



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **82642** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

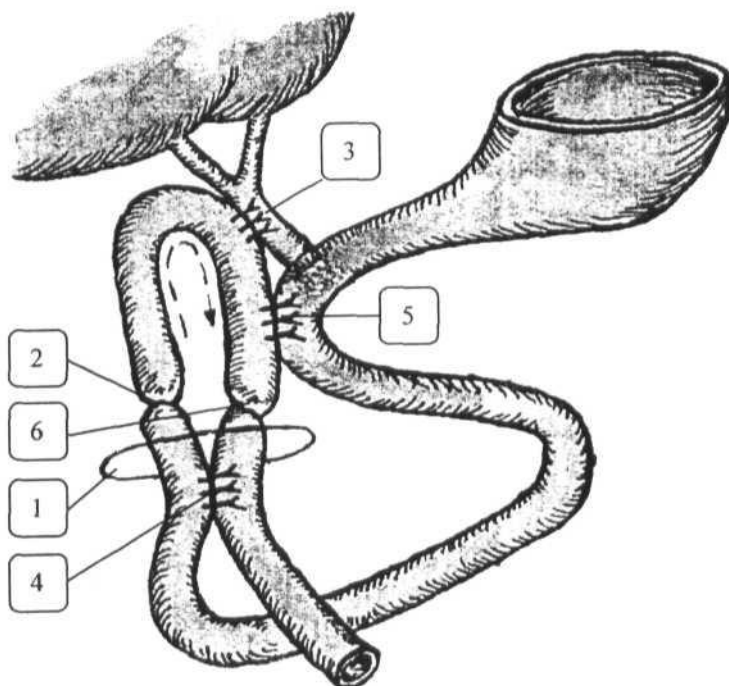
(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 03163	(72) Винахідник(и): Борисенко Вадим Борисович (UA), Даценко Борис Макарович (UA), Тамм Тамара Іванівна (UA), Бардюк Олександр Якович (UA)
(22) Дата подання заявки: 15.03.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.08.2013	(73) Власник(и): ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ (ХМАПО), вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.08.2013, Бюл.№ 15	

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ІЗОПЕРИСТАЛЬТИЧНОГО БІЛІОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗУ

(57) Реферат:

Спосіб формування ізоперистальтичного біліодигестивного анастомозу включає лапаротомію, накладання "заглушки" на привідну петлю за О.О. Шалімовим, далі формують холедохоєюноанастомоз, єюнодуоденоанастомоз з браунівським сполученням нижче вікна в mesocolon. Перед проведенням тонкої кишки у вікно mesocolon виконують її оберт на 180°, безпосередньо під єюнодуоденоанастомозом додатково накладають "заглушку" на відвідну кишку.



UA 82642 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні пацієнтів з синдромом механічної жовтяниці (МЖ) на ґрунті дистальної непрохідності холедоха.

Відомий спосіб хірургічного лікування синдрому МЖ, що відновлює відтік жовчі в кишечник шляхом формування біліодигестивного анастомозу (БДА) у вигляді холедоходуоденоанастомозу (ХДА) або холедохоєюноанастомозу (ХЕА). Основними показаннями щодо виконання цих операцій є протяжний стеноз термінального відділу холедоха (понад 2,5 см) на ґрунті індуративного панкреатиту голівки підшлункової залози, протяжні стриктури жовчних проток, атонія жовчних проток з їх дилатацією понад 2 см в діаметрі, а також деякі випадки ятрогенного пошкодження жовчних шляхів (А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, Б.В. Доманский. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Київ: Здоров'я.-1993. - С. 429).

У хірургічній практиці для ліквідації біліарної гіпертензії, найчастіше застосовується ХДА, який відрізняється технічною простотою та забезпечує повний пасаж жовчі в просвіт дванадцятипалої кишки (ДПК), що має важливе фізіологічне значення (Я.М. Сусак, І.А. Ковальская, А.А. Шкапенко, А.В. Кравченко. Билиодигестивные анастомозы у больных с невоспалительными иктерогенными заболеваниями поджелудочной железы. Харківська хірургічна школа.-2002. - № 4. - С. 62-64).

Недоліком способу є небезпека формування рубцевого стенозу ХДА, що призводить до розвитку висхідного рефлюкс-холангіту, а також до утворення в загальній жовчній протоці, нижче анастомозу, "сліпого недренованого мішка", який є постійним джерелом інфекції і каменеутворення (Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузовлев, С.Р. Карагулян. Рубцовые стриктуры желчных протоков. - М. Медицина.-1982. - С. 240).

