

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО**(12) Описание изобретения**
К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1701160

(22) 21.11.2017

(46) Бюл.137, 2017

(71) Курбонов К.М. (ТJ); Назирбоев К.Р.(ТJ).

(72) Курбонов К.М. (ТJ); Назирбоев К.Р.(ТJ).

(73) Курбонов К.М. (ТJ); Назирбоев К.Р.(ТJ).

**(54) СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ
НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ
ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА У
БОЛЬНЫХ С МЕ-
ХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.**(56) 1. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха
неопухолевого генеза. Минск: Харвест, 2000.158 с.
2.СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ ХОЛЕДОХОЕЮНО-
АНАСТОМОЗА „„SU„„1445708 А1(57) Изобретение относится к медицине, а точнее
к хирургии, и может быть использовано для
лечения и профилактики несостоятельности швов
гепатикоеюноанастомоза, возникающей после
формирования анастомоза у больных с
механической желтухой.Цель изобретения – улучшение
непосредственных результатов хирургического
лечения больных с механической желтухой за счёт
профилактики несостоятельности швов
гепатикоеюноанастомоза.

Способ осуществляется следующим образом:
проводится двух этапный метод лечения. На
первый этап проводится чрескожно-
чреспеченочное дренирование левого
расширенного печеночного протока под УЗ-
контролем. На второй этап операции после
лапаротомии формируется
гепатикоеюноанастомоз на Ру-петле, а
установленный на первом этапе операции
гепатикостома не удаляется. Посредством
гепатикостомы в просвет печеночных желчных
протоков, в частности зону сформированного
гепатикоеюноанастомоза медленно вводится
серотонин адипинат 0,1%-1,0 растворимый на 10,0
мл физиологического раствора 2 раза в сутки в
сочетании с антибиотика широкого спектра
действия – сефтриаксона 1,0 растворимый на 5,0
мл физиологического раствора 2 раза в сутки в
течение 7-8 суток (Фиг. 1). На 10-12 сутки
гепатикостому удалили, основаниям для которой
являлось хорошее, адекватное прохождение зоны
сформированного гепатикоеюноанастомоза по
данным проведенного контрольного
фистулографии посредством гепатикостомы, а
также отсутствие выделения по страховым
дренажам желчи и экссудата.

Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургии, и может быть использовано для лечения и профилактики несостоятельности швов гепатикоеюноанастомоза, возникающей после формирования анастомоза у больных с механической желтухой.

Лечение больных с механической желтухой остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Уже в течение многих лет хирурги прилагают усилия для более эффективной помощи данной категории больных. Однако, в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является весьма рискованным. Показания и противопоказания, тактические и технические аспекты выполнения желчеотводящих операций у больных с механической желтухой разработаны недостаточно. Обращает на себя внимание рост осложнений после операций на желчевыводящих путях и высокий процент повторных операций. Продолжает сохраняться высокий уровень несостоятельности сформированных билиодигестивных анастомозов и послеоперационной летальности. Больные длительно являются временно нетрудоспособными. Остается высоким процент инвалидизации. Поэтому комплексный анализ требует применения двухэтапных методов операций и их усовершенствование является актуальной проблемой современной гепатобилиарной хирургии [1].

Прототипом является способ наложения холедохоеюноанастомоза [2], у больных с механической желтухой. включающий формирование гепатикоеюноанастомоза по Ру-петле. С целью снижения частоты несостоятельности анастомоза за счет уменьшения местных воспалительных изменений в стенке холедоха и повышения прочности участка соединения холедоха и тонкой кишки подводят к холедоху тонкую кишку, рассекают стенки органов, сопоставляют стенки, иссекают слизисто-подслизисто-мышечный слой стенки тонкой кишки по всей линии разреза с образованием свободного участка серозной оболочки тонкой кишки, включающего в себя субсерозную сосудистую сеть, который накладывают на наружную поверхность холедоха и подшивают к нему швом.

Недостатком этого способа является риска развития несостоятельности сформированного анастомоза, желчеистечение, желчный перитонит и развитие стриктуры анастомоза. А также невозможно ведение местно лекарственных препаратов и контролировать за состоянием анастомоза.

Цель изобретения - улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных с механической желтухой за счёт профилактики несостоятельности швов гепатикоеюноанастомоза.

Поставленная цель достигается выполнением местной локальной подведением антиоксиданта и антибиотика к зоне сформированного гепатикоеюноанастомоза через установленные гепатикостомы.

Способ осуществляется следующим образом: проводится двух этапный метод лечения. На первый этап проводится чрескожно-чреспеченочное дренирование левого расширенного печеночного протока под УЗ-контролем. На второй этап операции после лапаротомии формируется гепатикоеюноанастомоз по Ру-петле, а установленный на первом этапе операции гепатикостома не удаляется. Посредством гепатикостомы в просвет левого печеночных желчных протока, в частности зону сформированного гепатикоеюноанастомоза медленно вводится серотонин адипинат 0,1%-1,0 растворимый на 10,0 мл физиологического раствора 2 раза в сутки в сочетании с антибиотика широкого спектра действия – цефтриаксона 1,0 растворимый на 5,0 мл физиологического раствора 2 раза в сутки в течение 7-8 суток (Фиг. 1). На 10-12 сутки гепатикостому удалили, основаниям для которой являлось хорошее, адекватное прохождение зоны сформированного гепатикоеюноанастомоза по данным проведенного контрольного фистулографии посредством гепатикостомы, а также отсутствие выделения по страховым дренажам желчи и экссудата.

