



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **19585** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ АНТИРЕФЛЮКСНОГО ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗУ**

1

2

(21) u200607734

(22) 10.07.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.

(72) Грінцов Олександр Григорович, Куніцький Юрій Леонідович, Шаталов Олександр Дмитрійович, Конопля Павло Павлович, Шаталов Сергій Олександрович, Христуленко Андрій Олександрович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.ГОРЬКОГО

(57) Спосіб антирефлюксного холедоходуоденоанастомозу, що включає розсічення передньої стінки загальної жовчної протоки, дванадцятипалої кишки, формування між ними анастомозу, який **відрізняється** тим, що передню стінку дванадцятипалої кишки розкривають точковим розрізом, із зберіганням цілісності м'язових шарів дванадцятипалої кишки, а просвіт отвору дванадцятипалої кишки збільшують відповідно до розрізу передньої стінки загальної жовчної протоки в напрямку, перпендикулярному довжині дванадцятипалої кишки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використана при хірургічному лікуванні жовчнокам'яної хвороби хронічного, гострого калькульозного холециститу, а також їх ускладнень (холедохолітіазу, механічної жовтяниці).

Відомий спосіб холедоходуоденоанастомоза за Юрашем [1], який включає повздовжню супрадуоденальну холедохотомію, розсічення передньої стінки дванадцятипалої кишки і формування холедоходуоденоанастомозу в два ряди швів.

Даний спосіб холедоходуоденоанастомозу близький нам за технічною суттю і обраний як прототип.

Виконують спосіб-прототип шляхом повздовжньої супрадуоденальної холедохотомії, розсічення передньої стінки дванадцятипалої кишки у напрямку перпендикулярному її довжині і формування між двома отворами холедоходуоденоанастомозу в два ряди швів.

Недоліком способа-прототипа є те, що розсічення передньої стінки дванадцятипалої кишки призводить до uszkodження повздовжніх м'язових волокон. Це призводить до ригідності анастомозу, постійному його зиянню, що є основною причиною дуоденобіліарного рефлюксу, з розвитком холангіогепатиту в післяопераційному періоді [2].

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення формування холедоходуоденоанастомозу, в якому забезпечується підвищення ефективності хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, хронічного, гострого калькульозного хо-

лециститу, а також їх ускладнень (холедохолітіазу, механічної жовтяниці) попередження виникнення післяопераційних ускладнень у виді холангіогепатитів, наслідком яких, як правило, є цироз печінки, гепатаргія.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі антирефлюксного холедоходуоденоанастомозу, який включає розсічення передньої стінки загальної жовчної протоки, дванадцятипалої кишки, формування між ними анастомозу, згідно корисної моделі передню стінку дванадцятипалої кишки розкривають точковим розрізом, із зберіганням цілісності м'язових шарів дванадцятипалої кишки, а просвіт отвору дванадцятипалої кишки збільшують відповідного розрізу передньої стінки загальної жовчної протоці у напрямку, перпендикулярно довжині дванадцятипалої кишки.

Заявляємий спосіб пояснюється малюнками:

Фіг.1. Прошивання передньої стінки дванадцятипалої кишки колючою голкою капроною ниткою №3.

Фіг.2. Відсічення частки передньої стінки дванадцятипалої кишки безпосередньо під голкою, вскриття просвіту дванадцятипалої кишки.

Фіг.3. За. Напрямок звеличення розмірів точкового отвору відповідно розміру холедохотомічного розрізу.

Фіг.4. Формування холедоходуоденоанастомоза.

Спосіб виконують наступним чином: гострим скальпелем виконують повздовжню супрадуоденальну холедохотомію. Видаляють конкременти з

(13) **U**
(11) **19585**
(19) **UA**

гепатикохоледоха одним із відомих способів. Передню стінку дванадцятипалої кишки в місті передбачуваного анастомоза прошивають капроною ниткою №3 і підтягують догори таким чином, щоб утворився конус (Фіг.2). Потім гострим скальпелем безпосередньо під голкою зрізають прошиту стінку дванадцятипалої кишки з утворенням точкового отвору діаметром не більше як 2мм. Зажимом Більбота виконують ділятацію отвору на передній стінці дванадцятипалої кишки в напрямку перпендикулярному довжині дванадцятипалої кишки. Далі накладають холедоходуоденоанастомоз в два ряди швів. Таким чином отвір на передній стінці дванадцятипалої кишки значно менше в порівнянні з величиною холедохотомічного розрізу. Однак, завдяки еластичності стінки дванадцятипалої кишки і збереженню цілісності м'язових оболонок, а також ділятації отвору - воно повністю адаптується до розмірів холедохотомічного розрізу. В момент проходження хвилі перистальтики по стінці дванадцятипалої кишки, завдяки збереженому м'язовому шару отвір дванадцятипалої кишки змикається і рефлекс суміші дванадцятипалої кишки в холедох - попереджається. Операцію завершують дренажуванням черевної порожнини.

В клініці хірургічних хвороб стомат. факультету Донецького державного медичного університету ім. М. Горького на базі ЦМКЛ №1 по заявленому способу оперовано 14 хворих з хронічним, гострим калькульозним холециститом, ускладнених холедохолітазом і механічною жовтяницею. Післяопераційних ускладнень у хворих, оперованих по заявленому способу не спостерігали, що підтверджує функціональну і клінічну надійність розробленого холедоходуоденоанастомоза.

