



УКРАЇНА

(19) UA (11) 58727 (13) U
(51) МПК
A61B 17/11 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ПРОЦЕС ЛІКУВАННЯ ПОВНИХ СФОРМОВАНИХ НОРИЦЬ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

1

2

(21) u201011057

(22) 14.09.2010

(24) 26.04.2011

(46) 26.04.2011, Бюл.№ 8, 2011 р.

(72) КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, БОЙКО
ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ІВАНОВА ЮЛІЯ
ВІКТОРІВНА, ТЕСЛЕНКО СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ
(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ
ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Процес лікування повних сформованих нориць гепатикохоледоха, який включає ідентифікацію жовчної протоки, підготовку петлі тонкої кишки за Ру, формування транспечінкового каналу поро-

жним металевим інструментом, проведення крізь нього катетера Фолея, введення кінця катетера в просвіт кишки за Ру, підтягування катетера і роздування манжетки, при цьому роздувна манжетка дозовано оклюзує анастомоз, а катетер виводять крізь черевну стінку і фіксують до шкіри, який відрізняється тим, що транспечінково катетер проводять безпосередньо крізь печінкову протоку, а гепатикоєюноанастомоз формують на роздувній манжетці однорядним швом з шовного матеріалу, що розсмоктується, в післяопераційному періоді проводять дозовану дилатацію зони гепатикоєюноанастомозу шляхом роздування манжетки.

Корисна модель стосується хірургії і може бути використана при лікуванні наслідків ушкоджень органів гепатобіліарної зони, зокрема гепатикохоледоха.

Одним з ускладнень, що виникають після операцій на жовчовивідних протоках, або при їх травматичних ушкодженнях, є формування повних зовнішніх нориць гепатикохоледоха, які призводять до неконтролюємої втрати жовчі, панкреатичного соку, порушень водно-сольового і електролітного балансу. Розроблено багато методик хірургічної корекції цього ускладнення.

До таких способів належить метод крізьпечінкового дренирування гепатикохоледоха, описаний в монографії О. Б. Мілонова, К. Д. Тоскіна, В. В. Жебровського "Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии" (М, "Медицина", 1990, С. 426-428). Він полягає в наступному: за допомогою порожнистого металевого інструмента транспечінково крізь печінкову протоку проводять тефлонові або силіконові трубки. Проксимальний кінець трубки після проведення його крізь тканину печінки знімають з головки металевого проводника і проводять в гепатикоєюноанастомоз і в кишку. Гепатикоєюноанастомоз накладають дворядним вузловим швом. Дистальний кінець дренажу фіксують кетгутівими швами до печінки, виводять крізь черевну стінку і фіксують до шкіри.

Недоліками цього метода є ризик виникнення гемобліїї, гематом, підпечінкових і піддіафрагма-

льних абсцесів, можливість підтікання жовчі і крові, а також видалення трубчастого дренажу.

З відомих процесів лікування повних сформованих зовнішніх нориць гепатикохоледоха найбільш близьким до винаходу за сутністю і результатами є процес, який описано в журналі Digestive Surgery (1998 - № 15, Vol. 15 P. 665-666). Він включає після ідентифікації культі жовчної протоки приготування петлі тонкої кишки за Ру, а також ідентифікацію круглої зв'язки печінки, між листками якої порожнистим металевим інструментом біля місця її впадання в передній край печінки в напрямку передньої черевної стінки роблять канал. Крізь сформований канал проводять катетер Фолея і порожнистий інструмент убирають (катетер стентує гепатикоєюноанастомоз). Той же порожнистий металевий інструмент проводять крізь культу жовчної протоки в ліву печінкову протоку транспечінково, а крізь цей канал проводять катетер Фолея. Катетер встановлюють транспечінково і крізь круглу зв'язку печінки. Потім петля тонкої кишки по Ру розтинається після попереднього накладення кисетного шва ниткою vicril № 2. В кишку вводять кінець катетера Фолея, роздувають манжетку, катетер підтягують, кисетний шов затягують. При цьому роздувна манжетка дозовано оклюзує анастомоз. Катетер виводять крізь черевну стінку і фіксують до шкіри.

Цей процес забезпечує надійне стояння катетера в анастомозі, запобігає виникненню підпечінкових абсцесів і гематом, однак при його виконанні

(19) UA (11) 58727 (13) U

можливе виникнення недостатності анастомоза завдяки великому натягненню анастомоза, а також він не забезпечує попереджень стенозу анастомозі в післяопераційному періоді.

