



УКРАЇНА

(19) UA (11) 57206 (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

(21) u201011846

(22) 06.10.2010

(24) 10.02.2011

(46) 10.02.2011, Бюл.№ 3, 2011 р.

(72) КОРОТКИЙ ВАЛЕРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ЦИ-
ГАНОК АНДРІЙ МИХАЙЛОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб формування біліодигестивного ана-
стомозу, що включає лапаротомію, препаровку
утворів гепатодуоденальної зв'язки, пересічення
жовчної протоки вище ураження, виділення прок-
симальної культі з оточуючих тканин, пересічення
тонкого кишечника на відстані 25 см від зв'язки

2

Трейця та проведення його відповідного відділу че-
рез 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 дренування жовчних
шляхів та черевної порожнини, пошарове ушиван-
ня рани, який **відрізняється** тим, що після фор-
мування біліодигестивного анастомозу біля лінії
швів до тонкого кишечника фіксують попередньо
відпрепаровану круглу зв'язку печінки.

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

Хірургічна корекція стриктур жовчних проток є
одним з найбільш складних і не вирішених питань
біліарної хірургії. Часте рецидивування стриктур
примушує хірургів гепатологів шукати нові шляхи
вирішення цієї проблеми. Після пошкодження жо-
вчних проток рубцеві стриктури розвиваються у
віддаленому періоді у 20–30% хворих. Якщо при
відкритій холецистектомії частота пошкоджень
складає 0,1-0,8%, то при застосуванні лапараско-
пічної техніки вона виросла до 0,3-3%. Для визна-
чення способу реконструктивної операції має зна-
чення місце і тривалість стриктури, можливість
формування достатньо широкого співустья з доста-
тньою адаптацією слизових оболонок, формуван-
ня співустья без натягу після повного видалення
рубцево змінених тканин. Тактика хірурга при опе-
ративному лікуванні хворих із стриктурами жо-
вчних шляхів повинна бути направлена на віднов-
лення адекватного жовчевідтіку. При цьому
єдиним радикальним і найбільш фізіологічним ме-
тодом хірургічного лікування є виконання рекон-
структивних операцій з накладенням біліодигести-
вних анастомозів. Стенозування накладених
біліодигестивних анастомозів за даними числен-
них авторів складає 8,3-28,3%. Отже, існуючі спо-

соби формування біліодигестивних анастомозів в
низці випадків не можуть забезпечити надійний
терапевтичний ефект, що призводить до післяопе-
раційних ускладнень та, як наслідок, повторного
оперативного втручання.

Так, відомий спосіб формування біліодигести-
вного анастомозу включає: лапаротомію, препара-
вку утворів гепатодуоденальної зв'язки, пересічен-
ня жовчної протоки в косому напрямку вище
ураження, виділення проксимальної культі з ото-
чуючих 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 порож-
нини, формування культі відвідної кишки, розкрит-
тя стінки відвідної кишки та формування біліодиге-
стивного анастомозу, формування тонко-
тонкокишкового анастомозу на відстані 50см від
біліодигестивного анастомозу по типу «кінець в
бік», зовнішнє дренування жовчних шляхів та че-
ревної порожнини, пошарове ушивання рани. [1].
За рахунок пересічення жовчної протоки в косому
напрямку забезпечується більша площа поверхні,
що анастомозує. Але у випадку високого враження
позапечіткових жовчних шляхів даний спосіб не
забезпечує формування анастомозу без натягу,
що в післяопераційному періоді призводить до
ускладнень.

(13) U
(11) 57206
(19) UA

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб формування біліодигестивного анастомозу на Y-подібній петлі по Roux, який включає: лапаротомію, препаровку утворів гепатодуоденальної зв'язки, пересічення жовчної протоки вище ураження, виділення проксимальної культи 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 культи відвідної кишки, розкриття стінки відвідної кишки та формування біліодигестивного анастомозу, формування тонко-тонкокишкового анастомозу на відстані 50см від біліодигестивного анастомозу по типу «кінець в бік», зовнішнє дренування жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарове ушивання рани [2]. Такий спосіб формування біліодигестивного анастомозу забезпечує адекватний відтік жовчі при розширенні до 1,5-2см жовчної протоці. У випадку високого враження позапечінкових жовчних шляхів даний спосіб також не забезпечує формування анастомозу без натягу, що в післяопераційному періоді призводить до порушення кровопостачання анастомозу та, як наслідок, недостатності швів або рубцювання. Частота виникнення ускладнень при застосуванні даного способу формування біліодигестивного анастомозу становить 11,9-32%, що вимагає повторного оперативного втручання.

