

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии и может быть использовано при лечении заболеваний поджелудочной железы и печени.

Известны способы формирования панкреатоэнтероанастомозов и гепатикоэнтероанастомозов, заключающиеся в формировании соустья между панкреатическим протоком и тонкой кишкой, печеночных протоков и тонкой кишки с использованием шовного материала [1].

Однако известные вмешательства отличаются большой длительностью, вследствие топографоанатомических особенностей органов и травматизмом.

Наиболее близким по технической сущности к заявляемому способу и принятым за прототип является способ гепатикоэнтеростомии, включающий фиксацию анастомозируемого участка дренажем с баллоном [2].

Известное устройство для формирования гепатикоэнтероанастомоза, выбранное в качестве прототипа заявляемого устройства, содержит наружную перфорированную трубку и соосно установленную в ней внутреннюю трубку с боковыми отверстиями и надувную манжету [3].

Недостатки известного способа и устройства заключаются в том, что их использование связано со значительным риском развития послеоперационных осложнений. Технически сложно выполнение наложения анастомоза с полной адаптацией слизистых и серозных оболочек, применение шовного материала ведет к развитию воспалительного процесса и гранулем инородного тела в области анастомоза с последующим рубцеванием протока в 10 - 15% случаев [2].

Целью изобретения является снижение частоты осложнений путем применения компрессии анастомозируемых тканей.

Поставленная цель достигается тем, что в способе формирования билиодигестивного анастомоза, включающим фиксацию анастомозируемого участка дренажем с баллоном, место анастомоза фиксируют раздувными баллонами как со стороны протока, так и со стороны кишки. При этом, баллоны дренажей совмещены и фиксированы между собой соосно на время регенерации тканей, после чего последовательно удаляют внутрикишечный и внутрипротоковый дренажи.

Поставленная цель достигается так же тем, что дистальный конец наружной трубки снабжен надувным баллоном, а проксимальный - дополнительным отверстием, в которое выведена внутренняя трубка.

На фиг.1 показан общий вид устройства для формирования анастомоза; на фиг.2 окончательный вид операции наложения билиодигестивного анастомоза по предлагаемому способу.

Устройство для формирования анастомоза (фиг.1) состоит из внутренней дренажной трубки 1 с раздувным баллоном 2 и наружной дренажной трубки 3 большего диаметра, расположенной соосно с дренажной трубкой 1 с возможностью продольного перемещения. Трубка 3 имеет торцевой раздувной баллон 4, при этом ее проксимальный конец снабжен боковым отверстием 5 для фиксации взаимного

расположения дренажных трубок 1 и 3. Дренажные трубки 1 и 3 выполняются из биологически инертного материала например, полихлорвинила, диаметр дренажной трубки 1 подбирают по диаметру протока анастомозируемого органа.

Способ осуществляют следующим образом.

Выполняют верхнесрединную лапаротомию; производят ревизию органов брюшной полости, устанавливают показания к наложению анастомоза между гепатохоледохом (долевыми протоками печени) и желудочно-кишечным каналом. Мобилизуют петлю тонкого кишечника 6 (фиг.2) 60 - 80см, от связки Трейтца, накладывают позадиободочный гепатикоеюноанастомоз: накладывают задний ряд серозно-мышечных швов 7, отводящую петлю тонкого кишечника 6 вскрывают на расстоянии 10 - 15см от подшитого участка 7 тонкого кишечника 6, последний вскрывают по величине анастомозируемого протока 8. После подведения устройства к месту будущего анастомоза внутреннюю дренажную трубку 1, которую фиксируют в протоке на уровне анастомоза, раздувая баллон 2. Зону анастомоза тонкого кишечника 6 фиксируют на торцевом раздутом баллоне 4 наружной дренажной трубки 3, размещенной соосно с дренажной трубкой 1, и, перемещая дренажные трубки 1 и 3 относительно друг друга путем подтягивания дренажной трубки 1 через отверстие 5, совмещают анастомозируемые участки так, чтобы совместились слизистые и серозные слои этих участков и в этом положении фиксируют дренажное устройство. Накладывают передний ряд серозно-мышечных швов 9. Дренажную трубку 3 с отводящей петлей тонкого кишечника 6 укрепляют двумя серо-серозными кисетными швами. Формируют межпетельное соустье по Брауну с заглушкой по А.А. Шалимову. После сращения зоны анастомоза, удаляют наружную дренажную трубку 3, а внутреннюю дренажную трубку 1 удаляют после проведенного курса лечения.

