



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **44410** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СТРИКТУР ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

1

2

(21) u200814705

(22) 22.12.2008

(24) 12.10.2009

(46) 12.10.2009, Бюл.№ 19, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, МАЛОШТАН ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, СМАЧИЛО РОСТИСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ, БРИЦЬКА НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб лікування стриктур гепатикохоледоха, що включає верхньо-серединну лапаротомію, ревізію позапечінкових жовчних проток, виділення

тонкої кишки, її пересікання, проведення відповідного сегмента тонкої кишки крізь вікно в брижі поперечно-ободової кишки в підпечінковий простір, ушивання пересіченого кінця петлі тонкої кишки та накладення гепатикоєюноанастомозу "кінець в бік", який **відрізняється** тим, що після ревізії позапечінкових жовчних проток додатково проводять резекцію гепатикохоледоха на рівні непрохідності та виділення правої і лівої печінкової проток, петлю тонкої кишки фіксують і підводять до печінкових проток, які виділені, при цьому гепатикоєюноанастомоз "кінець в бік" накладають роздільно з правою і лівою печінковими протоками.

Корисна модель стосується медицини, а саме хірургічного лікування непрохідності дистального відділу гепатикохоледоха.

Відомо, що для лікування стриктур гепатикохоледоха незалежно від її генезу і незалежно від того, видалений субстрат непрохідності чи ні, використовують різні способи відновлення пасажу жовчі в кишечник. Як правило, це виконують за допомогою жовчних анастомозів, які можна розподілити на три групи:

- біліобіліарні - гепатикохоледохоанастомоз по А.А. Шалимову;

- білідигестивні з дванадцятипалою кишкою холедоходуодено- та гепатодуоденоанастомози (по Фінстереру, Флеркену, Юрашу-Виноградову, Кишнеру та інш.);

- численні методики гепатикоєюноанастомозів (по Виноградову, Стерлінгу, Кохеру-Мамманы, Витебському, Камалову та інш.).

Біліобіліарні анастомози найбільш фізіологічні, оскільки забезпечують пасаж жовчі за мінімально реконструйованим природним шляхом. Але ці операції виконуються надзвичайно рідко за двома причинами: дуже рідко спостерігаються анатомічні умови, які підходять для цього, і дуже часто у віддалені терміни настає рубцювання і стриктура анастомозу.

Білідигестивні анастомози з дванадцятипалою кишкою забезпечують надходження жовчі в дванадцятипалу кишку, чим повністю зберігають

ряд природних травних функцій, в тому числі і залуження вмісту цибулини. Головним недоліком білідигестивних анастомозів з дванадцятипалою кишкою є наявність дуоденобіліарного рефлюксу, який призводить до інфікування жовчовивідних шляхів і розвитку висхідного холангіту. Крім цього, рубцювання холедохо- або гепатодуоденоанастомозу іноді на 50-70% звужує отвір співустя, що само по собі також викликає розвиток холангіту.

Відомий спосіб гастроєюнодуоденостомії, що запропонований П.А. Купріяновим (1924) та використаний в клініці Є.І. Захаровим в 1938 році для лікування пострезекційних синдромів, які виникають після резекції шлунку по Більрот II. [див. А.А. Шалимов, В.Н. Полупай «Атлас операций на пищевод, желудке и двенадцатиперстной кишке». - М. - «Медицина». - 1975. - С.248]. Він включає підготовлення трансплантата тощої кишки шляхом розсічення брижі петлі тощої кишки, яка призначена для вставки, в напрямку до її кореня, а також її мобілізацію, пересікання кишкової петлі трансплантата в поперечному напрямку, зашивання початкового кінця утвореного трансплантату кисетним швом, відновлення прохідності кишечного тракту шляхом зшивання тощої кишки «кінець в кінець», переміщення зшитой тощої кишки крізь вікно в брижі поперечної ободової кишки на своє місце. Анастомоз накладають між куксою шлунку і кишечною вставкою, а потім між кишковою вставкою і дванадцятипалою кишкою.

