



УКРАЇНА

(19) UA (11) 85986 (13) C2
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗУ З ЗАСТОСУВАННЯМ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ТЕХНІКИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РЕФЛЮКСУ ДУОДЕНАЛЬНОГО ВМІСТУ

1

2

(21) а200806255

(22) 12.05.2008

(24) 10.03.2009

(46) 10.03.2009, Бюл.№ 5, 2009 р.

(72) КАНІКОВСЬКИЙ ОЛЕГ ЄВГЕНІЙОВИЧ, UA,
КАДОЩУК ТАРАС АДАМОВИЧ, UA, ХАРЧУК ОЛЕ-
КСІЙ ВІКТОРОВИЧ, UA, ГНАТЮК ЮРІЙ ПЕТРО-
ВИЧ, UA

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

(56) UA A 35833 16.04.2001

RU C1 2302831 20.07.2007

RU C1 2177268 27.12.2001

(57) Спосіб формування холедоходуоденоанасто-
мозу з застосуванням інтраопераційної техніки по-

передження рефлюксу дуоденального вмісту шля-
хом створення клапанного механізму в місці
білідигестивного з'єднання, який **відрізняється**
тим, що після виконання повздожньої холедохо-
томії в ретродуоденальній або супрадуоденальній
частині холедоха та поперечної дуоденотомії пів-
місяцевої форми випуклою частиною в проксима-
льному напрямку, формують анастомоз за типом
бік-в-бік вузловими швами в один ряд, інвагінуючи
півмісяцевий лоскут стінки дванадцятипалої кишки
в її порожнину, формуючи клапан білідигестивно-
го з'єднання, а потім виконують підсікання зв'язки
Трейца, низведення і часткове випрямлення два-
надцятипалої кишки з її фіксацією в випрямленому
положенні.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до
хірургії жовчних шляхів, і може бути використаним
для лікування захворювань гепатобіліарної систе-
ми, а саме для профілактики рефлюксхолангіту
при внутрішній декомпресії біліарного тракту.

Відомі способи формування холедоходуоде-
ноанастомозу за Юрашем в модифікації Виногра-
дова та за Шалімовим, принцип яких заключається
в зшиванні загальної жовчної протоки та
дванадцятипалої кишки бік-в-бік дворядними шва-
ми [Шалімов А.А. Хирургия печени и желчевыво-
дящих путей - К.: Здоров'я 1993. - С. 425-428].

Однак, у зв'язку з використанням дворядного
шва при формуванні білідигестивних анастомозів
у такий спосіб часто виникає деформація кишки
та, особливо, холедоха [Шалімов А.А., Доманский
Б.В. Ничитайло М.Е. и др. Рубцовый стеноз холе-
доходуоденоанастомоза // Вести, хирургии им.
Грекова. - 1998. - Т. 141, № 11. - С. 115-118]. Крім
того, ці способи не дотримуються принципу
арефлюксності.

Відомий спосіб формування холедоходуоде-
ноанастомозу із попередженням рефлюкса дуоде-
нального вмісту, який полягає в поперечному
передсіканні холедоха в ретродуоденальній зоні,
проксимальний його кінець розсікають в повздож-
ньому напрямку на три пелюстки і при зшиванні

холедоха із дванадцятипалою кишкою розсічений
сегмент холедоха інвагінують в просвіт кишки
[Пат. 35833 UA, A61B17/00. Спосіб попередження
рефлюксу дуоденального вмісту при формуванні
холедоходуоденоанастомозу / Ковальчук Л.Я., Вен-
гер І.К., Беденюк А.Д., гашинський І.В. - №
98126561; Заявл. 11.XII.1998; Опубл. 16.04.2001,
Бюл. № 3].

