



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42736 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/03МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

1

2

(21) u200811342

(22) 19.09.2008

(24) 27.07.2009

(46) 27.07.2009, Бюл.№ 14, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, МА-  
ЛОШТАН ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, СМАЧИЛО  
РОСТИСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ, БРИЦЬКА НАТАЛІЯ  
МИКОЛАЇВНА(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬ-  
НОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕ-  
ДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"(57) Спосіб лікування непрохідності гепатикохоле-  
доха, що включає верхньо-серединну лапаротомію  
та ревізію позапечінкових жовчних проток, віді-  
лення тонкої кишки, її пересікання, проведення її  
відвідного сегмента крізь вікно в брижі поперечно-

ободової кишки в підпечінковий простір, фіксацію  
петлі тонкої кишки та підведення до гепатикохоле-  
доха, ушивання пересіченого кінця петлі тонкої  
кишки, накладення гепатикоєюноанастомозу "кі-  
нець в бік" та відновлення безперервності шлунко-  
во-кишкового тракту ентеро-ентероанастомозом,  
який відрізняється тим, що додатково підводять  
жовчовідвідний кінець тонкої кишки до горизонтал-  
ьної частини дванадцятипалої кишки і познача-  
ють лінію пересічення, по позначеній лінії здійс-  
нюють пересічення тонкої кишки, накладають  
єюнодуоденальне співустя "кінець в бік", а віднов-  
лення безперервності шлунково-кишкового тракту  
проводять ентеро-ентероанастомозом "кінець в  
кінець".

Корисна модель стосується медицини, а саме  
хірургічного лікування непрохідності дистального  
відділу гепатикохоledoха.

Відомо, що для лікування непрохідності дис-  
тального відділу гепатикохоledoха незалежно від  
її генезу (стриктура, пухлина) і незалежно від того,  
видалений субстрат непрохідності чи ні, викорис-  
товують різні способи відновлення пасажу жовчі в  
кишечник. Як правило, це виконують за допомогою  
жовчних анастомозів, які можна розподілити на  
три групи:

біліобіліарні - анастомоз дистального відділу  
жовчного протока з проксимальним (гепатикохо-  
ledoхоанастомоз по А.А. Шалимову);

білідигестивні з дванадцятипалою кишкою  
хоledoходуодено- та гепатикодуоденоанастомози  
(по Фінстереру, Флеркену, Юрашу-Виноградову,  
Кишнеру та інш.);

численні методики гепатикоєюноанастомозів  
(по Виноградову, Стерлінгу, Кохеру-Мамманы,  
Витебському, Камалову та інш.).

Біліобіліарні анастомози найбільш фізіологічні,  
оскільки забезпечують пасаж жовчі за мінімально  
реконструйованим природним шляхом. Але ці  
операції виконуються надзвичайно рідко за двома  
причинами: дуже рідко спостерігаються анатомічні  
умови, які підходять для цього, і дуже часто у від-  
далені терміни настає рубцювання і стриктура  
анастомозу.

Білідигестивні анастомози з дванадцятипа-  
лою кишкою забезпечують надходження жовчі в  
дванадцятипалу кишку, чим повністю зберігають  
ряд природних травних функцій, в тому числі і за-  
луження вмісту цибулини. Головним недоліком  
білідигестивних анастомозів з дванадцятипалою  
кишкою є наявність дуоденобіліарного рефлюксу,  
який призводить до інфікування жовчовивідних  
шляхів і розвитку висхідного холангіту. Крім цього,  
рубцювання хоledoхо- або гепатикодуоденоанас-  
томоzu іноді на 50-70% звужує отвір співустя, що  
само по собі також викликає розвиток холангіту.

