



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1500932

(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 УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ
ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СТРИКТУ-
РАХ ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА**

(56) 1. Холецистэктомия/ И.Н. Гришин //, «Высшая школа».-1998г.,-198с. ..

2. Курбонов К.М., Расулов Н.А., Назаров Х.Ш. Способ лечения и профилактика 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., Рафилов С.Р., Кузратов Ф.Х., Собиров А.Дж., Султонов Б.Дж., Сайфуддин Ш.Ш. Способ профилактики ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков при «трудных» лапароскопических холецистэктомии. Малый патент № 639.

5. Курбонов Дж.М., Расулов Н.И., Ашуров А.С. Способ профилактики интраоперационных

2

осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Малый патент № 636

6. Махмадов Ф.И., Рафилов С.Р., Кузратов Ф.Х., Собиров А.Дж., Султонов Б.Дж., Сайфудинов Ш.Ш. Способ обработки ложа желчного пузыря при «трудных» лапароскопических холецистэктомиях у больных с циррозом печени. Малый патент № 637

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

Цель изобретения - улучшение результатов хирургического лечения больных с нарушениями проходимости желчных путей.

Способ осуществляется следующим образом: петля тощей кишки длиной 30-40 см от связки Трейтца проводится позади поперечно-ободочной кишки к воротам печени и формируется гепатикоеюноанастомоз по типу конец в бок, ниже которого сформируется межкишечный анастомоз по способу Брауну. С целью профилактики и лечения стриктур гепатикоеюно-анастомоза, конец проксимальной петли выводят под кожу в правом подреберье, для последующего проведения эндоскопического исследования линии анастомоза, а также (при необходимости) её бужирования или введения лекарственных средств.

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

Прототипом является способ наложения гепатикоеюноанастомоз по типу конец в бок, при котором петля тощей кишки длиной 30-40 см от связки Трейца проводится позади поперечно-ободочной кишки к воротам печени и формируется вышесказанной анастомоз, ниже которого сформирован межкишечный анастомоз по способу Брауну [1].

Недостатками данной способ, в основном, являются развития сужения линии анастомоза в раннем послеоперационном периоде, необходимость проведения повторных оперативных вмешательств в случае возникновения её сужения, которой является более тяжёлым, травматичным и дорогостоящим.

Цель изобретения - улучшение результатов хирургического лечения больных с нарушением проходимости желчных путей.

Поставленная цель достигается наложения гепатикоеюноанастомоза по типу конец в бок, ниже которого для профилактики развития синдрома приводящей петли формируют межкишечный анастомоз по Брауну, и проксимальной конец приводящей петли тонкой кишки выводятся на уровне кожи в правом подреберье.

Способ осуществляется следующим образом: после пересечения тонкой кишки на расстоянии 30-40 см от связки Трейца петля тощей кишки проводится позади поперечно-ободочной кишки к воротам печени и формируется гепатикоеюноанастомоз по типу конец в бок. С целью предупреждения возникновения синдрома приводящей петли формируют межкишечный анастомоз по способу Брауну в мобилизированной петлей кишечника, имеющее гепатикоеюностому, конец которой фиксируют к передней стенке живота на уровне кожи правого подреберья (фиг.). При необходимости (появлении признаков нарушения проходимости наложенного анастомоза) проводят рассечение конца фиксированного под кожу участки кишки, для вскрытия её полости и введения холедохоскопа, с целью оценки состояния проходимости гепатикоеюностомы. С целью, профилактики появления пептической язвы линии анастомоза и развития пилоростеноза, операцию дополняют двухсторонней стволовой ваготомией с пилоропластикой по Гейнику-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 или введения лекарственных средств.

3. Отсутствие радиационных действий на пациентов.

4. Более информативное исследование.

