



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **84421** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2013 03162**
(22) Дата подання заявки: **15.03.2013**
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **25.10.2013**
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: **25.10.2013, Бюл.№ 20**

(72) Винахідник(и):
**Велигоцький Микола Миколайович (UA),
Арутюнов Сергій Едуардович (UA),
Велигоцький Олексій Миколайович (UA),
Трушин Олександр Сергійович (UA),
Тесленко Ігор Віталійович (UA),
Горбуліч Олександр Вікторович (UA),
Клименко Михайл Вікторович (UA),
Скалій Микола Миколайович (UA)**
(73) Власник(и):
**ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ (ХМАПО),
вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176 (UA)**

(54) СПОСІБ ДЕКОМПРЕСІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ

(57) Реферат:

Спосіб декомпресії жовчовивідних шляхів при обструктивних захворюваннях гепатопанкреатобіліарної зони, при якому виконують холецистоеюноанастомоз із міжкишковим співустьям по Брауну і заглушкою привідної петлі по Шалімову О.О. Додатково накладають анастомоз між загальною печінковою протокою і гартмановою кишеною жовчного міхура.

U
UA 84421

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії жовчовивідних шляхів і підшлункової залози. При обструктивних захворюваннях гепатопанкреатобіліарної зони, частіше при нерезектабельних пухлинах в області голівки підшлункової залози у поєднанні з віддаленими метастазами найбільш поширеним оперативним втручанням є виконання

холецистоєюноанастомозу з міжкишковим співустьям по Брауну. При цьому за наявності пухлин великих розмірів, особливо розташованих у верхньому квадранті голівки підшлункової залози і дистальному відділі холедоха пухлина активно розповсюджується в зону міхурової протоки, викликаючи після операції знову розвиток механічної жовтяниці.

Спосіб полягає в послідовному виконанні гепатикохолецистоанастомозу,

холецистоєюноанастомозу з міжкишковим співустьям по Брауну і заглушкою привідної петлі, по Шалімову О.О., що дозволяє поліпшити результати хірургічного лікування при обструктивних захворюваннях гепатопанкреатобіліарної зони.

Відомим є жовчовивідне оперативне втручання, при якому виконують гепатикоєюноанастомоз з міжкишковим співустьям по Ру (або по Брауну), поєднане, за наявності жовчного міхура, з холецистектомією (Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. - М.: "Медицина", 1995).

Недоліками цього способу є те, що при великих пухлинах голівки підшлункової залози з вираженою перипухлинною інфільтрацією, гепатикоєюноанастомоз, що накладається високо в комірках печінки, технічно складніше здійснимий і приводить до більшої кількості ускладнень: неспроможності анастомозу, жовчовитіканню. Крім цього, виконання холецистектомії в умовах інфільтрації гепатодуоденальної зв'язки, в складних анатомічних умовах може привести до ряду ускладнень: пошкодженню гепатикохоледоха, кровотечі.

Вибраним за найближчий аналог є оперативне втручання, при якому виконують холецистоєюноанастомоз із міжкишковим співустьям по Брауну і заглушкою привідної петлі, по Шалімову О.О. (Шалимов О.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - К.: "Здоровье", 1993).

Недоліками цього способу є те, що при пролонгації пухлинного процесу і зростанні пухлини дуже швидко виникає блок міхурової протоки з порушенням жовчовідведення і рецидивом механічної жовтяниці.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу декомпресії жовчовивідних шляхів при обструктивних захворюваннях гепатопанкреатобіліарної зони, в якому за рахунок додаткового накладання анастомозу між загальною печінковою протокою і гартмановою кишенею жовчного міхура, досягається легка декомпресія жовчних проток.

Поставлена задача вирішується в способі декомпресії жовчовивідних шляхів при обструктивних захворюваннях гепатопанкреатобіліарної зони, при якому виконують холецистоєюноанастомоз із міжкишковим співустьям по Брауну і заглушкою привідної петлі, по Шалімову О.О., згідно з корисною моделлю, додатково накладають анастомоз між загальною печінковою протокою і гартмановою кишенею жовчного міхура.

Відмітними ознаками пропонованого способу є те, що послідовно накладають гепатикохолецистоанастомоз (анастомоз між загальною печінковою протокою і гартмановою кишенею жовчного міхура) і холецистоєюноанастомоз з міжкишковим співустьям по Брауну і заглушкою привідної петлі по Шалімову О.О.

