



УКРАЇНА

(19) UA (11) 34766 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальністю
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ БІЛЮДИГЕСТИВНИХ АНАСТОМОЗІВ

(21) 99073788

(22) 05.07.1999

(24) 15.03.2001

(46) 15 03 2001, Бюл. № 2, 2001 р.

(72) Богачук Сергій Григорович, Андросов Сергій Іванович, Шеремета Руслан Олександрович

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

(57) Спосіб формування білюдигестивних анастомозів шляхом поперечного розрізу тонкої

кишки, розшарування її дистального кінця між м'язовою оболонкою та підслизислою основою і пошарового з'єднання стінки кінця жовчної протоки з краями розрізу тонкої кишки, відрізняється тим, що слизово-підслизисливим шаром тонкої кишки, в місці впадіння жовчної протоки, формують внутрішньо-просвітну поперечну складку, а м'язову оболонку тонкої кишки дублюють і утворюють з неї сфінктер для жовчної протоки.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії жовчних шляхів, і може застосовуватися для профілактики та лікування рефлюксхолангіту при формуванні білюдигестивних анастомозів.

Відомі способи формування білюдигестивних аретфлюксних анастомозів: за Юраш-Виноградовим, за Флеркенем, за Втебським (А.А Вишневський, Я.Л.Ульманис, Э.В.Гришкевич, Желчеотводящие анастомозы. М.: Медицина, 1972, с.167-170).

Ці оперативні втручання, за даними авторів, імітують сфінктер Одді і можуть виконуватися як при первинних коригуючих оперативних втручаннях, так і при реконструктивних операціях.

Але анастомози виконані за відомими способами не містять в собі сфінктерних елементів подібних до сфінктера Одді, а сформовані клапанні механізми часто являються неспроможними внаслідок розвитку грубоволокнистої з'єднувальної тканини або органічних деформацій, що призводить до розвитку холангеогепатитів.

Метою пропонуемого винаходу є зниження частоти та вираженості ускладнень після формування білюдигестивних сполучень, що обумовлені закидом вмісту дванадцятипалої кишки в жовчовивідні шляхи.

Вказана мета досягається тим, що слизово-підслизисливим шаром тонкої кишки, в місці впадіння жовчної протоки, формують внутрішньо-просвітну поперечну складку, а м'язову оболонку тонкої кишки дублюють і утворюють з неї сфінктер для жовчної протоки.

Суть винаходу.

Суть винаходу полягає в тому, що під час формування анастомозу між жовчною протокою та кишкою після поперечного розрізу тонкої кишки,

розшарування її дистального кінця між м'язовою оболонкою та підслизислою основою і пошарового з'єднання стінки кінця жовчної протоки з краями розрізу тонкої кишки, слизово-підслизисливим шаром тонкої кишки, в місці впадіння жовчної протоки, формують внутрішньо-просвітну поперечну складку, а м'язову оболонку тонкої кишки дублюють і утворюють з неї сфінктер для жовчної протоки.

Спосіб виконують наступним чином:

Слизово-м'язову оболонку 2, наприклад, порожньої кишки 1 розтинають по протибрижковому краю в поперечному напрямку на половину периметра кишки 1 і відшаровують її в дистальному напрямку від підслизислої основи на відстань 10-20 мм (фіг.1). В центральній частині оголеної підслизислої основи виконують поперечний розріз, відповідний діаметру жовчної протоки 3. Хірургічними швами з'єднують краї кінця жовчної протоки 3 зі слизово-підслизисливим шаром 4 тонкої кишки 1 (фіг.2). Додатковими підслизово-м'язовими швами фіксують дистальну частину жовчної протоки 3 до проксимального краю 5 розрізу м'язової оболонки (фіг.3). Серозно-м'язово-підслизисливими швами, наприклад, П-подібними, з'єднують проксимальний край 5 розрізу м'язової оболонки з дистальною межею 6 відшарування її від підслизислої основи (фіг.4). Цим формують внутрішньо-просвітну слизово-підслизисливу складку 7, на вершині якої відкривається жовчна протока 3. Проксимальну частину жовчної протоки 3 розташовують вздовж кишки 1 і покривають її відшарованою серозно-м'язовою оболонкою 2, утворюючи її дублікатуру (фіг.5). Останню фіксують до стінки кишки з обох сторін від жовчної протоки 3 серозно-м'язовими швами.

Перелік зображених фігур.