Пример 1. Больная Г., 49 лет, история болезни №5960, поступила в III печеночное отделение КНИИКиЭХ 07.10.88г. с жалобами на желтуху, повышение температуры тела до 39°C, общую слабость, боли в правом подреберье.

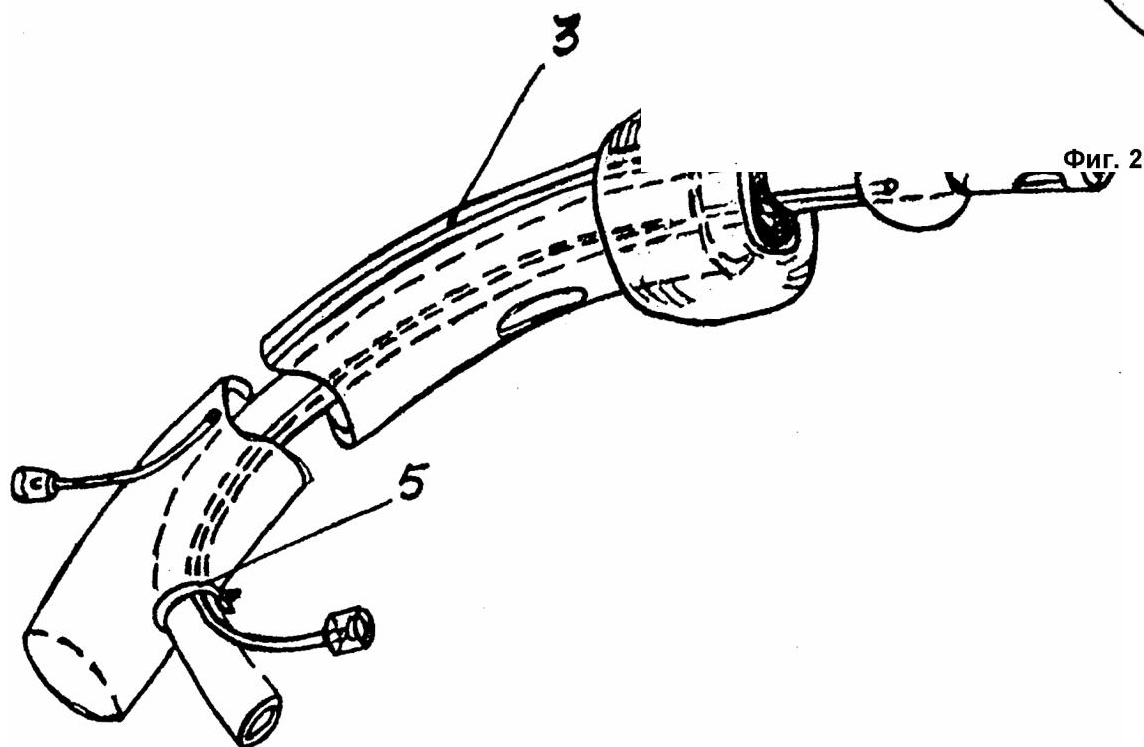
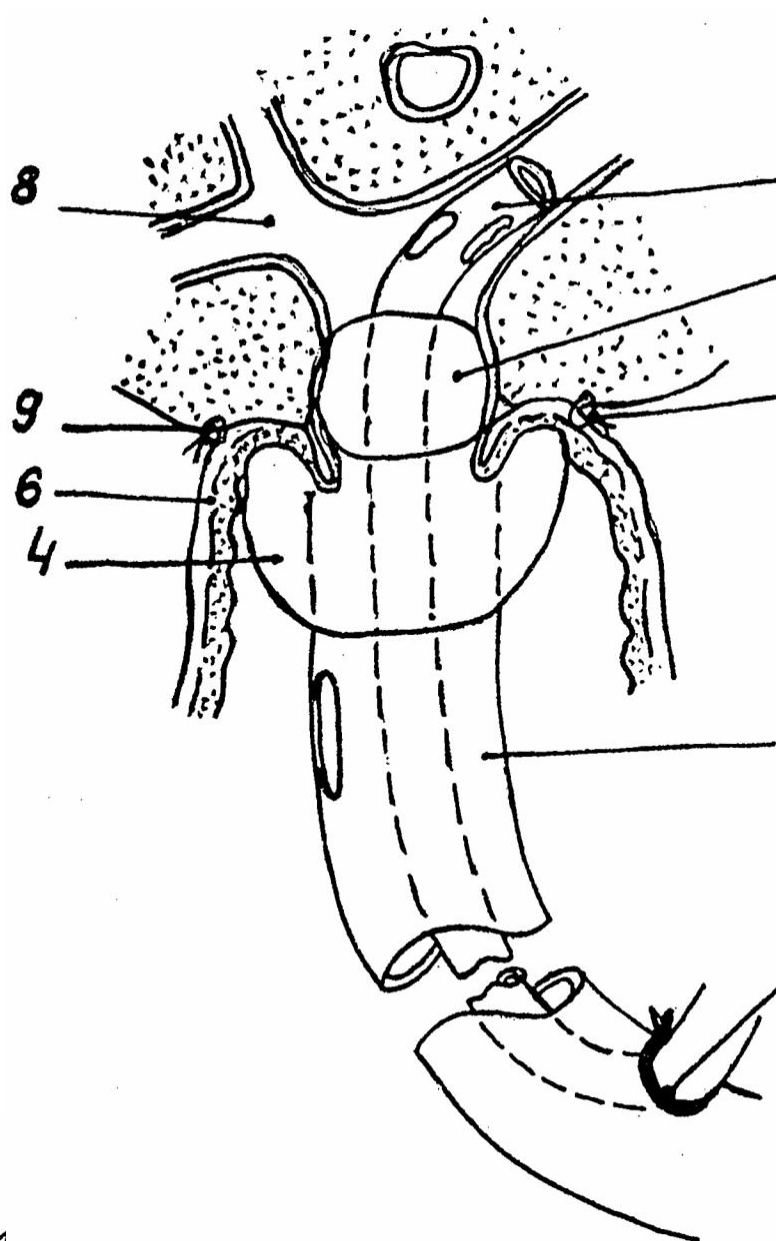
Болеет с 26.08.88г., когда впервые после перенесенной операции, холецистэктомии, появилась желтуха, тяжесть в правом подреберье. Диагноз вирусный гепатит исключен.

