



УКРАЇНА

(19) UA (11) 57205 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ БІЛІОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u201011845

(22) 06.10.2010

(24) 10.02.2011

(46) 10.02.2011, Бюл.№ 3, 2011 р.

(72) КОРОТКИЙ ВАЛЕРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ЦИ-
ГАНOK АНДРІЙ МИХАЙЛОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб формування біліодигестивного анас-
томозу, що включає лапаротомію, препаровку
утворів гепатодуоденальної зв'язки, пересічення
жовчної протоки в поперечному напрямку вище
ураження, виділення проксимальної культи з ото-
чуючих тканин, виконання по задній поверхні про-
токи повздожнього розрізу довжиною 0,5-0,8 см,

пересічення тонкого кишечника на відстані 25 см від зв'язки Трейця та проведення його відвідного відділу через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, формування культи відвідної кишки, розкриття стінки відвідної кишки та формування біліодигестивного анастомозу, формування тонко-тонкокишкового анастомозу на відстані 50 см від біліодигестивного анастомозу по типу "кінець в бік", зовнішнє дренирування жовчних шляхів та черевної порожнини, поширене ушивання рани, який **відрізняється** тим, що після виконання повздожнього розрізу розгортають утворені краї та фіксують їх дистальні кінці вузловим швом.

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

З кожним роком збільшується кількість хворих із захворюваннями позапечінокових жовчних проток, які супроводжуються розвитком механічної жовтяниці. Доброякісні стриктури позапечінокових 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 біліодигестивних анастомозів. За останні роки досягнуті значні успіхи в розвитку біліарної хірургії, проте проблема формування жовчевідвідних анастомозів залишається актуальною. Це пов'язано з тим, що потреба у виконанні операцій внутрішнього біліодигестивного дренирування висока, а відомі способи формування анастомозів недосконалі. Головними завданнями в лікуванні доброякісних стриктур позапечінокових жовчних проток є повноцінна декомпресія біліарної системи, по можливості - відновлення нормальної анатомії жовчних проток, профілактика вторинного уражен-

ня печінки за рахунок біліарної гіпертензії, холангіту, і, перш за все, попередження рестенозів. Це в деякій мірі забезпечується формуванням широкого отвору анастомозу (не менше ніж 1,5-2 см в діаметрі). Рубцювання сформованих жовчно-кишкових анастомозів настає в 9,8-28% випадків, що нерідко вимагає тривалого лікування, багатократних лікувально-діагностичних маніпуляцій і часто є причиною серйозної інвалідизації пацієнтів. Отже, існуючі способи формування біліодигестивних 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 біліодигестивного анастомозу на Y-подібній петлі по Roux включає: лапаротомію, препаровку утворів гепатодуоденальної зв'язки, пересічення жовчної протоки в поперечному напрямку вище ураження, пересічення тонкого кишечника на відстані 25 см від зв'язки Трейця та проведення його відвідного відділу через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, формування культи відвідної кишки, розкриття стінки відвідної кишки та формування біліодигестивного анастомозу, формування тонко-тонкокишкового анастомозу на відстані 50 см від біліодигестивного анастомозу по типу «кінець в бік», зовнішнє дренирування жовчних

(13) U
(11) 57205
(19) UA

шляхів та черевної порожнини, пошарове ушивання рани [1]. Такий спосіб формування біліодигестивного анастомозу забезпечує адекватний відтік жовчі при розширенні до 2 см жовчної протоці, а 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 по О.О. Шалімову, який включає: лапаротомію, препаровку утворів гепатодуоденальної зв'язки, пересічення жовчної протоки в поперечному напрямку вище ураження, виділення проксимальної культі з оточуючих тканин, виконання по задній поверхні протоки повздожнього розрізу довжиною 0,5-0,8 см, пересічення тонкого кишечника на відстані 25 см від зв'язки Трейця та проведення його відповідного відділу через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, формування культі відвідної кишки, розкриття стінки відвідної кишки та формування біліодигестивного анастомозу, формування тонко-тонкокишкового анастомозу на відстані 50 см від біліодигестивного анастомозу по типу «кінець в бік», зовнішнє дренивання жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарове ушивання рани [2]. Збільшення площі поверхні, що анастомозує досягається за рахунок повздожнього розрізу стінки жовчної протоки. Частота формування рубцевої стриктури по лінії накладених швів 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.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у зменшенні ризику виникнення стенозування анастомозу, що проявляється у зниженні післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі формування біліодигестивного анастомозу, який включає лапаротомію, препаровку утворів гепатодуоденальної зв'язки, пересічення жовчної протоки в поперечному напрямку вище ураження, виділення проксимальної культі з оточуючих тканин, виконання по задній поверхні протоки повздожнього розрізу довжиною 0,5-0,8 см, пересічення тонкого кишечника на відстані 25 см від зв'язки Трейця та проведення його відповідного відділу через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, формування культі відвідної кишки, розкриття стінки відвідної кишки та формування біліодигестивного анастомозу, формування тонко-тонкокишкового анастомозу на відстані 50 см від біліодигестивного анастомозу по типу «кінець в бік», зовнішнє дренивання жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарове ушивання рани, згідно корисної моделі, після виконання повздожнього розрізу роз-