(19) UA (11) 34766 (13) A

Фіг.1 - відшарування серозно-м'язової оболонки кишки від підслизової основи.

Фіг.2 - з'єднання країв кінця жовчної протоки з краями розрізу слизово-підслизового шару кишки.

Фіг.3 - фіксація дистальної частини жовчної протоки до проксимального краю розрізу м'язової оболонки кишки.

Фіг.4 - з'єднання проксимального краю розрізу м'язової оболонки з дистальною межею відшарування клаптя.

Фіг.5 - утворення дублікатури м'язової оболонки.

Перелік позначень на зображених фігурах.

- 1 Стінка кишки.
- 2 Серозно-м'язовий шар.
- 3 Жовчна протока.
- 4 Підслизово-слизовий шар.
- 5 Проксимальний край м'язової оболонки.
- 6 Дистальна межа відшарування.
7. Внутрішньопросвітна поперечна складка.

Приклад виконання способу.

На протибрижковому краї порожньої кишки 1 виконано поперечний розріз серозно-м'язового шару до підслизової основи, довжиною, що відповідає половині периметру органа. У дистальному напрямку проведено відшарування серозно-м'язового шару 2 від підслизової основи на 2 см, після чого в центральній частині виконано поперечний розтин підслизової основи і слизової оболонки, довжиною половини периметра загальної жовчної протоки. Сформовано сполучення органів таким чином, що у шов захоплювалась підслизово-слизова оболонка 4 кишки та всі шари кінця жовчної протоки 3. Двома м'язово-підслизовими швами загальну жовчну протоку 3 фіксовано до проксимального краю 5 поперечного серозно-м'язового розрізу кишки 1. П-подібними серозно-м'язово-підслизовими швами з'єднано проксимальний край 5 поперечного серозно-м'язового розрізу кишки 1 з межею 6 дистального відшарування м'язової оболонки. Загальну жовчну протоку 3 розташовано вздовж кишки 1 і покрито клаптем відшарованої серозно-м'язової оболонки 2. По обидва боки від загальної жовчної протоки 3 окремими швами з'єднано м'язові оболонки - утворена дублікатура м'язових оболонок. Таким чином, одночасно утворено поперечну складку 7, на вершині якої розташовано гирло холедоха, та сформовано клапанну систему, утворено дублікатуру м'язової оболонки кишки в місці її розрізу, та сформовано сфінктерний механізм.

Приклад виконання способу (витяг з медичної карти стаціонарного хворого).

Хвора Ц., 1958 р.н., 01.02.2000 р. госпіталізована в хірургічне відділення Вінницької районної лікарні з діагнозом: Жовчокам'яна хвороба. Механічна жовтяниця. Виразкова хвороба 12-ти палкої кишки. Медична карта стаціонарного хворого №549/132. 4.02.2000р. встановлено клінічний діагноз: Жовчокам'яна хвороба. Холедохолітаз. Механічна жовтяниця

4.02.2000 р. після премедикації Sol. Morphini 1% - 1 мл, Sol. Atropini 0,1% - 1 мл, Dimedroli 1% - 1 мл внутрішньом'язево, під комбінованим калпіп-соловосібазоновим наркозом з міорелаксацією дітіліном та штучною вентиляцією легень ендотрахеальним методом, хворій виконано хірургічну операцію: Холецистектомія від шийки. Супрадуоденальний термінолатеральний холедоходуоденостомоз.

Хід оперативного втручання.

Після обробки операційного поля розчинами: первомура, йода, спирту тричі відповідно, проведена верхньосерединна папаратомія. Ревізія органів черевної порожнини: жовчний міхур вміщує багато конкрементів, в супрадуоденальній частині холедоха визначаються два конкременти, холедох розширений до 14 мм. Головка підшлункової залози дерев'янистої щільності. Виконана холецистектомія від шийки. В холедох через куску міхурової протоки введено зонд №3. Холедох непрохідний в супрадуоденальній частині на протязі 2 см. Холедох пересічено. Дистальна частина холедоха зашита. Через протилежний кінець холедоха видалено два конкремента діаметром до 7 мм. На протибрижковому краю 12-палої кишки 1 проведено поперечний розтин серозно-м'язової оболонки 2 до підслизової основи довжиною, відповідною половині периметра кишки 1. В дистальному напрямку проведено відшарування серозно-м'язової оболонки 2 від підслизової основи на 2 см, після чого в центральній частині виконано поперечний розріз підслизової основи і слизової оболонки, довжиною відповідною половині периметра холедоха 3. З'єднання органів сформовано таким чином, що в шов захвачувалась підслизово-слизова оболонка кишки 1 і всі оболонки кінця холедоха 3. Двома м'язово-підслизовими швами холедох фіксовано до проксимального краю поперечного серозно-м'язового розрізу кишки 1. П-подібними серозно-м'язово-підслизовими швами з'єднано проксимальний край 5 поперечного серозно-м'язового розрізу кишки 1 з межею 6 дистального відшарування м'язової оболонки. Холедох 3 розміщено вздовж кишки і покрито клаптем відшарованої серозно-м'язової оболонки. З обох боків від холедоха 3 окремими швами з'єднано м'язові оболонки - утворено дублікатуру м'язових оболонок. Холедох дренажно через куску міхурової протоки. Дреновано підпечінковий простір через контрапертуру в правій боковій ділянці. Черевна порожнина зашита пошарово наглухо. Накладено асептичну пов'язку.