Вищевказаних недоліків позбавлений БДА у вигляді формування ХЕА на відключеній за Ру петлі тонкої кишки. Проте для оптимального функціонування цього анастомозу ділянка виділеної тонкої кишки за Ру повинна бути не меншою 80-100 см, що дозволяє надійно запобігти потраплянню харчових мас в холедох, яке призводить до розвитку висхідного холангіту (Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. - М.: Медицина.-1987.-336 с.).

Істотним недоліком описаної методики є повне припинення надходження жовчі в ДПК, що призводить до пошкодження її слизової оболонки у вигляді утворення дефектів в захисному шарі сурфактанту та мембрані ентероцитів, формуванню гострих поверхневих і глибоких ерозій, а також пептичних виразок, що було доведено ще в 1971 році М. Me Artur та W. Longmir, (О.Б. Милонов, С.Н. Грязнов. Двойное внутреннее дренирование общего желчного протока. - М. Медицина.-1986.-160 с.). Іншим суттєвим недоліком описаного способу є висока вірогідність розвитку Ру-стаз-синдрому унаслідок недотримання анатомічно обґрунтованих правил виділення і перетину початкового відділу порожньої кишки, з можливим пошкодженням еюнальних судин і нервів, що призводить до порушення моторно-евакуаторної функції відвідної петлі (А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков, Т.П. Дутова. Топографоанатомические и технические особенности резекции желудка по способу Ру.// Вестник хирургии.-2005. - Т. 164. - № 1. - С. 33-37).

Відома методика з накладанням ХЕА за О.О. Шалімовим з використанням петлі тонкої кишки, проведеної через вікно в mesocolon, нижче якого формується міжкишковий анастомоз за Брауном, а на привідному сегменті кишки накладається "заглушка" (А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, Б.В. Доманский. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Київ: Здоров'я.-1993. - С. 429).

Спосіб не порушує моторно-евакуаційну функцію, яка використана для формування БДА тонкої кишки, проте зберігається основний його недолік, пов'язаний з повним відключенням ДПК від жовчотока, що призводить до розвитку її ерозивно-виразкового ураження.

Відомий спосіб, який є модифікацією методики О.О. Шалімова, згідно з яким після формування браунівського сполучення та "заглушки" на привідний сегмент тонкої кишки додатково накладають єюнодуоденоанастомоз бік-в-бік (Патент 65067 Україна А 7 А61В 17/00, Спосіб формування холедохоєюноанастомозу / Б.М. Даценко, Т.І. Тамм, В.В. Непомнящий, Кхалифе Вафік Мохамад, О.П. Зеєв. заявник та патентовласник ХМАПО; заявл. 2003.05.23; опубл. 2004.03.15). Спосіб є найбільш близьким до того, що заявляється, і вибраний за прототип.

Спосіб лише частково вирішує питання олуження просвіту ДПК, оскільки через сформований ХЕА в ДПК надходить тільки частина жовчі, а її основний об'єм надходить через відвідну петлю в дистальні відділи тонкої кишки.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу формування ізоперистальтичного білідигестивного анастомозу, в якому за рахунок дотримання ізоперистальтичності використовуваної ділянки порожньої кишки, що запобігає розвитку рефлюкс-холангіту, а також завдяки зміні характеру формування анастомозів досягається

5 пасаж всієї жовчі в ДПК, який попереджає розвиток пептичної виразки. Спосіб, що заявляється, дозволяє усунути недоліки і об'єднати позитивні якості наведених вище методик.

Поставлена задача вирішується в запропонованому способі формування ізоперистальтичного білідигестивного анастомозу, який включає лапаротомію, накладання "заглушки" на привідну петлю за О.О. Шалімовим, далі формують ХЄА, єюнодуоденоанастомоз

10 з браунівським сполученням нижче вікна в mesocolon, згідно з корисною моделлю, перед проведенням тонкої кишки у вікно mesocolon виконують її оберт на 180°, безпосередньо під єюнодуоденоанастомозом додатково накладають "заглушку" на відвідну кишку.

Запропонований спосіб дозволяє ефективно вирішити три основні задачі: відновити повний пасаж жовчі в ДПК, попереджаючи розвиток геморагічних ускладнень, зберегти моторику

15 використаної петлі тонкої кишки, не порушуючи її анатомічних взаємозв'язків, а також попередити розвиток висхідного рефлюкс-холангіту завдяки збереженню ізоперистальтичності задіяної ділянки тонкої кишки, що визначає необхідний напрям надходження жовчі в ДПК.