Суть корисної моделі пояснює креслення, де зображений спосіб, що заявляється.

При виявленні і підтвердженні наявності пухлини в області голівки підшлункової залози або дистальному відділі холедоха (1), (креслення) низькому впаданні міхурової протоки виконують подовжню гепатикотомію, потім холецистотомію в області гартманової кишені жовчного міхура, накладають гепатикохолецистоанастомоз (2), потім накладають холецистоєюноанастомоз (3) з міжкишковим співустьям по Брауну (4) і заглушкою привідної петлі по Шалімову О.О. (5). Завдяки даній методиці, не дивлячись на виконання трьох анастомозів, технічно легше виконується декомпресія жовчних проток.

Клінічний приклад. Хворий Г., 56 р. № 35077, знаходився на стаціонарному лікуванні в х/в № 1 ХГКБ СНМП с 09.11.12 по 28.11.12 з діагнозом Са голівки і тіла підшлункової залози Т4N1M1. Механічна жовтяниця. Госпіталізований зі скаргами на болі в правому підребер'ї, жовтяничність шкірних покривів. Хворіє протягом 10 діб.

Дані клініко-біохімічних методів дослідження: Клінічний аналіз крові: Нb - 146 грами/л, Еритроц. - 4,54*10¹², Кольор. пок. - 1,0, Лейкоц. - 10,7*10⁹, ліг. - 3 %, сегм. - 68 %, еоз. - 1 %, лімфоц. - 24 %, мон. - 4 %. Біохімічний аналіз крові: Білірубін - 224,0 мкмоль/л, прямий - 162,2 мкмоль/л, непрямий - 61,8 мкмоль/л, білок - 64 грама/л, сечовина - 5,46 мкмоль/л, креатинін - 0,062 мкмоль/л, АСТ - 49 МЕ/Л (N=5-40 МЕ/Л), АЛТ - 68 МЕ/Л (N=5-40 МЕ/Л), амілаза - 36 МЕ/Л (N<90 МЕ/Л).

Дані інструментальних методів дослідження: УЗІ ОБП. Печінка збільшена, неоднорідної структури, з гіпоехогенним утворенням 2,3×1,5 см в лівій частці, внутрішньопечінкові протоки розширені, холедох до 1,27 см. Голівка підшлункової залози збільшена до 5см з нерівним контуром і ознаками кровотоку, вільної рідини в черевній порожнині немає. Дуоденоскопія. ДПК деформована за рахунок здавлення ззовні, прохідність не порушена. БСДК розташований низько. ЕРХПГ. Контрастована Вірсунгова протока 6-7 мм з обривом в проекції голівки, в області тіла і хвоста проток розширений. Спіральна комп'ютерна томографія (з контрастуванням триомбаста 76 % - 50 мл). Печінка - структура однорідна. В області голівки підшлункової залози визначається об'ємне утворення, розмірами до 43,5 мм, з неправильними контурами, панкреатична протока розширена до 4,4 мм, тіло підшлункової залози - 22 мм, хвіст - 19,8 мм. Селезінка - структура однорідна. Хворому виконано оперативне втручання в об'ємі: лапаротомія, гепатикохолецистоанастомоз, холецистоєюноанастомоз з міжкишковим співустьям по Брауну і заглушкою привідної петлі по Шалімову О.А.

З протоколу операції. В області голівки підшлункової залози з переходом на тіло визначається щільне горбисте утворення до 5-6 см в діаметрі, що проростає в воротну вену, холедох, черевний стовбур. Регіонарні лімфовузли збільшені, гіперплазовані. У лівій частці печінки визначається метастатичний вузол до 2,5 см. Жовчний міхур 12×5 см, холедох розширений до 2 см в діаметрі. Випадок визнаний нерезектабельним. Враховуючи розповсюдження пухлини на зону міхурової протоки і технічно складне виконання холецистектомії в цих умовах, накладений гепатикохолецистоанастомоз, заободочний холецистоєюноанастомоз з міжкишковим співустьям по Брауну і заглушкою привідної петлі по Шалімову О.А. Ділянка пухлини голівки підшлункової залози узята на гістологічне дослідження. Гістологія № 22542. Тканина підшлункової залози з наявністю недиференційованої аденокарциноми.

У тих клінічних ситуаціях, коли після раніше накладеного холецистоєюноанастомозу виникає рецидив жовтяниці у зв'язку з блоком міхурової протоки, виконання додаткового гепатикохолецистоєюноанастомозу є доцільним рішенням і може бути операцією вибору.

