



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16655 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ АРЕФЛЮКСНОГО ХОЛЕДОХОЄЮНОАНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200602240

(22) 01.03.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Борисенко Вадим Борисович, Зеєв Олександр Петрович

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб арефлюксного  
хоledoхоєюноанастомозу, який включає

накладення хоledoхоєюноанастомозу на відключену по Ру петлю порожньої кишки, нижче якого формують єюнодуоденостомоз по типу «бік у бік», дистальніше якого на тонку кишку накладають «заглушку» за О.О.Шалімовим, який відрізняється тим, що виділяють початковий відділ порожньої кишки зі збереженням аркади першого порядку першої єюнальної артерії, а вище хоledoхоєюноанастомозу формують антирефлюксний клапан за Я.Д.Вітебським.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаним для відновлення жовчотоку в хворих з механічною жовтяницею на ґрунті непрохідності дистального відділу загальної жовчної протоки.

Відомі способи лікування механічної жовтяниці шляхом накладення анастомозу жовчних проток зі шлунком, дванадцятипалою кишкою чи тощою кишкою. Ці типи анастомозів далеко не рівноцінні з позицій їх фізіологічності, схильності співустья до рубцювання і виразності дигестивно-біліарного рефлюксу. Створення співустья зі шлунком викликає влучення в нього жовчі і веде до гноблення шлункової секреції і розвитку запалення слизоватої оболонки шлунка з розвитком атрофічного гастриту. Формування співустья викликає технічні складності через незручність синтопічних взаємин, різної товщини стінок шлунка і хоledoхоа, які зшиваються. При перистальтиці шлунка відбувається закидання його умісту у внутріпечіночні протоки, що веде до розвитку регургітаційного холангіту.

Формування хоledoхоуоденоанастомозу (ХДА) відрізняється технічною простотою і забезпечує відновлення пасажу жовчі безпосередньо в дванадцятипалу кишку. Відведення жовчі в дванадцятипалу кишку нормалізує порушене травлення, і зменшує небезпеку утворення пептичних виразок.

Недоліком жевчовідвідного анастомозу з дванадцятипалою кишкою є небезпека частого розвитку висхідного холангіту у випадках

рубцевого стенозу. Нижче анастомозу, у загальній жовчній протоці утвориться «сліпий мішок» який буде джерелом інфекції і каменеутворення [Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузовлев, С.Р. Карагулян. Рубцовые стриктуры желчных протоков. -м.: Медицина, 1982. - С.240],

Перевагою хоledoхоєюноанастомозу (ХЕА), що забезпечує пасаж жовчі в порожню кишку, є можливість його формування без натягу незалежно від довжини кукси гепатикохоledoхоу над зоною його стриктури. Використання для створення ХЕА відключеної по Ру петлі порожньої кишки достатньої довжини попереджає можливість дигестивнобіліарного рефлюксу і викликає розвиток гнійного холангіту. Для попередження можливого дуодено-біліарного рефлюксу довжина виділеної в цих цілях кишки повинна бути не менш 40-60см. [А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, м.Е. Ничитайло, Б.В. Доманский. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Киев: Здоров'я, 1993. - С.472]. Інші автори вважають, що виділений по Ру відрізок кишки для створення ХЕА повинен бути не менше 80-100см, що дозволяє надійно запобігти регургітації харчових мас [Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. -м. - Медицина, 1987. - С.110].

Основним недоліком ХЕА є висока небезпека розвитку пептичних виразок дванадцятипалої кишки, що було встановлено ще в 1971 році. Mc Artur і W.Longmir, які зв'язували утворення виразок, ускладнених кровотечею, із припиненням

(19) UA (11) 16655 (13) U

олужнюючої дії жовчі внаслідок припинення її надходження в дванадцятипалу кишку [О.Б. Милонов, С.Н. Грязнов. Двойное внутреннее дренирование общего желчного протока. -м.: Медицина, 1986. - С.19].

Для профілактики цього ускладнення запропонована методика формування холедохоеюноанастомозу, що відновлює пасаж жовчі в дванадцятипалу кишку шляхом створення анастомозу між (відключеної по Ру) відвідною петлею порожньої кишки, і дванадцятипалою кишкою по типу «бік у бік», а нижче анастомозу на відключеній петлі накладається заглушка по О.О. Шалімову, що забезпечує повне надходження жовчі в ДПК [Б.М. Даценко, К.А. Крамаренко, А.П. Зеев, В.Б. Борисенко. Модификация холедохоеюноанастомоза с обеспечением желчетока в двенадцатиперстную кишку, // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т. 10. №2. - С.36]. Недоліком цієї методики є розвитку дигестивнобіліарного рефлюксу внаслідок укорочення довжини ділянки порожньої кишки між двома анастомозами (Фіг.1).

В основу корисної моделі поставлена задача розробки способу формування арефлюксного холедохоеюноанастомозу, в якому за рахунок зміни тактики оперативного втручання, досягається відновлення пасажу усієї жовчі в дванадцятипалу кишку, усувається розвиток пептичної виразки і дуоденобіліарного рефлюксу, що веде до гнійного холангіту, а також попереджається порушення моторно-евакуаторної функції петлі, що відводить, і розвиток Ру-стаз-синдрому.

