



(19) KG (11) 930 (13) C1 (46) 28.02.2007

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО ПО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ ПРИ
ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(51) A61B 17/00 (2006.01)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20050026.1

(22) 31.03.2005

(46) 28.02.2006, Бюл. №2

(76) Султангазиев Р.А., Садырбеков Ж.С., Бебезов Б.Х., Осмонов Т.А., Раимкулов А.Э. (KG)

(56) Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин А.Ю. Лечение рубцовых структур печеночных протоков // Хирургия, 1998. – №9. – С. 26-30

(54) Способ выделения гепатикохоледоха в рубцово-измененных тканях у ворот печени при повторных реконструктивных операциях на желчных протоках

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано при проведении операций на желчных протоках. Задачей изобретения является разработка более эффективного способа для выделения гепатикохоледоха в рубцово-измененных тканях ворот печени при повторных реконструктивных операциях на желчных протоках. Поставленная задача решается в способе выделения гепатикохоледоха в рубцово-измененных тканях у ворот печени при повторных реконструктивных операциях на желчных протоках, в ятрогенных повреждениях желчных протоков, включающем мобилизацию гепатикохоледоха с помощью чрескожно чреспеченочной холангиостомической трубки и наложение гепатикоюно анастомоза, где для наложения гепатикоюно анастомоза в введенную чрескожно чреспеченочно холангиостомическую трубку проводят металлический проводник, затем его кончиком пальпируют гепатикохоледох у ворот печени, и по нему вскрывают гепатикохоледох. 3 ил., 1 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано при проведении операций на желчных протоках.

Известен способ лечения высоких рубцовых структур гепатикохоледоха по патенту RU C1 №2067425, кл. A61B 17/00, 17/11, 1996, включающий создание гепатикоюно анастомоза с Брауновским межкишечным соустьем.

Недостатком этого способа является то, что в послеоперационном периоде не всегда удается сохранить адекватное кровоснабжение.

Известен способ выделения гепатикохоледоха в рубцово-измененных тканях ворот печени при повторных реконструктивных операциях на желчных протоках путем применения чрескожно чреспеченочной холангиостомической (ЧЧХС) трубки и создание билиодегистивного анастомоза (гепатикоюно анастомоз) с сегментом тонкой кишки, выключенной по Брауну со сменным транспеченочным дренажом (СТД), оба конца которого выходят на переднюю брюшную стенку (Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин А.Ю. Лечение рубцовых структур печеночных протоков // Хирургия, 1998. – № 9. – С. 26-30).

Основным недостатком этого способа является то, что для выделения гепатикохоледоха используется полиэтиленовая трубка и ее кончик, проходящий во внутривеночном протоке, не

(19) KG (11) 930 (13) C1 (46) 28.01.2007

удается пальпировать интраоперационно у ворот печени из-за ее мягкой конструкции, и обычно имеет место грубое нарушение топографо-анатомических взаимоотношений у ворот печени с массивными спаечно-рубцовыми процессами в подпеченочном пространстве.

Как следствие, при выделении гепатикохоледоха «вслепую» сильно травмируется печень и гепатикохоледох.

Задачей изобретения является разработка более эффективного способа для выделения гепатикохоледоха в рубцово-измененных тканях ворот печени при повторных реконструктивных операциях на желчных протоках.

Поставленная задача решается в способе выделения гепатикохоледоха в рубцово-измененных тканях у ворот печени при повторных реконструктивных операциях на желчных протоках, в ятрогенных повреждениях желчных протоков, включающем мобилизацию гепатикохоледоха с помощью чрескожно чреспеченочной холангиостомической трубки и наложение гепатикоюно анастомоза, где для наложения гепатикоюно анастомоза в введенную чрескожно чреспеченочно холангиостомическую трубку проводят металлический проводник, затем его кончиком пальпируют гепатикохоледох у ворот печени, и по нему вскрывают гепатикохоледох.

На фиг. 1 схематично отображено выделение гепатикохоледоха у ворот печени с помощью предложенного способа, где 1 – печень, 2 – внутрипеченочные протоки, 3 – гепатикохоледох у ворот печени, 4 – чрескожная чреспеченочная холангиостомическая трубка, 5 – металлический зонд, 6 – кожа.

На фиг. 2 изображен гепатикоюно анастомоз со сменным транспеченочным дренажем с помощью предложенного способа, где 7 – гепатикоюно анастомоз, 8 – межкишечное соусье по Брауну, 9 – сменный транспеченочный дренаж, 10 – отверстия в трубке 9 во внутрипеченочном протоке, 11 – отверстия в трубке 9 в просвете кишечника.

На фиг. 3 показан гепатикоюно анастомоз с баллонной дилатацией области анастомоза, где 12 – баллон для дилатации в области анастомоза.