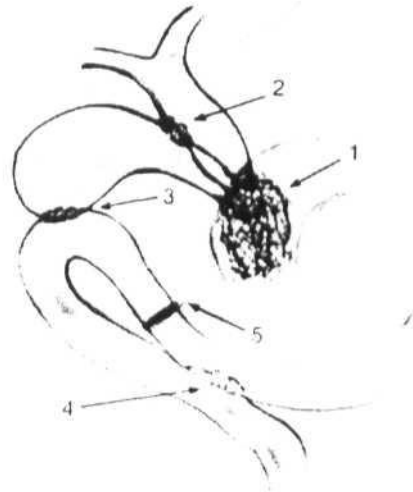
Клінічний приклад. Хворий М., 42 р., знаходився на стаціонарному лікуванні в х/о № 1 ХГКБ СНМП з діагнозом Са головки і тіла підшлункової залози T4n1m1. Рецидив механічної жовтяниці. У анамнезі (3 тижні тому) виконана операція - холецистоєюноанастомоз з міжкишковим співустьям по Брауну і заглушкою петлі, що приводить, по Шалімову О.А. (гістол. № 22705 - низкодиференційована аденокарцинома). Госпіталізований зі скаргами на болі в правому підребер'ї, жовтяничність шкірних покривів. Протягом 3 діб наголошується жовтяниця. Обстежений: Клінічний аналіз крові: Hb - 124 грами/л, Ерітр. - 3,95*10¹², Кольор. пок. - 1,0, Лейкоц. - 30,9*10⁹, ліг. - 3 %, сегм. - 83,7 %, еоз. - 1 %, лімфи. - 8,9 %, мон. - 4,4 %. Біохімічн. аналіз крові: Білірубін - 136,6 мкмоль/л, прямий - 86,0 мкмоль/л, непрямий - 50,6 мкмоль/л, білок - 64 грама/л, сечовина - 6,84 мкмоль/л, креатинін - 0,045 мкмоль/л, АСТ - 61 МЕ/л, АЛТ - 29 МЕ/л, амілаза - 72 МЕ/л. УЗІ ОБП. Печінка збільшена, ехогенність підвищена, осередкових утворень не виявлено, внутрішньопечінкові протоки розширені, холедох до 1, см. Жовчний міхур 88×37 мм, містить ехопозитивну суспензію, стінка ущільнена. Голівка підшлункової залози збільшена до 8,2 см з нерівним контуром, неоднорідної структури і ознаками кровотоку. Д-з. Захворювання голівки підшлункової залози. Prolongacio morbi. Жовчна гіпертензія.

Хворому виконано оперативне втручання в об'ємі: лапаротомія, гепатикохолецистоанастомоз. З протоколу операції. При ревізії визначається пролонгація пухлинного процесу в області голівки і тіла підшлункової залози із збільшенням розмірів пухлини до 10 см в діаметрі, проростанням пухлиною комірної вени, черевного стовбура, холедоха і розповсюдженням на зону міхурової протоки з його обтурацією. Є збільшені метастатичні лімфовузли по вісцелярній очеревині. Печінка збільшена в розмірах, метастазів немає. Зона холецистоєюноанастомозу з вираженою запальною інфільтрацією, зона ентероентероанастомозу без патології. У комірах печінки знайдена загальна печінкова протока до 12 мм, гепатикотомія, під тиском надходить темна застійна жовч з фібрином і гноєм, санація печінкової протоки. Накладений гепатикохолецистоанастомоз. Дренування черевної порожнини. У післяопераційному періоді гладкий перебіг, нормалізація цифр білірубіну.

Таким чином, розроблена методика з послідовним накладенням гепатикохолецистоанастомозу і холецистоєюноанастомозу дозволяє провести декомпресію жовчовивідних проток і уникнути ряду ускладнень під час операції і в післяопераційному періоді: пошкодження гепатикохоледоха, кровотечі, жовчовитікання.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 Спосіб декомпресії жовчовивідних шляхів при обструктивних захворюваннях гепатопанкреатобіліарної зони, при якому виконують холецистоєюноанастомоз із міжкишковим співустьям по Брауну і заглушкою привідної петлі по Шалімову О.О., який **відрізняється** тим, що додатково накладають анастомоз між загальною печінковою протокою і гартмановою кишенею жовчного міхура.



Комп'ютерна верстка В. 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