Поставлена задача вирішується в способі арефлюксного холедохоеюноанастомозу, який містить накладення холедохоеюноанастомозу на відключену по Ру петлю порожньої кишки, нижче якого формують єюнодуоденоанастомоз по типу «бік в бік», дистальніше якого на тонку кишку накладають «заклушку» за О.О. Шалімовим, згідно з корисною моделлю, виділяють початковий відділ порожньої кишки зі збереженням аркади першого порядку першої єюнальної артерії, а вище холедохоеюноанастомозу формують антирефлюксний клапан за Я.Д. Вітебським.

Завдяки дотримці анатомічних правил виділення і перетинання початкового відділу порожньої кишки запобігається порушення моторно-евакуаторної функції відвідної петлі і розвиток Ру-стаз-синдрому, а додаткове формування антирефлюксного клапану запобігає рефлюксу кишкового вмісту у відключений сегмент і запобігає розвитку дуоденобіліарного рефлюксу, що веде до гнійного холангіту.

Сутність корисної моделі пояснюють малюнки, де на Фіг.1 зображений спосіб-найближчий аналог (додаток) модифікація холедохоеюноанастомозу на відключеній по Ру петлі тонкої кишки з забезпеченням повного пасажу жовчі в ДПК, де

1 - Холедохоеюноанастомоз

2 - Єюнодуоденоанастомоз

3 - Отвір у mesocolon

4 - «Заклушка» на петлю, що відводить, нижче єюнодуоденоанастомозу

5 - Єюнооеюноанастомоз

На Фіг.2 - запропонований антирефлюксний холедохоеюноанастомоз на відключеній по Ру петлі тонкої кишки з забезпеченням повного пасажу жовчі в ДПК, де

1 - Холедохоеюноанастомоз

2 - Антирефлюксний клапан по Я.Д. Вітебському

3 - Єюнодуоденоанастомоз

4 - «Заклушка» на петлю, що відводить, нижче єюнодуоденоанастомозу

5 - Отвір у mesocolon

6 - єюнооеюноанастомоз

Заявлений спосіб виконується в такий спосіб.

Обов'язковою умовою, що визначає можливість виконання розробленої модифікації ХЕА, являється відсутність ознак дуоденальної непрохідності в будь-яких її варіантах - від схованої дуоденальної гіпертензії, що виявляється при навантаженні, до дуоденостазу. Показники внутрішньопорожнинного тиску, одержувані методом відкритого катетера, повинні відповідати 80-130мм. вод. Ст., і зберігатися в цих межах після навантаження протягом 30 хвилин [Я.Д. Вітебський. Позтажная манометрия и ее клиническое значение. - Курган, 1985. - С.11-17].

Відступивши від зв'язки Трейця на 7-9см виконують мобілізацію брижі порожньої кишки між кінцевими прямими судинами зі збереженням аркади першого порядку 1-ої єюнальної артерії, що дозволяє зберегти судиннонервові закінчення в початковому відділі порожньої кишки. Накладають стандартний ХЕА а потім формують Єюнодуоденоанастомоз "бік-в-бік" який варто накладати дистальніше сфінктера Капанджі. У цьому випадку сфінктер не буде утрудняти пасаж жовчі в кишку, з'явиться перешкодою рефлюксу жовчі в шлунок, при своєму скороченні не викликає підйому внутрішньокішкового тиску в зоні анастомозу і знизить імовірність для виникнення дигестивно-біліарного рефлюксу. Для співустья дванадцятипалу кишку необхідно розкривати поперечно. Це виключає ушкодження циркулярних м'язових волокон, дозволяє зберегти безперервність ходу перистальтичної хвилі і запобігти закиду кишкового вмісту в жовчні протоки, не порушуючи живлення анастомозу, надає співустью щілиноподібну форму, завдяки чому припиняється постійне виділення жовчі і її викид стає порціонним. Безпосередньо під єюнодуоденоанастомозом накладають «заклушку» по А.А. Шалімову а вище, на відстані 5-7см, антирефлюксний клапан по Я.Д. Вітебському. Довжина петлі порожньої кишки між двома анастомозами при цьому складає до 20см.

Таким чином, запропонований спосіб забезпечує повне надходження жовчі в дванадцятипалу кишку, олує її просвіт і запобігає розвитку пептичних виразок, що ускладнюються кровотечею, попереджає дуоденобіліарний рефлюкс, а дотримання анатомічно обґрунтованих правил формування сегмента порожньої кишки запобігає розвитку Ру-стаз-синдрому, за рахунок чого покращуються

результаті лікування хворих з порушенням дистальної прохідності холедоху.

Про ефективність антирефлюксних клапанів підтверджених у практичній медицині вказують Я.Д. Витебський [Я.Д. Витебский. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. -м.: Медицина, 1988. - С.75] а також О.О. Шалімов,

який стверджує, що при вірній інвагінації проходження кишкового вмісту по петлі кишки не відмічається протягом 20 років [А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, м.Е. Ничитайло, Б.В. Доманский. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Київ: Здоров'я, 1993. - С.472].