Відомий спосіб гастроєюнодуоденостомії, що  
запропонований Г.Л. Купріяновим (1924) та вико-  
ристаний в клініці Є.І. Захаровим в 1938 році для  
лікування пострезекційних синдромів, які виника-  
ють після резекції шлунку по Більрот II. (див. А.А.  
Шалимов, В.Н. Полупан «Атлас операцій на пи-  
щеводі, желудке и двенадцатиперстной кишке». -  
М. - «Медицина». - 1975. - С.248). Він включає під-  
готовлення трансплантата тощої кишки шляхом  
розсічення брижі петлі тощої кишки, яка призначе-  
на для вставки, в напрямку до її кореня, а також її  
мобілізацію, пересікання кишкової петлі транспла-  
нтата в поперечному напрямку, зашивання почат-  
кового кінця утвореного трансплантату кисетним  
швом. Відновлення прохідності кишечного тракту  
шляхом зшивання тощої кишки «кінець в кінець»,  
переміщення зшитої тощої кишки крізь вікно в

(19) UA (11) 42736 (13) U

брижі поперечної ободової кишки на своє місце. Анастомози накладають між куксою шлунку і кишечною вставкою, а потім між кишковою вставкою і дванадцятипалою кишкою.

Зазначений спосіб дозволяє включити у травлення дванадцятипалу кишку і уповільнити випорожнення кукси шлунку. Але цей процес не використовувався при лікуванні непрохідності гепатикохоледоху, оскільки ця методика потребує прецизійної техніки формування гепатикоєюнодуоденоанастомозу.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб лікування непрохідності гепатикохоледоху, що його описано в книзі О.О. Шалімова та співавт. «Хирургия печени и желчевыводящих путей» (див. А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, Б.Д. Доманский. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - К. - «Здоров'я». - 1993. - С. 471). Він включає верхньо-серединну лапаротомію та ревізію позапечіночних жовчних проток, виділення тонкої кишки за Ру, її пересікання, проведення її відповідного сегменту крізь вікно в брижі поперечно-ободочної кишки в підпечіночковий простір, фіксацію петлі тонкої кишки та підведення до гепатикохоледоху, ушивання пересіченого кінця петлі тонкої кишки, накладення гепатикоєюноанастомозу «кінець в бік» та відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту ентеро-ентероанастомозом. При цьому безперервність шлунково-кишкового тракту відновлюють ентеро-ентероанастомозом «кінець в бік».

Цей спосіб в найбільшому ступені задовольняє потреби біліарної хірургії з боку надійності анастомозу і профілактики висхідного холангіту (за даними Э.И. Гальперин та співавт., 1988; В.В. Бойко та співавт., 2008). Але його недоліками слід визнати те, що за ним вноситься суттєва реконструкція в процеси травлення. Жовч не надходить до дванадцятипалої кишки, не перемішується там з хімузом, не залужує кислотного шлункового вмісту. Дія жовчі та панкреатичного соку на продукти харчування розсинхронізується по часу і місцю, що призводить до порушення природного травлення. Крім цього, відсутність залужувальної дії жовчі у деяких пацієнтів (до 4% за даними Б. Нидерле, 1982) викликає формування пептичної виразки дванадцятипалої кишки.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого процесу лікування непрохідності гепатикохоледоху, що дозволяє лікувати порушення травлення, які пов'язані з надходженням жовчі не в дванадцятипалу, а в тощу кишку (на 50см нижче) і зберегти при цьому сприятливі умови для профілактики холангіту.

Поставлене завдання вирішується тим, що в спосіб лікування непрохідності гепатикохоледоху, що включає верхньо-серединну лапаротомію та ревізію позапечіночних жовчних проток, виділення тонкої кишки, її пересікання, проведення її відповідного сегменту крізь вікно в брижі поперечно-ободової кишки в підпечіночковий простір, фіксацію петлі тонкої кишки та підведення до гепатикохоледоху, ушивання пересіченого кінця петлі тонкої кишки, накладення гепатикоєюноанастомозу «кінець в бік» та відновлення безперервності шлун-

ково-кишкового тракту ентеро-ентероанастомозом, згідно з корисною моделлю додатково підводять жовчевідвідний кінець тощої кишки до горизонтальної частини дванадцятипалої кишки і позначають лінію пересічення. По зазначеній лінії здійснюють пересічення тощої кишки, накладають єюнодуоденальне співустя «кінець в бік», а відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту проводять ентеро-ентероанастомозом «кінець в кінець».

Накладення єюнодуоденального співустя «кінець в бік» і спосіб його виконання дозволяють забезпечити надходження жовчі до дванадцятипалої кишки, чим повністю зберігають ряд природних травних функцій, а саме: перетворення в дванадцятипалій кишці трипсиногену в трипсин під впливом ентерокінази та некон'югованих жовчних кислот, а також залужування вмісту цибулини дванадцятипалої кишки.