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 недостатності швів та 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 вище ураження, виділення проксимальної культи 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 культи відвідної кишки, розкриття стінки відвідної кишки та формування біліодигестивного анастомозу, формування тонко-тонкокишкового 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, після формування біліодигестивного анастомозу біля лінії швів до тонкого кишечника фіксують попередньо відпрепаровану круглу зв'язку печінки.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є те, що після формування біліодигестивного анастомозу біля лінії швів до тонкого кишечника фіксують попередньо відпрепаровану круглу зв'язку печінки, що зменшує натяг співустья та зберігає його кровопостачання. В кінцевому висновку таке

удосконалення призводить до зменшення ризику виникнення недостатності швів та 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 вище ураження, виділяють проксимальну культю з оточуючих тканин, 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 культю відвідної кишки, розкривають стінку відвідної кишки та формують біліодигестивний анастомоз, біля лінії швів до тонкого кишечника фіксують попередньо відпрепаровану круглу зв'язку печінки, формують тонко-тонкокишковий 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 фіксації біля лінії швів анастомозу до тонкої кишки круглої зв'язки печінки зменшується натяг співустья, що забезпечує краще кровопостачання анастомозу. В результаті цього зменшується ризик виникнення недостатності швів та стенозування анастомозу, що проявляється у зниженні післяопераційних ускладнень.

Конкретний приклад втілення

Хвора Л., 39 років, медична карта №11765, надійшла до стаціонару 12.12.09 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 протягом 1 місяця. Останні 6 діб інтенсивність болю наростала. 2 доби тому відмітила пожовтіння шкіряних покривів. 6.06.09 виконано лапароскопічну холецистектомію з приводу гострого гангренозного калькульозного холецистититу. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, шкіряні покриви іктеричні, серцеві тони приглушені, ритмічні. PS - 86хв-1, АТ - 130/90мм 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 - 117г/л, Er - $3,7 \times 10^{12}$, Lei - $5,6 \times 10^9$.

Б/х: білок - 62г/л, білірубін - 80,2 (прямий - 65,1, непрямий - 15,1)мкмоль/л.

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

ЕКГ: помірні зміни міокарду.

ЕРХПГ: стриктура проксимального відділу загальної печінкової протоки.

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

Оперована 15.12.09. Виконали лапаротомію, відпрепарували утвори гепатодуоденальної зв'язки, пересікли загальну печінкову протоку вище стриктури, виділили проксимальну культю з ото-

чуючих тканин, пересікли тонкий кишечник на відстані 25см 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, біля лінії швів до тонкого кишечника зафіксували попередньо відпрепаровану круглу зв'язку печінки, сформували тонко-тонкокишковий анастомоз на відстані 50см від гепатикоєюноанастомозу по типу «кінець в бік», виконали зовнішнє дренивання жовчних шляхів та черевної порожнини, пошарово 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 зменшились. На 10 день післяопераційного періоду хворій виконали фістулохолангіографію. Контраст забарвлює внутрішньопечінкові протоки, вільно потрапляє в тонку

кишку. Зовнішній дренаж жовчних протоків видалено на 10 добу. Через 2 доби видалено дренаж з підпечінкового простору. На 14 добу хвора в задовільному стані виписана із стаціонару. У травні 2010 року пацієнтка скарг не пред'являла.

Запропонований спосіб формування білідигестивного анастомозу було апробовано на базі КМКЛ №4 у 5 хворих з позитивними результатами і рекомендовано до широкого впровадження, оскільки він дозволяє зменшити ризик виникнення недостатності швів та стенозування анастомозу, що проявляється у зниженні частоти післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації:

1. Короткий В.М., Циганок А.М., Сидоренко Р.А. Спосіб формування білідигестивного анастомозу. Деклараційний патент України на корисну модель №39526, Опубл. 25.02.2009. Бюл. №4.
2. Литтманн И. Оперативная хирургия. Хабаровск: Континент - 2000. - С.628-631.