



УКРАЇНА

(19) UA (11) 35833 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РЕФЛЮКСА ДУОДЕНАЛЬНОГО ВМІСТУ ПРИ ФОРМУВАННІ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА

(21) 98126561

(22) 11.12.1998

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Ковальчук Леонід Якимович, Венгер Ігор Касіянович, Беденюк Анатолій Дмитрович, Гашинський Ігор Васильович

(73) Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

(57) Спосіб попередження рефлюкса дуоденального

ного вмісту при формуванні холедоходуоденоанастомоза шляхом створення інвагінованого клапанного механізму, який відрізняється тим, що холедох в ретродуоденальній зоні пересікають поперечно, а проксимальний його кінець розсікають в поздовжньому напрямку довжиною до 1,2-1,3 см на три рівномірних пелюстки, дистальні кінці яких фіксують до країв дуоденостоми по колу з послідовним проведенням інвагінації розсіченого сегмента холедоха в просвіт дванадцятипалої кишки.

Винахід відноситься до медицини і може бути використаний у хірургічній гастроентерології для лікування захворювань гепатобіліарної системи.

Відомий спосіб попередження рефлюкса дуоденального вмісту при формуванні холедоходуоденоанастомоза, який полягає в поперечному пересіканні холедоха на межі з ретродуоденальним відділом із поздовжнім розтином останнього довжиною 1 см. При цьому шляхом вивертання розсіченого сегмента у вигляді манжети створюється сосочок (сосочкова холедоходуоденостомія) [1].

Відомий спосіб попередження рефлюкса дуоденального вмісту при формуванні холедоходуоденоанастомоза, який полягає в створенні на внутрішній поверхні загальної жовчної протоки клапана з кукси міхурової протоки шляхом її інвагінації в просвіт холедоха (арефлюксна холедоходуоденостомія) [2].

Недоліком відомих способів є те, що при сосочковій холедоходуоденостомії створений анастомоз завжди має тільки ширину поперечного перерізу холедоха і з часом не може забезпечити адекватне внутрішнє дренивання жовчних шляхів (рубцевий стеноз призводить до вторинного холестазу з наступним розвитком холангіту), а при арефлюксній холедоходуоденостомії з використанням кукси міхурової протоки клапанний механізм знаходиться на значній відстані від біліодигестивного з'єднання, внаслідок чого інтрадуоденальна гіпертензія веде до закидання вмісту дванадцятипалої кишки в дистальний відділ холедоха з розвитком висхідного холангіту.

В основу винаходу поставлене завдання удосконалити спосіб попередження рефлюкса дуоде-

нального вмісту при формуванні холедоходуоденоанастомоза, в якому шляхом створення клапанного механізму в місці біліодигестивного з'єднання досягають попередження рубцевого стенозу та підвищення арефлюксних властивостей анастомозу.

Поставлене завдання вирішують тим, що у способі попередження рефлюкса дуоденального вмісту при формуванні холедоходуоденоанастомоза шляхом створення інвагінованого клапанного механізму відповідно до винаходу холедох в ретродуоденальній зоні пересікають поперечно, а проксимальний його кінець розсікають у поздовжньому напрямку довжиною до 1,2-1,3 см на три рівномірних пелюстки, дистальні кінці яких фіксують до країв дуоденостоми по колу з послідовним проведенням інвагінації розсіченого сегмента холедоха в просвіт дванадцятипалої кишки.

При вирішенні завдання було взято до уваги те, що умовою оптимального функціонування холедоходуоденального анастомоза є його здатність до надійного холедоходуоденального розмежування при адекватному дрениванні жовчних шляхів.

Перелік фігур креслень

Фіг. 1. Пересічення холедоха в ретродуоденальній зоні:

А. Загальний вигляд;

Б. Формування пелюсток холедоха.

Фіг. 2. Взаєморозташування холедоха і дуоденостоми.

Фіг. 3. Фіксація пелюсток холедоха до країв дуоденостоми.

Фіг. 4. Формування клапанного механізму:

А. Накладання серо-серозних швів;

(19) UA (11) 35833 (13) A

Б. Інвагінація сегмента холедоха;

В. Схема роботи клапана.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином.

Холедох (1) в ретродуоденальній зоні пересікають поперечно (фіг. 1А). Проксимальний його кінець (2) розсікають в поздовжньому напрямку довжиною до 1,2-1,3 см на три рівномірних пелюстки (фіг. 1Б). Дистальний кінець зашивають вузловими шовковими швами. Дванадцятипалу кишку (3) розтинають в нисхідному відділі, відступивши на 6-7 см від пілоруса, поперечним розрізом до 2 см.

