалімовим, дренування черевної порожнини. У післяопераційному періоді проводилося консервативне лікування в обсязі інфузійної, антибактеріальної, гепатотропної, метаболічної, антикоагулянтної,

спазмолітичної терапії, знеболювання. На тлі лікування післяопераційний період протікав гладко. Рани загоїлись первинним натягом, без нагноєнь. Виконана панкреатодуоденальна резекція, дренування загальної печінкової протоки за Прадері-Смітом, дренування черевної порожнини. У ході операції виявлено низьке впадання міхурової протоки з інвазією її пухлиною. У зв'язку з цим не видалення частини міхурової протоки з холедохом, після чого накладений гепатикоцистикоанастомоз. Післяопераційний період протікав відносно гладко.

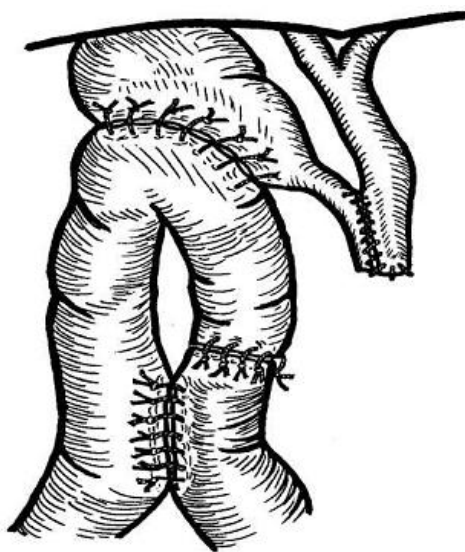


Fig. 1

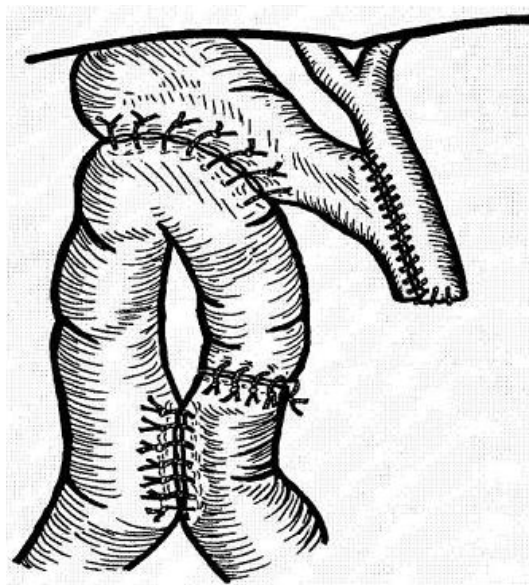


Fig. 2