



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62100 (13) U
(51) МПК (2011.01)
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 НЕПРОХІДНОСТІ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

1

2

(21) u201101148

(22) 02.02.2011

(24) 10.08.2011

(46) 10.08.2011, Бюл.№ 15, 2011 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, СМА-
ЧИЛО РОСТИСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування непрохідності гепатикохоле-
доха, який включає верхньосерединну лапарото-
мію, ревізію позапечінкових жовчних проток та
формування анастомозу, який **відрізняється** тим,
що виділяють проксимальний кінець загальної
жовчної чи печінкової протоки; виконують мобілі-

зацію дванадцятипалої кишки за Кохером, з її вер-
хньої горизонтальної гілки і частини нижхідної гілки
викроюють шматок, без натягу зіставляють його
вільний кінець із проксимальною куксою загальної
печінкової протоки; формують трубчастий шматок
шляхом накладення однорядного безупинного шва
атравматичною ниткою; накладають анастомоз
між проксимальною куксою загальної печінкової
протоки і вільним кінцем шматка однорядними
вузловими швами атравматичною ниткою; дефект
у дванадцятипалій кишці ушивають однорядним
безупинним швом; препілоричний відділ шлунка
прошивають, після чого накладають гастроенте-
роанастомоз.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме до хірургії, і може бути використана для ліку-
вання непрохідності гепатикохоледоха.

Для лікування непрохідності гепатикохоледоха
незалежно від її генеза (стриктура, пухлина) і не-
залежно від того, вилучений субстрат непрохідно-
сті чи ні, використовують різні способи відновлен-
ня пасажу жовчі в кишечник. Як правило, це
виконується за допомогою жовчних анастомозів,
які можна розділити на три групи: біліобіліарні -
сполучення дистального відділу жовчної протоки з
проксимальним; білідигестивні з дванадцятипа-
лою кишкою: холедоходуодено- і гепатикодуоде-
ноанастомози; гепатикоеюноанастомози (Хирургия
печени и желчевыводящих путей. / Шалимов А.А.,
Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.Б. -
Киев. Здоровья, 1993. - 508 с.).

Біліобіліарні анастомози найбільш фізіологічні,
оскільки забезпечують пасаж жовчі по природних
шляхах. Однак такі операції виконують вкрай рідко
за двома причинами: вкрай рідко зустрічаються
придатні для цього анатомічні умови, а в против-
ному випадку дуже часто у віддалений термін на-
стає рубцювання і стриктура анастомозу (Хирургия
печени и желчевыводящих путей. / Шалимов А.А.,
Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.Б. -
Киев. Здоровья, 1993. - 508 с.).

Білідигестивні анастомози з дванадцятипа-
лою кишкою забезпечують надходження жовчі в

дванадцятипалу кишку, чим цілком зберігають ряд
природних травних функцій: перетворення в два-
надцятипалій кишці трипсиногена в трипсин під
впливом ентерокинази і некон'югованих жовчних
кислот, також олуження вмісту цибулини дванад-
цятипалої кишки (рН жовчі 5,7-8,6). Головним не-
доліком білідигестивних анастомозів із дванадця-
типалою кишкою є наявність дуоденобіліарного
рефлюкса, що призводить до інфікування жовчо-
вивідних шляхів і розвитку висхідного холангіту.
Крім цього, рубцювання холедохо- чи гепатикоду-
оденоанастомозу іноді на 50-70% звужує просвіт
сполучення, що само по собі також викликає роз-
виток холангіту (Хирургия печени и желчевыводя-
щих путей. / Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечи-
тайло М.Е., Доманский Б.Б. - Киев. Здоровья,
1993. - 508 с.).

Перераховані недоліки біліобіліарних і білідиг-
естивних анастомозів із дванадцятипалою киш-
кою обґрунтовують використання в переважному
числі випадків білідигестивних анастомозів з по-
рожньою кишкою. Звичайно гепатикоеюностомія
виконується з кишкою, виділеною за Ру чи за ме-
тодикою з заглушкою привідної петлі.