Приклад 1

Хворий Х., 59 років (історія хвороби №726), госпіталізований в клініку хірургічних хвороб стомат. факультету ЦМКЛ №1 м.Донецька 17.03.05р. через 6 діб від початку захворювання з діагнозом: жовчнокам'яна хвороба, холедохолітаз, механічна жовтяниця, стан після лапароскопічної холецистектомії в 2004р. Після обстеження, проведення передопераційної підготовки 23.03.05р. виконана операція холедохолітотомія, холедоходуоденостомія по заявленому способу. Післяопераційний

період - без ускладнень. Оглянутий через 6 місяців після втручання - скарг немає, ознак дуоденобіліарного рефлюксу не встановлено.

Приклад 2

Хвора Ш. 75 років (історія хвороби №1321), госпіталізована в клініку факультетської хірургії ім. К.Т. Овнатяна на базі ДОКТМО м.Донецька 09.10.03р. через 10 діб від початку захворювання з діагнозом: жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, холедохолітаз, механічна жовтяниця. 11.10.03р. виконана операція холецистектомія, холедохолітотомія, холедоходуоденостомія по заявленому способу, дренажування черевної порожнини. Післяопераційний період - без ускладнень. Оглянута через 1 рік 2 місяці після втручання - скарг немає, ознак дуоденобіліарного рефлюксу не встановлено.

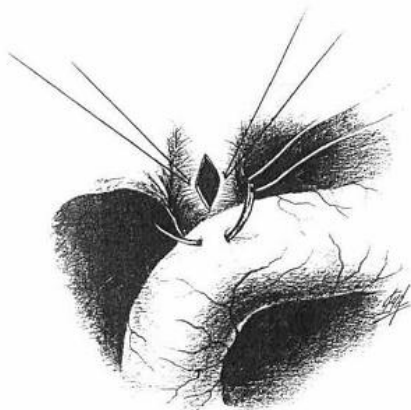
Приклад 3

Хвора К. 42 роки (історія хвороби №1743), госпіталізована в клініку хірургічних хвороб стомат. факультету ЦМКЛ №1 м.Донецька 20.07.04р. через 48 годин від початку захворювання з діагнозом: жовчнокам'яна хвороба, холедохолітаз, механічна жовтяниця, стан після холецистектомії в 2000р. 24.07.04р. виконана операція холедохолітотомія, холедоходуоденостомія по заявленому способу, дренажування черевної порожнини. Післяопераційний період - без ускладнень. Оглянута через 8 місяців після втручання - скарг немає, ознак дуоденобіліарного рефлюксу не встановлено.

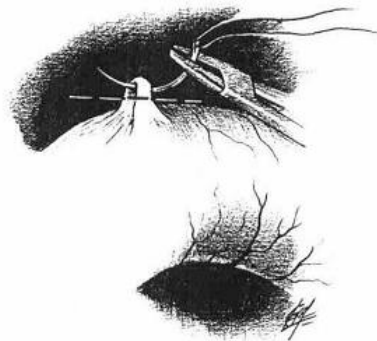
Таким чином, розроблений нами спосіб холедоходуоденоанастомозу дозволяє уникнути такого ускладнення цього втручання як дуоденобіліарний рефлюкс, який являється головною причиною розвитку в післяопераційному періоді холангіогепатиту. Вказана якість анастомозу досягається завдяки утворенню антирефлюксної функції останнього, шляхом зберігання м'язових шарів передньої стінки дванадцятипалої кишки.

Джерела інформації, прийняті до уваги:

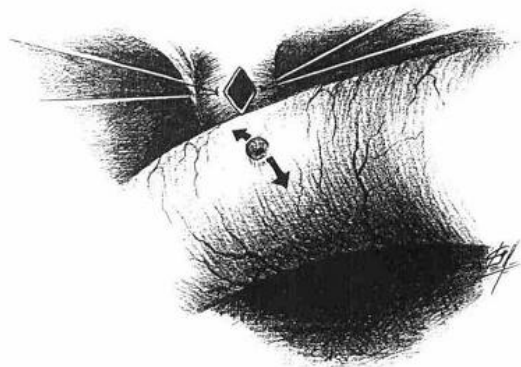
1. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. - Киев, 1975. - с.172-174.
2. Королёв Б.А., Пиковский Л.Д. Экстренная хирургия желчных путей. - Москва, 1999. - С.187-191.



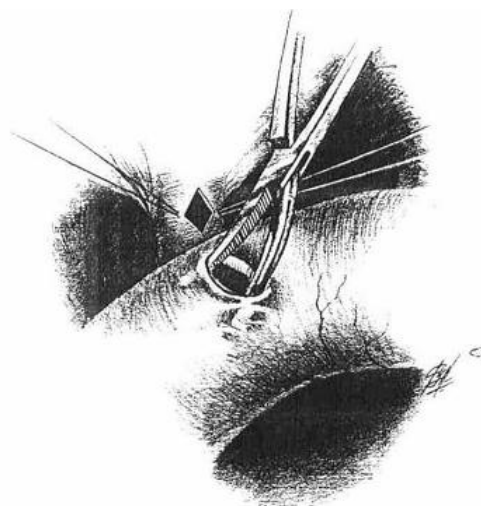
Фіг.1



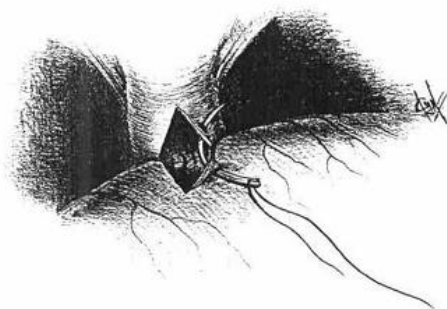
Фіг.2



Фиг.3



Фиг.3a



Фиг.4