

Изобретение относится к медицине и может быть использовано в хирургии печени и внепеченочных желчных протоков.

Заболевание внепеченочных желчных протоков, такие как холедохолитиаз, рубцовые структуры большого дуоденального соска и терминального отдела холедоха, требуют хирургического лечения, в частности создание холедоходуоденоанастомоза.

Известен способ создания холедоходуоденоанастомоза, включающий холедохотомию, дуоденотомию и формирование холедоходуоденального соустья пришиванием краев разрезов холедоха и двенадцатиперстной кишки (Шалимов А.А., Доманский Б.В., Клименко Г.А. и др. Хирургия печени и желчных протоков. - К.: Здоровье, 1975. - С.172). При этом холедохотомию и дуоденотомию проводят в продольных направлениях.

Недостатком такого способа является то, что происходит деформация двенадцатиперстной кишки и сужение анастомоза. Это ведет к увеличению частоты послеоперационных осложнений.

Известен способ создания холедоходуоденоанастомоза, выбранный в качестве прототипа, включающий холедохотомию, дуоденотомию и формирование холедоходуоденального соустья пришиванием краев разрезов холедоха и двенадцатиперстной кишки (Там же. - С.174). Способ предусматривает продольное сечение холедоха до самого края двенадцатиперстной кишки и далее поперечный разрез дуоденума. Данный способ применим при создании холедоходуоденоанастомоза узкого холедоха с тонкими стенками. Однако при таком способе создания холедоходуоденоанастомоза при заживлении толстая ткань кишки разрастается быстрее и создает напряжения в тонкой ткани холедоха, что вызывает сужение анастомоза в сечении как следствие, увеличение частоты послеоперационных осложнений. Кроме того, анастомоз взаимно перпендикулярных разрезов холедоха из кишки создает сечение, при котором повышается вероятность попадания инфекции из кишки в холедох, что ведет к увеличению частоты послеоперационных осложнений.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствовать способ создания холедоходуоденоанастомоза путем соответствия периметров разрезов холедоха и двенадцатиперстной кишки и толщин их стенок, что способствовало бы улучшению сшиваемости тканей холедоха и двенадцатиперстной кишки и в итоге снижению частоты послеоперационных осложнений.

Поставленная задача решена в способе создания холедоходуоденоанастомоза, включающий холедохотомию, дуоденотомию и формирование холедоходуоденального соустья пришиванием краев разрезов холедоха и двенадцатиперстной кишки, в котором, в соответствии с изобретением холедохотомию осуществляют косо, а перед формированием холедоходуоденального соустья проводят дилатирование холедоха по периметру разреза при давлении на 21 - 31мм водн.ст. превышающем исходное, а двенадцатиперстную кишку охлаждают на 2 - 5°C по отношению к исходной температуре. Проведение холедохотомии и

дуоденотомии способствует впоследствии формированию соустья такой формы, которая обеспечивала снижение частоты послеоперационных осложнений.

Осуществление холедохотомии косо способствует формированию сечения соустья формы, обеспечивающей уменьшению вероятности попаданию инфекции в холедох из кишки, что снижает частоту послеоперационных осложнений.

Проведение перед формированием холедоходуоденального соустья дилатирования по периметру разреза способствует восстановлению клеток ткани и ускоренному заживлению раны. Как показали исследования, дилатирование разреза по периметру при давлении на 21 - 31мм водн.ст. больше исходного. Необходимо для соответствия периметра разреза холедоха с периметром разреза кишки, что уменьшает вероятность возникновения рубцов анастомоза и уменьшает вероятность появления стеноза, создает условия для оптимального заживления холедоходуоденального анастомоза без его стриктуры. Растяжение разреза холедоха при давлении более чем на 31мм водн.ст. превышающем исходное недостаточно для регенерации линии швов анастомоза, что также увеличивает частоту послеоперационных осложнений.

Охлаждение двенадцатиперстной кишки необходимо для уменьшения толщины ее стенки и приближения к толщине стенки холедоха, а также создания напряжения в двенадцатиперстной кишке, что способствует улучшению сшиваемости тканей и ускорению процесса заживления анастомоза, что в итоге снижает частоту послеоперационных осложнений. При охлаждении более чем на 5°C по отношению к исходной температуре снижается эластичность ткани и нить при последующем сшивании будет прорезать ткань, что ведет к несостоятельности швов и в итоге к увеличению частоты послеоперационных осложнений. Охлаждение менее чем на 2°C по отношению к исходной температуре недостаточно для создания напряжения в двенадцатиперстной кишке, способствующего быстрому заживлению анастомоза, приводит к образованию рубцов анастомоза, что в итоге увеличивает частоту послеоперационных осложнений.