Недоліком відомого способу, як і всіх
термінолатеральних анастомозів, є те, що після
його формування залишається сліпа кишеня в
ділянці дистального ушитого відрізка загальної
жовчної протоки, і при умові повного блоку дуоде-
нального сосочка виникне повний блок відтоку
панкреатичного соку з розвитком
внутрішньопротокової панкреатичної гіпертензії та
панкреатиту. Другим недоліком способу прототипу
є те, що слизова оболонка інвагінаного сегменту
холедоха знаходиться в постійному контакті з аг-
ресивним середовищем порожнини
дванадцятипалої кишки, що є передумовою роз-
витку запалення в слизовій даного сегмента, а в
подальшому і всього гепатікохоледоха. Крім того
вище наведений спосіб не включає корекцію та
профілактику дуоденостазу, розвиток якого
повністю нівелює принцип арефлюксності анасто-
мозу.

(13) C2

(11) 85986

(19) UA

В основу винаходу «Спосіб формування холедоходуаноанастомозу з застосуванням інтраопераційної техніки попередження рефлюкса дуоденального вмісту» поставлене завдання вдосконалити спосіб формування холедоходуаноанастомозу і знизити частоту розвитку післяопераційних ускладнень шляхом створення клапанного механізму в місці біліодигестивного з'єднання (методика місцевої профілактики дуоденобіліарного рефлюксу) та інтраопераційної корекції дуоденостазу (регіонарна профілактика рефлюксу).

Поставлене завдання вирішують тим, що у способі формування холедоходуаноанастомозу з застосуванням інтраопераційної техніки попередження рефлюкса дуоденального вмісту шляхом створення клапанного механізму в місці біліодигестивного з'єднання та інтраопераційної корекції дуоденостазу, згідно до винаходу, виконавши повздожню холедохотомію в ретродуоденальній або супрадуоденальній частині холедоха та поперечну дуоденотомію півмісяцевої форми випуклою частиною в проксимальному напрямку, формують анастомоз за типом бік-в-бік вузловими швами в один ряд інвагінуючи півмісяцевий лоскут стінки дванадцятипалої кишки в її порожнину, формуючи клапан біліодигестивного з'єднання (місцева профілактика рефлюксу), а потім виконують підсікання зв'язки Трейца, низведення і часткове випрямлення дванадцятипалої кишки з її фіксацією в низведеному положенні (регіонарна профілактика рефлюксу).

Виконання способу ілюструється кресленням.

Перелік фігур креслень.

Фіг. 1 - холедохотомія та дуоденотомія.

Фіг. 2 - особливості техніки формування клапанного механізму під час холедоходуоденостомії.

Фіг. 3 - схема роботи клапана зсередини.

Фіг. 4 - низведення термінального відділу дванадцятипалої кишки.

А. Пересічення зв'язки Трейца.

Б. Фіксація дванадцятипалої кишки.

Спосіб виконують таким чином.

Мобілізують супрадуоденальну та, по можливості, ретродуоденальну частини холедоха 1, Вибирають та підготовлюють майданчик для майбутнього анастомозу на низхідній частині дванадцятипалої кишки 2, враховуючи індивідуальну топографію гепатикохоледоха. Виконують повздожню холедохотомію 3 довжиною 15 мм в мобілізованій супра- або ретродуоденальній частині загальної жовчної протоки. Виконують повноцінну ревізію підпечіткових жовчних протоків. В ділянці індивідуально підібраного майданчика кишки виконують дуоденотомію 4 в поперечному напрямку довжиною 15 мм півмісяцевої форми випуклою частиною до привідного відділу кишки (Фіг. 1).

Формують холедоходуоденостомоз за типом бік-в-бік вузловими швами 5 в один ряд крізь всі шари стінок обох порожнистих органів. При формуванні верхнього краю анастомозу, відступивши 10 мм від краю дуоденотомного отво-

ру 6 в проксимальному напрямку, в шов беруть серозно-м'язові шари стінки дванадцятипалої кишки (Фіг. 2).

При затягуванні вузла, півмісяцевий лоскут 7 інвагінується в порожнину дванадцятипалої кишки 2, формуючи щільноподібний клапанний механізм (Фіг. 3).