Предложенный способ осуществляется следующим образом.

Под интубационным наркозом больному придается положение лежа на спине с подкладыванием валика в подлопаточное пространство на операционном столе. Обрабатывается операционное поле. Косым доступом в правом подреберье производят лапаротомию с иссечением старого послеоперационного рубца. При вскрытии брюшной полости, спаечные процессы в подпеченочном пространстве разъединяются на петлю поперечно-ободочной кишки, большой сальник и дуоденум. Выделяется зона гепатодуоденальной связки, причем элементы гепатодуоденальной связки не дифференцируются, единственно пальпаторно обнаруживают пульсацию собственной печеночной артерии. По ранее установленной чрескожно чреспеченочной холангиостомической трубке 4 проводят жесткий металлический проводник 5, кончик которого пальпаторно обнаруживают в области ворот печени 3. Рубцовые ткани над проводником рассекают и вскрывают просвет общего печеночного протока, протяженностью 2.5 см. Заменяют чрескожно чреспеченочную дренажную трубку 4 на полихлорвиниловую трубку 9 диаметром 6 мм, в котором выкроено 4 боковых отверстия, расстояние между которыми примерно 2.5 см, с тем расчетом, что два отверстия 10 будут находиться во внутрипеченочном протоке, а два других 11 – в просвете кишечника для декомпрессии желчной гипертензии и профилактики несостоятельности гепатикоюно анастомоза.

На каркасной основе полихлорвиниловой трубы формируют гепатикоюно анастомоз 7 с межкишечным соусьем 8 по Брауну без идеального сопоставления слизистых оболочек. Один конец трубы выводят через боковую стенку отводящей петли тонкой кишки наружу через кожу, последняя фиксирована к париетальной брюшине.

В первые трое суток после операции оба конца полихлорвиниловой трубы удлиняют и опускают в сосуд для создания декомпрессии желчной гипертензии в область гепатикоюно анастомоза. На седьмые сутки после операции при состоятельности анастомоза пережимают печеночную часть полихлорвиниловой трубы (дренажа), а еще через сутки, если все нормально, пережимают и кишечную сторону (дренажа).

Замену сменного транспеченочного дренажа производят один раз в три месяца под контролем рентгенотелевизионной установки в асептических условиях рентгеноперационной. При этом старый дренаж удаляют после предварительной установки мягкого металлического проводника. По проводнику в зоне анастомоза устанавливают сосудистый баллонный катетер 12 необходимого диаметра и производят баллонную дилатацию зоны анастомоза и устанавливают новый транспеченочный дренаж, но уже большего диаметра.

Пример. Садырова М., 1979 г.р., поступила в отделение хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя МЗ Кыргызской Республики 04.03.04 г. Диагноз: ятrogenное повреждение гепатикохоледоха, механическая желтуха, наружный желчный свищ. Жалобы при поступлении: желтушность кожных покровов, наличие желчного свища с желчным отделяемым. Анамнез: больная 04.11.03 г. оперирована по месту жительства по поводу хронического калькулезного холецистита, а 10.11.03 г. произведена операция релапаротомия по поводу желчного перитонита. Больная выписана домой с дренажной трубкой. По поводу механической желтухи 30.12.03 г. была установлена чрескожно чреспеченочная холангостомическая трубка с желчным отделяемым. Печень не пальпируется.

Объективно: кожные покровы иктеричны. Язык влажный, чистый. Живот мягкий безболезненный. По серединной линии от мечевидного отростка послеоперационный рубец длиною 20 см. По среднеаксилярной линии в 9-ом межреберье чрескожно чреспеченочная холангостомическая трубка с желчным отделяемым. Печень не пальпируется.

Лабораторно, ОАК: эритроциты – 4.1×10^{12} /л, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – 3.9×10^9 /л, АсТ – 0.28, АлТ – 0.64 мккат/л, общий билирубин – 40.5 ммоль/л, прямой – 13.5 ммоль/л, не прямой – 27.0 ммоль/л.

УЗИ: печень по краю реберной дуги, эхоструктура неоднородная, мелкозернистая, холедох 8.8 мм в диаметре. Внутрипеченочные желчные протоки умеренно расширены.

Селезенка почки без особенностей.

04.03.04 г. на контрольной холангограмме внутрипеченочные желчные протоки умеренно расширены. Кончик чрескожно чреспеченочной холангостомической (ЧЧХС) трубки находится у места обрыва холедоха. Контраст в кишечник не поступает.

