



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **112735** (13) **C2**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 17/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД**

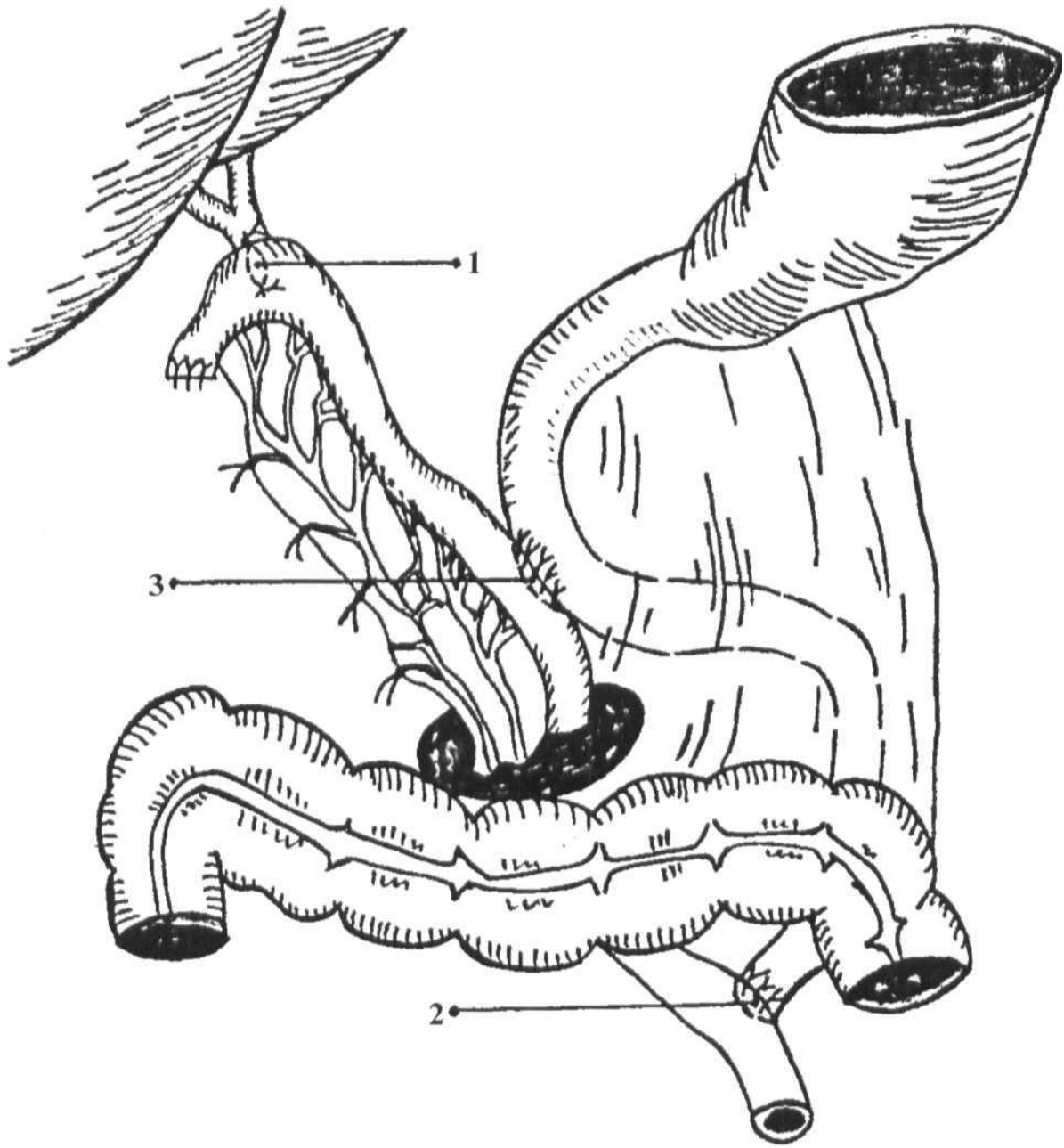
<p>(21) Номер заявки: <b>а 2015 11515</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>23.11.2015</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: <b>10.10.2016</b></p> <p>(41) Публікація відомостей про заяву: <b>24.06.2016, Бюл.№ 12</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.10.2016, Бюл.№ 19</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Каніковський Олег Євгенійович (UA), Карий Ярослав Володимирович (UA), Бондарчук Олег Іванович (UA), Бабійчук Юрій Валерійович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА,</b> вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p> <p>(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: Литтманн І. Оперативная хирургия. - Будапешт: И-во акад. наук Венгрии, 1982. - 1175 с. UA 6205 U, 15.04.2005 UA 29710 U, 25.01.2008 UA 16655 U, 15.08.2006 UA 65067 A, 15.03.2004</p>
--	--

