УКРАЇНА

(19) UA (11) 30148 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

видається під відповідальність власника патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КЛАПАННОГО БІЛІОДИГЕСТИВНОГО АНТИРЕФЛЮКСНОГО АНАСТОМОЗУ

(21) 97126453
(22) 30.12.1997
(24) 15.11.2000
(33) UA
(46) 15.11.2000, Бюл. № 6, 2000 р.
(72) Пилявець Олександр Захарович, Жученко Сергій Павлович
(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА
(57) Спосіб формування клапанного біліодигестивного антирефлюксного анастомозу, що включає розріз тонкої кишки і накладання клапанного холедохоєюноанастомозу, який **відрізняється** тим, що роблять поперечний розріз тонкої кишки відповідно до діаметра загальної жовчної протоки, накладають два куткові і поодинокі вузлові шви через всі шари тонкої кишки і загальної жовчної протоки по колу, після чого формують дві паралельні поперечні складки-губки клапана з слизової оболонки тонкої кишки, прошиваючи вільними кінцями лігатури серозно-м'язовий шар тонкої кишки, а по боках від куткових швів формують дві вуздечки накладанням окремих серозно-м'язових швів.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії жовчних шляхів.

Відомий спосіб формування біліодигестивного анастомозу шляхом розрізу стінки тонкої кишки і накладання клапанного холедохоєюноанастомозу (Петровський Б.В., Милонов О.Б., Смирнов В.А., Мовчун А.А. Реконструктивная хирургия при поражений внепеченочных желчных протоков. - М., Медицина, 1980 - С. 303).

Однак недоліком формування біліодигестивного анастомозу є рефлюкс вмісту травного каналу в жовчні протоки і негативна дія його на зону швів, виникнення запалення, формування рубців, втрата еластичності анастомозу, що призводить до його недостатності та подальших ускладнень.

В основу винаходу поставлене завдання створити такий спосіб формування біліодигестивного клапанного анастомозу, який би надійно перешкоджав виникненню рефлюкса з кишкового тракту в жовчні шляхи, запобігав би формуванню рубцевої тканини в зоні з'єднання холедоха і тонкої кишки. Це здійснюється завдяки тому, що роблять поперечний розріз тонкої кишки відповідно до діаметру загального жовчного протоку і після накладання куткових швів і поодиноких вузликових швів через всі шари тонкої кишки і загального жовчного протоку по колу формують дві паралельні поперечні складки-губки клапана з слизової оболонки тонкої кишки прошиванням вільними кінцями лігатури серозно-м'язового шару кишки, відступивши на відстань, що дорівнює ширині прозору загального жовчного протоку. Завдяки цьому зміщується зона з'єднання загального жовчного протоку і тонкої кишки до основи внутрішньої поверхні складок-губок клапану, що запобігає виникненню запалення, формуванню рубцевої тканини в зоні з'єднання холедоха і тонкої кишки, зберігає еластичність клапану, забезпечує надійність антирефлюксного анастомозу.

Запропонований спосіб враховує анатомо-фізіологічні особливості холедохо-дуоденальної зони та тонкої кишки, надійно запобігає попаданню кишкового вмісту в жовчні шляхи завдяки двом поперечним складкам, які з'єднуються в кутках в одну за рахунок стінки тонкої кишки, а по боках від куткових швів переходять в вуздечки, сформовані з окремих серозно-м'язових швів.

Спосіб формування клапанного біліодигестивного анастомозу ілюструється кресленнями. Фіг. 1 - поперечний розріз тонкої кишки і накладання двох куткових швів через всі шари тонкої кишки і загального жовчного протоку; фіг. 2 - накладання по передній і задній губі поодиноких вузлових швів і взяття їх на затискувачі; фіг. 3 - прошивання серозно-м'язового шару тонкої кишки вільними кінцями лігатури перпендикулярно до лінії розрізу і взяття на затискувач; фіг. 4 - формування двох вуздечок по боках від куткових швів; фіг. 5 – поперечний розріз запропонованого анастомозу; фіг. 6 - вигляд рани після операції.

Спосіб здійснюється слідуючим чином. Під час оперативного втручання після ревізії органів черевної порожнини встановлюють показання до виконання жовчевідвідної реконструктивної операції. Загальний жовчний проток ретельно мобілізують, звільнюють від гепатодуоденальної зв'язки на