До дуоденостоми (4) підводять проксимальний кінець холедоха (2), який розсічений на пелюстки. Для забезпечення достатньої ширини анастомоза пелюстки (5) конусоподібне розводять (фіг. 2).

Дистальні кінці пелюсток (5) фіксують вузловими швами до країв дуоденостоми (4) по колу (фіг. 3).

Накладають серосерозні шви між дванадцятипалою кишкою (3) (відступивши від країв дуоденостоми (4) до 2-3 мм) та проксимальним кінцем холедоха (2) (вище рівня розсікання на пелюстки на 2-3 мм) (фіг. 4А). При затягуванні цих швів проводять інвагінацію розсіченого сегмента холедоха (2) в просвіт дванадцятипалої кишки (3) (фіг. 4Б). При цьому формують стулки клапанного механізму.

Приклад.

Хвора В., 48 років, діагноз: жовчнокам'яна хвороба, стриктура термінального відділу холедоха (протяжність 3 см), механічна жовтяниця. Хворій виконали холецистектомію, провели формування холедоходуоденоанастомоза: холедох в ре-

тродуоденальній зоні пересікли поперечно, а проксимальний його кінець розсікли в поздовжньому напрямку довжиною до 1,2-1,3 см на три рівномірних пелюстки, дистальні кінці яких зафіксували до країв дуоденостоми по колу і провели інвагінацію розсіченого сегмента холедоха в просвіт дванадцятипалої кишки.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. В задовільному стані виписана додому.

За допомогою запропонованого способу формування холедоходуоденоанастомоза виконано чотирьом хворим (трьом з стриктурою термінального відділу холедоха і одному з травматичним розривом холедоха). Простежено віддалені результати від 5 до 36 місяців після операції. Ускладнень не виявлено.

Таким чином, наведені приклади свідчать про те, що за допомогою запропонованого способу холедоходуоденостомії з функціонально активним клапаном досягають попередження рубцевого стенозу та підвищення арефлюксних властивостей анастомозу.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги!

1. А.А. Шалимов Хирургия печени и желчных протоков - К.:Здоров'я.1975.- С. 170-178.

2. Р.Й. Вайда, О.Б. Слабий та ін. Новий спосіб внутрішнього дренування жовчних шляхів / Шпитальна хірургія. - 1998. - № 1. - С. 51-55

3. С.А. Шалимов, Б.В. Доманский, М.Е. Ничитайло и др. Рубцовый стеноз холедоходуоденоанастомоза / Вестн. хирургии им. Грекова.- 1988. - Т. 141, № 11. - С. 115-118.

