



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **95308** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 04270	(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Мушенко Євгеній Володимирович (UA), Смачило Ростислав Михайлович (UA), Марданян Костянтин Рузвельтович (UA)
(22) Дата подання заявки: 22.04.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.12.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.12.2014, Бюл.№ 24	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ ІМ. В.Т. ЗАЙЦЕВА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-103, 61103 (UA)

(54) СПОСІБ БІГЕПАТИКОЄЮНОСТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб бігепатикоєюностомії, який включає виділення із паренхіми печінки дольових жовчних проток, виділення петлі тонкої кишки, формування каркасного бігепатикоєюноанастомозу та формування міжкишкового співустя за Брауном, причому формування бігепатикоєюностомозу виконують ізольовано на петлі тонкої кишки, яка виключена у вигляді "рукавів", а каркасне дренування виконують за Прадері-Смітом.

UA 95308 U

Корисна модель стосується хірургії і може бути використана в хірургічному лікуванні хворих на високі стриктури та ятрогенні ушкодження жовчних проток.

Розвиток лапароскопічної хірургії мав своїм наслідком збільшення кількості ятрогенних ушкоджень жовчних проток в 2-4 рази, що в подальшому, в більшості випадків, призводить до розвитку рубцевих стриктур жовчних проток [Гадиев С.И., Курбанова Э.М. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / Хирургия. - 2011. - №7. - С. 83-86].

Арсенал сучасних засобів хірургічної корекції порушень відтоку жовчі при рубцевих стриктурах біліарного дерева в останні роки суттєво розширився за рахунок впровадження ендоскопічних та черезшкірних черезпечінкових методів стентування та балонної дилатації. Але ефективність цих способів не перевищує 50-75 %. А при стриктурах, які розповсюджуються на внутрішньопечінкові протоки та мають складну анатомію, а також після перенесених раніше реконструкцій на виключеній кишці зазначені методи стають нездійсненними. До того ж, ці методи незастосовні при "свіжих" ушкодженнях жовчних проток.

Розвиток рестриктур білідигестивних анастомозів складає 10-19 %, досягаючи при реконструкціях внутрішньопечінкових проток 50-70 % [див. Русинов В.М., Сухоруков В.П., Булдаков В.В. „Хирургическое лечение рубцовых стриктур проксимальных желчевыводящих протоков // Фундаментальные исследования. - 2011. - № 10. - С. 380-383]. Віддалений же результат реконструктивної операції залежить від ряду факторів, основними з яких є повнота висічення рубцевих тканин, діаметр сформованого білідигестивного анастомозу, ретельність формування анастомозу.

Відомий спосіб хірургічного лікування високих стриктур жовчних проток, що його запропонували Е.І. Гальперин та співавтори [див. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Чевокин А.Ю., Гармаев Б.Г. Причины развития, диагностика и хирургическое лечение стриктур долевых и сегментарных печеночных протоков / Хирургия. - 2005. - № 8. - С. 64-70]. Він включає виділення дольових жовчних проток із паренхіми печінки, виділення тонкої кишки за Ру та формування безкаркасного бігепатикоєюноанастомозу та міжкишкового співвустя.

Описаний спосіб дозволяє сформувати бігепатикоанастомоз при високому ушкодженні жовчних проток, але відсутність каркасного дренивання може призводити до розвитку стриктури сформованого анастомозу у віддаленому післяопераційному періоді. Крім того, наявність надлишку тонкої кишки між двома гепатикоєюноанастомозами сприяє порушенню відтоку жовчі, що може призвести до розвитку неспроможності білідигестивних анастомозів в найближчому післяопераційному періоді і стриктури зазначених анастомозів - у віддаленому.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб, який запропонував Гальперин Э.И. та співавтори [Шалимов А.А., Шалимов С.А., Земсков В.С. Реконструктивные операции в хирургии желчных протоков // Восстановительная хирургия органов пищеварительного тракта. - К. - 1978. - С. 121-128]. Він включає виділення із паренхіми печінки дольових жовчних проток, виділення петлі тонкої кишки, формування бігепатикоєюноанастомозу на єдиному каркасному змінному транспечінковому дренажі та наступне формування міжкишкового співвустя за Брауном.

Описаний спосіб дозволяє сформувати бігепатикоєюноанастомоз при високому ушкодженні жовчних проток, але формування двох гепатикоєюноанастомозів на єдиному каркасному дренажі та ізоперистальтичне розташування виділеної кишки можуть призводити до рефлюксу кишкового вмісту в жовчні протоки, що, в свою чергу, може призвести до неспроможності білідигестивного співвустя в найближчому післяопераційному періоді, а також до розвитку холангіту і стриктури білідигестивного анастомозу у віддаленому післяопераційному періоді.

