

Винахід належить до медицини і може знайти застосування в хірургії, онкології, судинній хірургії.

Відомий хірургічний спосіб накладення холедоходуоденоанастомозу за Jurasz у модифікації Виноградова В.В. [1], котрий включає оперативний доступ, подовжній розтин загальної жовчної протоки (ЗЖП) в супрадуоденальній її частині довжиною 2,5-3см, поперечний переріз дванадцятипалої кишки, накладення швів на слизові атравматичною голкою на відстані 2-3мм один від одного, накладення другого ряду додаткових серозно-м'язових швів шовковими нитками.

Основні недоліки цього способу: часте накладення першого ряду швів для створення необхідної герметичності порушує кровозабезпечення тканин, може призвести до їх некрозу, другий ряд швів може зумовити неминучу деформацію кишки і звуження анастомозу, рубцеву стриктуру анастомозу у віддаленому періоді.

Найбільш близьким за технічною сутністю до способу, що заявляється, є спосіб накладення гепатикодуоденоанастомозу на транспечінковому дренажі за Прадері-Смітом [2], котрий включає оперативний доступ, наскрізне проведення перфорованого дренажу через тканину печінки, накладення дворядного анастомозу на дренажі між загальною печінковою протокою і дванадцятипалою кишкою, з виведенням одного кінця дренажу на шкіру, а другого в кишку.

Основні недоліки цього способу: велика травматичність операції, оскільки дренаж проводиться через наскрізний канал печінки, дренаж є чужорідним тілом, на ньому відкладаються жовчні солі і в зв'язку з обтурацією через 3-4 місяці його необхідно замінити, необхідне тривале стояння дренажу (1,5-2 роки), але й це не рятує від подальшого рубцювання анастомозу.

В основу винаходу покладено завдання створити спосіб накладення анастомозу між порожнистими органами, позбавлений вказаних недоліків.

Поставлене завдання вирішується завдяки тому, що в способі накладення анастомозу між порожнистими органами, котрий включає оперативний доступ з подальшим зшиванням слизових атравматичною голкою і другим рядом серозно-м'язових швів, відповідно до винаходу анастомоз накладають на каркасі з розсмоктувального магнітоеластика, яким формують форму і розміри анастомозу.

На фіг.1 зображено загальну жовчну протоку і дванадцятипалу кишку.

На фіг.2 зображено каркас із магнітоеластика, здатний розсмоктуватися, і накладання швів між ЗЖП і ДПК.

На фіг.3 показано довершений вигляд анастомозу.

Спосіб здійснюється таким чином.

За допомогою верхньої середньої лапаротомії або розтину в правому підребер'ї виконують доступ до порожнистих органів, наприклад, до загальної жовчної протоки і дванадцятипалої кишки. Здійснюють поздовжні розрізи ЗЖП 1 та дванадцятипалої кишки 2 (ДПК) довжиною 2,5-3,0см у взаємно перпендикулярних напрямках, причому розтин ЗЖП має проходити по середині перерізу кишки і бути якомога ближче до краю кишки, щоб залишений "слипий мішок" був по можливості цюнайменших розмірів. Накладають задні серо-серозні шви між ЗЖП і ДПК окремими тонкими нитками атравматичною голкою. Підслизові судини ДПК ретельно коагулюють. Накладають внутрішні задні шви за допомогою тонкої кетгутової або синтетичної нитки на атравматичній голці. Нитки зрізають, окрім першої і останньої, до них фіксують каркас із розсмоктувального магнітоеластика 3. Каркас представлений у вигляді пружного кільця діаметром 1,5-2,5см, виготовлений з магнітоеластика товщиною 1-2мм, здатного розсмоктуватися, який дозволено застосовувати для медичних цілей (ТУ Л-7-92-83). Джерело магнітного поля з індукцією 2,5-3мТ було створено на основі колагенової губки. Після цього накладають передній ряд вузлових швів через усі шари ЗЖП і кишки. Шви накладають таким чином, щоб краї слизових оболонок добре зіставлялися і вкручувалися всередину і нитки зав'язують з боку просвітів. Стібки роблять через кожні 2мм почергово то з правого, то з лівого кута анастомозу в напрямку до його середини, де фіксують ще раз каркас з магнітоеластика. Таким чином, анастомоз формуємо на каркасі, який може бути у вигляді кільця або овала, в залежності від діаметра і функції порожнистих органів. Завершують анастомоз 4 переднім зовнішнім рядом серо-серозних швів, широко захоплюючи серозно-м'язові шари ДПК і зовсім поверхнево прокалюючи зовнішні шари ЗЖП. Доцільно застосовувати однорядний шов з матеріалу - вітрила або денсока, здатного розсмоктуватися. Черевну порожнину дренують через контапертуру і зашивають. Накладають асептичну пов'язку.

