

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 6150

(13) С1

(51)⁷ А 61В 17/00

(54) СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА

(21) Номер заявки: а 20000324

(22) 2000.04.05

(46) 2004.06.30

(71) Заявитель: Государственное высшее учебное учреждение "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Гарелик Петр Васильевич; Цилиндзь Иван Теодорович (ВУ)

(73) Патентообладатель: Государственное высшее учебное учреждение "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(57)

Способ наложения билиодигестивного анастомоза, включающий формирование супрадуоденального латеро-латерального холедоходуоденоанастомоза, отличающийся тем, что создают клапан в области соустья, при этом производят холедохо- и дуоденотомию путем выкраивания соответственно двух лоскутов, имеющих форму прямоугольных равнобедренных треугольников с общим основанием, лежащим на переходной складке, с последующим сшиванием свободных краев лоскутов.

(56)

Гришин И.Н. Холецистэктомия. - Мн.: Вышэйшая школа, 1989. - С. 126-129.

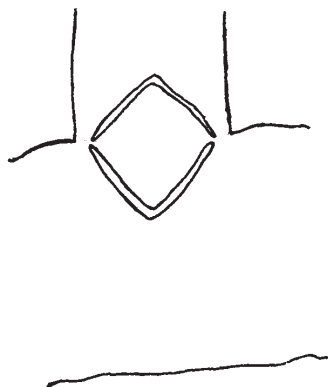
Виноградов В.В. и др. Непроходимость желчных путей. - М.: Медицина, 1977. - С. 241.

SU 1718838 А1, 1992.

SU 1309969 А1, 1987.

RU 2122360 С1, 1998.

RU 2008815 С1, 1994.



Фиг. 1

BY 6150 C1

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии, и может быть использовано при оперативном лечении больных с билиарной патологией.

Наиболее близким к предлагаемому является супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову, при котором используется продольное рассечение стенки холедоха и поперечное рассечение стенки 12-перстной кишки [1]. При этом поперечный разрез 12-перстной кишки вследствие перистальтики кишки способствует замыканию наложенного анастомоза, предупреждая билиодигестивный рефлюкс.

Недостатком данного способа является высокая частота рефлюкса, а при расширении общего желчного протока более 2 см и широком анастомозе рефлюкс становится правилом.

Задача изобретения - предупреждение дигестивно-билиарного рефлюкса при наложении билиодигестивного анастомоза.

Поставленная задача достигается тем, что при формировании супрадуоденального латеро-латерального холедоходуоденоанастомоза создают клапан в области соустья, при этом производят холедохо- и дуоденотомию путем выкраивания соответственно двух лоскутов, имеющих форму прямоугольных равнобедренных треугольников с общим основанием, лежащим на переходной складке, с последующим сшиванием свободных краев лоскутов.

На фиг. 1, 2, 3, 4 представлено схематическое изображение выполнения способа.

На фиг. 1 обозначено рассечение стенки холедоха и 12-перстной кишки с образованием двух лоскутов.

На фиг. 2 изображено начало формирования клапана.

На фиг. 3 продолжается формирование клапана.

На фиг. 4 отражено формирование передней губы анастомоза над образованным клапаном.

Способ осуществляют следующим образом. После интраоперационной ревизии и установления показаний к холедоходуоденоанастомозу приступают к его наложению. Для этого рассекают передние стенки холедоха и постбульбарного отдела 12-перстной кишки в виде двух лоскутов, имеющих форму прямоугольных равнобедренных треугольников с общим основанием, равным 1,5 см и находящимся на переходной складке (фиг. 1). Затем однорядными единичными швами рассасывающейся лигатурой (дексон, викрил) 4/0 на атравматичной игле через все слои с сопоставлением слизистых оболочек сшивают свободные края лоскутов, начиная с угловых швов (фиг. 2, 3) узелками внутрь просвета, с общепринятым расстоянием от краев раны и между швами в 2-3 мм. Заканчивают формирование клапана наложением шва на вершины лоскутов. В последующем формируют переднюю губу анастомоза тем же шовным материалом с таким же расстоянием однорядными швами через все слои с сопоставлением слизистых узлами, находящимися снаружи, начиная с углов раны (фиг. 4). При этом следят за тем, чтобы не подхватить в шов сформированный клапан, который "выбухает" в рану. Для декомпрессии анастомоза через культю пузырного протока дренируют холедох, однако этот момент не является обязательным. Операцию заканчивают дренированием подпеченочного пространства и полнослойным ушиванием раны.

Предлагаемым способом прооперировано 5 больных, из них 4 с нарушением проходимости внепеченочных желчных путей доброкачественного характера (3 больных с желчнокаменной болезнью, 1 - с псевдотуморозным панкреатитом), 1 пациент - с нарушением проходимости злокачественного характера (рак поджелудочной железы). Всем больным была произведена холецистэктомия и супрадуоденальная латеро-латеральная холедоходуоденостомия предлагаемым способом для предупреждения дигестивнобилиарного рефлюкса. Контрольное обследование больных производилось в разные сроки после операции. Об эффективности предлагаемого способа судили по данным рентгенологического исследования.