Заявнику невідомі приклади накладення гепатикоєюнодуоденального співустя з використанням тонкокишкової вставки.

Виконання процесу ілюструється кресленнями, на яких зображено:

Фіг.1 - виконання гепатикоєюноанастомозу «кінець в бік», накладення однорядного вузлового шва, момент формування задньої губи;

Фіг.2 - те ж саме, момент формування передньої губи;

Фіг.3 - момент підведення жовчевідвідного кінця тонкої кишки до горизонтальної частини дванадцятипалої кишки за допомогою двох ниток-держалок та позначення лінії пересічення;

Фіг.4 - етапи накладення єюнодуоденального співустя «кінець в бік»: перший ряд серо-серозних швів і лінії розкривання отвору кишок (1), формування задньої губи анастомозу безперервним швом (2);

Фіг.5 - остаточний вигляд гепатикоєюнодуоденоанастомозу з використанням кишкової вставки.

Процес виконують наступним чином. Хворому з рубцевою стриктурою гепатикохоледоху послідовно виконують верхньо-серединну лапаротомію та ревізію позапечіночних жовчних проток, виділення тонкої кишки 1, її пересікання, проведення її відповідного сегменту останньої крізь вікно в брижі поперечно-ободової кишки в підпечіночковий простір, фіксацію петлі тонкої кишки 1 та підведення до гепатикохоледоху 2, ушивання пересіченого кінця петлі тонкої кишки, а також накладення гепатикоєюноанастомозу 3 «кінець в бік». По закінченню накладення гепатикоєюноанастомозу 3, далі не відновлюють безперервність шлунково-кишкового тракту, а за допомогою двох ниток-держалок 4 підводять жовчовивідний кінець тонкої кишки до горизонтальної частини дванадцятипалої кишки і відмічають лінію 5 пересічення. Далі по цій лінії 5 здійснюють двічі прошивання за допомогою УКП і між швами тонка кишка пересікається. Потім накладають єюнодуоденальне співустя 6 «кінець в бік», при цьому дванадцятипалу кишку розкривають поперечно. Безперервність шлунково-кишкового тракту відновлюється за допомогою анастомозу «кінець в кінець» (на кресленнях не показано), після чого здійснюють ушивання вікна 6

в брижі поперечно-ободової кишки до вільного розташування в ньому кишкової вставки.

Таким чином, виконання процесу за корисною моделлю дозволяє зберегти пасаж жовчі в дванадцятипалу кишку за допомогою вставки тонкої кишки. Ізоперистальтична кишкова вставка (сегмент тонкої кишки), який з'єднує функціонуючі відділи жовчних проток з дванадцятипалою кишкою, зберігає переваги білідигестивних анастомозів як з

дванадцятипалою кишкою (пасаж жовчі в останню, фізіологічне травлення, збереження залужування шлункового вмісту, який надходить), так і гепатикосюноанастомозів (забезпечує безперешкодну евакуацію жовчі із позапечінкових жовчних проток, анастомози з широким отвором менш підпадають рубцюванню та рідко ускладнюються висхідним холангітом).