Приклад.

Хвора Л., 42 років. Історія хвороби №2415. Надійшла в клініку 21.02.2003р. з діагнозом: постхолецистектомічний синдром, холедохолітиаз, обтураційна жовтяниця. 3 місяці тому в одній із лікарень Донецької області зробила холецистектомію. В жовчному міхурі було 27 конкрементів розміром від 3 до 25мм. Через 1,5 місяця після операції почали дошкуляти напади болю в правому підребер'ї. За 10 днів до госпіталізації з'явилася жовтяниця, кал знебарвився, а сеча набула темного кольору. В аналізах крові підвищені рівні загального й прямого білірубіну лужної фосфатази, холестерину, глутаматдегідрогенази. Ультразвукове дослідження показало: структура печінки однорідна, ЗЖП розширена до 2,5см. У її дистальному відділі - 2 конкременти діаметрами 8 і 10мм. Після передопераційної підготовки 25.02.2003р. зроблено операцію лапаротомію, холедохолітотомію, супрадуоденальна холедоходуоденостомія за вищеописаною методикою. Післяопераційний період без ускладнень. Жовтяниця зникла, пацієнтку виписано в задовільному стані. 15.05.2003р. зроблено контрольну фіброгастродуоденоскопію. Анастомоз між ЗЖП і ДПК діаметром 2,2см, краї його рівні, набряку тканин і деформації немає. Каркас з магніто-еластика розсмоктався.

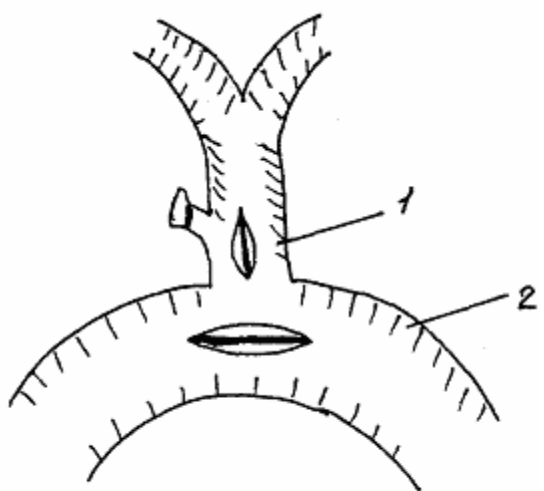
Анастомоз за розробленим способом можна накладати також між шлунком і кишкою, петлями кишечника, кістою підшлункової залози і кишкою, судинами та інш.

Переваги запропонованого способу: зниження травматичності операції, сприятливий вплив магнітного поля на заживання, регенерацію тканин, поліпшення мікроциркуляції, виключення деформації, рубцювання анастомозу, нестаточності швів, каркас з магнітоеластика розсмоктується і не є чужорідним тілом.

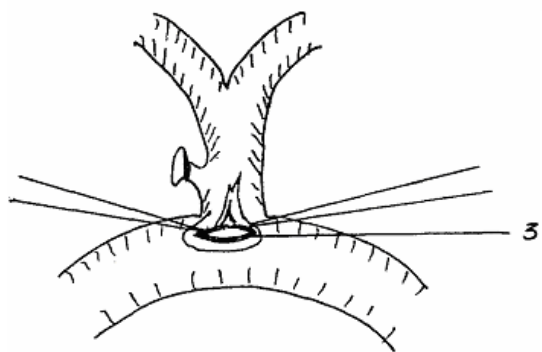
Джерела інформації, прийняті до уваги:

1. Хирургия печени и желчных протоков (под общей редакцией Шалимова А.А.). -Киев: Здоров'я, 1975. -С. 174-175.

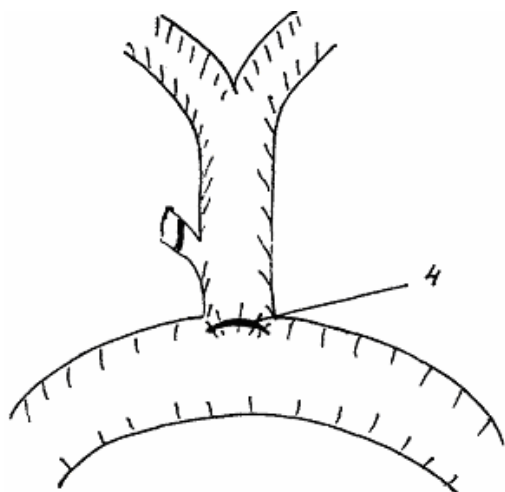
2. Петровский Б.В., Милонов О.Б., и др. Реконструктивная хирургия при поражениях внепеченочных желчных протоков. - М. Медицина, 1980.- С. 173.



**Fig. 1**



**Fig. 2**



**Fig. 3**