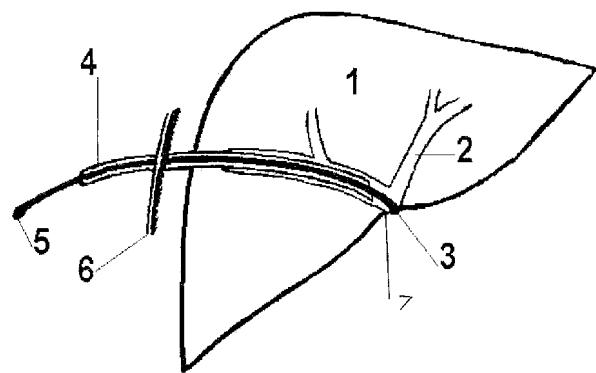
Дренажная трубка промыта и прочищена жестким проводником, т.к. ЧЧХС дренажная трубка была установлена 2 месяца, уменьшилось количество отделяемой желчи, и появилась желтушность кожных покровов.

22.03.01 г. произведена операция: верхнесрединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. Холедох удалось выделить только с использованием данного способа, т.е. проводя металлический проводник по трубке. Наложен гепатикохоледохальный анастомоз с Брауновским межкишечным соусьем на сменном транспеченочном дренаже по вышеописанной методике. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны осуществилось первичным натяжением. Больная выписалась домой в удовлетворительном состоянии на 13 сутки после операции. 08.06.04 г. произведена смена сменного транспеченочного дренажа на больший диаметр с 6 на 8 мм.

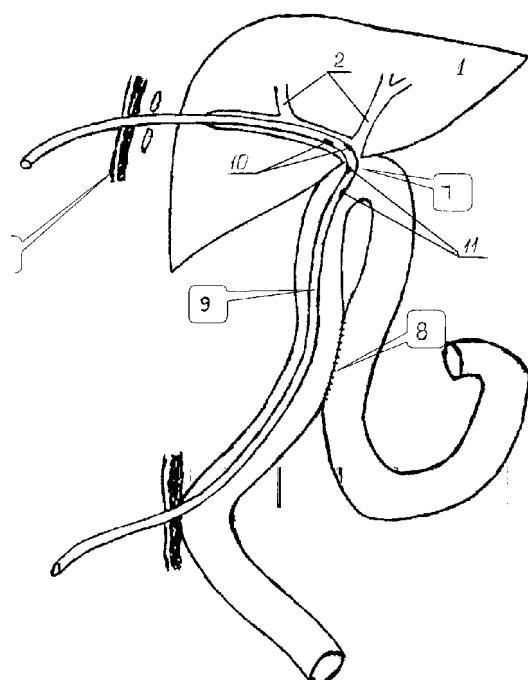
Таким образом, предложенный способ позволяет повысить эффективность оперативного вмешательства у больных при повторных реконструктивных оперативных вмешательствах на желчных протоках путем проведения металлического проводника через чрескожно чреспеченочную холангостомическую трубку для наложения билиодегистивного анастомоза, а также ЧЧХС трубка дает возможность установить сменный транспеченочный дренаж с последующей баллонной дилатацией зоны анастомоза.

Формула изобретения

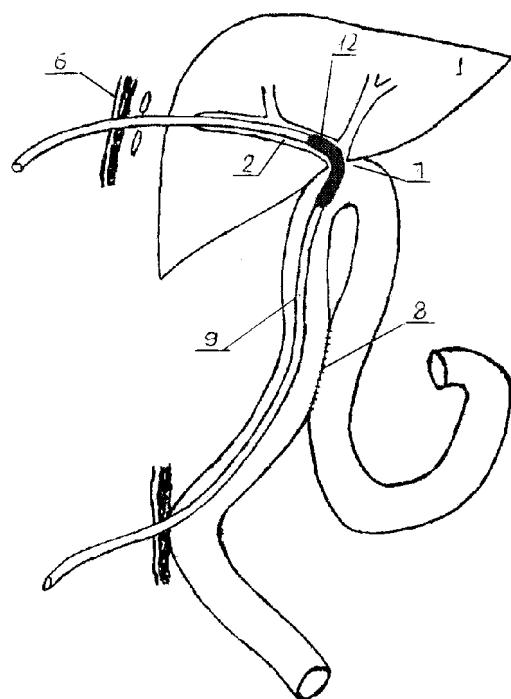
Способ выделения гепатикохоледоха в рубцово-измененных тканях у ворот печени при повторных реконструктивных операциях на желчных протоках, в ятrogenных повреждениях желчных протоков, включающий мобилизацию гепатикохоледоха с помощью чрескожно чреспеченочной холангостомической трубки и наложение гепатикохоледохального анастомоза, отличающийся тем, что для наложения гепатикохоледохального анастомоза во введенную чрескожно чреспеченочную холангостомическую трубку проводят металлический проводник, затем его кончиком пальпируют гепатикохоледох у ворот печени и по нему вскрывают гепатикохоледох.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Усубакунова З.К.
Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03