



УКРАЇНА

(19) UA (11) 12146 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ АРЕФЛЮКСНОГО КЛАПАННОГО ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200507843

(22) 08.08.2005

(24) 16.01.2006

(46) 16.01.2006, Бюл. № 1, 2006 р.

(72) Шостак Василь Михайлович

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

(57) Спосіб арефлюксного клапанного холедоходуоденоанастомозу, що включає накладання холедоходуоденоанастомозу, який **відрізняється** тим, що в ділянці анастомозу формують „клапан” із слизової дванадцятипалої кишки у вигляді дуплікатури.

Корисна модель відноситься до медицини і, зокрема, до хірургії і може бути застосована при накладанні біліодигестивного анастомозу.

Відомий спосіб холедоходуоденоанастомозу за типом „бік у бік” за Юрашем [підручник „Шпитальна хірургія” 1999, с.429] характеризується тим, що при ньому залишається „сліпий” мішок із ретродуоденальної, панкреатичної та інтрамуральної частини загальної жовчної протоки.

Недоліки: мішок погано спорожняється, відбувається застій жовчі, її інфікування та постійне вогнище для розвитку термінального або дистального холангіту; попадання кишкового вмісту із дванадцятипалої кишки в загальну жовчну протоку, особливо при дуоденостазі, приводить до розвитку висхідного холангіту.

В основу корисної моделі „Спосіб арефлюксного клапанного холедоходуоденоанастомозу” поставлено завдання шляхом створення „клапана” із слизової дванадцятипалої кишки запобігти попаданню кишкового вмісту в жовчні шляхи і розвитку висхідного холангіту.

Поставлене завдання досягається тим, що із слизової оболонки дванадцятипалої кишки формують дуплікатуру в вигляді клапану, який прикриває отвір анастомозу і запобігає попаданню кишкового вмісту в холедох,

Етапи накладання анастомозу схематично показані на фігурах.

Фіг.1 - Поздовжній розріз супра- та ретродуоденального відділу передньої стінки холедоха і поперечний розріз заочеревинного і очеревинного відділу передньо-верхньої і передньої стінки горизонтальної частини дванадцятипалої кишки після мобілізації її за Кохером. Фіг.2 - Розкриття отвору холедоха до ромбовидної форми за допомогою

двох бокових лігатур-трималок. Розріз серозного і м'язового шару передньої стінки дванадцятипалої кишки. Фіг.3 - Накладання двох лігатур-трималок на серозний і м'язовий шар передньої і передньо-верхньої стінки дванадцятипалої кишки. Пунктиром показано напрям висічення клапану із слизової оболонки передньої стінки дванадцятипалої кишки. Фіг.4 - Формування дуплікатури слизової оболонки шляхом її вивертання. Фіг.5 - Сформований клапан із подвійної слизової оболонки передньої стінки дванадцятипалої кишки і укріплений неперервним швом дексоною ниткою. Фіг.6 - Вигляд задньої губи холедоходуоденоанастомозу і сформованого клапану із слизової передньої стінки дванадцятипалої кишки та формування передньої губи анастомозу. Фіг.7 - Загальний вигляд арефлюксного клапанного холедоходуоденоанастомозу і напрям проходження жовчі і вмісту дванадцятипалої кишки.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після розтину черевної порожнини, проведеної ревізії і визначення розширеного холедоха до 1,5-2см при наявності каменів, тубулярного стенозу холедоха, стенозуючого папіліта, проводять поздовжню холедохотомію до 1,5см в супрадуоденальній частині холедоха та видаляють конкременти. Провіряють прохідність термінального відділу холедоха в дванадцятипалу кишку за допомогою модифікованого зонда та інтраопераційної холангіографії.

При визначеній непрохідності термінального відділу холедоха накладають супра- та ретродуоденальний арефлюксний клапанний холедоходуоденоанастомоз за слідуною методикою.

Мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером на глибину до 3-4см і довжиною до 5-6см у місця переходу холедоха на дванадцятипалу

UA (11) 12146 (13) U

кишку. Виділяють заочеревинний ретродуоденальний відділ холедоха та дванадцятипалої кишки. Розкривають просвіт дванадцятипалої кишки в поперечному напрямку з задньої та передньої стінки верхньої горизонтальної частини, відповідно до 1,5 см (Фіг.1). Розсікають серозну і м'язову оболонку, доходять до підслизового шару і розкривають слизову нищу і дистальніше в вигляді напівовала або язика довжиною 1,5см і шириною 1,5см.

Супрадуоденальну частину холедоха розкривають в поздовжньому напрямку до 1,5см, покритого очеревиною, а також 1,5см ретродуоденальної частини в заочеревинному просторі (Фіг.2). На протилежні сторони розкритого холедоха та дванадцятипалої кишки у місці переходу очеревинного відділу в заочеревинний накладають 4 лігатури-тримаяки. За допомогою лігатур-трималок розкривають просвіт дванадцятипалої кишки та холедоха до ромбовидної форми (Фіг.3). Після чого, накладають вузлові шви на м'язову оболонку дванадцятипалої кишки і холедоха та формують задню губу анастомозу із ретродуоденальної частини дванадцятипалої кишки і холедоха. В подальшому накладають внутрішні вузлові шви атравматичною голкою на слизову і м'язову оболонки дванадцятипалої кишки та м'язову і слизову холедоха. Вільний край слизової оболонки передньої стінки дванадцятипалої кишки вивертають та підшивають окремими вузловими швами до її основи, м'язової та серозної оболонки (Фіг.4). Таким чином утворюють дублікатуру слизової оболонки передньої стінки дванадцятипалої кишки в вигляді язика, яка після цього буде виконувати функцію клапана (Фіг.5). Укріплюють клапан неперервним швом по боковим поверхням тонкою дексоновою ниткою - 0,1мм. Формують передню губу анастомозу накладанням двохранних вузлових швів атравматичною голкою. Внутрішній ряд: слизова-сероза-сероза-слизова. Зовнішній ряд: серосерозні вузлові шви. Накладають на кожний ряд по 5-6 вузлових швів на відстанні до 0,3-0,4см (Фіг.6). Після накладання швів отвір анастомозу досягає 2см. Слизова передньої стінки дванадцятипалої кишки в вигляді дублікатури „клапана" перекриває отвір анастомозу наполовину. При скороченні кругових м'язів дванадцятипалої кишки отвір анастомозу зменшується, а за рахунок клапана майже повністю перекривається, що значно зменшує закидання кишкового вмісту в холедожд, зменшує його інфікування та попереджує розвиток висхідного холангіту (Фіг.7).

Таким чином, накладання супра- та ретродуоденального арефлюксного клапанного холедоходуоденоанастомозу зменшує „сліпий" мішок, та попереджує закидання кишкового вмісту в холедожд, зменшує його інфікування та розвиток висхід-

ного холангіту, що покращує перебіг раннього та пізнього післяопераційного періодів.

Приклад: Хвора М., 47 років (історія хвороби №183) поступила в клініку шпитальної хірургії 5.01.2003р. зі скаргами на сильні болі в правому підребр'ї, нудоту, блювоту та підвищення температури тіла до 38,1°C. Приступ розпочався три доби тому, симптоми поступово наростали, стан погіршувався. Хворіє хронічним калькульозним холециститом біля 18 років, болі посилювалися після прийому жирної їжі. В останні 3 роки приступи печінкової кольки стали частішими, було 5 приступів, лікувалася консервативно. При поступленні загальний стан тяжкий, виражена жовтяниця, пульс - 105 ударів за 1хв, ритмічний, визначається болючість та незначне напруження м'язів в правому підребр'ї, симптоми подразнення очеревини слабо позитивні.

