



УКРАЇНА

(19) UA (11) 39526 (13) U

(51) МПК (2009)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ БІЛІОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200812892

(22) 05.11.2008

(24) 25.02.2009

(46) 25.02.2009, Бюл.№ 4, 2009 р.

(72) КОРОТКИЙ ВАПЕРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, UA,
ЦИГАНOK АНДРІЙ МИХАЙЛОВИЧ, UA, СИДОРЕНКО РОМАН АНАТОЛІЙОВИЧ, UA(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб формування білідигестивного анастомозу, який включає лапаротомію, пересічення жовчної протоки вище ураження, виділення проксимальної кукси з оточуючих тканин, пересічення тонкого кишечника на відстані 25см від зв'язки

Трейця та проведення його відвідного відділу через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, формування кукси відвідної кишки, розкриття стінки відвідної кишки та формування білідигестивного анастомозу, формування тонко-тонкокишкового анастомозу на відстані 50см від білідигестивного анастомозу по типу "кінець в бік", зовнішнє дренирування жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарове ушивання рани, який **відрізняється** тим, що пересічення жовчної протоки вище ураження виконують в косому напрямку, а виділення проксимальної кукси з оточуючих тканин виконують не більше ніж на 0,5см.

Корисна модель, що заявляється, стосується хірургії, більш точно хірургії органів черевної порожнини, і призначена для лікування хворих з ураженням позапечіткових жовчних проток.

З кожним роком збільшується кількість хворих із захворюваннями позапечіткових жовчних проток, які супроводжуються розвитком механічної жовтяниці. Доброякісні стриктури позапечіткових жовчних проток є, як правило, наслідком травми жовчного дерева під час холецистектомії. Проблема хірургічного лікування стриктур магістральних жовчних проток до теперішнього часу залишається невирішеною, тоді як вони в 7,2-41,4% випадків є причиною повторних втручань на жовчовивідних шляхах, які при доброякісному ураженні в 15-25% випадків закінчуються накладенням обхідних білідигестивних анастомозів. За останні роки досягнуті значні успіхи в розвитку біліарної хірургії, проте проблема формування жовчовідвідних анастомозів залишається актуальною. Це пов'язано з тим, що потреба у виконанні операцій внутрішнього білідигестивного дренирування висока, а відомі способи формування анастомозів недосконалі. Головними завданнями в лікуванні доброякісних стриктур позапечіткових жовчних проток є повноцінна декомпресія біліарної системи, по можливості - відновлення нормальної анатомії жовчних проток, профілактика вторинного ураження печінки за рахунок біліарної гіпертензії, холангі-

ту, і, перш за все, попередження рестенозів. Це в деякій мірі забезпечується формуванням широкого отвору анастомозу (не менше ніж 1,5-2см в діаметрі) та збереженням кровопостачання проксимальної кукси жовчної протоки. Рубцювання сформованих жовчно-кишкових анастомозів настає в 9,8-28% випадків, що нерідко вимагає тривалого лікування, багатократних лікувально-діагностичних маніпуляцій і часто приводить до серйозної інвалідизації пацієнтів. Отже, існуючі способи формування білідигестивних анастомозів в низці випадків не можуть забезпечити надійний терапевтичний ефект, що призводить до післяопераційних ускладнень та, як наслідок, повторного оперативного втручання.

Так, відомий спосіб формування білідигестивного анастомозу на Y-подібній петлі за Roux включає: лапаротомію, пересічення жовчної протоки в поперечному напрямку вище ураження, виділення проксимальної кукси з оточуючих тканин не більше ніж на 0,5см, пересічення тонкого кишечника на відстані 25см від зв'язки Трейця та проведення його відвідного відділу через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, формування кукси відвідної кишки, розкриття стінки відвідної кишки та формування білідигестивного анастомозу, формування тонко-тонкокишкового анастомозу на відстані 50см від білідигестивного анастомозу по типу "кінець в

