



(19) **KG** (11) **1698** (13) **C1**
(51)) **A61B 17/00** (2014.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20130099.1

(22) 15.11.2013

(46) 30.01.2015. Бюл. № 1

(76) Белеков Ж. О.; Ысмайылов К. С.; Маманов Н. А.; Салибаев О. А. (KG)

(56) Гальперин Э. И.; Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. - 2-е изд. - М.: Видар, 2009. - С. 147-149

(54) Способ холецистобигепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к гепатобилиарной хирургии и может быть использовано для лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной синдромом Мириizzi 2 типа.

Задачей изобретения является уменьшение послеоперационных осложнений при хирургическом лечении больных с желчнокаменной болезнью, осложненной синдромом Мириizzi 2 типа с разрушением стенки конfluence, восстановление билиодигестивного пассажа и предупреждение рубцового сужения зоны пластики.

Поставленная задача решается в способе холецистобигепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки, включающем лапаротомию, субтотальную холецистэктомию, устранение холецисто-билиарного свища, формирование холецистобигепатикоеюноанастомоза, где производят продольное рассечение стенки желчного пузыря от дна с разобщением холецистобилиарного свища, иссечение стенки желчного пузыря, свободной от воспалительно-инфильтративного процесса, с оставлением стенки желчного пузыря, сращенной с внепеченочными желчными протоками на уровне конfluence, формирование выключенной по Ру петли тощей кишки и наложение прецизионного бескаркасного холецистобигепатикоеюноанастомоза.

1 н. п. ф., 1 пр., 5 фиг.

Изобретение относится к медицине, а именно к гепатобилиарной хирургии и может быть использовано для лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной синдромом Мириizzi 2 типа.

В хирургическом лечении желчнокаменной болезни, осложненной синдромом Мириizzi 2 типа, создается трудная тактическая ситуация, возникшая вследствие образования дефекта в результате пролежня желчным камнем передней стенки проксимальных внепеченочных желчных протоков. После холецистэктомии в таких случаях образуется значительный дефект передней стенки области конfluence, который практически невозможно закрыть различными способами пластики. Сложившаяся ситуация диктует необходимость выполнения сложной реконструктивной операции, а именно закрытия дефекта передней стенки внепеченочных протоков в области конfluence.

В тематической научной литературе мы не встретили описания случаев синдрома Мириizzi 2 типа с высоким поражением внепеченочных желчных протоков в области конfluence и, тем более, способов оперативной коррекции восстановления билиарного пассажа в таких ситуациях.

Известен способ холецистэктомии при свищевой форме синдрома Мириizzi (Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. - 2-е изд. - М.: Видар, 2009. - С. 147-149), где проводят мобилизацию шейки желчного пузыря, в проекции желчного камня производят разрез стенки желчного пузыря вдоль оси его шейки, извлекают конкремент, желчный пузырь

отсекают на уровне верхнего края разреза, выкраивая лоскут из задней стенки шейки желчного пузыря, выполняют холецистэктомию, лоскуты стенок желчного пузыря в области свища сшивают и подшивают к краям дефекта холедоха, ликвидируя дефект общего желчного протока. При уверенности в адекватном устранении холедохолитиаза и проходимости большого сосочка двенадцатиперстной кишки дренирование холедоха не производят. При наличии деформации и сужения операцию завершают наружным дренированием общего желчного протока Т-образным дренажем, который выводят через дополнительное холедохотомическое отверстие. Проксимальную браншу Т-образного дренажа проводят через вновь образованный просвет холедоха.

Данный способ приемлем при синдроме Мириззи 2 типа с поражением на уровне слияния пузырного протока с общим печеночным протоком. При более высоком расположении дефекта стенки желчного протока на уровне конfluence, пластика с помощью выкроенного лоскута из стенки желчного пузыря не представляется возможной, так как не исключаются рубцовые изменения трансплантата после его имплантации, необходимость длительного наружного дренирования при нарушении проходимости дистального отдела холедоха (стеноз или неудаляемый камень терминального отдела холедоха, индукция головки поджелудочной железы, при множественных камнях желчных протоков).

Задачей изобретения является уменьшение послеоперационных осложнений при хирургическом лечении больных с желчнокаменной болезнью, осложненной синдромом Мириззи 2 типа с разрушением стенки конfluence, восстановление билиодигестивного пассажа и предупреждение рубцового сужения зоны пластики.

Поставленная задача решается в способе холецистобигепатиеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки, включающем лапаротомию, субтотальную холецистэктомию, устранение холецисто-билиарного свища, формирование холецистобигепатикоеюноанастомоза, где производят продольное рассечение стенки желчного пузыря от дна с разобщением холецистобилиарного свища, иссечение стенки желчного пузыря, свободной от воспалительно-инфильтративного процесса, с оставлением стенки желчного пузыря, сращенной с внепеченочными желчными протоками на уровне конfluence, формирование выключенной по Ру петли тощей кишки и наложение прецизионного бескаркасного холецистобигепатикоеюноанастомоза.