гортають утворені краї та фіксують їх дистальні кінці вузловим швом.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є те, що після виконання повздожнього розрізу розгортають утворені краї та фіксують їх дистальні кінці вузловим швом. Розгортання країв, утворених в результаті повздожнього розрізу забезпечує більшу площу для анастомозу, а фіксація їх вузловим швом зменшує ризик формування рубцевої стриктури. 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, препарують утвори гепатодуоденальної зв'язки, пересікають жовчну протоку в поперечному напрямку вище ураження, виділяють проксимальну культю з оточуючих тканин, виконують по задній поверхні протоки повздожній розріз довжиною 0,5-0,8 см, розгортають утворені краї та фіксують їх дистальні кінці вузловим швом, пересікають тонкий кишечник на відстані 25 см від зв'язки Трейця та проводять його відповідний відділ через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, формують культю відвідної кишки, розкривають стінку відвідної кишки та формують біліодигестивний анастомоз, формують тонко-тонкокишковий анастомоз на відстані 50 см від біліодигестивного анастомозу по типу «кінець в бік», виконують зовнішнє дренивання жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарово ушивають рану. За рахунок розгортання країв, утворених в результаті повздожнього розрізу забезпечується більша площа для анастомозу, а фіксація їх вузловим швом зменшує ризик формування рубцевої стриктури. В результаті цього зменшується ризик виникнення стенозування анастомозу, що проявляється у зниженні післяопераційних ускладнень.

Конкретний приклад втілення

Хворий М., 53 роки, медична карта №4115, надійшов до стаціонару 25.04.10 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 2 місяців. Останні 5 діб інтенсивність болю наростала. 3 доби тому відмітив пожовтіння шкіряних покривів. 7.12.09 виконано лапароскопічну холецистектомії з приводу гострого гангренозного калькульозного холециститу. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, шкіряні покриви іктеричні, серцеві тони приглушені, ритмічні. PS - 92 хв⁻¹, АТ - 160/90 мм.рт.ст. Живіт симетричний, приймає участь у диханні, не піддутий, пальпаторно м'який, болісний в правому підребер'ї. Перитонеальних симптомів немає.

Обстежений:

Заг. аналіз крові: Hb - 135 г/л, Eг - $4,2 \times 10^{12}$, Lei - $6,7 \times 10^9$.

Б/х: білок - 72 г/л, білірубін - 102,6 (прямий - 81,3, непрямий - 21,3) мкмоль/л.

УЗД: жовчний міхур відсутній, холедох не візуалізується, загальна печінкова протока розширена до 1,3-1,5 см.

ЕКГ: помірні зміни міокарду.

ЕРХПГ: стриктура загальної печінкової протоки.

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

Оперований 30.04.10. Виконали лапаротомію, відпрепарували утвори гепато дуоденальної зв'язки, пересікли загальну печінкову протоку в поперечному напрямку вище стриктури, виділили проксимальну культю з оточуючих тканин, виконали по задній поверхні протоки повздовжній розріз довжиною 0,5-0,8 см, розгорнули утворені краї та зафіксували їх дистальні кінці вузловим швом, пересікли тонкий кишечник на відстані 25 см від зв'язки Трейця та провели його відвідний відділ через брижу поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини, сформували культю відвідної кишки, розкрили стінку відвідної кишки та сформували гепатикоєюноанастомоз, сформували тонко-тонкокишковий анастомоз на відстані 50 см від гепатикоєюноанастомозу по типу «кінець в бік», виконали зовнішнє дренивання жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарово ушили рану.

В післяопераційному періоді хворий отримувач інфузійну, антибактеріальну терапію. По дренажу з підпечінкового простору незначні серозні виділення. Виділення жовчі по зовнішньому дренажу жовчних протоків за 9 діб зменшились до 20 мл за добу. На 14 день післяопераційного періоду хворому виконали фістулохолангіографію. Контраст забарвлює внутрішньопечінкові протоки, вільно потрапляє в тонку кишку. Зовнішній дренаж жовчних протоків видалено на 15 добу. Через 2 доби видалено дренаж з підпечінкового простору. На 18 добу хворий в задовільному стані виписаний із стаціонару. У серпні 2010 року пацієнт скарг не пред'являв.

Запропонований спосіб формування біліодигестивного анастомозу було апробовано на базі КМКЛ №4 у 3 хворих з позитивними результатами і рекомендовано до широкого впровадження, оскільки він дозволяє зменшити ризик виникнення стенозування анастомозу, що проявляється у зниженні частоти післяопераційних ускладнень.

Джерел інформації:

1. Литтманн И. 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.