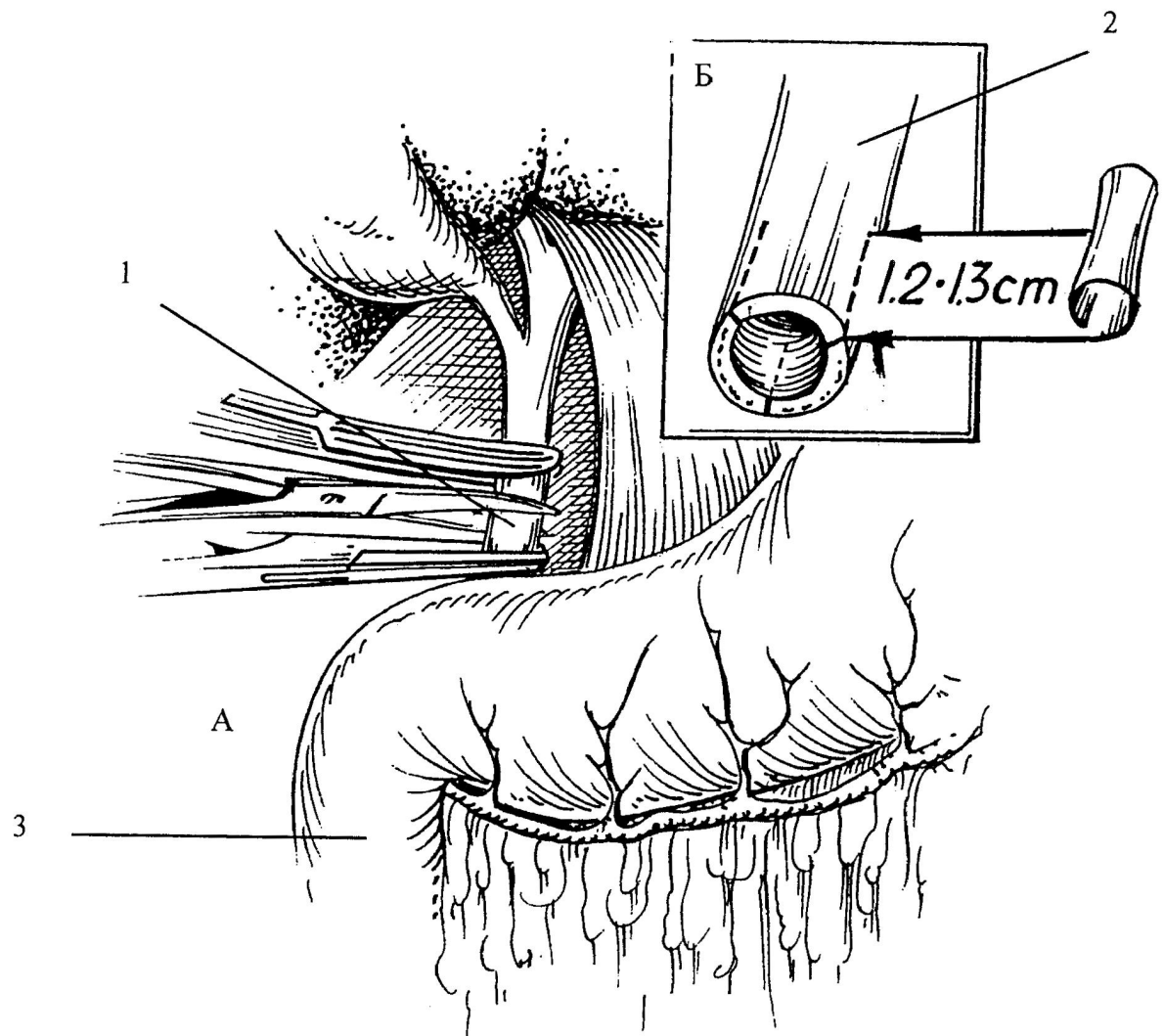


Fig. 1

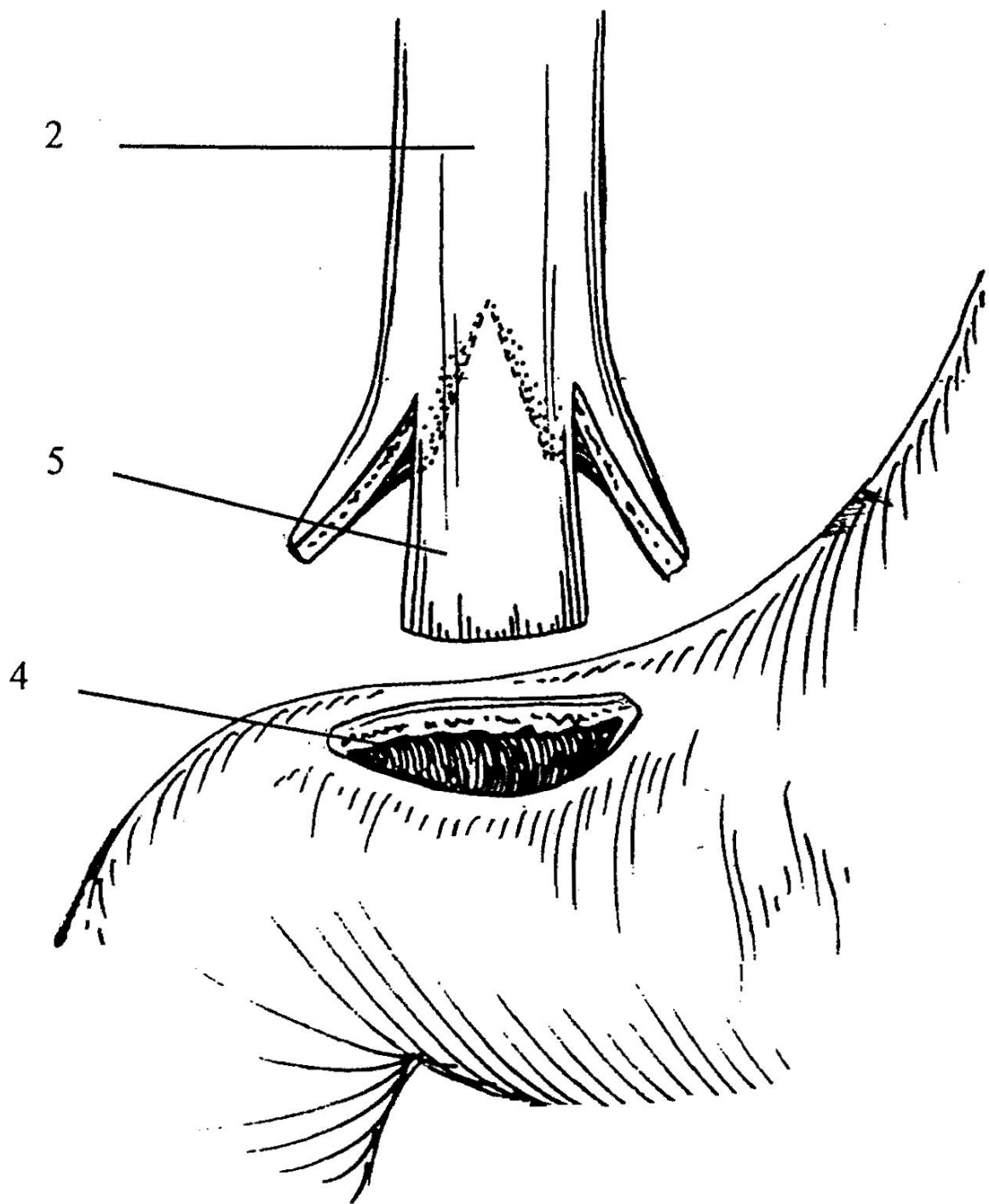
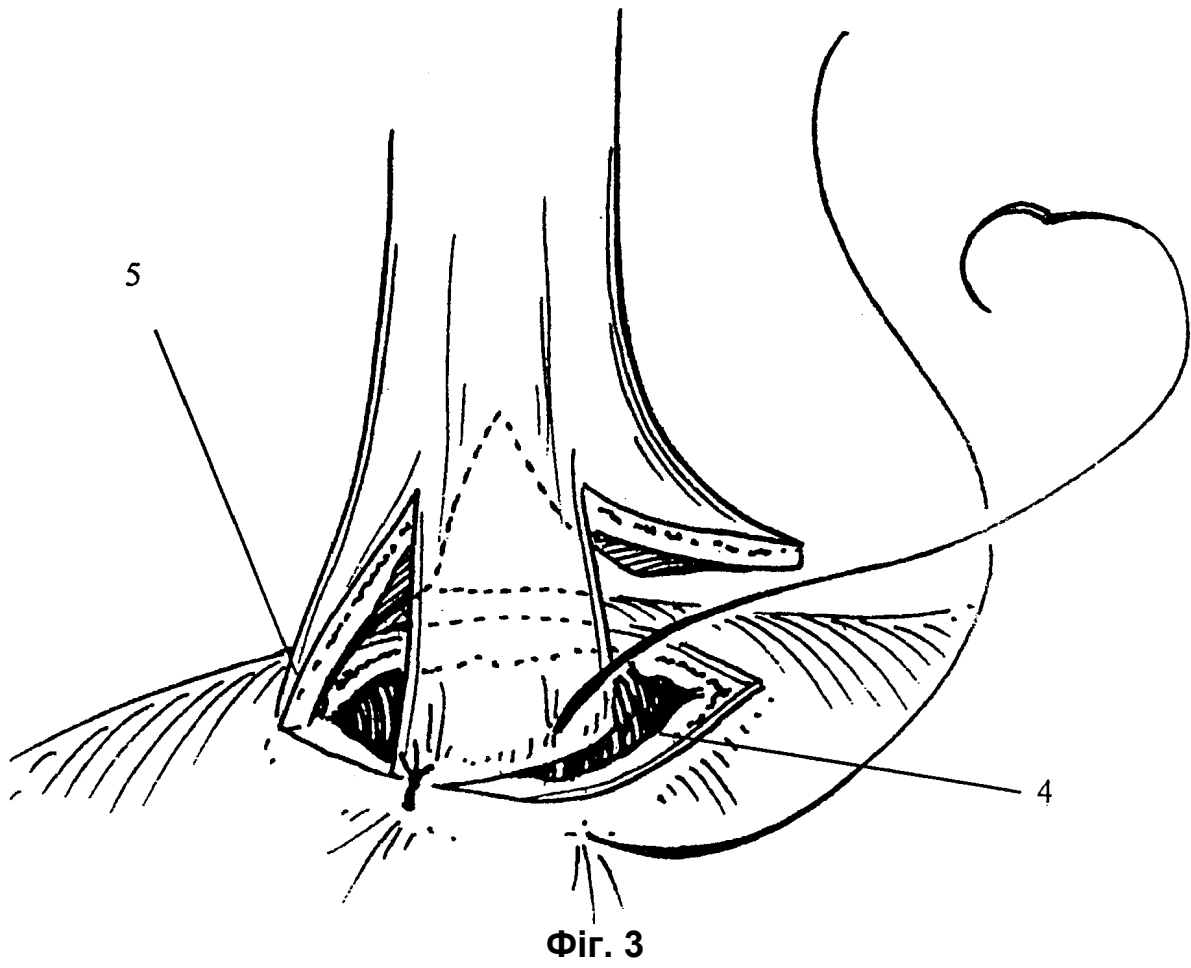