ВУ 6150 С1

Контрольную группу составили 5 больных желчнокаменной болезнью, которым произведена холецистэктомия и супрадуоденальная латеро-латеральная холедоходуоденостомия, описанная в прототипе.

При контрольном рентгенологическом обследовании больных, оперированных предлагаемым способом, дигестивнобилиарного рефлюкса выявлено не было. В контрольной группе дигестивнобилиарный рефлюкс был установлен у 2 пациентов.

Пример 1.

Больной К., 73 лет, поступил в клинику общей хирургии 01.12.1998 с жалобами на боли в правом подреберье и эпигастральной области, желтуху. После обследования больному поставлен диагноз желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит, хронический панкреатит, механическая желтуха. Произведена хирургическая операция. Во время интраоперационной ревизии диагноз подтвержден, кроме того установлено, что холедох в диаметре 2 см, поджелудочная железа равномерно плотная, особенно ее головка, при пункционной биопсии которой атипичных клеток нет, при зондировании холедоха - стеноз терминального отдела.

Больному выполнена холецистэктомия и наложен супрадуоденальный латеро-латеральный холедоходуоденоанастомоз. При этом с целью предупреждения дигестивнобилиарного рефлюкса создан клапан в области соустья. Для этого рассекали передние стенки холедоха и постбульбарного отдела 12-перстной кишки в виде лоскутов, имеющих форму прямоугольных равнобедренных треугольников с общим основанием 1,5 см длиной, находящимся на переходной складке. Затем однорядными атравматичными швами дексон 4/0 через все слои с сопоставлением слизистых узелками внутрь просвета сшивали свободные края лоскутов. Над образованным клапаном формировали переднюю губу анастомоза однорядными единичными швами через все слои с сопоставлением слизистых узелками, находящимися снаружи. Для декомпрессии анастомоза холедох дренировали по Пиковскому. Операцию закончили дренированием подпеченочного пространства и послойным ушиванием операционной раны.

Послеоперационный период протекал гладко. Через 20 дней после операции общий билирубин крови - 23,4 ммоль/л, белок - 67,0 г/л, амилаза - 22 г/ч/л, АсАТ - 0,81 ммоль/л, АлАТ - 1,39 ммоль/л. Контрольное рентгеноконтрастное исследование желудка и 12-перстной кишки не выявило заброса бария в холедох. Больной выписан на 21 сутки в удовлетворительном состоянии.

На контрольном обследовании через 6 месяцев больной чувствует себя удовлетворительно. Общий билирубин крови - 9,8 ммоль/л, белок - 80,1 г/л/ мочевины - 4,66 ммоль/л, АсАТ - 0,6 ммоль/л, АлАТ - 0,2 ммоль/л, амилаза - 30 г/ч/л. Контрольное рентгеноконтрастное исследование желудка и 12-перстной кишки не выявило заброса бария в желчные ходы.

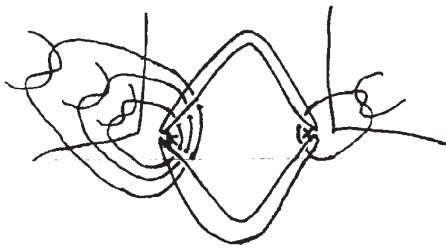
Таким образом, предлагаемый способ действительно позволяет предупредить развитие дигестивнобилиарного рефлюкса при наложении билиодигестивного анастомоза.

Предлагаемый способ прост в исполнении, высокоэффективен и может выполняться в любом отделении общехирургического профиля.

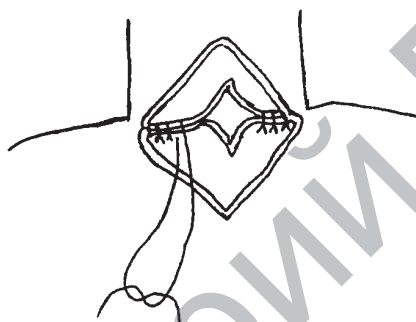
Источники информации:

1. Гришин И.Н. Холецистэктомия. - Мн.: Вышэйшая школа, 1989. - С. 126-129.

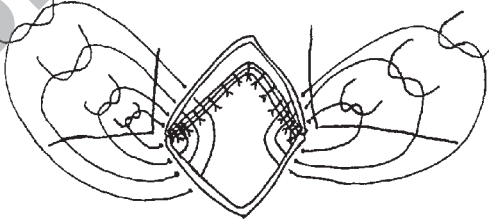
ВУ 6150 С1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4