**(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОГО АРЕФЛЮКСНОГО ГЕПАТИКОЄЮНОДУОДЕНАНАСТОМОЗУ**

**(57) Реферат:**

Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії позапечінкових жовчних проток. Спосіб комбінованого арефлюксного гепатикоєюнодуоденоанастомозу передбачає пересічення порожньої кишки на 8-10 см нижче зв'язки Трейца та формування арефлюксного гепатикоєюноанастомозу за типом "бік в бік", після чого накладають міжкишковий анастомоз за типом "кінець в бік" на 30-40 см від попередньо сформованого біліодигестивного анастомозу, а також формують додатковий дуоденоєюноанастомоз за типом "бік в бік" між виключеним сегментом порожньої кишки і низхідною гілкою дванадцятипалої кишки.

UA 112735 C2



Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії позапечінкових жовчних проток і може використовуватись при "великих" пошкодженнях (більше  $\frac{1}{2}$  окружності протоки) та високих стриктурах позапечінкових жовчних проток (III, IV тип за Н. Bismuth).

Незважаючи на досягнення гепатобіліарної хірургії чисельні аспекти проблеми відновлення прохідності жовчних проток вирішені не повністю. Так, формування холедоходуоденоанастомозу в 30-35 % випадків приводить до рефлюкс-холангіту. Накладання холедохоеюноанастомозу за Ру з петлею тонкої кишки, виключеної з харчування на 60-80 см, сприяє зниженню ризику розвитку холангіту, але це призводить до порушення моторики мобілізованого сегмента кишки (Ру-стаз-синдром). Окрім того, виникає ризик розвитку "ахолічних" виразок дванадцятипалої кишки через припинення потрапляння в неї жовчі [Желчеотводящие анастомозы в билиарной хирургии / [В.М. Копчак, И.В. Хомяк, В.Г. Мишалов и др.]. - К.: Лига-Информ, 2004. - 123 с].

Найбільш близьким до запропонованого способу є спосіб гепатикоєюностомії за Ру [Литтманн И. Оперативная хирургия. - Будапешт: И-во акад. наук Венгрии., 1982. - 1175 с]. Техніка операції наступна: відступивши на 25-30 см від зв'язки Трейца поперечно пересікають тонку кишку і дві дистальні судинні аркади її брижі. Нижню ділянку пересіченої кишки проводять через вікно у брижі поперечної ободової кишки в підпечінковий простір, де двохранним швом формують гепатикоєюноанастомоз за типом "кінець в бік". Відновлюють неперервність кишкової трубки накладанням двохранного міжкишкового анастомозу за типом "кінець в бік", відступивши на 50-80 см від попередньо сформованої гепатикоєюностомії.

Однак, відомий спосіб має ряд недоліків:

- виключається довгий сегмент тонкої кишки (50-80 см) з процесу травлення;
- припиняється поступлення жовчі у дванадцятипалу кишку, що є причиною виникнення "ахолічних" виразок;
- низьке пересічення тонкої кишки приводить до "відключення" мобілізованого сегмента кишки від водія кишкового ритму з подальшим порушенням його моторики (Ру-стаз-синдром);
- не профілактус органічний дуоденостаз, який супроводжується механічною жовтяницею.

В основу винаходу "Спосіб комбінованого арефлюксного гепатикоєюнодуоденоанастомозу" поставлена задача: зберегти або відновити пасаж жовчі у дванадцятипалу кишку, попередити дигестивно-біліарний рефлюкс та розвиток Ру-стаз-синдрому, а також провести декомпресію дванадцятипалої кишки.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі гепатикоєюностомії за Ру, що включає поперечне пересічення тонкої кишки з подальшим формуванням на мобілізованому сегменті кишки гепатикоєюноанастомозу і міжкишкового анастомозу за типом "кінець в бік", згідно із запропонованим рішенням порожню кишку пересікають на 8-10 см нижче зв'язки Трейца та формують арефлюксний гепатикоєюноанастомоз за типом "бік в бік", після чого накладають міжкишковий анастомоз за типом "кінець в бік" на 30-40 см від попередньо сформованого білідигестивного анастомозу, а також формують додатковий дуоденоєюноанастомоз за типом "бік в бік" між виключеним сегментом порожньої кишки і низхідною гілкою дванадцятипалої кишки.

