

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **9575**

(13) **С1**

(46) **2007.08.30**

(51) МПК (2006)

A 61B 17/00

(54) **СПОСОБ ХОЛЕЦИСТО- И ГАСТРОЕЮНОСТОМИИ**

(21) Номер заявки: а 20040659

(22) 2004.07.12

(43) 2006.02.28

(71) Заявитель: Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Гарелик Петр Васильевич; Жандаров Константин Николаевич; Русин Игорь Викторович; Колоцей Владимир Николаевич (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(56) Оперативная хирургия. - Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1981. - С.429.

Онкология. - М.: Медицина, 1981. - С. 324.

UA 60074 А, 2003.

RU 2166289 С2, 2001.

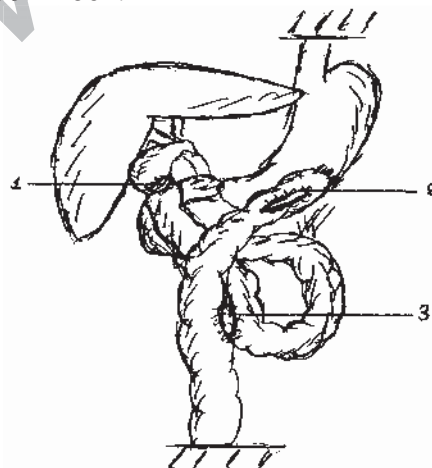
RU 2197904 С2, 2003.

ВУ 5579 С1, 2003.

SU 1424806 А1, 1988.

(57)

Способ холецисто- и гастроюностомии, заключающийся в том, что мобилизуют петлю тощей кишки в 20-25 см от связки Трейтца, поднимают ее впереди от сальника и поперечно-ободочной кишки рядом с желчным пузырем и желудком, накладывают энтероэнтероанастомоз по Брауну, затем проводят рассечение приводящего и отводящего колен петли тощей кишки на середине расстояния от наложенного анастомоза, с приводящим коленом накладывают холецистоеюноанастомоз по типу бок в конец, а с отводящим - гастроюноанастомоз по типу бок в бок.



Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии, и может использоваться при лечении новообразований головки поджелудочной железы, сопровождающихся механической желтухой и нарушением дуоденальной проходимости.

Выполнение паллиативных операций при раке головки поджелудочной железы, вызывающем желтуху и нарушение проходимости 12-перстной кишки, не только продлевает

ВУ 9575 С1 2007.08.30

жизнь больных, но и улучшает качество жизни, в связи с чем разработка нового способа оперативного вмешательства является весьма актуальной.

Наиболее близким к заявляемому является способ холецисто- и гастроеюностомии [1, 2]. Берут петлю тощей кишки в 20-25 см от связки Трейтца и перемещают впереди от сальника и поперечно-ободочной кишки рядом с желчным пузырем и желудком. Затем производят наложение холецистоеюноанастомоза и гастроеюноанастомоза двухрядным швом. После этого производят наложение энтероэнтероанастомоза по Брауну.

Недостатком данного способа является то, что пассаж желчи в кишечник может осуществляться через желудок, что приводит к развитию дисфункции желудка и эрозивно-язвенных процессов в области антрального отдела желудка и гастроэнтероанастомоза.

Задача изобретения: исключить возможность заброса желчи в желудок, предупредить развитие дисфункции кишечника и эрозивно-язвенных процессов в желудке.

Задача достигается путем выполнения отдельной холецисто- и гастроеюностомии.

Способ осуществляют следующим образом.

После выполнения верхнесрединной лапаротомии берут петлю тощей кишки в 20-25 см от связки Трейтца и поднимают ее впереди от сальника и поперечно-ободочной кишки, где помещают рядом с желчным пузырем и желудком. Затем между приводящим и отводящим коленами этой петли тощей кишки накладывают межкишечный анастомоз по Брауну, после чего производят рассечение приводящего и отводящего колена на середине расстояния от наложенного энтероэнтероанастомоза. Затем с приводящим коленом накладывают холецистоеюноанастомоз двухрядным швом «бок в конец», а с отводящим коленом накладывают гастроеюноанастомоз «бок в бок». На фигуре изображена схема анастомозирования при выполнении предлагаемого способа.

Приводим пример, доказывающий возможность осуществления способа.

Пример.

Больной М., 62 года, поступил в хирургическую клинику с диагнозом: опухоль поджелудочной железы. Механическая желтуха. Больной обследован, установлен диагноз: рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха. Дуоденальная непроходимость.

Оперирован 12.11.03 года. Произведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии: желчный пузырь больших размеров, напряжен, холедох расширен до 2,5 см, выявлена плотная бугристая опухоль головки поджелудочной железы, сдавливающая нисходящую ветвь 12-перстной кишки. Петлю тощей кишки в 25 см от связки Трейтца переместили впереди от сальника и поперечно-ободочной кишки, где поместили рядом с желчным пузырем и желудком. Между приводящим и отводящим коленами этой петли тощей кишки наложили межкишечный анастомоз по Брауну. Произвели рассечение приводящего и отводящего колена этой петли на середине расстояния от наложенного энтероэнтероанастомоза. Произвели наложение холецистоеюноанастомоза с приводящим коленом петли тощей кишки, а с отводящим коленом наложили гастроеюноанастомоз «бок в бок».

Кормление с 4-х суток. Швы сняты на 10-е сутки. На 12-е сутки после операции больной в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Срок наблюдения - 6 месяцев. Результат - хороший.

Таким образом, при использовании предлагаемого способа выявлено следующее преимущество: исключается заброс желчи в желудок, что предупреждает развитие дисфункции желудка и развитие эрозивно-язвенных процессов в желудке и области гастроэнтероанастомоза.

Способ достаточно прост, не требует дополнительной дорогостоящей техники и может применяться в любом хирургическом стационаре практического здравоохранения.

Источники информации:

1. Онкология / Под ред. Н.Н. Трапезникова, Ш. Экхардта. - М.: Медицина, 1981. - С. 324-325.
2. Литтманн И. Оперативная хирургия. - Будапешт, 1981. - С. 428-430.