



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36794 (13) U
(51) МПК (2006)
A61M 27/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АТРЕЗІЇ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ ПРИ ЗБЕРЕЖЕНІЙ ПРОХІДНОСТІ МІХУРОВОЇ ПРОТОКИ

1

2

(21) u200806257

(22) 12.05.2008

(24) 10.11.2008

(46) 10.11.2008, Бюл.№ 21, 2008 р.

(72) ЗЕЛІНСЬКИЙ АРТЕМ ІГОРОВИЧ, UA, БУРЯК
РОМАН ВІКТОРОВИЧ, UA, ГРЕБЕНЮК ДМИТРО
ІГОРОВИЧ, UA(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, UA(57) Спосіб лікування атрезії загальної жовчної
протоки при збереженій прохідності міхурової про-
токи, що передбачає формування холецистоєю-

нодуоденоанастомозу з інтерпозицією сегмента тонкої кишки, який **відрізняється** тим, що холецистоєюанастомоз накладають за типом "кінець-в-кінець" між сегментом тонкої кишки та шийкою жовчного міхура, а дно та тіло жовчного міхура попередньо антеградно мобілізують та резектують зі збереженням міхурової артерії, зі стінки тонкокишкового сегмента формують інвагінаційний клапан за Puri, далі накладають однорядний вузловий єюнодуоденальний анастомоз за типом "бік-в-бік" шириною 5-6 мм між сегментом тонкої кишки та дванадцятипалою кишкою.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, а саме до хірургії жовчовивідних шляхів, і може бути використана при лікуванні атрезії загальної жовчної протоки.

Відомий спосіб лікування атрезії загальної жовчної протоки, що полягає у висіченні змінених тканин загальної жовчної протоки та формуванні холедохоєюанастомозу на виключеній за Roux петлі тонкої кишки [Glassman, Jacob A., -"Biliary Tract Surgery" /Macmillan/, 1989].

Недоліком відомого способу є те, що для його виконання необхідно використовувати спеціальне мікрохірургічне обладнання, а малий калібр жовчних шляхів у дітей раннього віку робить формування адекватного холедохоєюанастомозу технічно надзвичайно важким; розвиток дигестивно-біліарного рефлюкса призводить до формування холангіогенних абсцесів і вторинного біліарного цирозу печінки; виключення з пасажу великого за довжиною сегмента тонкої кишки призводить до розвитку синдромів "короткої тонкої кишки" та "низького відведення жовчі" [Blumgart L.H. "Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas, 4th Edition" / Elsevier, 2007].

В основу розробки корисної моделі "Спосіб лікування атрезії загальної жовчної протоки при збереженій прохідності міхурової протоки" поставлене завдання спростити накладання білідигестивного анастомозу, попередити дигестивно-біліарний рефлюкс, забезпечити відтік жовчі в 12-палу кишку.

Поставлене завдання здійснюється способом лікування атрезії загальної жовчної протоки при збереженій прохідності міхурової протоки, що передбачає формування аретфлюксного ізоперитальтичного холецистоєюнодуоденоанастомозу з інтерпозицією сегмента тонкої кишки де згідно корисної моделі холецистоєюанастомоз накладають за типом "кінець-в-кінець" між сегментом тонкої кишки та шийкою жовчного міхура, а дно та тіло жовчного міхура попередньо антеградно мобілізують та резектують зі збереженням міхурової артерії, зі стінки тонкокишкового сегмента формують інвагінаційний клапан за Puri [P. Puri, M.E. Hollwarth (Eds.) "Pediatric surgery" / Springer 2007]. Далі формують єюнодуоденоанастомоз між сегментом тонкої кишки та 12-палою кишкою за типом "бік-в-бік", ширина анастомозу 5-6мм.

Етапи здійснення способу схематично зображені на фігурах.

Фіг. 1. - антеградна мобілізація дна та тіла жовчного міхура зі збереженням міхурової артерії;

Фіг. 2 - виключення сегмента тонкої кишки;

Фіг. 3 - формування анастомозу між сегментом тонкої кишки і шийкою жовчного міхура;

Фіг. 4 - формування клапану за Puri;

Фіг. 5 - кінцевий вигляд після формування єюнодуоденального анастомозу за типом "бік-в-бік" та єюноєюанального анастомозу за типом "кінець-в-кінець".