Спосіб виконують таким чином (рис.). Під ендотрахеальним наркозом проводять верхньо-середню лапаротомію. Після ревізії органів черевної порожнини і мобілізації дуоденоєюнального згину пересікають порожню кишку на 8-10 см нижче зв'язки Трейца зі збереженням аркади першого порядку першої єюнальної артерії. Мобілізують сегмент тонкої кишки на 30-40 см та проводять через вікно у брижі поперечної ободової кишки у підпечінковий простір, де розташовують його ізоперестальтично у напрямку від спільної печінкової протоки до дванадцятипалої кишки, що в подальшому дає можливість попередити дигестивно-біліарний рефлюкс. Другим чинником захисту жовчних проток від кишкового вмісту є створення арефлюксного гепатикоєюноанастомозу за типом "бік в бік" 1. Техніка його формування наступна: відступивши на 3-4 см від заглушеного кінця тонкої кишки, прошивають і підтягують вгору передню стінку порожньої кишки, щоб утворився конус. Під лігатурою висікають стінку кишки і розширюють точковий отвір за допомогою затискача у поперечному напрямку. Далі проводять повздожню гепатикотомію між двома тримачами та формують анастомоз між спільною печінковою протокою і порожньою кишкою однорядним вузловим швом, використовуючи нитку, що розсмоктується (вікріл, максон, полідіоксанон 4/0-6/0) на атравматичній голці. Шви накладають через кожні 2-3 мм через всі шари анастомозуючих органів. Діаметр сформованого білідигестивного анастомозу був не менше 1,5-2 см. При неможливості накладання широкого співустьтя проводять повздожнє розсічення передньої стінки лівої печінкової протоки. Відновлюють неперервність кишкової трубки накладанням двохранного міжкишкового анастомозу за типом "кінець в бік" 2 на 30-40 см від попередньо

сформованого білідигестивного анастомозу. Перевагами даного анастомозу є те, що не відбувається пошкодження повздожньої і поперечної мускулатури порожньої кишки. При проходженні перистальтичної хвилі стінка кишки "змикається", перешкоджаючи рефлюксу кишкового вмісту в жовчні протоки. Також запропонований спосіб гепатикоєюностомії зберігає природний шлях відтоку жовчі у дванадцятипалу кишку через великий сосочок дванадцятипалої кишки. Однак при непрохідності дистального відділу спільної жовчної протоки жовч не потрапляє у дванадцятипалу кишку, що є причиною розвитку пептичних виразок. Для попередження даного ускладнення та профілактики органічного дуоденостазу нами запропоновано формувати додатковий дуоденоєюноанастомоз за типом "бік в бік" між виключеним сегментом порожньої кишки і низхідною гілкою дванадцятипалої кишки 3.

