



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **68**

(51) **МПК⁸ A61B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 0600069

(22) 28.11.2006

(46) Бюл.45 (1), 2007

(71) Даминова М.Н. (ТJ); Абдуллоев Дж.А. (ТJ);
Курбонов К.М. (ТJ).

(72) Даминова М.Н. (ТJ); Абдуллоев Дж.А. (ТJ);
Курбонов К.М. (ТJ).

(73) Даминова М.Н. (ТJ); Абдуллоев Дж.А. (ТJ);
Курбонов К.М. (ТJ).

(56) 1. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили
В.И. Непроходимость желчных путей. М., Меди-
цина, 1977,311стр.

2. Альперивич Б.И. Хирургия печени и желчных

путей - Томск, 1997.

(54) **СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ГЕРМЕТИЧ-
НОСТИ ШВОВ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ
АНАСТОМОЗОВ.**

(57) Изобретение относится к медицине, а
именно к билиарной хирургии.

Способ повышения герметичности швов би-
лиодигестивных анастомозов заключается в про-
ведении холедоходуоденостомии двухрядными
швами. Затем, к линии швам прикладывают пла-
стину ТахоКомба шириной в 1,5 см в сочетании с
1г канамицина так, чтобы пластина захватывала
здоровые участки общего желчного протока и
двенадцатиперстной кишки.

Изобретение относится к медицине, а именно к билиарной хирургии.

Известен способ повышения герметичности билиодигестивных анастомозов [1].

Наиболее близким аналогом к заявляемому способу является способ повышения герметичности билиодигестивных анастомозов, заключающийся в проведении холедоходуоденостомии или формирования холедохоеюноанастомозов двухрядными швами и последующем нанесении цианакрилового клея в зоне сформированных анастомозов [2].

Отрицательными сторонами данного способа является снижение прочности анастомозов за счет наличия частиц жиров на раневых поверхностях, замедление растворения клея в организме, склонность к спайкообразованию при попадании клея на окружающие ткани с развитием кишечной непроходимости, возможность подтекания в зоне анастомоза.

Целью изобретения является избежание указанных недостатков, снижение риска при профилактике и лечении несостоятельности билиодигестивных анастомозов путем повышения надежности их биологической и физиологической герметичности.

Поставленная цель достигается путем прикладывания пластин ТахоКомба и порошками антибиотиков на линию швов.

Осуществление способа изображено на фиг.1 [где, 1-двенадцатиперстная кишка, 2 - линия разреза двенадцатиперстной кишки, 3 - общечелчный проток (далее - ОЖП) и 4 - линия разреза ОЖП]; на фиг.2 (где, 1 - двенадцатиперстная кишка, 2 - разрез двенадцатиперстной кишки, 3 - ОЖП, 4 - разрез в ОЖП, 5 -нить) и на фиг.3 (где, 1 - двенадцатиперстная кишка, 2 - ОЖП, 3 - правый печеночный проток, 4 - левый печеночный проток, 5 - линия швов холедоходуоденоанастомоза, 6 - пластина Тахокомба, 7 -двухрядные швы).

Способ осуществляется следующим образом.

После выполнения холедоходуоденостомии или формирования холедохоеюноанастомозов (фиг. 3) двухрядными швами (7), фибрин-тромбин-

коллагеновую пластину ТахоКомба (6) шириной в 1,5 см с 1г порошка канамицина устанавливают на линии швов холедоходуоденоанастомоза (5) в области сформированных анастомозов таким образом, чтобы она на 1,5см захватывала здоровые участки общего желчного протока (2) и двенадцатиперстной кишки (1).

По указанному способу была успешно повышена герметичность билиодигестивных анастомозов у 3 больных.

Пример. Больная С. поступила 12.10.05г. с В8: ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. При УЗИ диагностирован наличие конкрементов в желчном пузыре, общем желчном протоке в сочетании с стриктурой (более 2,5см) дистального отдела холедоха. Отмечалось также повышение уровня билирубина крови до 220 мг/%. 15.10.05г. больная была оперирована и выполнена холецистэктомия. После, осуществлена холедохотомия с холедохолитотомией и формированием холедоходуоденоанастомоза по Шалимову. На 5-е сутки послеоперационного периода было отмечено выхождение желчи и дуоденального содержимого из области контропертур. Диагностирована несостоятельность холедоходуоденоанастомоза. 21.10.05г. было решено произвести релапаротомию, при которой обнаружена несостоятельность передней губы холедоходуоденоанастомоза с наличием распространенного желчного перитонита. Было решено «нарушить» каноны абдоминальной хирургии, так как оставление высокого тонкокишечного и желчного свища приводит к 100% летальности. В связи с чем, несостоятельность анастомоза повторно ушита капроновыми швами и поверх них произведено аппликация пластин ТахоКомба с порошком канамицина в один слой. Операция закончена назоинтестинальным дренированием тонкой кишки, санацией брюшной полости и ушиванием раны передней брюшной стенки на «бантики». Через 48 ч была выполнена ревизия и санация брюшной полости по поводу распространенного перитонита. Швы на анастомозе состоятельны. Больной выздоровел и на 20-е сутки был выписан на амбулаторное лечение.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ повышения герметичности швов билиодигестивных анастомозов, заключающийся в проведении холедоходуоденоанастомоза путем наложения двухрядных швов, **отличающийся тем, что** область анастомоза швов предварительно обраба-

тывают 1г порошка канамицина, а на линию швов прикладывают пластину ТахоКомба шириной 1,5 см, при этом пластина захватывает здоровые участки общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки.

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

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