Спосіб здійснюється таким чином. Після виконання оперативного доступу, ревізії органів черев-

(13) U

(11) 36794

(19) UA

ної порожнини та встановлення наявності функціонуючого жовчного міхура антеградно мобілізують та резектують зі збереженням міхурової артерії дно та тіло жовчного міхура (Фіг. 1). Далі виключають сегмент тонкої кишки довжиною 15-20см на відстані 20-30см від зв'язки Трейца на живлячій ніжці (Фіг. 2). Формують «вікно» в брижі поперечної ободової кишки зліва від середніх ободових судин. Кишковий сегмент на живлячій ніжці проводять через утворене «вікно». Холецистоєюноанастомоз накладають однорядними вузловими швами по типу "кінець-в-кінець" з шийкою жовчного міхура (Фіг. 3). Це профілактує розвиток вогнища хронічної інфекції у жовчному міхурі, Гейстерові клапани забезпечують арефлюксність анастомозу. Кишковий сегмент фіксують 2-3 вузловими швами до ложа жовчного міхура. Зі стінки виключеного сегменту тонкої кишки шляхом виконання циркулярної сероміоектомії з наступним ушиванням однорядними вузловими швами формують арефлюксний клапан за Рупі (Фіг. 4). Далі накладають однорядний вузловий єюнодуоденальний анастомоз за типом "бік-в-бік" шириною 5-6мм. Безперервність шлунково-кишкового тракту відновлюють однорядним вузловим єюноєюнальним анастомозом за типом "кінець-в-кінець" (Фіг. 5). За показами виконується дренування черевної порожнини.

Приклад. Оперативне втручання виконано 10.11.2007 в операційній віварію ВНМУ ім. М.І. Пирогова. На експеримент отримано дозвіл комітету з біоетики від 25.06.2003.

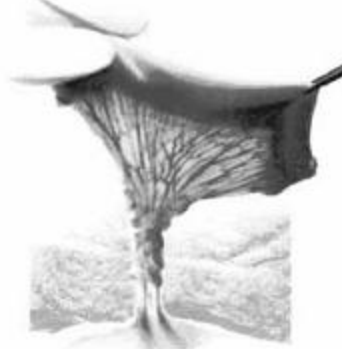
Експеримент було проведено на безпородній собаці чоловічої статі вагою 5кг після двотижневого карантину. Під комбінованим наркозом тіопентал-натрій та кетамін після обробки операційного

поля за Пироговим виконано верхню серединну лапаротомію. Проведено ревізію органів черевної порожнини, візуалізовано супрадуоденальну частину холедоха. На 0,5см дистальніше місця з'єднання міхурової протоки та загальної печінкової протоки накладено лігатуру на холедох. Операційна рана ушита пошарово наглухо.

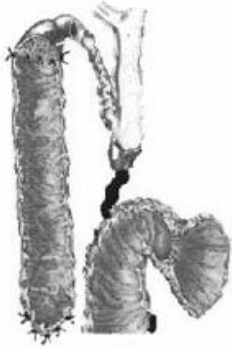
На сьому добу 17.11.2007 під комбінованим наркозом тіопентал-натрій та кетамін після обробки операційного поля за Пироговим виконано верхню серединну релапаротомію, ревізію органів черевної порожнини, виявлені напружені та розширені загальну печінкову протоку та жовчний міхур. Далі проведено антеградно мобілізацію та резекцію дна та тіла жовчного міхура зі збереженням міхурової артерії. Потім виключено сегмент тонкої кишки довжиною 20см на відстані 30см від зв'язки Трейца на живлячій ніжці. Сформовано «вікно» в брижі поперечної ободової кишки зліва від середніх ободових судин. Кишковий сегмент на живлячій ніжці проведено через утворене «вікно». Холецистоєюноанастомоз накладають однорядними вузловими швами по типу "кінець-в-кінець" з шийкою жовчного міхура. Кишковий сегмент фіксовано 3 вузловими швами до ложа жовчного міхура. Зі стінки виключеного сегменту тонкої кишки шляхом виконання циркулярної сероміоектомії з наступним ушиванням однорядними вузловими швами сформовано арефлюксний клапан за Рупі. Далі накладено однорядний вузловий єюнодуоденальний анастомоз за типом "бік-в-бік" шириною 6мм. Безперервність шлунково-кишкового тракту відновлено однорядним вузловим єюноєюнальним анастомозом за типом "кінець-в-кінець". Кінцевий контроль на гемостаз та сторонні тіла. Операційна рана ушита пошарово наглухо.



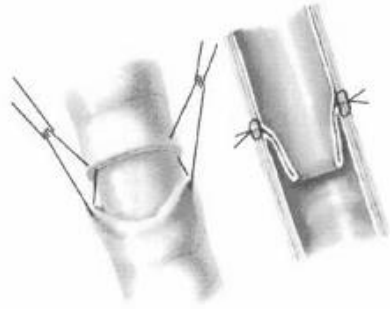
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4



Фіг. 5