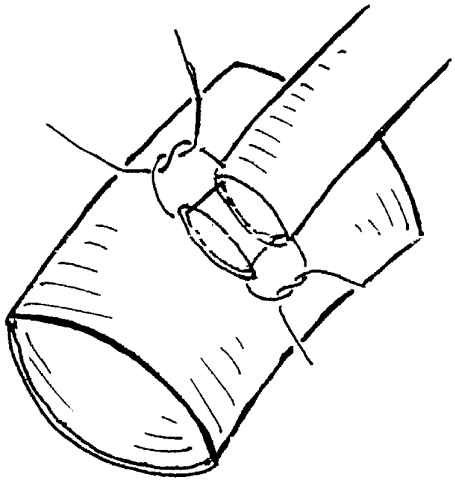
(19) UA (11) 30148 (13) A

всьому протязі і якомога далі відсікають. Дистальний кінець загального жовчного протоку зашивають і перитонізують, проксимальний фіксують за допомогою держалки, роблять розріз тонкої кишки в поперечному напрямі відповідно до діаметру загального жовчного протоку. В кутках поперечного розрізу тонкої кишки накладають два куткових шва через серозном'язову оболонку тонкої кишки і через всі шари загального жовчного протоку, зав'язують і беруть на затискачі (вони слугують держалками) (фіг. 1). Далі таким же чином накладають по передній і задній губі поодинокі вузлові шви і беруть їх по черзі на затискувачі (фіг. 2), після чого вільними кінцями лігатури куткових швів точно перпендикулярно до лінії розрізу (відступивши на відстань, що дорівнює ширині прозору загального жовчного протоку, в проксимальний і дистальний бік від місця з'єднання) прошивають серозно-м'язовий шар тонкої кишки і беруть на затискач, таким же чином накладають всі інші шви з проксимального і дистального боку від клапанного анастомозу, що формується (фіг. 3). Потім зав'язують лігатури хірургічним вузлом і в прозір тонкої кишки виступають дві паралельні складки губки клапана, а зона з'єднання загального жовчного протоку і тонкої кишки зміщується до основи медіальної поверхні губок клапану. З боків від куткових швів формують дві вуздечки накладанням окремих серозно-м'язових швів (фіг. 4). На фіг. 5 схематично зображено поперечний зріз запропонованого анастомозу.

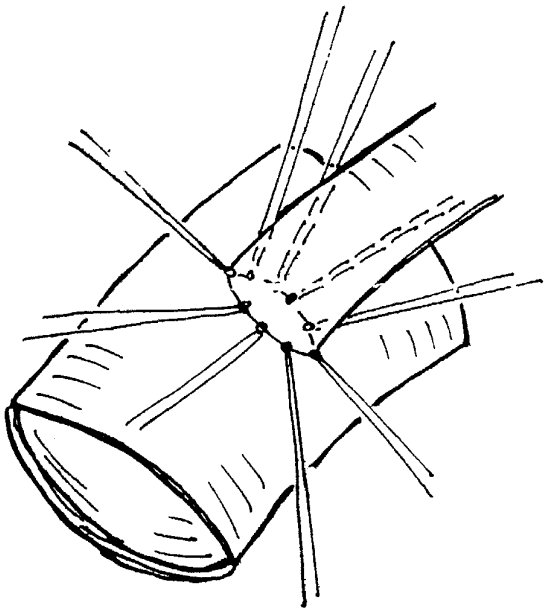
Клінічний приклад виконання анастомозу

Хвора С., 51 рік, історія хвороби № 12012, госпіталізована 11.10.1996 у клініку з діагнозом "Хронічний псевдотуморозний індуративний панкреатит". Механічна жовтяниця". Після передопераційної підготовки 12.10.1996 операція за вказаною методикою. Одночасно після операції проводилась комплексна терапія, яка включала в себе антибіотико-, дезінтоксикаційну, знеболюючу, фізіо- та симптоматичну терапію. Загальний стан хворої поліпшився. Зникли біль, жовтяниця, явища інтоксикації, мали тенденцію до нормалізації лабораторні показники. 29.10.1996 проведена рентгенографія органів черевної порожнини з попереднім прийомом барія. Рефлюкса не виявлено. Через 19 днів після госпіталізації хвора виписана з клініки в задовільному стані.

Спосіб формування антирефлюксного біліодигестивного анастомоза дозволяє отримати загоєння без вираженої запальної реакції, епітелізацію в більш ранні строки з утворенням по лінії анастомозу тонкого рубця.

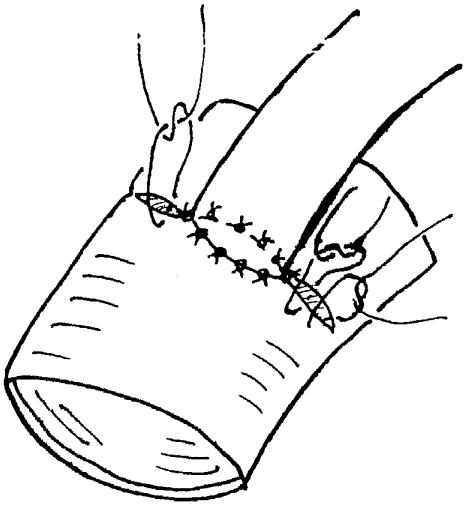


Фіг. 1

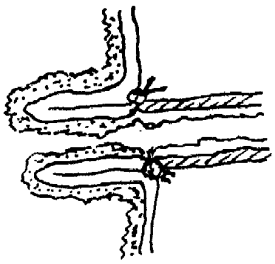


Фіг. 2

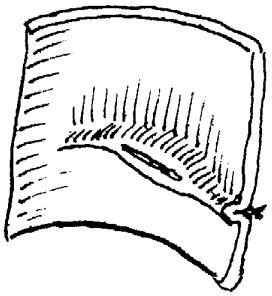
Фіг. 3



Фіг. 4



Фіг. 5



Фіг. 6

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2002 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 35 прим. Зам._____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22