



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **99836** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/00**

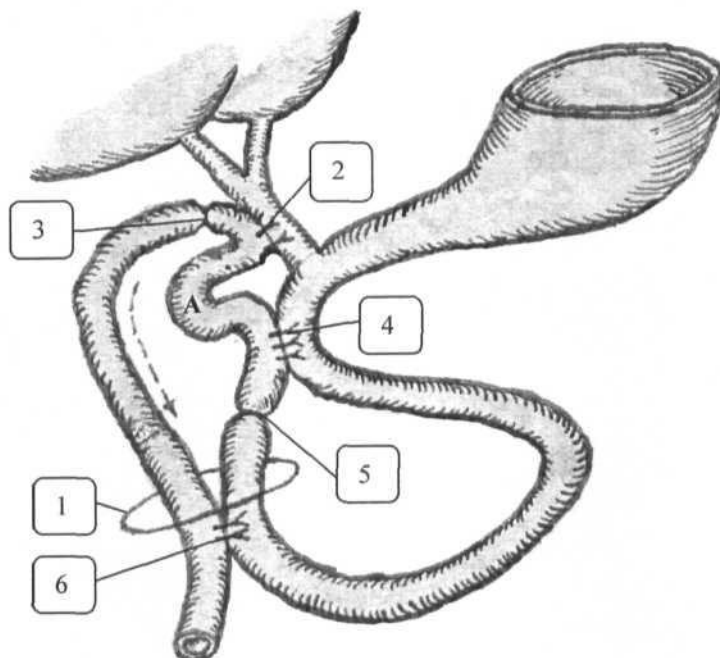
## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2015 00042</b>	(72) Винахідник(и): <b>Борисенко Вадим Борисович (UA), Даценко Борис Макарович (UA), Бєлов Сергій Григорович (UA), Бардюк Олександр Якович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>05.01.2015</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.06.2015</b>	(73) Власник(и): <b>ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176 (UA)</b>
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.06.2015, Бюл.№ 12</b>	

## (54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АРЕФЛЮКСНОГО БІЛІОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗУ

### (57) Реферат:

Спосіб формування арефлюксного біліодигестивного анастомозу включає лапаротомію, формування холедохоєюно- та єюнодуоденоанастомозу з петлею тонкої кишки, виділеної за Брауном, та міжкишкового співустя нижче вікна в mesocolon. Вище від холедохоєюноанастомозу та нижче від єюнодуоденоанастомозу формують "заглушки" за О.О. Шалімовим, а ділянка тонкої кишки між цими анастомозами повинна бути завдовжки 30-40 см.



UA 99836 U



Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана у лікуванні пацієнтів з дистальною непрохідністю загальної жовчної протоки непухлинного генезу.

У хірургічній практиці для ліквідації біліарної гіпертензії, спричиненої доброякісними захворюваннями органів гепатопанкреатодуоденальної зони, найбільш часто використовуються реконструктивні операції з відновленням жовчовідтоку в просвіт кишківника. Так, у пацієнтів з протяжним стенозом термінального відділу холедоха (понад 2,5 см) на ґрунті індуративного панкреатиту головки підшлункової залози, протяжними стриктурами холедоха, атонією жовчних проток з їх дилатацією понад 2 см в діаметрі частіше використовують біліодигестивні анастомози (БДА) у формі холедоходуоденоанастомозу (ХДА) та холедохоеюноанастомозу (ХЕА) (Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Київ: Здоров'я, 1993. - 429 с.).

Відомо, що ХДА відзначається достатньою технічною простою виконання та забезпечує повне відновлення пасажу жовчі в просвіт дванадцятипалої кишки (ДПК), що має важливе фізіологічне значення (Сусак Я.М., Ковальская И.А., Шкапенко А.А., Кравченко А.В. Библиодигестивные анастомозы у больных с невоспалительными иктерогенными заболеваниями поджелудочной железы. Харківська хірургічна школа. - 2002. - № 4. - С. 62-64).