Після формування анастомозу, з метою профілактики дуоденостазу та дуоденобіліарного рефлюксу, виконують підсікання зв'язки Трейца 8 (Фіг. 4А), термінальний відділ дванадцятипалої кишки 2 низводять (чим досягається її часткове випрямлення) та фіксують серо-серзними швами 9 до парієтальної очеревини задньої стінки черевної порожнини з метою профілактики злукового процесу між травмованою очеревиною та кишкою і попередження відновлення дуоденоєюнального перегибу, дефект очеревини ушивають вузловими швами 10 (Фіг. 4Б).

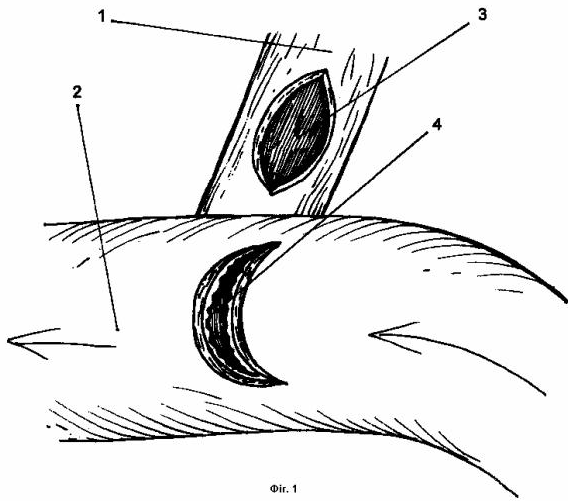
Приклад.

Хворий М., 64 років, госпіталізований до клініки в стані середнього ступеню важкості зі скаргами на болі в правому підребір'ї, жовте забарвлення шкіри, підвищення температури тіла, нудоту, темну сечу, знебарвлений кал. П'ять років тому переніс холецистектомію з приводу калькульозного холецистита. Встановлено діагноз: ПХЕС. Резидуальний холедохолітіаз. Стенозуючий папіліт. Механічна жовтяниця. Ендогенна інтоксикація. Спайкова хвороба черевної порожнини.

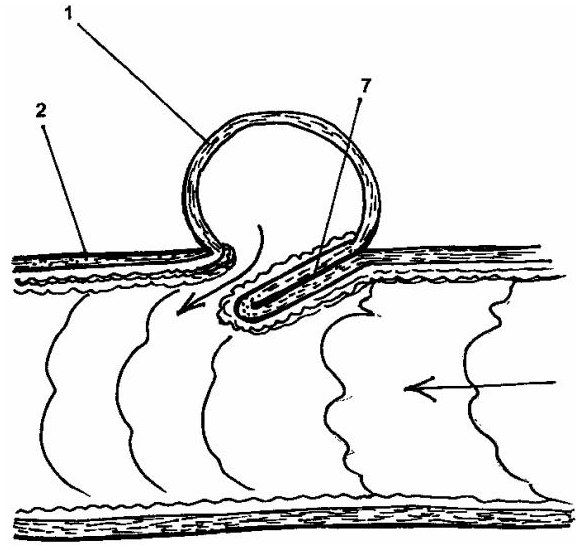
Хворому виконана лапаротомія, роз'єднання злук черевної порожнини, виділені жовчні шляхи, повздожня холедохолітотомія, поперечна дуоденотомія, що має півмісяцеву форму випуклою частиною в проксимальному напрямку, сформований холедоходуоденостомоз бік-в-бік вузловими швами в один ряд з інвагнацією півмісяцевого лоскуту стінки дванадцятипалої кишки в її поросвіт, утворюючи клапан біліодигестивного з'єднання, підсічена зв'язка Трейца, дванадцятипала кишка низведена та фіксована. Післяопераційний період протікав без ускладнень, жовтяниця регресувала, через 14 діб хворий в задовільному стані виписаний з відділення.