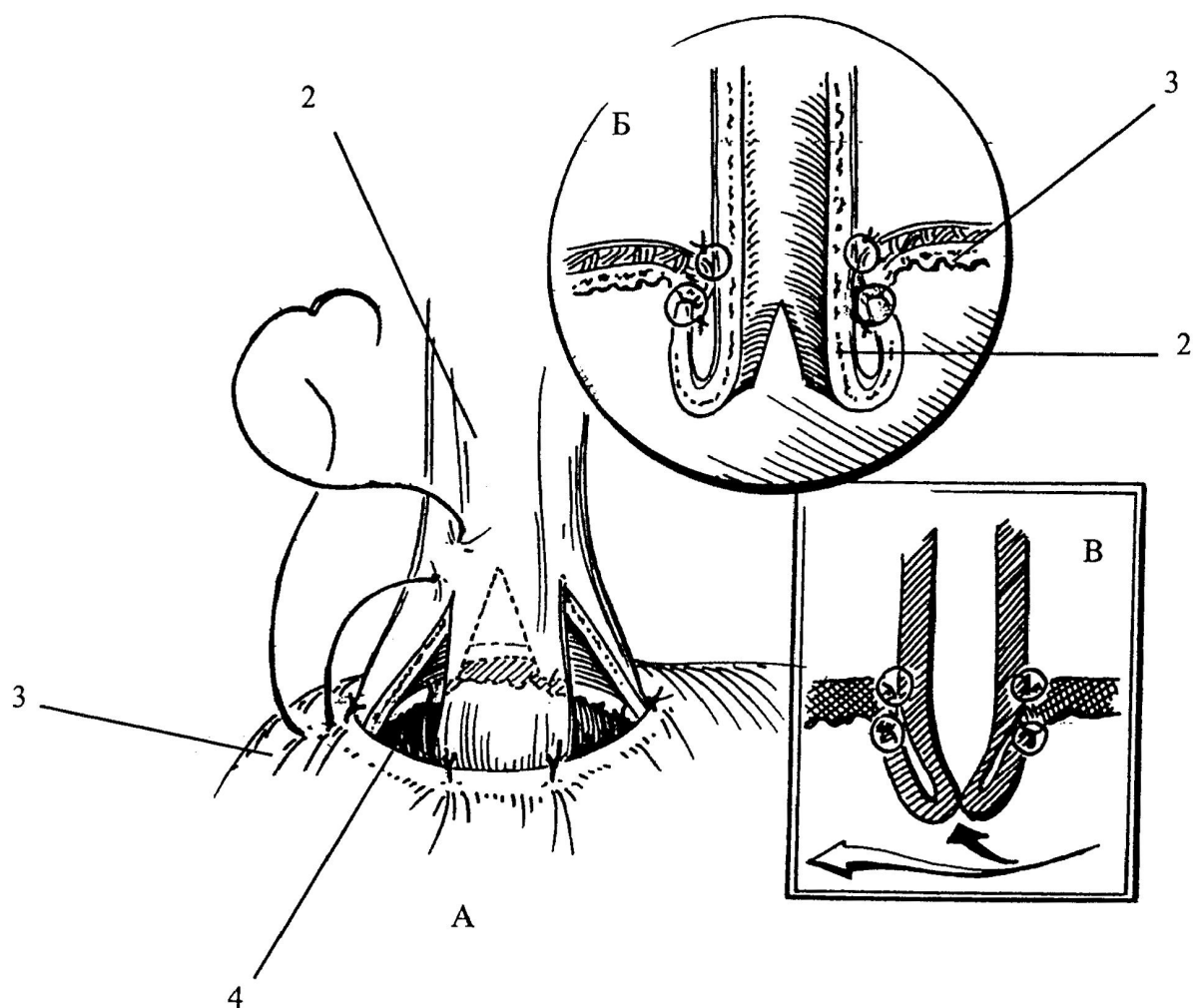


Fig. 2





Фіг. 4

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
 Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
 (044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
 Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
 (044) 268-25-22