(13) **U**
(11) **44410**
(19) **UA**

Зазначений спосіб дозволяє включити у травлення дванадцятипалу кишку і уповільнити випорожнення кукси шлунку. Але цей процес не використовувався при лікуванні непрохідності гепатикохоледоху, оскільки ця методика потребує прецизійної техніки формування гепатикоєюнодуоденоанастомозу.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб лікування непрохідності гепатикохоледоху, що його описано в книзі О.О. Шалімова та співавт. «Хирургия печени и желчевыводящих путей» [див. А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, Б.Д. Доманский. Хирургия печени и желчевыводящих путей.- К.- «Здоров'я». - 1993. - С.471]. Він включає верхньо-серединну лапаротомію та ревізію позапечінкових жовчних проток, виділення тонкої кишки за Ру, її пересікання, проведення її відповідного сегменту крізь вікно в брижі поперечно-ободочної кишки в підпечінковий простір, фіксацію петлі тонкої кишки та підведення до гепатикохоледоху, ушивання пересіченого кінця петлі тонкої кишки, накладення гепатикоєюноанастомозу «кінець в бік» та відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту ентеро-ентероанастомозом. При цьому безперервність шлунково-кишкового тракту відновлюють ентеро-ентероанастомозом «кінець в бік».

Цей спосіб в найбільшому ступені задовольняє потреби біліарної хірургії з боку надійності анастомозу і профілактики висхідного холангіту [за даними Э.И. Гальперин та співавт., 1988; В.В. Бойко та співавт., 2008]. Але його недоліками слід визнати те, що за ним вноситься суттєва реконструкція в процеси травлення. Жовч не надходить до дванадцятипалої кишки, не переміщується там з хімусом, не залує кислотного шлункового вмісту. Дія жовчі та панкреатичного соку на продукти харчування розсинхронізується по часу і місцю, що призводить до порушення природного травлення. Крім цього, відсутність залужувальної дії жовчі у деяких пацієнтів (до 4% за даними Б. Нидерле, 1982) викликає формування пептичної виразки дванадцятипалої кишки. При високих стриктурах гепатикохоледоху не завжди є анатомічні умови для формування необхідного гепатикоєюноанастомозу, що призводить до підвищення імовірності виникнення рестриктур гепатикоєюноанастомозу.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого процесу лікування непрохідності гепатикохоледоху при високих стриктурах гепатикохоледоху, що дозволяє ліквідувати порушення травлення, яке виникає на рівні біфуркації або вище неї (IV ступень по Bismuth). Вони пов'язані з надходженням жовчі не в дванадцятипалу, а в тощу кишку (на 50см нижче) і зберегти при цьому сприятливі умови для профілактики холангіту.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі лікування непрохідності гепатикохоледоху, що включає верхньо-серединну лапаротомію та ревізію позапечінкових жовчних проток, виділення тонкої кишки, її пересікання, проведення її відповідного сегменту крізь вікно в брижі поперечно-ободової кишки в підпечінковий простір, фіксацію петлі тонкої кишки та підведення до гепатикохоледоху, ушивання пересіченого кінця петлі тонкої

кишки, накладення гепатикоєюноанастомозу «кінець в бік» та відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту ентеро-ентероанастомозом, згідно з корисною моделлю після ревізії позапечінкових жовчних проток додатково проводять резекцію гепатикохоледоху на рівні непрохідності та виділення правої і лівої печінкової проток, петлю тонкої кишки фіксують і підводять до печінкових проток, які виділені, при цьому гепатикоєюноанастомоз «кінець в бік» накладають роздільно з правою і лівою печінковими протоками.

Накладення єюнодуоденального співустя «кінець в бік» і спосіб його виконання дозволяють забезпечити надходження жовчі до дванадцятипалої кишки, чим повністю зберігають ряд природних травних функцій, а саме: перетворення в дванадцятипалій кишці трипсиногену в трипсин під впливом ентерокінази та некон'югованих жовчних кислот, а також залужування вмісту цибулини дванадцятипалої кишки.

Заявнику невідомі приклади накладення бігепатикоєюнодуоденального співустя з використанням тонкокишкової вставки.

