

Изобретение относится к области медицины, а именно хирургии и может быть использовано для оперативного лечения рубцовых стриктур внутрипеченочных желчных протоков в области ворот печени.

Известен способ протоков хирургического лечения рубцовых стриктур внутрипеченочных желчных протоков, включающих резекцию паренхимы печени и наложение гепатохолангиоеюноанастомоза.

Недостатком известного способа является большое число послеоперационных осложнений из-за недостаточной визуализации и травматичного наложения анастомоза, что приводит к рецидиву заболевания и сужению гепатохолангиоеюноанастомоза.

Задачей изобретения является создание такого способа лечения стриктур внутрипеченочных желчных протоков, который за счет улучшения визуализации операционного поля обеспечивал бы снижение числа послеоперационных осложнений.

Поставленная задача решается тем, что в способе лечения стриктур внутрипеченочных желчных протоков, включающем резекцию паренхимы печени и наложение гепатохолангиоеюноанастомоза, согласно изобретению, при резекции печени ультразвуковым аспиратором в паренхиме формируют нишу в области выделения стриктуры на глубину до задних стенок протоков и на протяжении до визуализации непораженного участка протока

Формирование ниши ультразвуковым аспиратором в области выделения стриктуры способствует лучшей визуализации желчного протока на протяжении до непораженного участка и на глубину до задних стенок, что облегчает работу хирурга и обуславливает малотравматичное наложение анастомоза и снижение числа послеоперационных осложнений.

Способ выполняют следующим образом. Производят лапаротомию, затем выделяют желчные протоки в области ворот печени. В месте проекции долевого протока производят резекцию паренхимы печени путем формирования кишки с помощью ультразвукового аспиратора "Aloka SUS 201D". Идентифицируют и выделяют желчный проток на глубину до задних стенок и на протяжении до визуализации непораженного участка протока. Затем проток пересекают и анастомозируют с кишкой отключенной по Ру. Операцию заканчивают дренированием и ушиванием брюшной полости.

Пример конкретного выполнения.

Больная Т., 44 года, и. б. №2156, болеет рубцовой стриктурой гепатохоледоха в течение 2-х лет после перенесенной холецистэктомии и 1 года после гепатикоеюностомии. В виду облитерации гепатикоеюноанастомоза и появления клиники желтухи поступила в клинику. По данным эндоскопической ретроградной холангиографии холедох "обрывается" в супрадуоденальном отделе. 11.10.94 г. произведена операция. Верхнесрединная лапаротомия, при ревизии: на петле по Ру бигепатикоеюноанастомоз, который слева полностью и справа, частично облитерирован. Снят анастомоз. С помощью ультразвукового аспиратора "Aloka SUS 201D" произведена резекция паренхимы печени в области пораженного протока путем формирования ниши на глубину 2 см, на протяжении 4 см и шириной 2,5-3 см до визуализации задних стенок протока и его непораженного участка. Таким образом были выделены 2 магистральных сегментарных протока правой доли печени. На транспеченочных дренажах выполнены два гепатикохолангиоеюноанастомоза с петлей кишки выключенной по Ру. Операция закончена выведением транспеченочных дренажей, дренированием и ушиванием брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 10-е сутки удалены дренажи из брюшной полости. На 20-е сутки больная выписана с транспеченочными дренажами.

Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение предлагаемого способа позволяет снизить число послеоперационных осложнений.