Больная обследована. Предоперационное заключение: Рубцовая структура гепатохоледоха. Гнойный холангит. Механическая желтуха. 25.10.88г. операция; интраоперационно печень увеличена, признаки холестаза, желчный пузырь удален. После мобилизации гепатодуоденальной связки в области впадения пузырного протока определяется рубцовое сужение, длиной до 1,5см. Другой патологии не выявлено. Выполнена резекция холедоха и наложение гепатикоеюноанастомоза. После мобилизации петли тощей кишки на расстоянии 80см, от связки Трейтца, наложен задний ряд серозно-мышечных швов, через отводящую петлю кишечника в левый печеночный проток введена внутренняя дренажная трубка 1 соответствующая диаметру гепатохоледоха (1, 2см). Раздувной баллон расположен в дистальном отделе гепатохоледоха, в зоне анастомоза протока, последний был зафиксирован на внутренней дренажной трубке 1,

путем раздувания баллона 2. Зона анастомоза тощей кишки зафиксирована на торцевом раздутом баллоне 4 наружной дренажной трубки 3, расположенной соосно с первой. На слизистую анастомоза тощей кишки наложен кисетный шов, который затянут до величины анастомозируемого протока. Перемещая дренажные трубки 1 и 3 относительно друг друга, подтягивая дренажную трубку 1 через отверстие 5, совместили анастомозируемые участки и в этом положении зафиксированы дренажные трубки относительно друг друга. В зоне отверстия 5 дренажной трубки 3 наложен один фиксирующий шов. В печеночный проток по дренажу ввели раствор диоксида 1%, с целью санации протока и проверки герметичности анастомоза. Наложен передний ряд серозно-мышечных швов. Дренажное устройство в отводящей петле тощей кишки было укреплено двумя серо-серозными кисетными швами. Наложен межпетельный анастомоз по Брауну с заглушкой по А.А. Шалимову. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. На 10 - е сутки произведена фистулография контрастировались внутрипеченочные протоки, эвакуация контраста свободная, своевременная. Наружная дренажная трубка 3 удалена на 11 - е сутки.

Выписана 05.11.88г. в удовлетворительном состоянии. Повторно осмотрена через две недели, после контрольной фистулографии удален внутренний дренаж I. Осмотрена 04.01.89г. состояние удовлетворительное, жалоб нет, находится под наблюдением гастроэнтеролога по месту жительства.

Применение способа и устройства в клинической практике позволяет снизить число послеоперационных осложнений, уменьшить травматичность операции и сократить время нахождения дренажей в зоне анастомоза.



Фиг. 1