По предложенной методике эффективно были пролечены 15 больных с механической желтухой доброкачественного генеза.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Местное, локальное подведение антиоксиданта и антибиотика к зоне сформированного анастомоза через установленный гепатикостома позволяет улучшить качество заживления гепатоеюноанастомоза за счет нормализации показателей цитокинового статуса и нормальной грануляционной ткани, а также снижает частоту риска развития рубцового сужения анастомоза.

2. достигается декомпрессия желчных путей, что создает лучшие условия для заживления анастомоза;

3. установленный гепатикостома делает возможным контрольную холангиографию с целью определения состояния вне- и внутриспеченочных желчных протоков и сформированного анастомоза;

4. короткий срок восстановления функциональной состояния печени.

5. быстрое улучшение качества жизни больного;

Изложенное выше находить своё подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больная В., 57 лет. Госпитализирована на проведение двухэтапного оперативного вмешательства с диагнозом «Стриктура дистального отдела холедоха. Механическая желтуха. Холангит. Печеночная недостаточность». На первый этап операции выполнено миниинвазивное вмешательство чрескожно-чреспеченочное дренирование левого печеночного протока под УЗ-контролем. На 12-е сутки после нормализации показателей общего билирубина и других биохимических показателей крови, а также улучшение общего состояния больного проведено второй этап операции – лапаротомия, наложение гепатикоеюноанастомоза на Ру-петле. Подпеченочное пространство дренировано полихлорвиниловой трубкой выведенной в правой подреберной области. Швы на рану. В послеоперационном периоде через установленный гепатикостому вводили серотонина адипината 0,1%-1,0 растворимый на 10,0 мл физиологического раствора 2 раза в сутки в сочетании с антибиотика широкого спектра действия – сефтриаксона 1,0 растворимый на 5,0 мл физиологического раствора 2 раза в сутки в течение 7-8 суток. Ежедневно из установленной гепатикостомы выделялось около 60-80мл желчи. На 7-е сутки после операции проведено контрольное ультразвуковое исследования, где в подпеченочном пространстве, в брюшной полости

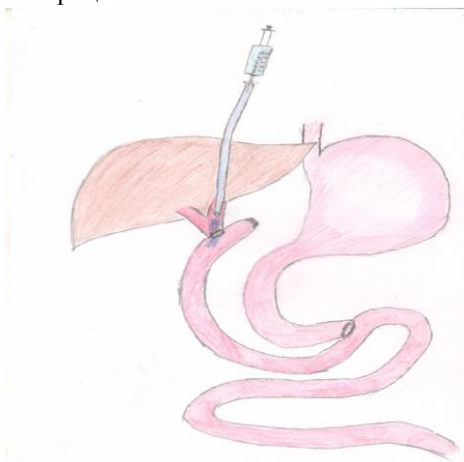
и в зоне сформированного анастомоза патологические жидкостные скопления не выявлены, внутripеченочные желчные ходы нерасширены, после которого удалена подпеченочная дренажная трубка. На 10-сутки после операции после проведено контрольное фистулография посредством гепатикостомы, при котором прохождение контрастного вещества через сформированный гепати-коеюноанастомоз в кишечник адекватное, сужение нет, внутripеченочные желчные протоки нерасширены, после которого гепатикостому удаляли. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, заживление первичным натяжением. На 12-е сутки после контрольного проведения ультразвукового исследования и оценка биохимических анализов крови, больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, предлагаемый способ несостоятельности швов гепатикоеюно-анастомоза у больных с механической желтухой улучшает результаты оперативных вмешательств при патологиях гепатопанкре-атобилиарной зоны и уменьшает частоту послеоперационных осложнений – несостоятельности швов гепатикоеюно-анастомоза, прогрессирования послеоперацион-ной печеночной недостаточности и других ранних послеоперационных осложнений.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ профилактики несостоятельности швов гепатикоеюноанастомоза у больных с механической желтухой, включающий формирование гепатикоеюноанастомоза на Ру-петле, *отличающийся тем*, что в левом печеночном протоке устанавливают гепа-тикостому через которого в послеоперацион-

ном периоде к зоне гепатикоеюноанастомоза вводят серотонин адипинат 0,1%-1,0 растворимый на 10,0 мл физиологического раствора 2 раза в сутки в сочетании с антибиотиком – цефтриаксона 1,0 растворимый на 5,0 мл физиологического раствора 2 раза в сутки в течение 7-8 суток.



Фиг. 1.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а