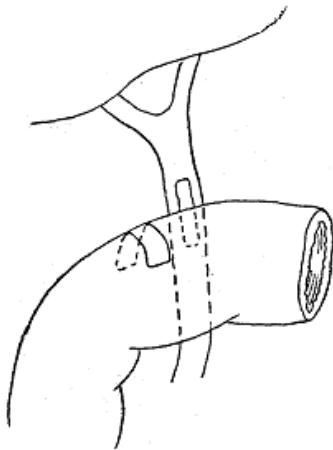
Лабораторні показники: Аналіз крові ; еритроцити - $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобін - 120г/л, лейкоцити - $10,2 \times 10^9/л$, цукор - 4,5ммоль/л, загальний білок - 67,6г/л, сечовина - 6,8ммоль/л, загальний білірубін - 118мкмоль/л, прямий - 78мкмоль/л, непрямий - 40мкмоль/л, протромбіновий індекс - 75%, калій - 3,86ммоль/л, натрій -146ммоль/л. В загальному аналізі сечі - жовчні пігменти - +++.

Діагноз: гострий калькульозний холецистит, холедохолітіаз, механічна жовтяниця, місцевий перитоніт.

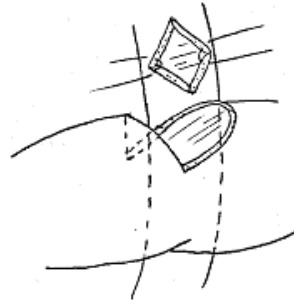
Після проведеної антибактеріальної (цефтріаксон, метрогіл, зіноцеф), інфузійної та дезінтоксикаційної терапії (глюкоза 5% 2000мл з віт.гр.В₁,В₆,В₁₂,С, неогемодез - 400мл, свіжа заморожена плазма - 500мл) протягом 1 доби 6.01.2003р. виконана операція: холедохолітотомія від шийки, холедохолітотомія та накладання арефлюксного клапанного холедоходуоденоанастомозу, дренажування черевної порожнини.

Під час операції: печінка дещо збільшена, звичайного кольору з зеленоватим відтінком, помірно ущільнена. Жовчний міхур 13x7x5см, напружений, гіперемований з фібринозними нашаруваннями. Холедожд розширений до 1,5см, стінка його ущільнена. При пальцевій ревізії жовчного міхура і холедоха визначаються множинні камні. Виконана операція: холецистектомія від шийки, холедохолітотомія та накладання арефлюксного клапанного холедоходуоденоанастомозу за нашою методикою.

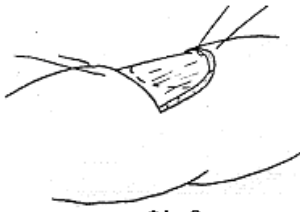
Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Видалені дренажні трубки на 7 день із підпечінкового простору. Зняті шви на 9 день. Рана загоїлася первинним натягом і на 14 день після операції хвора виписана додому в задовільному стані. При контрольному огляді через 1 місяць стан хворої задовільний.



Фіг. 1



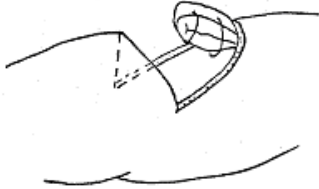
Фіг. 2



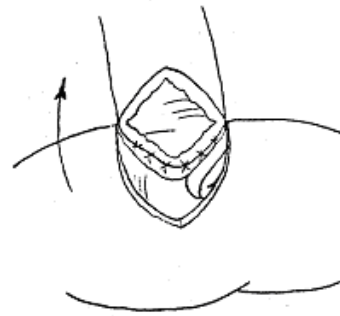
Фіг. 3



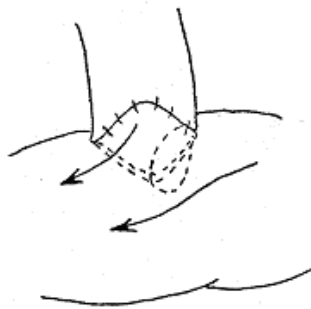
Фіг. 4



Фіг. 5



Фіг. 6



Фіг. 7