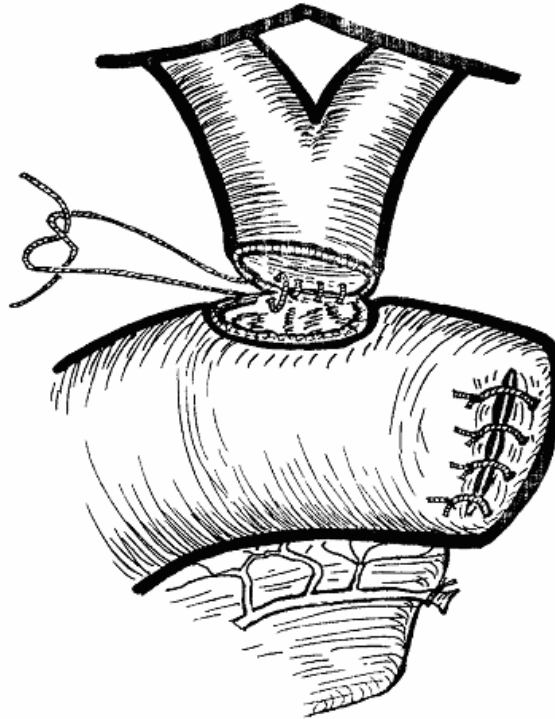


Fig. 1

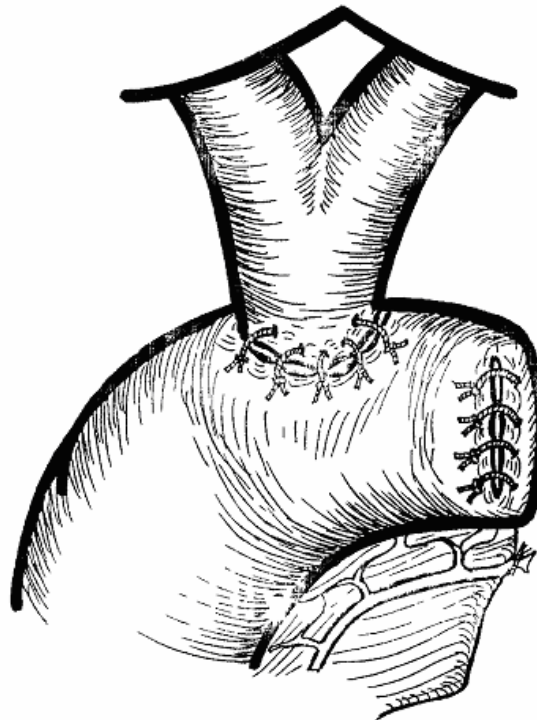


Fig. 2

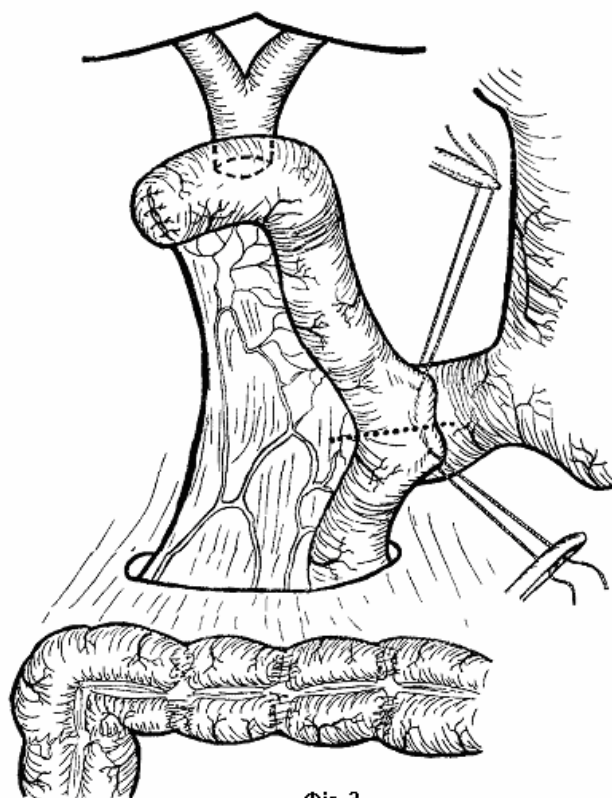


Fig. 3

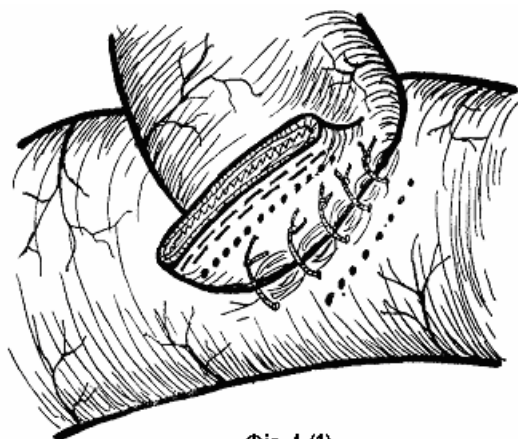
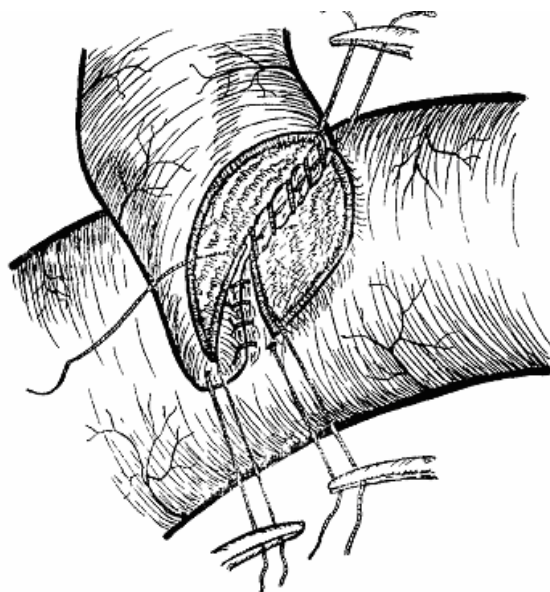
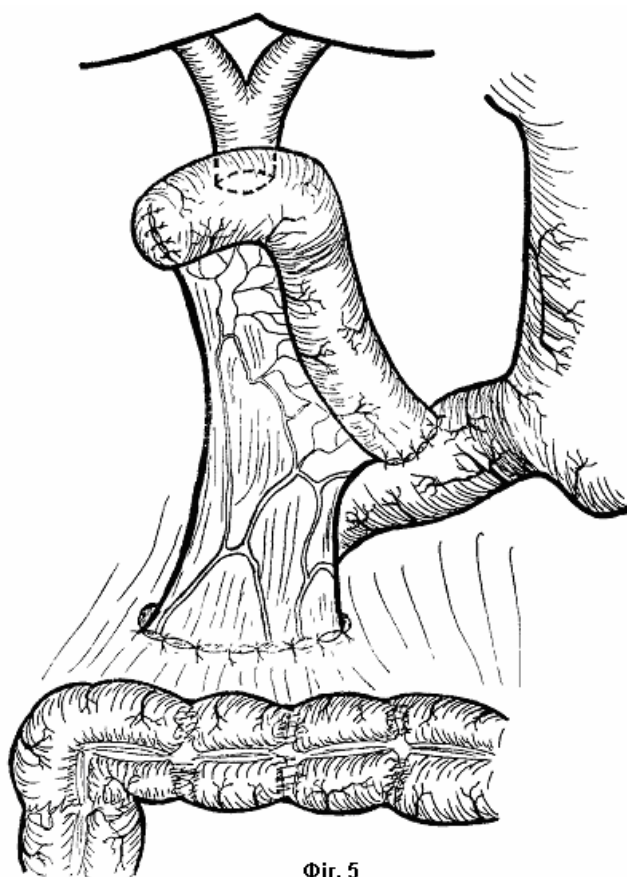