Способ поясняется фигурами.

На фиг. 1 представлена схема холецисто-билиарного свища с наличием конкремента в области конfluence;

На фиг. 2 показан этап вскрытия желчного пузыря и экстракция конкремента;

На фиг. 3 показан вид образовавшегося дефекта передней стенки конfluence после ликвидации свища;

На фиг. 4 - формирование изолированной петли по Ру;

На фиг. 5 - общий вид холецистобигепатикоеюноанастомоза.

Способ осуществляют следующим образом.

После лапаротомии и ревизии подпеченочного пространства при обнаружении сморщенного, деформированного желчного пузыря (1) с широкой холецистобилиарной фистулой с наличием конкремента (6) в области конfluence (3), первым этапом рассекают стенку желчного пузыря от дна по продольной его оси, продолжая разрез через его шейку, которая представляет собой свищевое соустье с внепеченочными желчными протоками. Извлекают желчный камень (6), фиксированный в зоне холецистобилиарной фистулы, санируют и убеждаются в проходимости и отсутствии камней в протоках. При ликвидации холецистобилиарного свища образуется значительный дефект (8) передней стенки зоны конfluence (3), который невозможно закрыть пластическими способами. Задняя стенка внепеченочных желчных протоков при этом остается непораженной. С учетом этого, желчный пузырь иссекают с оставлением его передне-латеральной стенки (7), которая изначально в течение хронического воспалительного процесса и при формировании холецистобилиарного свища спаяна с правым (4) и левым (5) долевыми печеночными протоками и как бы представляет собой «готовую площадку» для закрытия образовавшегося дефекта (8) передней стенки проксимальных внепеченочных желчных путей и анастомозирования с тонкой кишкой. Необходимо учитывать размеры дефекта стенки желчных протоков и соответственно формировать лоскут из стенки желчного пузыря, достаточный для закрытия дефекта. Общий желчный проток (2) пересекают дистальнее места впадения пузырного протока, выполняют субтотальную холецистэктомию. Дистальный конец общего желчного

протока (2) ушивают герметично непрерывным швом нерассасывающимся шовным материалом.

Вторым этапом формируют холецистобигепатикоеюноанастомоз. «Дигестивным партнером» билиодигестивного соустья служит выключенная по Ру петля тонкой кишки длиной 80-100 см, проведенная позади поперечно-ободочной кишки к воротам печени. Тонкую кишку (9) вскрывают в 10 см от "слепого" конца на протяжении 1,5-2 см и формируют холецистобигепатикоеюноанастомоз прецизионным швом. На этом этапе необходимо соблюдать основные принципы формирования билиодигестивного анастомоза: иссечение рубцовой ткани, прецизионную адаптацию слизистых оболочек печеночных протоков и кишки, создание широкого соустья без натяжения, длину «отключенной» по Ру кишки не менее 80 см, использование в качестве шовного материала монофиламентной нити на основе полидиоксанона (Биосин, Monocol, Monocryl, PDS-II), имеющей декретированные сроки рассасывания. Равномерная и плотная сопоставимость анастомозируемых тканей при наложении прецизионного шва приводит к повышению герметичности холецистобигепатикоеюноанастомоза и уменьшению вероятности возникновения несостоятельности швов в послеоперационном периоде.

Пример. Больная К. А., 43 года, история болезни № 677, поступила в хирургическое отделение Ошской межобластной объединенной клинической больницы с диагнозом: Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Склерозированный желчный пузырь. Хронический билиарный панкреатит. Механическая желтуха. Из анамнеза: желчнокаменной болезнью страдает более 10 лет. За этот период у больной наблюдались неоднократные приступы желчной колики, которые купировались самостоятельно или инфузионной терапией в хирургическом стационаре. По данным эхографии, визуализируется сморщенный, деформированный желчный пузырь с наличием одного крупного фиксированного в области шейки желчного пузыря конкремента размером 2х1,5 см. Внутривенные желчные протоки не расширены. Выявлено умеренное расширение гепатикохоледоха и правого печеночного протока. В плановом порядке больная была оперирована. После выполнения верхне-срединной лапаротомии и ревизии в подпеченочной области был обнаружен массивный перифокальный спаечный процесс. Желчный пузырь уменьшен в размере, сморщен, интимно окутан салынком. Пальпаторно определяется фиксированный крупный конкремент в области шейки желчного пузыря. Интраоперационно констатирован диагноз: Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Синдром Мириizzi, 2 тип с поражением конfluence. При диссекции области шейки желчного пузыря обнаружено широкое свищевое соустье желчного пузыря с проксимальным отделом гепатикохоледоха и зоны конfluence. По вышеописанной методике произведена операция. После дренирования подпеченочной области операционная рана послойно ушита. Послеоперационное течение гладкое. Обе дренажные трубки из подпеченочной области удалены на 4 сутки. Больная была выписана на амбулаторное лечение без осложнений. Осмотрена через 2 месяца: жалоб нет, общий билирубин крови - 17 мкмоль/л.

