



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

(21) 1801210

(22) 02.07.2018

(46) Бюл.142, 2018

(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 ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКИХ
СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.**

(56) 1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. 2-е изд.: Видар-М., 2009. 568

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

Цель изобретения - улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных с высокими стриктурами желчных протоков за счёт формирования дуктоэнтероанастомоза на выключенной Ру-петли тонкой кишки.

Поставленная цель достигается выполнением формирования дуктоэнтероанастомоза на выключенной Ру-петли тонкой кишки.

Способ осуществляется следующим образом: После деликатного выделения печеночных желчных протоков и резекции конфлюэнса вместе с рубцами, выделяют правый и левый печеночные протоки (Фиг. 1). Близкое расположение этих протоков позволяет свести их без излишнего натяжения и производить дуктопластику с объединением этих устьев в единое (Фиг. 2). Дуктопластику выполняем путем наложения узловых швов узелками наружу к задней стенке рассасывающейся монофиламентной, полидискановой нитью 6/0 (PDS II, Ethicon) с соединением прилежащих стенок отдельных протоков вместе. В результате формируется единая площадка протоков, что в последующем позволяет формировать один анастомоз (Фиг. 3). Далее формируют дуктоэнтероанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки.

Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургии, и может быть использовано для лечения высоких стриктур желчных протоков, возникающей после ятрогенных повреждений желчных протоков.

Повсеместное увеличение количество оперативных вмешательств на органах гепатобилиарной зоны способствовало увеличению частоты послеоперационных осложнений. Среди послеоперационных осложнений этих оперативных вмешательств наиболее опасным и тяжелым является повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП). Сохранившаяся высокая частота повреждений ВЖП, их катастрофические последствия, сложности ранней диагностики, трудности в хирургической коррекции, значительное число неудовлетворительных результатов, а также не самое лучшее качество жизни пациентов после реконструктивных и восстановительных операций на ВЖП заставляют хирургов и интервенционных специалистов искать новые пути решения проблемы.

При ранении и повреждениях ВЖП желчь оказывает постоянное раздражающее влияние на процесс регенерации, в результате чего происходит задержка созревания соединительной ткани образованием избыточного количества гиалинизированных коллагеновых волокон с последующим развитием грубого рубца.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой сложнейшей области хирургии, неудовлетворительные результаты даже у самых опытных хирургов составляет в среднем до 10% и чаще всего эти неудачи наблюдаются при высоких стриктурах на уровне долевого протока. Неудовлетворительные неоднократные и повторные реконструктивные вмешательства, развитие билиарного цирроза печени и печеночной недостаточности требуют выполнения более радикальных жизнеспасующих оперативных вмешательств [1].

Прототипом является способ хирургического лечения высокой стриктуры общего печеночного. При этом выделяют протоки проксимальнее стриктуры. Рассекают левый печеночный проток. Выключают сегмент тонкой кишки по Ру. Формируют заднюю, переднюю губы гепатикоюноанастомоза однорядным швом. При этом используют непрерывный шов отдельной нитью для каждой губы. В долевого печеночные протоки устанавливают одну или несколько дренажных трубок, суммарный наружный диаметр которых не превышает половины диаметра анастомоза. Свободные концы соседних пар нитей связывают между собой. Дистальные концы трубки выводят на переднюю брюшную стенку. В частном случае концы трубки выводят через

концевой отдел "Слепého" участка тонкой кишки. [2]

Недостатком этого способа является технически трудности наложения анастомоза этим способом, неравномерности сопоставления анастомозируемых органов и соответственно к плохой герметичности гепатикоюноанастомоза, а также риска развития несостоятельности сформированного анастомоза, желчеистечение, желчный перитонит, развитие рестриктуры анастомоза и длительность лечения.

Цель изобретения - улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных с высокими стриктурами желчных протоков за счёт формирования дуоденотероанастомоза на выключенной Ру-петли тонкой кишки.

Поставленная цель достигается выполнением формирования дуоденотероанастомоза на выключенной Ру-петли тонкой кишки.