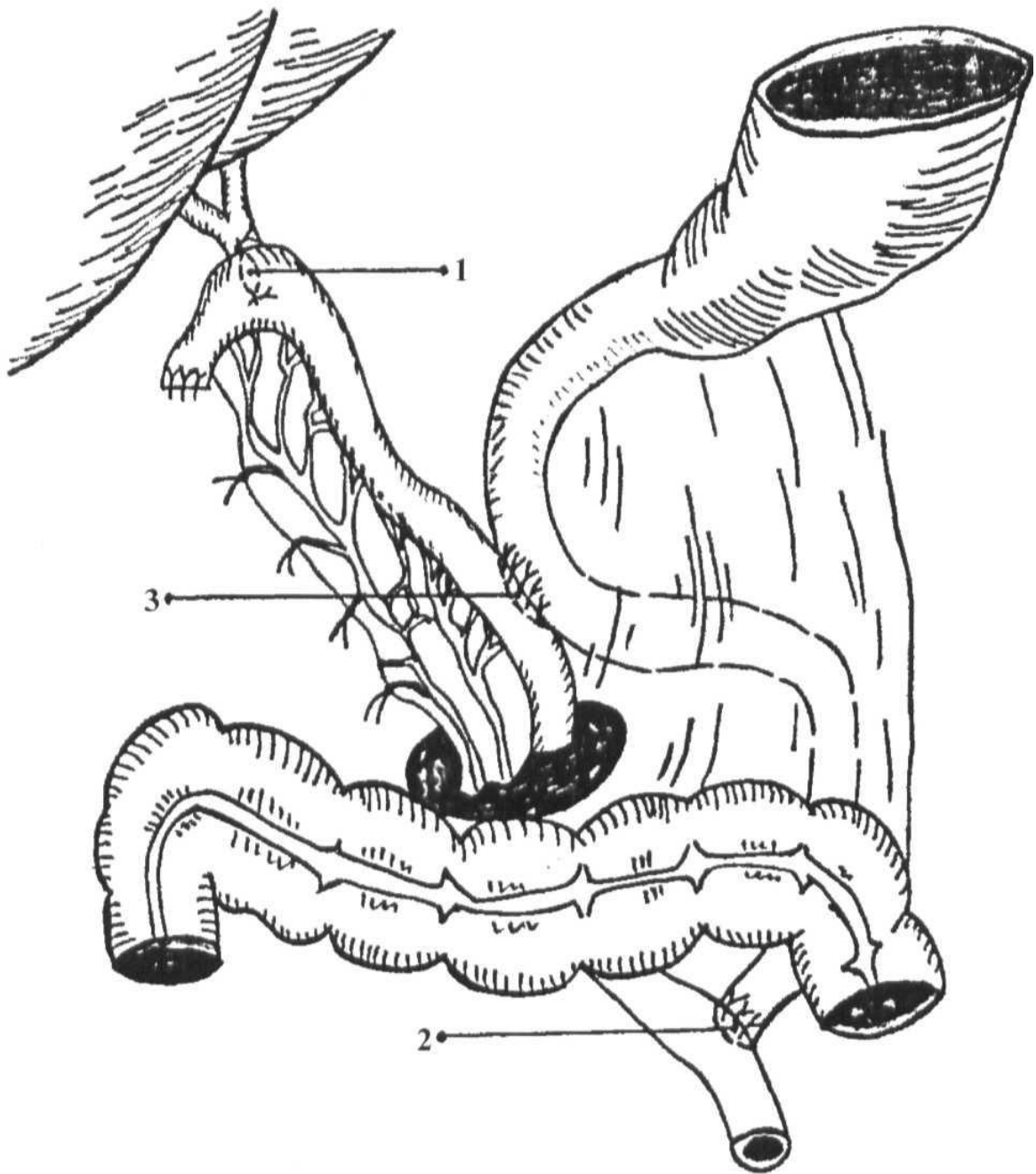
Приклад: хвора К., історія хвороби № 4012 знаходилась на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні Вінницького обласного клінічного госпіталю ветеранів війни з 15.12.14 до 26.12.14 з діагнозом: післяхолецистектомічний синдром, стриктура спільної жовчної протоки, механічна жовтяниця. Рік тому проведено лапароскопічну холецистектомію з приводу гострого калькульозного холециститу. Протягом останнього місяця спостерігалось наростання ознак механічної жовтяниці. Хвора оперована за невідкладними показами. Під час операції проведено інтраопераційну холангіографію. За результатами якої діагностовано стриктуру супрадуоденального відділу спільної жовчної протоки та розширення спільної печінкової протоки. Діаметр спільної печінкової протоки дав можливість сформувати арефлюксний гепатикоєюноанастомоз за типом "бік в бік" діаметром 2,0 см однорядним вузловим швом. Відновили неперервність кишкової трубки накладанням двохрядного міжкишкового анастомозу за типом "кінець в бік" на 30-40 см від попередньо сформованого білідигестивного анастомозу. Для попередження утворення пептичних виразок дванадцятипалої кишки і розвитку органічного дуоденостазу сформовано додатковий дуоденоєюноанастомоз за типом "бік в бік" між виключеним сегментом порожньої кишки та низхідною гілкою дванадцятипалої кишки. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хвора в задовільному стані виписана з стаціонару. Ознак рецидиву стриктури позапечінкових жовчних проток у віддаленому періоді не було.

30

#### ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

Спосіб комбінованого арефлюксного гепатикоєюнодуоденоанастомозу, що включає поперечне пересічення тонкої кишки з подальшим формуванням на мобілізованому сегменті кишки гепатикоєюноанастомозу і міжкишкового анастомозу за типом "кінець в бік", який **відрізняється** тим, що порожню кишку пересікають на 8-10 см нижче зв'язки Трейца та формують арефлюксний гепатикоєюноанастомоз за типом "бік в бік", після чого накладають міжкишковий анастомоз за типом "кінець в бік" на 30-40 см від попередньо сформованого білідигестивного анастомозу, а також формують додатковий дуоденоєюноанастомоз за типом "бік в бік" між виключеним сегментом порожньої кишки і низхідною гілкою дванадцятипалої кишки.

35



---

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

---

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