Післяопераційний період протікав без ускладнень та особливостей. 14.02.2000 р. в задовільному стані виписана під спостереження хірурга за місцем проживання.

Даний спосіб технічно простий, може виконуватися в умовах любого медичного закладу, в якому здійснюється хірургічне лікування патології органів шлунково-кишкового тракту.

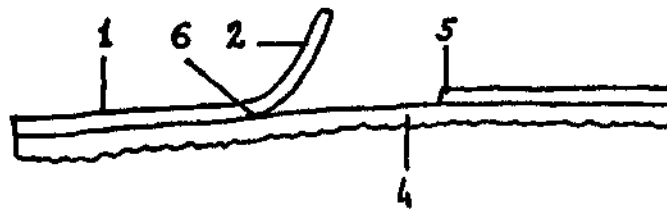


Fig. 1

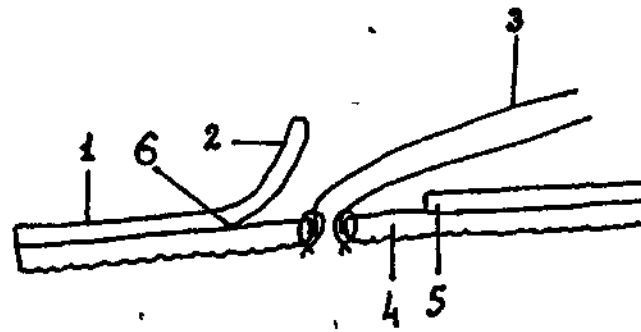


Fig. 2

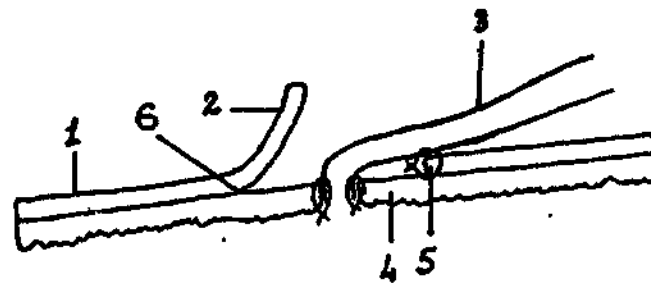


Fig. 3

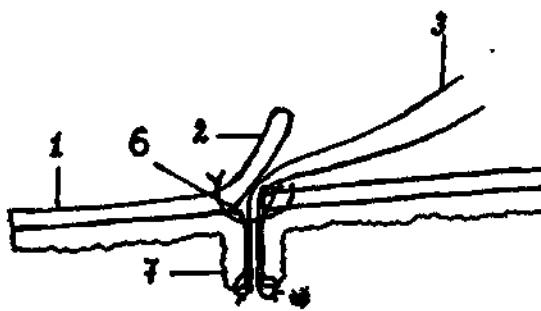


Fig. 4

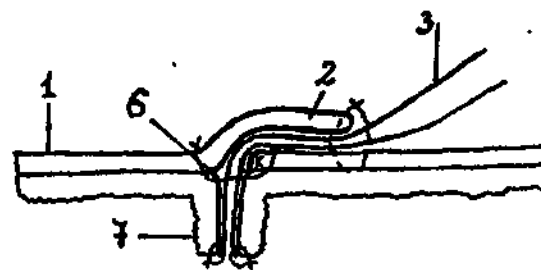


Fig. 5

Тираж 50 екз

Відкрите акціонерне товариство «Патент»
 Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
 (03122) 3-72-89 (03122) 2-57-03