Основними недоліками способу слід вважати небезпеку формування рубцевого стенозу ХДА з рецидивом синдрому жовтяниці, розвиток висхідного рефлюкс-холангіту, особливо у випадках не діагностованого порушення моторики ДПК, а також утворення в загальній жовчній протоці, нижче анастомозу, "сліпого мішка", що не дрениється та є постійним джерелом інфекції і каменеутворення (Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагулян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. - М.: Медицина, 1982. - С. 240).

Зазначених вище недоліків позбавлений ХЕА на виключеній за Ру петлі тонкої кишки, який також може бути використаний в деяких випадках ятрогенного пошкодження жовчних шляхів. Відомо, що для оптимального функціонування цього анастомозу та профілактики розвитку рефлюкс-холангіту ділянка виділеної тонкої кишки повинна становити не менш як 80-100 см (Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. - М.: Медицина, 1987. - 336 с.).

Істотним недоліком цієї методики є повне припинення надходження жовчі в ДПК, що призводить до пошкодження її слизової оболонки з утворенням гострих поверхневих та глибоких ерозій, а також пептичних виразок (Милонов О.Б., Грязнов С.Н. Двойное внутреннее дренирование общего желчного протока. - М.: Медицина, 1986. - 240 с.). Іншим, не менш важливим недоліком описаного способу, є висока ймовірність розвитку Ру-стаз-синдрому внаслідок технічно неправильного виділення і перетину початкового відділу тонкої кишки, виконаного з пошкодженням єюнальних судин і нервів, що в подальшому спричиняє порушення моторно-евакуаторної функції відвідної кишки (Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Дутова Т.П. Топографоанатомические и технические особенности резекции желудка по способу Ру // Вестник хирургии. - 2005. - Т. 164. № 1. - С. 33-37).

Відома також методика з накладанням ХЕА на виділену за Брауном петлю тонкої кишки, проведenu через вікно в mesocolon, та формуванням "заглушки" за О.О. Шалімовим на привідній петлі тонкої кишки з міжкишковим анастомозом нижче "заглушки" (Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Київ: Здоров'я, 1993. - С. 429).

Перевагою способу є збереження моторно-евакуаційної функції використовуваної для формування БДА тонкої кишки. Недолік обумовлений повним відключенням ДПК від жовчотоку, що загрожує розвитком її ерозивно-виразкового ураження.

Відома модифікація методики А.А. Шалімова, яка передбачає формування холедохоеюноанастомозу, браунівського співустя та заглушки та додаткове накладання єюнодуоденоанастомозу бік-в-бік (Патент 65067 Україна А 7 А61В 17/00, Спосіб формування холедохоеюноанастомозу / Даценко Б.М., Тамм Т.І., Непомнящий В.В., Кхалифе Вафик Мохамад, Зеєв О.П. Заявл. 23.05. 2003; опубл. 15. 03. 2004). Спосіб є найбільш близьким до того, що заявляється, і вибраний як найближчий аналог.

Описаний спосіб лише частково вирішує питання олужнення просвіту ДПК, тому що по сформованому ХЕА в ДПК надходить тільки частина жовчі, а її основний обсяг потрапляє з відвідної петлі в дистальні відділи тонкої кишки.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу формування ХЕА з використанням петлі тонкої кишки за Брауном, який дозволяє попередити розвитку рефлюкс-холангіту, а також забезпечити пасаж всієї жовчі в просвіт ДПК, що запобігає розвитку пептичної виразки. Спосіб, що заявляється, дозволяє усунути недоліки та об'єднати позитивні якості наведених вище методик.

Поставлена задача вирішується в способі формування арефлюксного білідигестивного анастомозу, який включає лапаротомію, формування холедохоєюно- та єюнодуоденоанастомозу з петлею тонкої кишки, виділеної за Брауном, та міжкишкового співустя нижче вікна в mesocolon, в якому, згідно з корисною моделлю, вище від холедохоєюноанастомозу та нижче від єюнодуоденоанастомозу формують "заглушки" за О.О. Шалімовим, а ділянка тонкої кишки між цими анастомозами повинна бути завдовжки 30-40 см.