Пришивание краев разрезов холедоха и двенадцатиперстной кишки необходимо для создания герметичности анастомоза, предотвращения попадания в брюшную полость желчи, а также кишечной инфекции, что способствует снижению частоты послеоперационных осложнений.

Существо предлагаемого изобретения иллюстрируется следующими чертежами. На фиг.1 изображены холедох и двенадцатиперстная кишка после проведения холедохотомии и дуоденотомии; на фиг.2 изображен момент пришивания холедоха к двенадцатиперстной кишке; на фиг.3 изображен законченный анастомоз.

В холедохе 1 выполнен разрез 2 под углом к его продольной оси, а в двенадцатиперстной кишке 3 выполнен разрез 4 в продольном направлении. После пришивания нитью 5 холедоха к двенадцатиперстной кишке сформирован анастомоз 6.

Предлагаемый способ осуществляли

следующим образом.

Производили косой разрез 2 холедоха 1 супрадуоденальной части на длину около 2см. Далее производили поперечный разрез 4 двенадцатиперстной кишки 3 на длину около 2см. Затем баллончиковым дилататором осуществляли дилатирование холедоха при давлении на 25мм водн.ст. превышающем исходное. Давление измеряли с помощью аппарата Вальдмана. Охлаждение двенадцатиперстной кишки производили хлорэтилом на 3°С меньше исходной температуры, которую контролировали термометром. После этого осуществляли формирование холедоходуоденального соустья пришиванием краев разрезов 2 холедоха 1 и двенадцатиперстной кишки 3 атравматической иглой непрерывным швом.

Результаты операций по созданию холедоходуоденоанастомоза по предлагаемому способу и по способу, выбранному в качестве прототипа приведены в таблице.

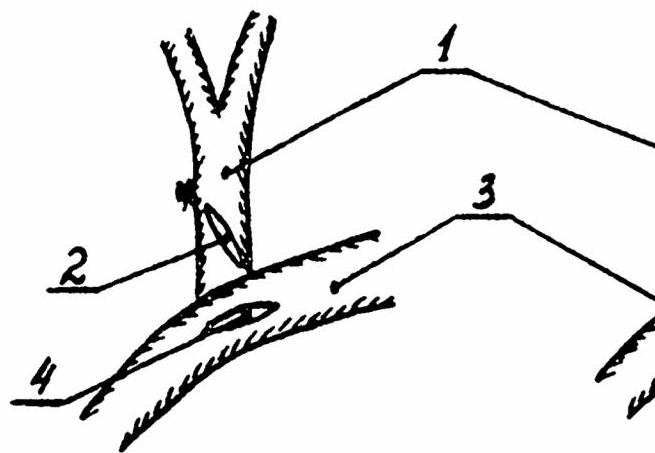
Клинический пример реализации способа.,

Больная Ж., история болезни 6506, поступила с кликой постхолецистэктомического синдрома с явлениями механической желтухи. В процессе обследования установлено, что причиной желтухи является тубулярный стеноз большого дуоденального сосочка и терминального отдела холедоха. По абсолютным показаниям произведена операция по созданию холедоходуоденоанастомоза по предлагаемому изобретению при давлении дилатирования холедоха 318мм водн.ст. (исходное 296мм водн.ст., превышение дилатирующего давления над исходным составляет 22мм водн.ст.) и охлаждение двенадцатиперстной кишки до 34,6°С (исходная температура 37,5°С, снижение температуры по сравнению с исходной на 29°С). Операция закончена наружным дренированием холедоха. Послеоперационный период без осложнений. На 16 - е сутки больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 1,5 года - жалоб не предъявляет. При обследовании на рубцовую стриктуру холедоха эндоскопически не выявлено.

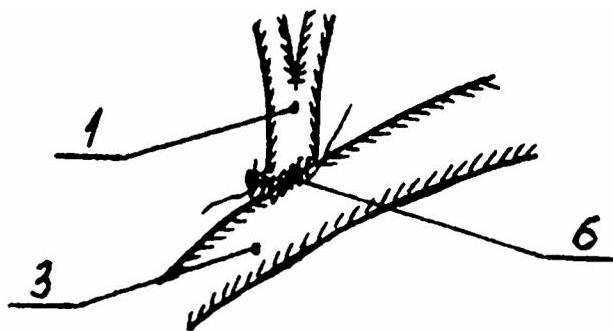
Таким образом, благодаря применению предлагаемого способа создание холедоходуоденоанастомоза удается снизить частоту послеоперационных осложнений.

Результаты наложения холедоходуоденального соустья в зависимости от использованного

Способ	Частота несостоятельности швов анастомоза	
	n	%
По прототипу (59 операций)	4	6,7
По предлагаемому (62 операции)	-	-



Фиг. 1



Фиг. 3