(13) U

(11) 39526

(19) UA

бік", зовнішнє дренування жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарове ушивання рани [1]. Такий спосіб формування біліодигестивного анастомозу забезпечує адекватний відтік жовчі при розширенні до 1,5-2см жовчної протоки. Однак накладання анастомозу при меншому діаметрі протоки призводить до стенозу анастомозу. Частота виникнення стенозу при застосуванні даного способу формування біліодигестивного анастомозу становить 11,9-32%, що вимагає повторного оперативного втручання.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб формування біліодигестивного анастомозу за О.О. Шалімовим, який включає лапаротомію, пересічення жовчної протоки в поперечному напрямку вище ураження, виділення проксимальної кукси з оточуючих тканин на 0,8-1,3см для виконання по задній поверхні протоки повздожнього розрізу довжиною 0,5-0,8см, пересічення тонкого кишечника на відстані 25см від зв'язки Трейця та проведення його відповідного відділу через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, формування кукси відвідної кишки, розкриття стінки відвідної кишки та формування біліодигестивного анастомозу, формування тонко-тонкокишечного анастомозу на відстані 50см від біліодигестивного анастомозу по типу "кінець в бік", зовнішнє дренування жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарове ушивання рани [2]. Збільшення площі поверхні, що анастомозується, досягається за рахунок повздожнього розрізу стінки жовчної протоки. Для цього необхідно виділити проксимальний відділ протоки на довжину розрізу та додатково на 0,5см для фіксації швами, що значно порушує кровопостачання кукси та є причиною утворення стриктури, частота якої при застосуванні даного способу формування біліодигестивного анастомозу не менша, ніж при використанні інших відомих способів.

Задача, яку вирішує корисна модель, що заявляється, є покращення результатів хірургічного лікування уражень позапечінкових жовчних проток шляхом удосконалення накладання біліодигестивного анастомозу за рахунок збільшення площі поверхні, що анастомозується.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у зменшенні ризику виникнення стенозування анастомозу і, як наслідок, у зниженні частоти післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі формування біліодигестивного анастомозу, який включає лапаротомію, пересічення жовчної протоки вище ураження, виділення проксимальної кукси з оточуючих тканин, пересічення тонкого кишечника на відстані 25см від зв'язки Трейця та проведення його відповідного відділу через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, формування кукси відвідної кишки, розкриття стінки відвідної кишки та формування біліодигестивного анастомозу, формування тонко-тонкокишечного анастомозу на відстані 50см від біліодигестивного анастомозу по типу "кінець в бік", зовнішнє дренування жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарове ушивання рани, згідно корисної моделі, пересічення жов-

чної протоки вище ураження виконують в косому напрямку, а виділення проксимальної кукси з оточуючих тканин виконують не більше, ніж на 0,5см.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є те, що пересічення жовчної протоки вище ураження виконують в косому напрямку, а виділення проксимальної кукси з оточуючих тканин виконують не більше, ніж на 0,5см. Пересічення протоки в косому напрямку забезпечує більшу площу для анастомозу, а виділення кукси з оточуючих тканин не більше ніж на 0,5см дозволяє в більшій мірі зберегти її кровопостачання. В кінцевому висновку, таке удосконалення призводить до зменшення ризику виникнення стенозування анастомозу.

За відомими літературними даними такий спосіб формування біліодигестивного анастомозу невідомий.

Запропонований спосіб формування біліодигестивного анастомозу здійснюється наступним чином. Виконують лапаротомію, пересікають жовчну протоку в косому напрямку вище ураження, виділяють проксимальну куксу з оточуючих тканин не більше ніж на 0,5см, пересікають тонкий кишечник на відстані 25см від зв'язки Трейця та проводять його відповідний відділ через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, формують куксу відвідної кишки, розкривають стінку відвідної кишки та формують біліодигестивний анастомоз, формують тонко-тонкокишечний анастомоз на відстані 50см від біліодигестивного анастомозу по типу "кінець в бік", виконують зовнішнє дренування жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарово ушивають рану. За рахунок пересічення жовчної протоки в косому напрямку забезпечується більша площа поверхні, що анастомозується. Виділення проксимальної кукси з оточуючих тканин не більше ніж на 0,5см дозволяє зберегти її кровопостачання. В результаті цього зменшується ризик стенозування анастомозу, що проявляється у зниженні післяопераційних ускладнень.