Техніка виконання білідигестивного анасто-
мозу з порожньою кишкою за Ру наступна. вико-
нують верхньосерединну лапаротомію і ревізію
позапечінкових жовчних проток. Проксимальний
кінець загальної жовчної чи печінкової протоки

(19) UA (11) 62100 (13) U

відокремлюють від парахоledoхеальної клітковини протягом не більше 5-7 мм. Поперечну ободову кишку виводять у рану через виконаний в безсудинній зоні її брижів отвір праворуч від середньої ободової артерії. При виділенні кишки її перетинання виконують на відстані 30-40 см від зв'язок Трейца з урахуванням артеріальних аркад: дистальні аркади перетинають, центральну аркаду зберігають. Потім відповідний сегмент проводять через вікно в брижах поперечно-ободової кишки в підпечінковий простір. Петлю фіксують двома нитями-держалками, накладеними на відстані 4 см одна від одної і підводять до виділеної раніше жовчної протоки. Призначений для анастомозу пересічений кінець петлі ушивають будь-яким загальноприйнятим способом, а на відстані в 3-4 см від нього накладають біліодигестивний анастомоз. В залежності від інтраопераційної ситуації анастомоз може бути накладений одно- чи дворядними швами тонкою ниткою з атравматичною голкою (дексон, вікріл, полідіоксанон, поліпропілен). По закінченні формування анастомозу відновлюють безперервність шлунково-кишкового тракту ентеро-ентероанастомозом «кінець у бік» на відстані не менше 50 см від сполучення з жовчною протокою. Ентеро-ентероанастомоз фіксують в отворі брижів поперечно-ободової кишки.

Даний спосіб лікування непрохідності гепатикохоledoха є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його вибрано за прототип.

Спосіб найбільшою мірою задовольняє вимогам біліарної хірургії в плані надійності анастомозу і профілактики висхідного холангіту. Однак при цьому вноситься істотна реконструкція в процеси травлення. Жовч не надходить у дванадцятипалу кишку, не змішується там з евакуйованими зі шлунка харчовими грудками, не олужує кислого шлункового вмісту. Дія жовчі і панкреатичного соку на продукти харчування розсинхронізується за місцем і часом, що приводить до порушення природного травлення. Крім цього, відсутність олужуючої дії жовчі у деяких пацієнтів викликає формування пептичної виразки дванадцятипалої кишки.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі поставлено задачу профілактики післяопераційних ускладнень шляхом ліквідації порушень травлення, пов'язаних з надходженням жовчі не в

дванадцятипалу кишку, а в порожню кишку і збереження сприятливих умов для профілактики холангіту.

Задачу, яку поставлено, вирішують тим, що у відомому способі лікування непрохідності гепатикохоledoха, який включає верхньосерединну лапаротомію, ревізію позапечінкових жовчних проток та формування анастомозу, згідно з корисною моделлю, виділяють проксимальний кінець загальної жовчної чи печінкової протоки; виконують мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером, з її верхньої горизонтальної гілки і частини низхідної гілки викроюють шматок, без натягу зіставляють його вільний кінець із проксимальною куксою загальної печінкової протоки; формують трубчастий шматок шляхом накладення однорядного безупинного шва атравматичною ниткою; накладають анастомоз між проксимальною куксою загальної печінкової протоки і вільним кінцем шматка однорядними вузловими швами атравматичною ниткою; дефект у дванадцятипалій кишці ушивають однорядним безупинним швом; препілоричний відділ шлунка прошивають, після чого накладають гастроентероанастомоз.

Технічний ефект корисної моделі обумовлений технікою формування біліарнодигестивного сполучення з дванадцятипалою кишкою за допомогою клаптя дванадцятипалої кишки.

Спосіб виконують наступним чином: Виконують верхньосерединну лапаротомію і ревізію позапечінкових жовчних проток. Виділяють проксимальний кінець загальної жовчної чи печінкової протоки. Виконують мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером, з її верхньої горизонтальної гілки і частини низхідної гілки викроюють шматок, що дозволяє без натягу зіставити його вільний кінець із проксимальною куксою загальної печінкової протоки. Формують трубчастий шматок шляхом накладення однорядного безупинного шва атравматичною ниткою. Накладають анастомоз між проксимальною куксою загальної печінкової протоки і вільним кінцем шматка однорядними вузловими швами атравматичною ниткою. Дефект у дванадцятипалій кишці ушивають однорядним безупинним швом. Для вимикання стравоходу по дванадцятипалій кишці препілоричний відділ шлунка прошивають апаратом УКЛ, після чого накладають гастроентероанастомоз. (див. креслення).

