



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51169 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ АНТИРЕФЛЮКСНОГО ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОРУШЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ**

1

2

(21) u200912679

(22) 07.12.2009

(24) 12.07.2010

(46) 12.07.2010, Бюл.№ 13, 2010 р.

(72) ВОРОВСЬКИЙ ОЛЕГ ОЛЕГОВИЧ, БОНДАР-  
ЧУК ОЛЕГ ІВАНОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб антирефлюксного супрадуоденального  
холедоходуоденоанастомозу при хірургічному лі-  
куванні порушення прохідності позапечінкових  
жовчних шляхів у хворих похилого та старечого

віку, що передбачає розсічення холедоха та два-  
надцятипалої кишки, евакуацію застійної жовчі та  
конкрементів із просвіту жовчної протоки, форму-  
вання білідигестивного анастомозу по типу "бік в  
бік" вузловими швами атравматичною голкою (вік-  
рил 4/0) без захвату слизових оболонок, який **від-  
різняється** тим, що розкриття просвіту холедоха в  
подовжньому напрямі виконується розрізом від 1,0  
до 1,5 см в супрадуоденальній ділянці, а дванад-  
цятипалу кишку розсікають в поперечному напрямі  
в низхідній ділянці по задньо-боковій стінці.

Корисна модель відноситься до хірургії поза-  
печінкових жовчних протоків і може бути викорис-  
таний при лікуванні хворих з порушенням прохід-  
ності позапечінкових жовчних шляхів. За даними  
О.О. Шалімова, частота виконання супрадуодена-  
льної холедоходуоденостомії складає 10 - 15%  
всіх операцій на жовчовивідних шляхах. Серед  
різних варіантів формування супрадуоденального  
холедоходуоденостомії найбільшу популяр-  
ність набула розроблена методика запропонована  
О.О.Шалімовим. Згідно з відомим способом за-  
гальну жовчну протоку розсікають в поперечному  
напрямі поблизу верхнього краю дванадцятипалої  
кишки розрізом від 15 до 20мм, накладають задній  
серо-серозний шов між протокою та стінкою два-  
надцятипалої кишки. Дванадцятипалу кишку розсі-  
кають в подовжньому напрямі розрізом незначно  
коротшим за лінію швів, відступивши від нього на  
3мм. Формують анастомоз за допомогою шва че-  
рез всі три оболонки холедоха та дванадцятипалої  
кишки. Закінчують формування анастомозу накла-  
данням переднього серозно-серозних швів. Для  
розвантаження анастомозу накладають кілька до-  
даткових швів між гепатодуоденальною зв'язкою  
та дванадцятипалою кишкою [Шалимов А.А., Коп-  
чак В.М., Сердюк В.П., Хомяк І.В. Хирургическое  
лечение рубцевых стриктур желчных протоков // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України: Збірник наук.  
Статей. - Харків, 2000. - С 109-110.].

При даній методиці на першому етапі викону-  
ють верхньо-серединну лапаротомію, відділяють  
холедох з гепатодуоденальною зв'язкою обережно,  
щоб не пошкодити портальну вену злегка припід-  
німають його пінцетом.

На другому етапі загальну жовчну протоку ро-  
зсікають в поперечному напрямі поблизу верхньо-  
го краю дванадцятипалої кишки розрізом до 20мм,  
накладають задній серо-серозний шов між прото-  
кою та стінкою дванадцятипалої кишки. Саму два-  
надцятипалу кишку розсікають в подовжньому на-  
прямі розрізом незначно коротшим за лінію швів,  
відступивши від них на 3мм.

На третьому етапі формують анастомоз швом  
через всі три оболонки холедоха та дванадцяти-  
палої кишки. Закінчують формування анастомозу  
накладанням переднього серозно-серозних швів.  
Натягнення анастомозу ліквідують кількома до-  
датковими швами між гепатодуоденальною зв'яз-  
кою та дванадцятипалою кишкою.

Основними недоліками відомого способу є те,  
що при розсіченні як холедоха, так і дванадцяти-  
палої кишки розрізи становлять біля 2-х см, які  
пересікають м'язевий прошарок холедоха та попе-  
речні м'язи дванадцятипалої кишки, що сприяє  
розвитку рефлюкса вмісту кишки в просвіт за-  
гальної жовчної протоки. Особливо це проявляється у  
хворих похилого та старечого віку, де на тлі холе-  
дохолітіазу чи стенозу фатерового сосочка спо-

(19) UA (11) 51169 (13) U

стерігається дискнезія позапечічкових жовчних шляхів за гіпотонічним типом та послаблення перистальтики дванадцятипалої кишки у вигляді постопераційного дуоденостазу.

В основу корисної моделі "Спосіб антирефлюксного супрадуоденального холедоходуоденоанастомозу при хірургічному лікуванні порушення прохідності позапечічкових жовчних шляхів у хворих похилого та старечого віку" поставлено завдання уникнути інтенсивного натягнення шва анастомозу між холедохом та дванадцятипалою кишкою та розвитку рефлюксу вмісту дванадцятипалої кишки в просвіт загальної жовчної протоки. Це досягається тим, де згідно з корисною моделлю, розсікають холедох розрізом в поздовжньому напрямі від 1,0 до 1,5см в супрадуоденальній ділянці. Дванадцятипалу кишку розсікають в поперечному напрямі в низхідній ділянці по задньо-боковій стінці та формують біліодигестивний анастомоз по типу "бік в бік" вузловими швами за допомогою атравматичної голки (вікріл 4/0) без захвату слизових оболонок.

Спосіб здійснюється таким чином. Виконують верхньо-серединну лапаротомію, відділяють холедох з гепатодуоденальної зв'язки. Розкривають просвіт холедоха розрізом в поздовжньому напрямі від 1,0 до 1,5см в супрадуоденальній ділянці. Дванадцятипалу кишку розсікають в поперечному напрямі в низхідній ділянці по задньо-боковій стінці. Після евакуації застійної жовчі та конкрементів із просвіту жовчної протоки формують біліодигестивний анастомоз по типу "бік в бік" вузловими швами за допомогою атравматичної голки (вікріл 4/0) без захвату слизових оболонок. Під анастомоз

підводять два дренажі типу Редона №6, лапаротомну рану ушивають. Таким чином, досягається мінімальне натягнення між дванадцятипалою кишкою та холедохом, а майже неушкоджений циркулярний прошарок м'язової оболонки попереджає небажаний рефлюкс вмісту кишки в просвіт холедогу.

Приклад. Історія хвороби №2207. Хворий Т., 78р., діагноз: жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, холедохолітіаз. Поступив 11.02.2009 на оперативне лікування в плановому порядку. 16.02.2009 хворому були виконані операції: 1) холецистектомія від шийки; 2) формування антирефлюксного супрадуоденального холедоходуоденоанастомозу за вищевказаною методикою. 25.02.2008 хворий виписаний із стаціонару.

В післяопераційному періоді ускладнень не спостерігалось. Хворий, на даний час, знаходиться на диспансерному обліку за місцем проживання, рецидиву захворювання та післяопераційних ускладнень не спостерігається.

Експериментально-клінічне впровадження запропонованого способу проведено на базі хірургічного відділення обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни м. Вінниці на 10 хворих. Безпосередні та віддалені результати оцінені за шкалою Visick як добрі. В одного хворого спостерігали післяопераційний холангіт.

Таким чином, запропонований спосіб дає змогу уникнути рефлюксу дуоденального вмісту у просвіт загальної протоки.