



Республика Таджикистан

(19) **ТJ** (11) **70**

(51) **МПК 8 А 61 В 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

(21) 0600071

(22) 13.12.2006

(46) Бюл.45 (1), 2007

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

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

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

(54) **СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ХОЛЕДО-
ХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА.**

(56) 1. Альперивич Б.И. Хирургия печени и желчных путей – Томск, 1997, 605стр.

2. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.И. Непроходимость желчных путей. М., Медицина, 1977, 311стр.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гепатологии, а именно для лечения холедохолитиаза, эхинококкоза печени с прорывом в желчные пути и лечения рубцовых структур холедоха.

Целью изобретения является профилактика регургитационного синдрома, послеоперационного холангита, несостоятельности швов

холедоходуоденоанастомоза при хирургическом лечении холедохолитиаза и доброкачественных заболеваний терминального отдела общего желчного протока.

Способ формирования холедоходуоденоанастомоза включает поперечное пересечение супрадуоденальной части общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки. Билиодигестивные анастомозы манжеточной формы формируют с помощью одномоментных комбинированных швов путем субмукозных проколов по краям разреза, сшиваемых между собой полых органов общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки. Наносят гофрирующие стенки, отступая от анастомозной полосы в соответствии с планируемым диаметром анастомоза, которые выполняют последовательно, чередуя зоны (вначале накладывают гофрирующие швы, затем осуществляют проколы). Между ними образуют переходные воздушные петли (нити швов проводят вне тканей, в воздухе), натягивают и завязывают узлы нитей межклеточного шва и шва нижнего участка холедоха, наложенных по всей ширине соустья через каждые 0,3-0,5 см.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургической гепатологии и может быть использовано для лечения холедохолитиаза, эхинококкоза печени с прорывом в желчные пути, а также для лечения рубцовых структур холедоха.

Известны способы формирования холедоходуоденоанастомоза при заболеваниях билиарной системы (1, 2).

Прототипом является способ формирования холедоходуоденоанастомоза по Флеркену (2), при котором продольно пересекаются супрадуоденальная часть общего желчного протока (далее - ОЖП) и двенадцатиперстной кишки (далее - ДПК) и билиодигестивные анастомозы манжеточной формы формируют обычными швами.

Недостатками этого способа являются: 1) наличие выраженного регургитационного синдрома; 2) высокий риск развития рецидивирующего холангита; 3) расстройство интрамурального кровотока в сшиваемых тканях; 4) сужение анастомоза.

Целью изобретения является профилактика регургитационного синдрома, послеоперационного холангита и несостоятельности швов холедоходуоденоанастомоза при хирургическом лечении холедохолитиаза и доброкачественных заболеваниях терминального отдела ОЖП.

Поставленная цель достигается путем поперечного пересечения стенок ОЖП и ДПК после ее мобилизации и формирования поперечного холедоходуоденоанастомоза с использованием комбинированных субмукозных гофрированных швов.

Способ изображен на прилагаемом рисунке, где 1 – ОЖП, 2 – ДПК, 3 – комбинированные гофрированные швы.

Заявляемый способ осуществляется следующим образом.

После максимальной мобилизации супрадуоденальной части общего желчного протока (1) и двенадцатиперстной кишки (2) намечают поперечные линии разреза на анастомозирующих органах и вскрывают их.

Билиодигестивные анастомозы манжеточной формы формируют с помощью одномоментных комбинированных швов путем субмукозных проколов по краям разреза, сшиваемых между собой полых органов (ОЖП и ДПК), нанесения гофрирующих швов, отступая от анастомозной полосы на 2,0 см, которые выполняют последовательно, чередуя зоны (вначале накладывают гофрирующие швы, затем осуществляют проколы). Между ними образуют переходные воздушные петли (нити швов проводят вне тканей, в воздухе). В процессе натягивания и завязывания узлов нитей межклеточного шва и шва нижнего участка холедоха, наложенных по всей ширине соустья через каждые 0,3-0,5 см происходит адаптация

краев анастомозной полосы, группирование и инвагинация циркулярных мышечных волокон ОЖП и ДПК с частичным переводом их в антиперистальтическое направление, что ведет к образованию жома за счет соединения их в виде манжетки.

Разработанный способ формирования холедоходуоденоанастомоза в клинике успешно применен у 5 больных с холедохолитиазом (3) и прорывом эхинококковой кисты в желчные протоки (2) с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Изложенное выше находит подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больная А. поступила в клинику в 2006 г по поводу нарастающей желтухи, слабость сопровождающаяся постоянной болью в правом подреберье, кожным зудом. Больному проведены УЗИ и РПГХ, где установлено наличие холедохолитиаза с наличием протяженной конической сужением общего желчного протока (более 2,5 см) в проксимальном – расширение желчных протоков. У больной установили диагноз: ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

Во время операции путем лапаротомного доступа 02.04.06 г было подтверждено, что у пациентки желчекаменная болезнь и холедохолитиаз с сужением терминального отдела общего желчного протока. После выполнения холецистэктомии, дистальный отдел холедоха и двенадцатиперстная кишка мобилизована, холедох до 3,0 см в просвете конкременты. Произведены супрадуоденальная поперечная холедохотомия и холедохолитотомия. Учитывая наличие протяженного рубцового стеноза (более 2,5 см) общего желчного протока была выполнена холедоходуоденостомия разработанным манжеточным способом. Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка вернулась на прежнее место работы через месяц, улучшилось состояние. В отдаленные сроки в органах гепатопанкреатодуоденальной зоны не обнаружены отклонения от нормы, что подтверждает, также компьютерная томография сделанная 29.08.06 г. Компьютерная томография с усилением холецидов показала сохранение структуры плотности печени, была выявлена способность к визуализации (контрастированию желчных протоков), нарушение архитектоники сосудов не обнаружены (диаметр воротной вены 0,9 см). Поджелудочная железа имела обычные размеры, была сглажена ее дольчатость. Проток поджелудочной железы не расширен.

Таким образом, формирование поперечного манжеточного холедоходуоденоанастомоза в значительной степени ликвидирует наличие послеоперационного холангита и частоты несостоятельности швов холедоходуоденоанастомоза за счет формирования клапана из стенок общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки и меньшей

травматичности сосудов анастомозируемых орга-

нов.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ формирования холедоходуодено-анастомоза, включающий пересечение супрадуоденальной части общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки и формирование билиодигестивных анастомозов манжеточной формы, **отличающийся тем, что** супрадуоденальную часть общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки пересекают поперечно, билиодигестивные анастомозы манжеточной формы формируют с помощью одномоментных комбинированных швов, путем субмукозных проколов по

краям разреза, наносят гофрирующие швы, отступая от анастомозной полосы на 2,0 см, которые выполняют последовательно, чередуя зоны, вначале накладывают гофрирующие швы, затем осуществляют проколы, между ними образуют переходные воздушные петли, где нити швов проводят вне тканей, натягивают и завязывают узлы нитей межклеточного шва и шва нижнего участка холедоха, расстояние между которыми составляет 0,3-0,5 см.

Компьютерный набор: Эшонхонова И.А.

Заказ

Тираж

Подписное

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