Проведений аналіз віддалених результатів (через 6,5-12 місяців) лікування 6 хворих із застосуванням запропонованого способу формування холедоходуоденостомозу (в 4 випадках з приводу ЖКХ, ускладненою холелітіазом та холангітом, 1 - з приводу резидуального холедохолітіазу, 1 - рак голівки підшлункової залози). Ускладнень не виявлено. Відмічається задовільна евакуація жовчі в дванадцятипалу кишку, рефлюкса дуоденального вмісту в жовчні протоки в жодному випадку не виявлено.

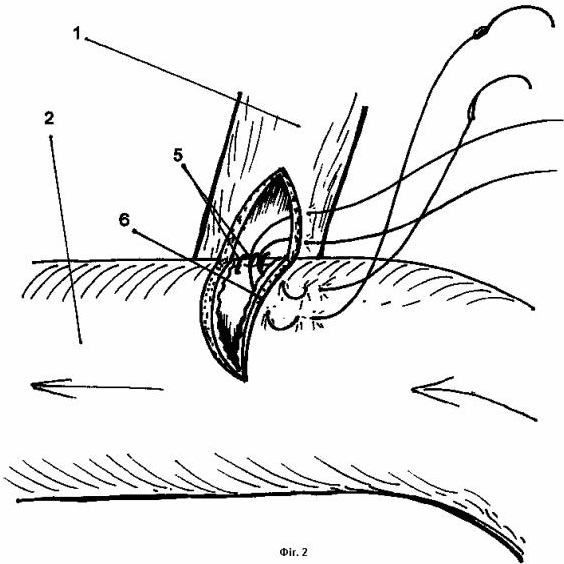
Наведені приклади свідчать, що при формуванні холедоходуоденостомоза запропонованим способом із застосуванням інтраопераційної техніки попередження рефлюкса дуоденального вмісту ранній та пізній післяопераційні періоди протікають без ускладнень, а терміни одужання скорочуються.



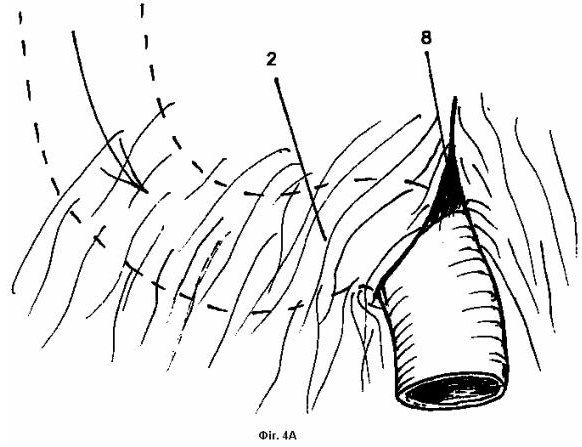
Фиг. 1



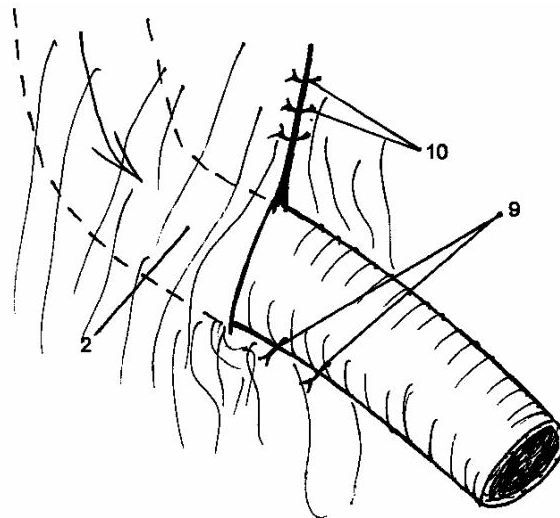
Фиг. 3



Фиг. 2



Фиг. 4А



Фиг. 4Б