Конкретний приклад втілення

Хвора К., 47 років, медична карта №3561, надійшла до стаціонару 19.05.08 зі скаргами на біль в правому підребер'ї, загальну слабкість, гіркоту в роті, нудоту, пожовтіння шкіряних покривів. Помірний біль в правому підребер'ї періодично турбує на протязі 1,5 місяців. Останні 7 днів інтенсивність болю наростала. 2-3 доби тому відмітила пожовтіння шкіряних покривів. 28.01.08 виконано лапароскопічну холецистектомію з приводу гострого гангренозного калькульозного холециститу. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, шкіряні покриви іктеричні, серцеві тони приглушені, ритмічні. PS - 96хв.⁻¹, АТ - 140/90мм.рт.ст. Живіт симетричний, приймає участь у диханні, не піддутий, пальпаторно м'який, болісний в правому підребер'ї. Перитонеальних симптомів немає. Обстежена:

Заг. аналіз крові: Hb - 129г/л, Er - $4,01 \times 10^{12}$ Lei - $7,4 \times 10^9$.

Б/х: білок - 66г/л, білірубін - 91,5 (прямий - 70,3, непрямий - 21,2) мкмоль/л.

УЗД: жовчний міхур відсутній, холедох не візуалізується, загальна печінкова протока розширена до 1,5см.

ЕКГ: помірні зміни міокарду.

ЕРХПГ: стриктура проксимального відділу загальної печінкової протоки.

Встановлено діагноз: Післяопераційна стриктура проксимального відділу загальної печінкової протоки, механічна жовтяниця.

Оперована 21.05.08. Виконали лапаротомію, відпрепарували структури гепатодуоденальної зв'язки, пересікли загальну печінкову протоку в косому напрямку вище стриктури, виділили проксимальну куксу з оточуючих тканин на 0,5см, пересікли тонкий кишечник на відстані 25см від зв'язки Трейця та провели його відповідний відділ через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, сформували куксу відвідної кишки, розкрили стінку відвідної кишки та сформували білідигестивний анастомоз (в даному випадку - гепатикоєюноанастомоз), сформували тонко-тонкокишечний анастомоз на відстані 50см від гепатикоєюноанастомозу по типу "кінець в бік", виконали зовнішнє дренивання жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарове ушили рану.

В післяопераційному періоді хвора отримувала інфузійну, антибактеріальну терапію. По дренажу з підпечінкового простору незначні серозні виділення. Виділення жовчі по зовнішньому дренажу жовчних протоків за 8 діб зменшились до 30мл за добу. На 12 день післяопераційного періоду хворій виконали фістулохолангіографію. Контраст забарвлює внутрішньопечінкові протоки, вільно потрапляє в тонку кишку. Зовнішній дренаж жовчних протоків видалено на 17 добу. Через 2 доби видалено дренаж з підпечінкового простору. На 20 добу хвора в задовільному стані виписана із стаціонару. При обстеженні у вересні 2008 року пацієнтка скарг не пред'являла.

Запропонований спосіб формування білідигестивного анастомозу було апробовано на базі КМКЛ №4 у 4 хворих з позитивними результатами - в жодному випадку не спостерігалось ні стенозування анастомозу, ні будь-яких післяопераційних ускладнень.

Список використаної літератури:

1. Литтманн Й. Оперативная хирургия. Хабаровск: Континент - 2000. - С.628-631.

2. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Київ: Здоров'я - 1993. - С.473-475.