



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1500931

(22) 19.03.2015

(46) Бюл. 109, 2015

(71) Курбонов К.М. (TJ); Расулов Н.А. (TJ);
Назаров Х.Ш.(TJ).

(72) Курбонов К.М. (TJ); Расулов Н.А. (TJ);
Назаров Х.Ш.(TJ).

(73) Курбонов К.М. (TJ); Расулов Н.А. (TJ);
Назаров Х.Ш.(TJ).

(54) **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИ-
ЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ЖЁЛЧ-
НЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПО-
ВРЕЖДЕНИЯХ**

(56) 1.Прудков М.И. Способ гепатикоеюностомии по Ру. Патент РФ 2263474 от 12.08.2004. Прудков М.И., Титов К.В.

2. Курбонов К.М., Расулов Н.А., Назаров Х.Ш. Способ лечения и профилактики структуры гепатикоеюноанастомоза. Малый патент TJ 645.

3.Курбонов К.М., Расулов Н.А., Назаров Х.Ш. Способ профилактики структуры гепатикоеюноанастомоза. Малый патент TJ 646.

4. Махмадов Ф.И., Рафиков С.Р., Кузратов Ф.Х., Собиров А.Дж., Султонов Б.Дж., Сайфуддин Ш.Ш.

2

Способ профилактики ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков при «трудных» лапароскопических холецистэктомии. Малый патент № 639.

5. Даминова М.Н., Абдуллоев Дж.А., Курбонов К.М. Способ формирования холедоходуоденоанастомоза. Малый патент № 70.

(57) Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургической гепатологии, и может быть использовано для восстановления проходимости желчных путей при ятрогенного их повреждения.

Цель изобретения - улучшение результатов хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями желчных путей.

Способ осуществляется следующим образом: Конец выключенной по Ру петли тонкой кишки анастомозируется в бок верхнегоризонтальную часть двенадцатиперстной кишки по типу конец в бок для последующего визуального (эндоскопического) исследования и при необходимости проведения лечебно-профилактического манипуляция.

Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургической гепатологии, и может быть использовано для восстановления проходимости желчных путей при их ятрогенном повреждении.

• Прототипом изобретения является способ наложения гепатикоею-ноанастомоз на выключенной по Ру петли тонкой кишки по типу конец в бок, при котором на расстоянии 60 см ниже связки Трейца кишка пересекается и сформируется межкишечный анастомоз по типу конец в бок. Выключенный сегмент кишки приведет к воротам печени позади поперечно-ободочной кишки, после которого сформируется гепатикоеюноанастомоз по типу конец в бок. Через «слепой» конец выключенной по Ру петли в долевые печеночные протоки устанавливаются разгрузочные дренажные трубки [1].

Недостатками данного способа, в основном, является развития сужения линии анастомоза в раннем послеоперационном периоде, при котором возникает необходимость проведения повторных оперативных вмешательств в случае возникновения сужений, что является более тяжелым, травматичным и дорогостоящим.

Цель изобретения - улучшение результатов хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями желчных путей.

Поставленная цель достигается формированием гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петли тонкой кишки по типу конец в бок, при котором на расстоянии 60 см ниже связки Трейца кишка пересекается и сформируется межкишечный анастомоз по типу конец в бок, а конец отводящей петли анастомозируется инвагинационным способом в бок верхнегоризонтальной части двенадцатиперстной кишки. Способ осуществляется следующим образом: после пересечения тонкой кишки на расстоянии 60 см от связки Трейца, отводящий конец тощей кишки анастомозируются в бок верхнегоризонтальной **части двенадцатиперстной кишки, после которого конец пересеченной** гепатикохоледох (выше место повреждения) анастомозируется в бок данного петли кишечника. Оставшейся конец приводящей кишки анастомозируется в бок отводящей петли, который соединена с гепатикохоледохом (фиг). С целью профилактики появления пептической язвы линии анастомозов и развития пилоростеноза, операция дополняется двухсторонним стволовым ваготомией с пилоропластикой по Гейнико-Микуличу.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Визуальный контроль за состоянием линии наложенного гепатикоеюноанастомоза.
2. Метод позволяет наряду с осмотром при необходимости одновременно провести его бужирование.
3. Отсутствие радиационных действий на больных.

4. Более информативное исследование.

5. Возможности местного применения лекарственных средств улучшающих процесс заживления анастомоза и тем самым его проходимость.