Спосіб, що заявляється, пояснюють кресленням, де зображений спосіб формування БДА.

Заявлений спосіб виконується таким чином. Пацієнту з синдромом механічної жовтяниці на ґрунті дистальної протяжної непрохідності загальної жовчної протоки в підпечінковий простір через вікно mesocolon (позиція 1) підводять петлю тонкої кишки, виділену за Брауном, після чого виконують стандартне формування ХЄА (2) бік-в-бік, вище від якого формують заглушку за О.О. Шалімовим (3), а нижче з привідною ділянкою кишки формують єюнодуоденоанастомоз (4) бік-в-бік та дистальну "заглушку" (5). Ділянка тонкої кишки А повинна бути не меншою за 30-40 см, а нижче вікна в mesocolon формують міжкишкове співустя 6. Стрілкою вказано напрямок перистальтики тонкої кишки.

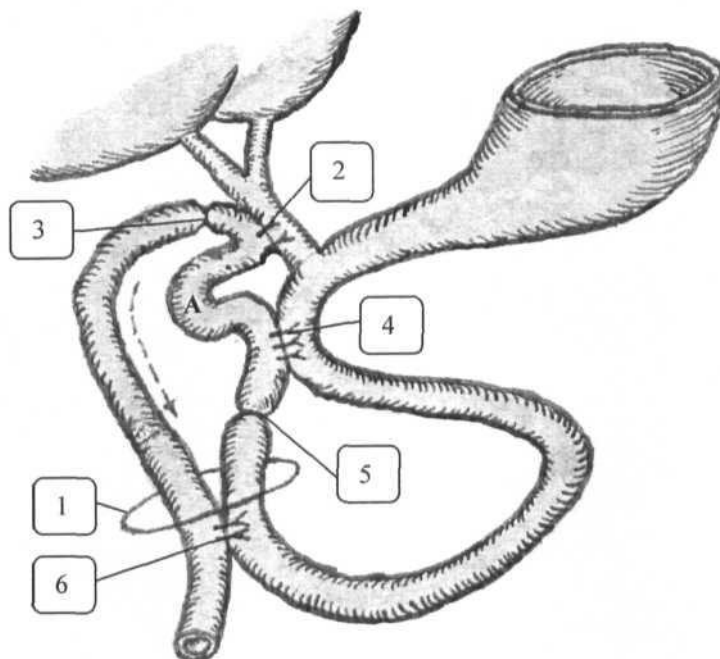
Умовою, яка визначає можливість виконання розробленої модифікації ХЄА, є відсутність ознак дуоденальної непрохідності з показниками внутрішньопорожнинного тиску в ДПК, що отримують методом відкритого катетера, у межах 80-130 мм вод. ст. (Витебский Я.Д. Поэтажная манометрия и ее клиническое значение.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

Запропонований спосіб був використаний при лікуванні 4 хворих з непухлинною дистальною непрохідністю холедоха. Отримані задовільні результати.

Розроблений спосіб дозволяє вирішити три основні завдання: зберегти моторику задіяної петлі тонкої кишки, не порушивши її анатомічні взаємозв'язки, попередити розвиток висхідного рефлюкс-холангіту за рахунок подовження привідної ділянки петлі тонкої кишки та відновити повний пасаж жовчі в ДПК, попереджаючи у ній розвиток геморагічних ускладнень.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування арефлюксного білідигестивного анастомозу, який включає лапаротомію, формування холедохоєюно- та єюнодуоденоанастомозу з петлею тонкої кишки, виділеної за Брауном, та міжкишкового співустя нижче вікна в mesocolon, який **відрізняється** тим, що вище від холедохоєюноанастомозу та нижче від єюнодуоденоанастомозу формують "заглушки" за О.О. Шалімовим, а ділянка тонкої кишки між цими анастомозами повинна бути завдовжки 30-40 см.



---

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

---

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

---

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