В основу корисної моделі поставлена задача створення удосконаленого способу бігепатикоєюностомії, який дозволяє зменшити ризик неспроможності гепатикоєюностомозів в найближчому післяопераційному періоді і ризик розвитку стриктури білідигестивних анастомозів - у віддаленому післяопераційному періоді шляхом ізолюваного формування елементів бігепатикоєюноанастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі бігепатикоєюностомії, який включає виділення із паренхіми печінки дольових жовчних проток, виділення петлі тонкої кишки, формування каркасного бігепатикоєюноанастомозу та формування міжкишкового співвустя за Брауном, згідно з корисною моделлю формування бігепатикоєюноанастомозу виконують ізолювано на петлі тонкої кишки, яка виключена у вигляді "рукавів", а каркасне дренивання виконують по Прадері-Сміту.

Ізолюване формування елементів бігепатикоєюноанастомозу на петлі тонкої кишки, яка виключена у вигляді рукавів, дозволяє підвищити їх надійність за рахунок зниження ризику впливу агресивного кишкового вмісту на зону анастомозу і більш прецизійної техніки формування білідигестивного анастомозу.

Каркасне дренивання дозволяє зменшити ризик розвитку стриктури бігепатикоєюноанастомозу у віддаленому післяопераційному періоді завдяки зменшенню вираженості рубцевого процесу в зоні анастомозу.

Заявнику невідоме поєднання ізольованого формування елементів бігепатикоєюноанастомозу на петлі тонкої кишки, яка виключена у вигляді рукавів, та каркасного дренивання. Їх сукупність і послідовність дозволяють забезпечити якісно нові характеристики як всього процесу хірургічного лікування в цілому, а саме: формування бігепатикоанастомозу у вигляді двох окремих гепатикоанастомозів на ізольованих сегментах тонкої кишки у поєднанні з транспечінковим каркасним дрениванням.

Приклад виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому зображений остаточний вигляд бігепатикоєюноанастомозу, на якому показано дольові протоки 1, петля тонкої кишки, яка виключена у вигляді "рукавів" 2, міжкишкове співвустя 3, каркасні дренажі 4 по Прадері-Сміту, бігепатикоєюноанастомоз 5.

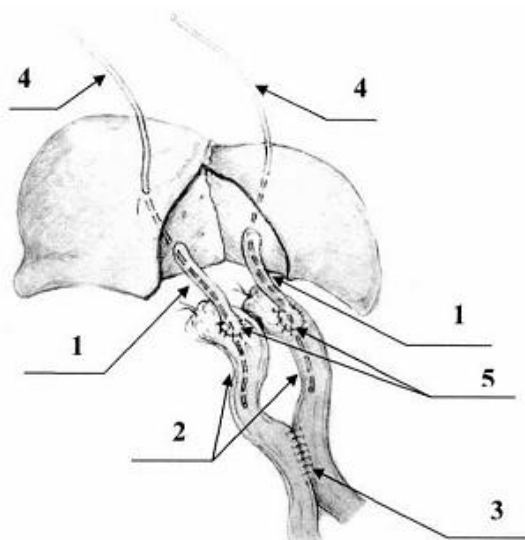
Спосіб реалізується наступним чином. Виділяють дольові жовчні протоки 1, для чого, за необхідності, резеціюють паренхіму IVb сегмента печінки. Виділяють петлю тонкої кишки на відстані 80 см від зв'язки Трейца, яку пересікають посередині разом із брижею, формуючи два "рукави" 2. Формують бігепатикоєюноанастомоз 5 на каркасному дренажі 4 по Прадері-Сміту, а після цього формують міжкишкове співвустя 3 за Брауном.

Описаний спосіб було використано в хірургічному лікуванні 10 хворих з високими стриктурами жовчних проток, часткова неспроможність спостерігалася в 1 випадку. Випадків стриктури білідигестивного анастомозу в терміни 6-12 місяців не спостерігалось.

Таким чином, виконання способу за корисною моделлю дозволяє зменшити ризик розвитку неспроможності бігепатикоанастомозу в найближчому післяопераційному періоді та стриктури - у віддаленому післяопераційному періоді.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб бігепатикоєюностомії, який включає виділення із паренхіми печінки дольових жовчних проток, виділення петлі тонкої кишки, формування каркасного бігепатикоєюноанастомозу та формування міжкишкового співвустя за Брауном, який **відрізняється** тим, що формування бігепатикоєюностомозу виконують ізольовано на петлі тонкої кишки, яка виключена у вигляді "рукавів", а каркасне дренивання виконують за Прадері-Смітом.



Фіг.

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601