Изложенное выше находят своё подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больная Т., 47 лет. Подготовлена на отсрочного оперативного вмешательства с диагнозом «Постхолецистэктомический синдром. Рубцовая посттравматическая стриктура общего печеночного протока-2 (по Бисмуту)». Верхнесрединным доступом общей длиной 15 см послойно вскрыта брюшная полость. Рассечены рубцовые сращения в области послеоперационной раны брюшной стенки и под печенью. Препарирована гепатодуоденальная связка. Выделен и вскрыт общий печеночный проток шириной до 2 см. Стриктура на 1,5 см ниже бифуркации. Учитывая вышеуказанные обстоятельства решено наложить гепатикоеюностомию, при котором после пересечения тонкой кишки на расстоянии 60 см от связки Трейца отводящий конец тощей кишки анастомозирована с верхнегоризонтальной частью двенадцатиперстной кишки, а конец пересеченной гепатикохоледох соединена с бок данного петли кишечника. Пересеченный конец приводящей кишки анастомозирована в бок отводящей петли, который соединена с гепатикохоледохом. Основной этап операции завершен проведением двухсторонним стволовой ваготомии с пилоропластикой по Гейнико-Микуличу. Подпеченочное пространство дренировано полипропиленовой трубкой выведенной в правом подреберной области. Швы на рану. На 7-месяц после операции из-за наличия признаков холестаза (наличие болезненности в правом подреберье, желтушность, общая слабость, гипербилирубинемия в анализе крови) проведено осмотр линии анастомоза с помощью введенного до места анастомоза дуоденоскопа через наложенного дуоденоюноального соустья, при котором установлено его отек. Учитывая данное обстоятельство в линии анастомоза проведено его бужирование. После проведения вышесказанной манипуляции и назначения необходимых лекарственных средств отмечалось тенденция к улучшению. На 11-е сутки после контрольного проведения ультразвуковой исследования и оценки биохимического анализа крови больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

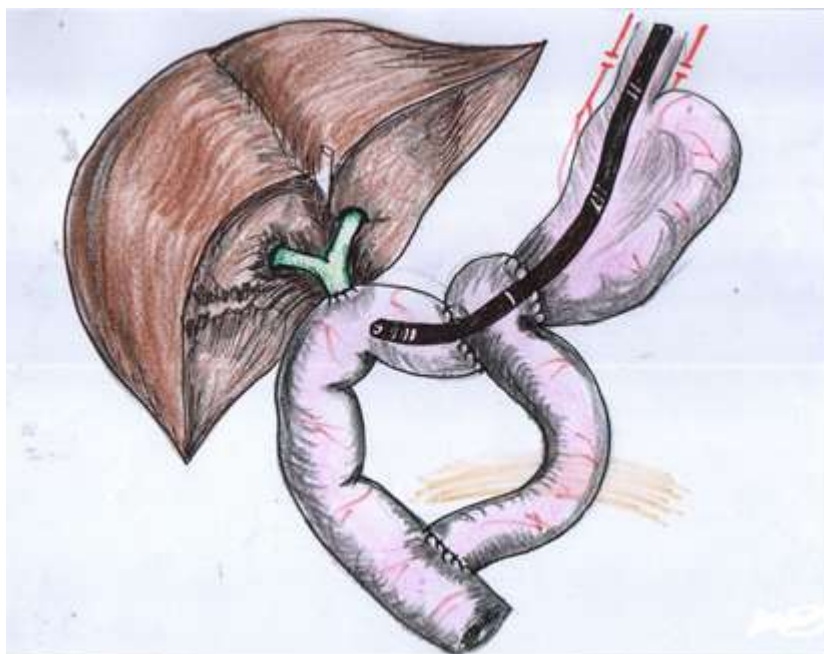
Таким образом, предлагаемый способ гепатикоеюностомии по Ру улучшает результат повторных оперативных вмешательств в области гепатохирургии, снижает ее травматичность, уменьшает частоту повторных оперативных вмешательств и время нахождения больного в стационаре, предотвращает возникновение послеоперационных осложнений и имеет хороший экономический эффект.

Формула изобретения

Способ хирургической профилактики и лечения стриктур жёлчных протоков при ятрогенных повреждениях включающий наложения гепатикоеюноанастомоз на выключенной по Ру петли тонкой кишки, при котором на расстоянии 60 см ниже связки Трейца после пересечения кишки сформируется межкишечный анастомоз по типу конец в бок и выклю-

ченный сегмент кишки приведется к воротам печени позади поперечно-ободочной кишки, после которого сформируется гепатикоеюноанастомоз по типу конец в бок, **отличающейся тем**, что конец выключенной по Ру петли тонкой кишки анастомозируют в бок и верхнегоризонтальную часть двенадцатиперстной кишки по типу конец в бок.

Способ хирургической профилактики и лечения стриктур жёлчных протоков при ятрогенных повреждениях



Фиг.1

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		