

Винахід відноситься до області медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути застосований для хірургічного лікування рака голівки підшлункової залози, ускладненого стенозом дванадцятипалої кишки.

Відомий спосіб хірургічного лікування рака голівки підшлункової залози шляхом виконання радикальної операції - панкреатодуоденальної резекції [1], коли видаляють дистальну половину шлунка, голівку підшлункової залози з дванадцятипалою кишкою і дистальними відділеннями жовчного протока.

Однак, при застосуванні цього способу у хворих з тривалою жовтяницею є високий ризик розвитку гострої печінкової недостатності з вірогідним летальним кінцем, а також низька резектабельність пухлин цієї локалізації.

Відомий також спосіб ліквідації жовтяниці і зменшення ступеня ризику шляхом виконання декомпресійної черезшкірної, черезпечінкової холангіостомії [2].

Але при виконанні цього способу спостерігається значна втрата жовчі, небезпека ендогенного інфікування жовчних протоків, гігієнічні, естетичні, соціальні проблеми, що погіршують якість життя хворого.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб хірургічного лікування жовтяниці шляхом формування біліодигестивного анастомозу між жовчним міхуром або гепатикохоледохом і органами шлунковокишечного тракту (шлунком, дванадцятипалою або порожньою кишкою), який забезпечує внутрішній біліодегетивний пасаж жовчі і позбавляє хворого від зовнішньої жовчної нориці [3].

Недоліком цього способу є неможливість його використання при відсутності умов для формування біліодегетивного анастомозу в тих випадках, коли:

- а) жовчний міхур видалений або рубцево зморщений;
- б) тонкий і тонкостінний гепатикохоледох непридатний для анастомозу;
- в) пухлинна інфільтрація перешкоджає використанню для анастомозу шлунка або дванадцятипалої кишки;
- г) будівля судин брижки обмежує рухомість порожньої кишки і не дозволяє підвести її до жовчного міхура або гепатикохоледоха,

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу хірургічного лікування хворих раком голівки шляхом перетворення зовнішньої черезшкірної черезпечінкової жовчної нориці в екстракорпоральний біліодигестивний шунт при відсутності умов для формування традиційного внутрішньочеревного біліодигестивного анастомозу.

Це дозволить забезпечити надходження жовчі в кишечник, що позбавить хворого від зовнішньої жовчної нориці,

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, холангіогепатикостому трансформують в екстракорпоральний алогенний біліодигестивний шунт, для чого виконують гастроєюноанастомоз з міжпетлевим співустьям за Брауном, петлю порожньої кишки абсоральніше анастомозу, виключають за Ру, фіксують її до парієтальної черевини, через колоту рану в черевній стінці вводять у виключену петлю трубчастий дренаж і з'єднують його з холангіогепатикостомічним дренажем для створення екстракорпорального біліодигестивного шунта, дренажного жовч в кишечник.

На фіг.1 показане зовнішнє відведення жовчі через черезшкірну черезпечінкову холангіогепатикостому.

На фіг.2 - екстракорпоральний біліодигестивний шунт, сформований шляхом з'єднання холангіогепатикостомічного дренажу з дренажем, введеним у виключену за Ру петлю порожньої кишки, котра розташована абсоральніше гастроєюноанастомоза і міжпетлевого співустья за Брауном, де:

- а) холангіогепатикостома;
- б) гастроєюноанастомоз;
- в) міжпетлеве співустья за Брауном;
- г) анастомоз за Ру;
- д) вимкнення за Ру петлі порожньої кишки;
- є) трубчастий дренаж, занурений за Вітцелем у вимкнену петлю порожньої кишки;
- ж) екстракорпоральний алогенний біліодигестивний шунт.