Способ осуществляется следующим образом: что во время операции производят После деликатного выделения печеночных желчных протоков и резекции конfluence вместе с рубцами, выделяют правый и левый печеночные протоки (Фиг. 1). Близкое расположение этих протоков позволяет свести их без излишнего натяжения и производить дуоденопластику с объединением этих устьев в единое (Фиг. 2). Дуоденопластику выполняем путем наложения узловых швов узелками наружу к задней стенке рассасывающейся монофиламентной, полидиксановой нитью 6/0 (PDS II, Ethicon) с соединением прилежащих стенок отдельных протоков вместе. В результате формируется единая площадка протоков, что в последующем позволяет формировать один анастомоз (Фиг. 3).

Далее формируют дуоденотероанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки.

По предложенной методике эффективно были пролечены 6 больных с высокими долевыми стриктурами желчных протоков.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Создаётся большой диаметр гепатикохоледоха для наложения анастомоза;
2. Отпадает необходимость наложения бигепатиеюноанастомоза, т.е. два отдельных анастомозов между правым и левым печеночными протоками с тонкой кишкой;
3. Профилактика риска развития несостоятельности и рубцовых стриктур сформированного анастомоза, за счёт формирования анастомоза на интактных протоках;
4. короткий срок восстановления больного.
5. быстрое улучшение качества жизни больного.

Изложенное выше находить своё подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больная Р., 49 лет. Госпитализирована на проведение оперативного вмешательства с диагнозом «Стриктура проксимального отдела холедоха. Механическая желтуха». После предварительной предоперационной подготовки больного с учетом до- и интраоперационной находкой проведена операция – лапаротомия, формирования высокого дуктоэнтеро-анастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки, дренирование подпечёночного пространства полихлорвиниловой трубкой выведенной в правой подреберной области. Швы на рану. В послеоперационном периоде получала соответствующую комплексную консервативную терапию. На 7-е сутки после операции после проведении контрольного ультразвукового

исследования удалена подпеченочная дренажная трубка. 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 формирования дуктоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки у больных с высокими стриктурами желчных протоков улучшает результаты оперативных вмешательств при патологиях гепатопанкреатобилиарной зоны и уменьшает частоту послеоперационных осложнений – несостоятельности швов и сужение сформированного анастомоза, и других ранних послеоперационных осложнений

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

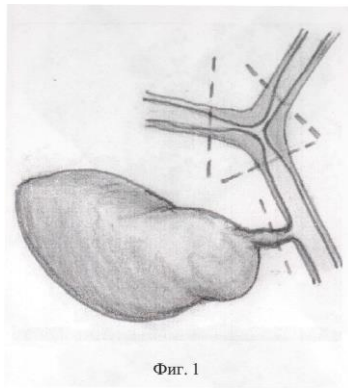
Способ лечения высоких стриктур желчных протоков, включающий формированием гепатикоеюноанастомоза однорядным швом на выключенной Ру-петли тонкой кишки *отличающейся тем*, что во время операции

производят резекцию конfluence вместе с рубцами, затем формируют дуктопластику с объединением устьев правого и левого печеночного протока в единое для последующего формирования дуктоэнтеро-анастомоза.

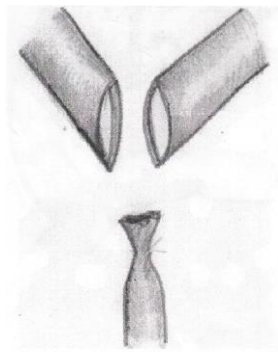
Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		

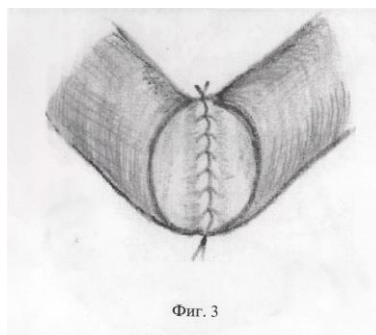
Способ лечения высоких стриктур желчных протоков



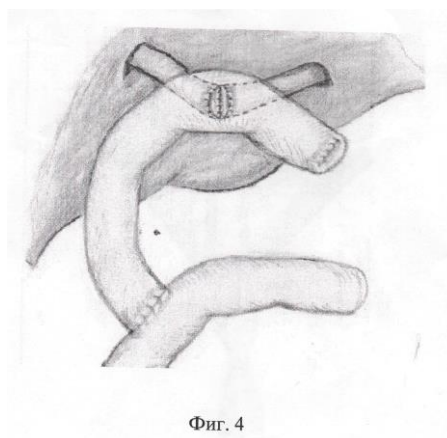
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4