Суть корисної моделі пояснює малюнок, де зображений запропонований спосіб.

Заявлений спосіб виконують таким чином.

20 Пацієнту з синдромом МЖ на ґрунті дистальної протяжної непрохідності загальної жовчної протоки після ротації вибраної ділянки тонкої кишки на 180° і проведення її у вікно mesocolon 1, виконують стандартне формування ХЄА за методикою О.О. Шалімова із заглушкою 2 на привідній кишці, холедохоєюноанастомозу 3 і браунівського сполучення 4. Додатково нижче за ХЄА, в ізоперистальтичному напрямку (вказано стрілкою), формують єюнодуоденоанастомоз

25 бік-в-бік 5 з дистальнішою "заглушкою" 6 на відвідній кишці.

Обов'язковою умовою, що визначає можливість виконання розробленої модифікації ХЄА, є відсутність ознак дуоденальної непрохідності з показниками внутрішньопорожнинного тиску в ДПК, які отримують методом відкритого катетера, в межах 80-130 мм. вод. ст. (Я.Д. Витебский. Поэтажная манометрия и ее клиническое значение. - Курган.-1985.-25 с.).

30 Клінічний приклад. Хворий І., 63 років, був госпіталізований в хірургічне відділення 2 МКЛ м. Харкова з синдромом механічної жовтяниці на ґрунті стриктури термінального відділу холедоха. Відновлення жовчотоку виконане шляхом формування ХЄА в модифікації О.О. Шалімова з додатковим накладанням єюнодуоденоанастомозу бік-в-бік, нижче за який виконана "заглушка" на відвідній кишці. Післяопераційний період проходив без ускладнень, клініко-лабораторні

35 прояви механічної жовтяниці регресували. Хворий виписаний з відділення на 12 добу після операції в задовільному стані.

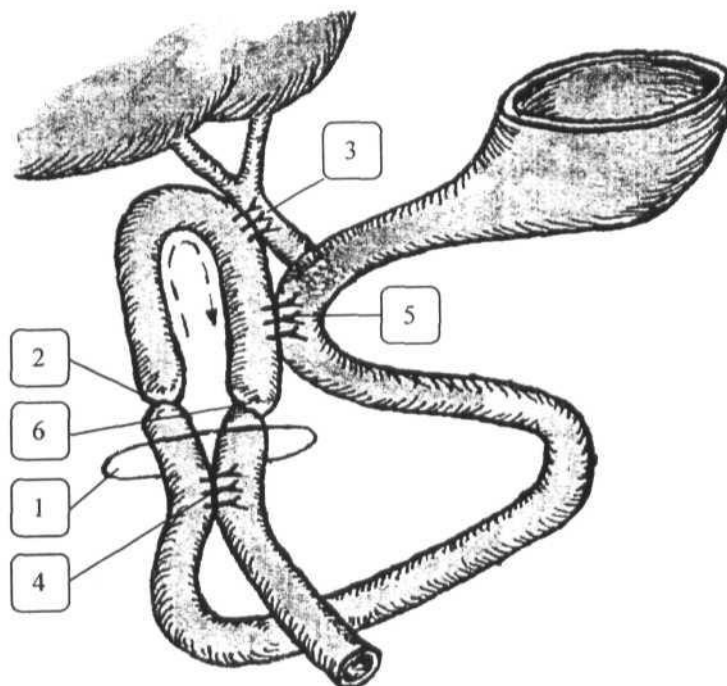
Таким чином, запропонований спосіб формування анастомозу дозволяє зберегти моторику задіяної ділянки тонкої кишки, забезпечуючи повне ізоперистальтичне відновлення жовчотоку в дванадцятипалу кишку, попереджаючи розвиток висхідного рефлюкс-холангіту та геморагічних

40 ускладнень.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування ізоперистальтичного білідигестивного анастомозу, що включає

45 лапаротомію, накладання "заглушки" на привідну петлю за О.О. Шалімовим, далі формують холедохоєюноанастомоз, єюнодуоденоанастомоз з браунівським сполученням нижче вікна в mesocolon, який **відрізняється** тим, що перед проведенням тонкої кишки у вікно mesocolon виконують її оберт на 180°, безпосередньо під єюнодуоденоанастомозом додатково накладають "заглушку" на відвідну кишку.



Комп'ютерна верстка М. Мацело

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