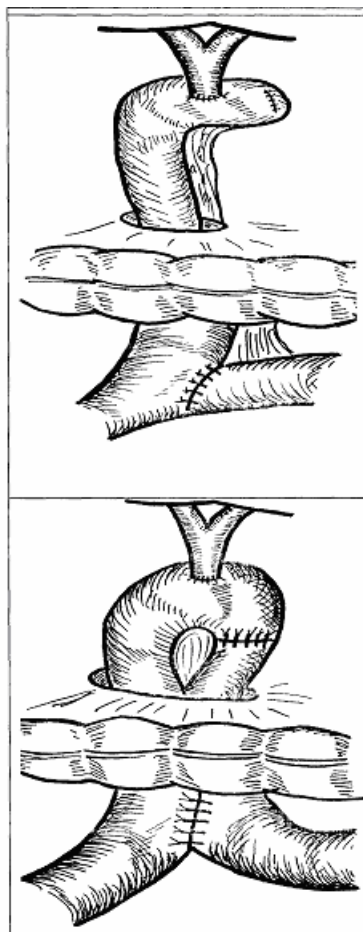
Fig. 4 (1)



Фиг. 4 (2)



Фиг. 5



Гепатикоеюностомія за Ру

Гепатикоеюностомія з браунівським спіаустям та заглушкою привідної петлі (за О.О.Шалімовим або за допомогою УКЛ).

**Спосіб лікування непрохідності гепатикохоледоха (аналоги)**