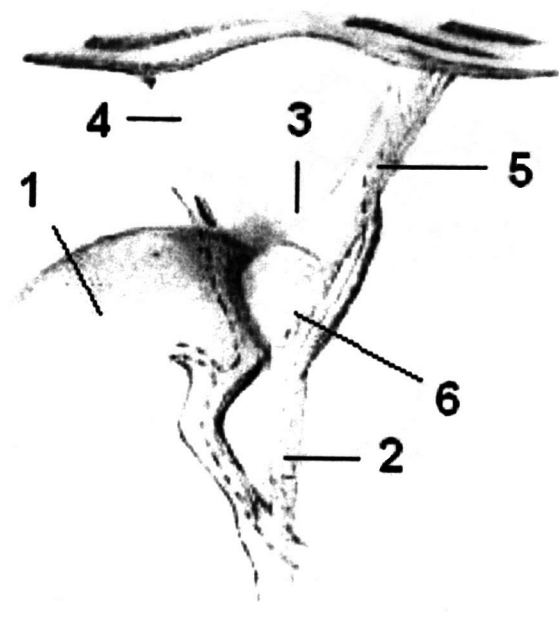
Данным способом прооперировано 3 больных, получен благоприятный результат.

Таким образом, применение способа холецистобигепатикоеюностомии при синдроме Мириizzi 2 типа с разрушением стенки желчных протоков в области конfluence восстанавливает билиодигестивный пассаж и предупреждает рубцовое сужение зоны пластики.

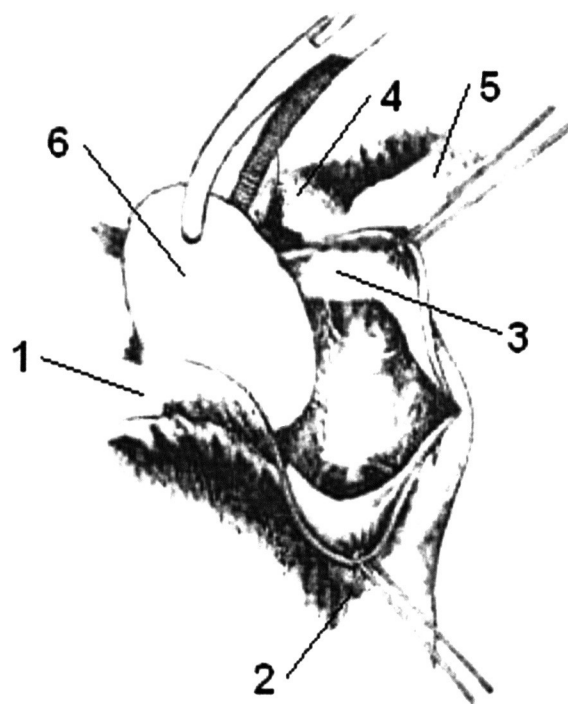
Формула изобретения

Способ холецистобигепатиеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки, включающий лапаротомию, субтотальную холецистэктомию, устранение холецисто-билиарного свища, формирование холецистобигепатикоеюноанастомоза, отличающийся тем, что производят продольное рассечение стенки желчного пузыря от дна с разобщением холецистобилиарного свища, иссечение стенки желчного пузыря, свободной от воспалительно-инфильтративного процесса, с оставлением стенки желчного пузыря, сращенной с внепеченочными желчными протоками на уровне конfluence, формирование выключенной по Ру петли тощей кишки и наложение прецизионного бескаркасного холецистобигепатикоеюноанастомоза.