Виконання процесу ілюструється кресленнями, на яких зображено:

Фіг.1 - момент після формування анастомозів правої та лівої печінкових проток з дистальним кінцем тонкої кишки (бігепатикоєюноанастомозу), намічення рівня накладення єюнодуоденоанастомозу і лінії іфдсіння відвідної кишки;

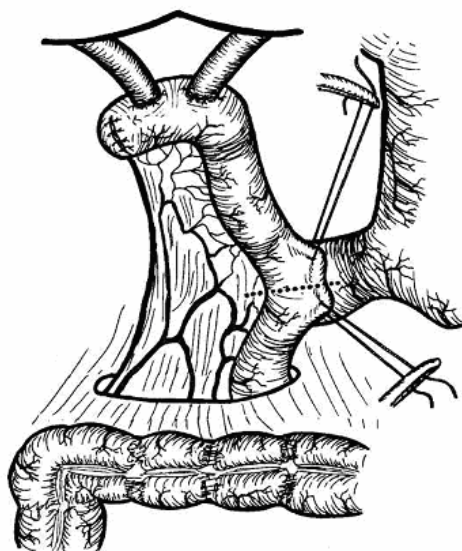
Фіг.2 - остаточний вигляд бігепатикоєюнодуоденоанастомозу з використанням кишкової вставки.

Процес виконують наступним чином. Хворому з рубцевою стриктурою гепатикохоледоху послідовно виконують верхньо-серединну лапаротомію та ревізію позапечінкових жовчних проток, виділення тонкої кишки 1, її пересікання, проведення її відповідного сегменту останньої крізь вікно в брижі поперечно-ободочної кишки в підпечінковий простір, фіксацію петлі тонкої кишки 1 та підведення до правої та лівої печінкової протоки 2, 3, відповідно, ушивання пересіченого кінця петлі тонкої кишки 1, а також накладення бігепатикоєюноанастомозу 4 «кінець в бік». По закінченню накладення бігепатикоєюноанастомозу 4, далі не відновлюють безперервність шлунково-кишкового тракту, а за допомогою двох ниток-держалок 5 підводять жовчовивідний кінець тонкої кишки до горизонтальної частини дванадцятипалої кишки і відмічають лінію 6 пересічення. Далі по цій лінії 6 здійснюють двічі прошивання за допомогою УКЛ і між швами тонка кишка 1 пересікається. Потім накладають єюнодуоденальне співустя 7 «кінець в бік», при цьому дванадцятипалу кишку розкривають поперечно. Безперервність шлунково-кишкового тракту відновлюється за допомогою анастомозу «кінець в кінець» (на кресленнях не показано), після чого здійснюють ушивання вікна в брижі поперечно-ободової кишки до вільного розташування в ньому брижі кишкової вставки.

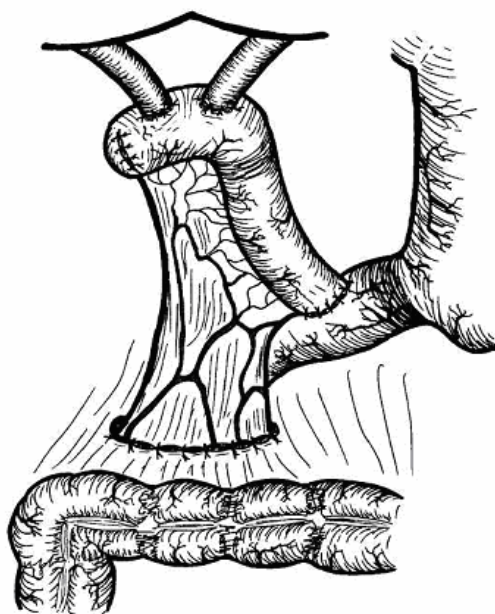
Таким чином, виконання процесу за корисною моделлю дозволяє ліквідувати порушення травлення, яке виникає на рівні біфуркації або вище неї (IV ступень по Bismuth), а також зберегти пасаж жовчі в дванадцятипалу кишку за допомогою

вставки тонкої кишки. Ізоперистальтична кишкова вставка (сегмент тонкої кишки), який з'єднує функціонуючі відділи жовчних проток з дванадцятипалою кишкою, зберігає переваги біліодигестивних анастомозів як з дванадцятипалою кишкою (пасаж жовчі в останню, фізіологічне травлення, збере-

ження залужування шлункового вмісту, який надходить), так і гепатикоєюноанастомозів (забезпечує безперешкодну евакуацію жовчі із позапечінкових жовчних проток, анастомози з широким отвором менш підпадають рубцюванню та рідко ускладнюються висхідним холангітом).



Фіг. 1



Фіг. 2