Изложенное выше находят своё подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больная П., 56 лет. Госпитализирована с диагнозом «Постхолецистэктомический синдром. Рубцовая стриктура общего печеночного протока. Механическая желтуха». После проведения соответствующей предоперационной подготовки верхнесрединным доступом длиной 20 см послышно вскрыта брюшная полость. Выделен и вскрыт общий печеночный проток, имеющей ширину до 2,5 см. Стриктура отмечалась на 2,0 см ниже бифуркации, протяженность 1,5 см. Учитывая вышесказанные обстоятельства решено наложить гепатикоеюностомию, при котором после пересечения тонкой кишки на расстоянии 30 см от связки Трейца отводящий конец тощей кишки на более длинной петле мобилизован до ворот печени. Наложено гепатикоеюностомия по типу конец в бок. Конец приводящей петли соединено с бок отводящей. С целью предупреждения возникновения синдрома приводящей петли формирован межкишечный анастомоз по способу Брауну в мобилизированной петли кишечника имеющей гепатикоеюностому, конец которой фиксируют к передней стенке живота на уровне кожи правого подреберья. Подпеченочное пространство дренировано полипропиленовой трубкой выведенной в правой подреберной области. Швы на рану. На 8-е сутки после операции из-за наличия признаков нарушения желчеоттока проведено рассечение конца фиксированной под кожу участки кишки куда в полость кишечника введен холедохоскоп и доведен до линии гепатикоеюностомы. Так как установлена выраженный отёк линии анастомоза причиняющее возникновение его сужения, решено локально ввести препараты уменьшающий воспалительных процессов и проходимости анастомоза, что было проведено в течении 6 дней.

Послеоперационный период протекал относительно гладко, без осложнений, заживление первичным натяжением. На 18-е сутки после контрольного проведения ультразвукового исследования и оценки биохимических анализов крови, больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

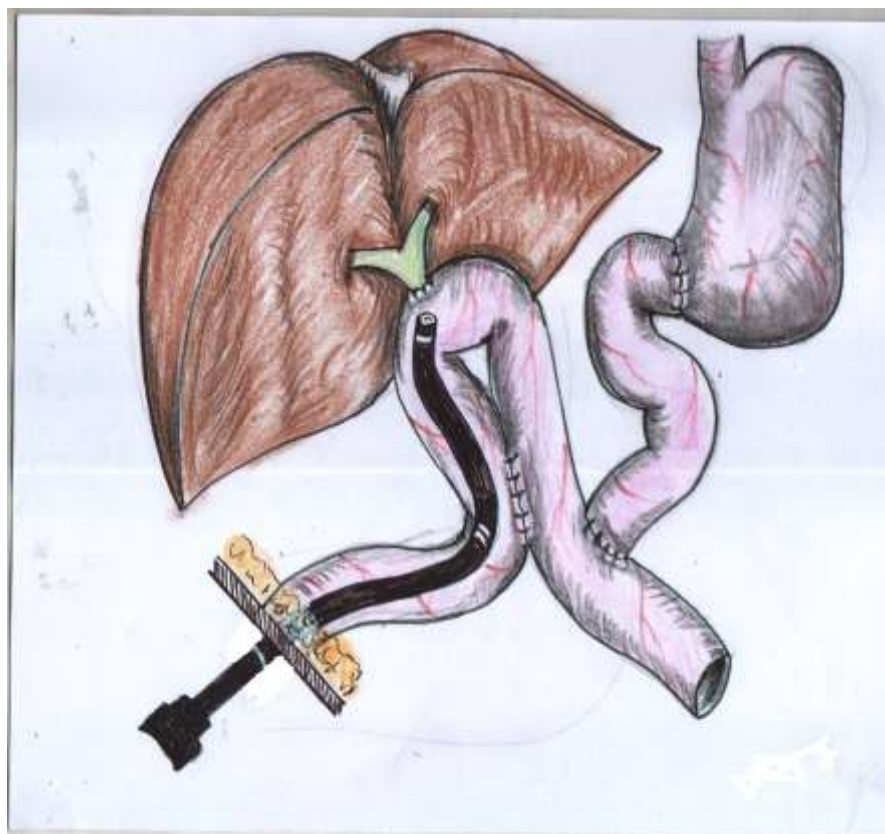
Таким образом, предлагаемый способ гепатикоеюностомии улучшает результат оперативных вмешательств в восстановление проходимости желчных протоков, снижает их травматичность, уменьшает частоту повторных оперативных вмешательств и время нахождения больного в стационаре.

Формула изобретения

Способ уменьшения частоты повторных операций при стриктурах гепатикоеюноанастомоза, включающее формирование гепатикоеюноанастомоза по типу конец в бок, при котором петля тощей кишки длиной 30-40 см от связки Трейтца проводится позади поперечно-ободочной кишки к воротам печени и формируется анастомоз, **отли-**

чающийся тем, что формируют межкишечный анастомоз по способу Брауну в мобилизированной петле кишечника, имеющее гепатикоеюностому, конец которой фиксируют к передней стенке живота на уровне кожи правого подреберья.

Способ уменьшения частоты повторных операций при стриктурах гепатикоеюноанастомоза



Фиг.1.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

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