Способ холецистобигепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки

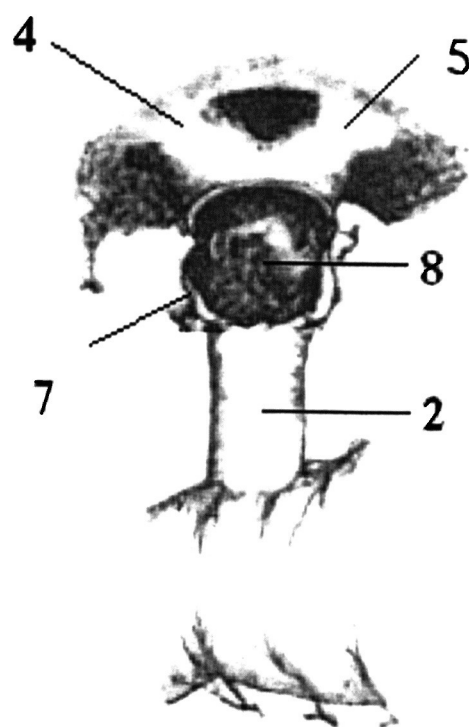


Фиг. 1

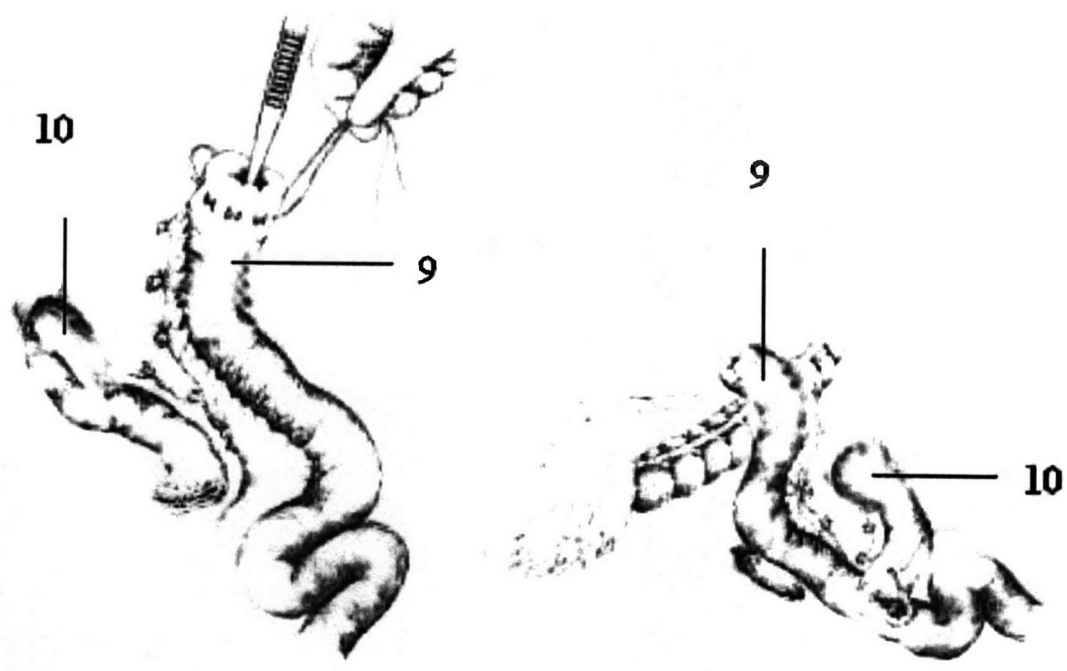


Фиг. 2

Способ холецистобигепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки

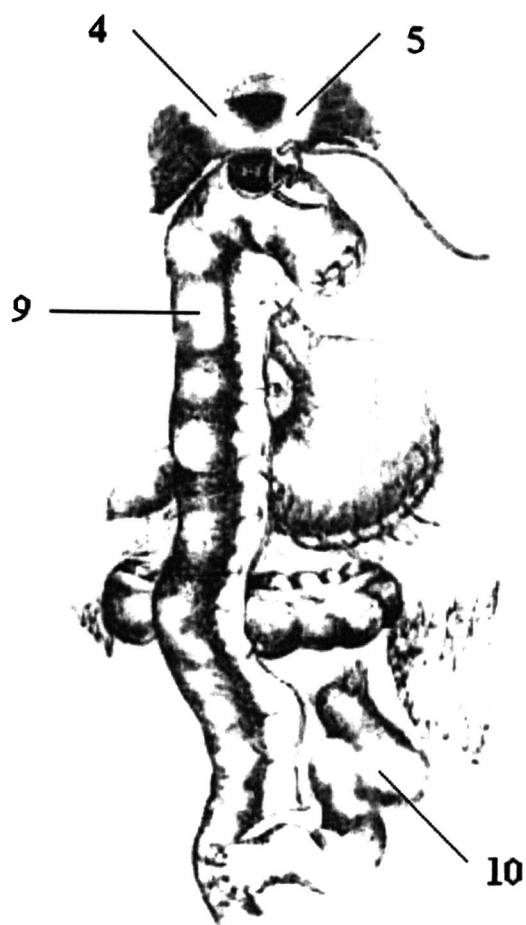


Фиг. 3



Фиг. 4

Способ холецистобигепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки



Фиг. 5

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03