У основу корисної моделі поставлене завдання покращення результатів лікування і зменшення кількості ускладнень шляхом герметизації гепатикоєюноанастомоза, зменшення його натягнення і проведення дозованої дилатації в післяопераційному періоді.

Поставлене завдання вирішується тим, що процес лікування повних сформованих нориць гепатикохоледоха, який включає ідентифікацію жовчної протоки, підготовку петлі тонкої кишки за Ру, формування транспечінкового каналу порожнистим металевим інструментом, проведення крізь нього катетера Фолєя, введення кінця катетера в просвіт кишки за Ру, підтягування катетера і роздування манжетки, при цьому роздувна манжетка дозовано оклюзує анастомоз, а катетер виводять крізь черевну стінку і фіксують до шкіри і, згідно з корисною моделлю, транспечінково катетер проводять безпосередньо крізь печінкову протоку, а гепатикоєюноанастомоз формують на роздувній манжетці однорядним швом з шовного матеріалу, що розсмоктується, а в післяопераційному періоді (через 2-3 місяці) проводять дозовану дилатацію зони гепатикоєюноанастомозу шляхом роздування манжети для попередження його стенозу.

Введення нових операцій (накладення гепатикоєюноанастомоза однорядним швом з матеріалу, що розсмоктується, на роздувній манжеті катетера, проведення транспечінкового катетера безпосередньо крізь печінкову протоку, а також дилатація гепатикоєюноанастомозу в післяопераційному періоді) дозволяє покращити результати лікування і знизити кількість післяопераційних ускладнень завдяки герметизації анастомоза і зменшення його натягу і попередження розвитку стенозу.

Заявнику невідомі приклади сукупного введення проведення транспечінкового катетера з роздувною манжеткою безпосередньо крізь печінкову протоку і накладення гепатикоєюноанастомоза на роздувній манжеті двохрядними швами (перший - безперервний шовним матеріалом, що розсмоктується, другий - вузловий з капрону) і таким чином зниження кількості післяопераційних ускладнень.

Спосіб може бути виконано наступним чином.

Після ідентифікації культі жовчної протоки го-тується петля тонкої кишки за Ру, порожнистим металевим інструментом крізь печінкову протоку в напрямку передньої черевної стінки роблять канал. Крізь сформований канал проводять катетер Фолєя і порожнистий інструмент видаляють. Катетер встановлюють транспечінково. Потім петлю тонкої кишки за Ру розтинають, в кишку вводять кінець катетера Фолєя, роздувають манжетку, катетер підтягують і накладають гепатикоєюноанастомоз однорядним швом з матеріалу, що розсмоктується. При цьому роздувна манжетка дозовано оклюзує анастомоз. Катетер виводять крізь черевну стінку і фіксують до шкіри. В післяопераційному періоді (через 2-3 місяці) проводять дозовану дилатацію гепатикоєюноанастомозу шляхом роздування манжетки.

Приклад.

Хворий К., 55 років, оперований в клініці з приводу зовнішньої сформованої нориці гепатикохоледоха після раніш перенесеного оперативного втручання - гепатикоєюноанастомозу. Хворого оперовано. Під час операції після ідентифікації культі жовчної протоки підготовано петлю тонкої кишки за Ру. Порожнистим металевим інструментом крізь ліву печінкову протоку в напрямку передньої черевної стінки зроблено канал. Крізь сформований канал проведено катетер Фолєя і порожнистий інструмент убирано. Катетер встановлено транспечінково. Потім петлю тонкої кишки за Ру вскрито, в кишку введено кінець катетера Фолєя, роздуто манжетку, катетер підтягнуто і накладено гепатикоєюноанастомоз двохрядним швом, причому перший ряд - безперервний вікріловий, а другий - вузловий з капрону. Катетер виведено крізь черевну стінку і фіксовано до шкіри. Перебіг післяопераційного періоду гладкий. Хворого виписано на 15 добу.

Таким чином, виконання процесу лікування повних сформованих нориць гепатикохоледоха дозволяє герметизувати гепатикоєюноанастомоз, зменшити його натяг, проводити профілактику стенозу анастомозу в післяопераційному періоді і тим самим зменшити кількість післяопераційних ускладнень і покращити результати лікування.