Спосіб здійснюється наступним чином. Виконують лапаротомію. Впевнившись у тому, що пухлина проростає в дванадцятипалу кишку і обумовлює її стеноз (фіг.1), формують попередубітковий передній гастроєюноанастомоз з міжпетлевим співустьям за Брауном. Якщо умови виключають можливість внутрішньочеревного біліодигестивного анастомозу, петлю порожньої кишки пересікають на 10см в аморальному напрямку від міжпетлевого співустья за Брауном і формують анастомоз за Ру, який виключає петлю порожньої кишки довжиною 20см. Оральний кінець виключеної петлі ушивають наглухо та фіксують до парієтальної очеревини. В черевну порожнину через прокол черевної стінки в 5см від холангіостоми вводять поліхлорвінілову трубку, яку погружають за Вітцелем у вимкнену петлю порожньої кишки. Дренажі з'єднують, утворюючи таким чином екстракорпоральний алогенний біліодигестивний шунт, який забезпечує надходження жовчі до кишечника та позбавляє хворого від поверхневої жовчної нориці.

Приклад конкретного виконання

Хворий К., 56 років, який переніс в минулому холецистектомію, надійшов до хірургічного відділення Одеського центрального військового клінічного госпіталю ПОК 27.08.02р. з дворічним онкологічним анамнезом (історія хвороби №13508). В липні 2000р. вперше з'явилася жовтяниця механічного генезу, обумовлена пухлиною великого дуоденального сосочку. Ендоскопічна папілектомія призвела до відновлення відтоку жовчі та ліквідації жовтяниці. Гістологічне дослідження препарату дозволило верифікувати рак великого дуоденального сосочку. Хворому було запропоновано радикальну операцію, від якої він відмовився. Отримав 2 курси поліхіміотерапії мітоцином та 5-фторурацилом. В липні 2001р. був рецидив жовтяниці. Відтік жовчі вдалося забезпечити стентуванням. Черговий рецидив жовтяниці наступив у червні 2002р. в зв'язку з інкрустацією стента. Спроби видалення старого стенту та заміни його на новий виявилися безуспішними. Декомпресію вдалося забезпечити шляхом черезшкірної черезпечінкової холангіостомії, причому трубчастий дренаж антеградно був проведений у гепатикохоледох. Жовтяниця знову розрішилася.

Через 2 місяці після формування холангіогепатикостоми, в серпні 2002р. при надходженні до госпіталю провідними скаргами були рясні блювання, зменшення ваги тіла на 20кг, слабкість. Втрати жовчі досягали 1000мл/добу. Жовтяниці не було. Результати рентгенологічного та ендоскопічного дослідження свідчили про некомпенсований стеноз дванадцятипалої кишки.

Лапаротомія дозволила уточнити, що причиною стенозу є велика нерухома пухлина голівки підшлункової залози, яка здавлює вертикальне коліно дванадцятипалої кишки. Пухлина нерезектабельна. Скрізь склерозовану

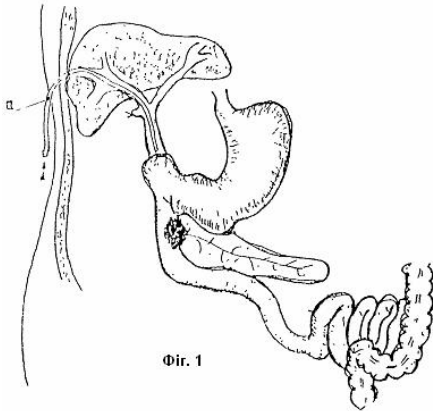
стінку загального жовчного протоку, який мав діаметр 10мм, промацується трубчастий дренаж (фіг.1). Сформували попередубідковий передній гастроєюноанастомоз з межпетлевым співустьям за Брауном (операція Вельфлера). Формування внутрішньочеревного білідигестивного співустья неможливе: жовчний міхур відсутній, дванадцятипала кишка інфільтрована пухлиною, архітекніка судин брижки не дозволяє без натягування наблизити порожню кишку до склерозованого та непридатного для анастомозу загальному жовчному протоку. Відтік жовчі до кишечника вдалося забезпечити шляхом перетворення черезшкірної черезпечінкової холангіостоми в екстракорпоральний білідигестивний шунт. Для цього порожню кишку пересікли на 10см аборальніше співустья за Брауном. Анастомозом кінець в бік вимкнули за Ру петлю порожньої кишки довжиною 20см (фіг.2). Вимкнену петлю підшили до парієтальної очеревини та ввели в неї за Вітцелем дренажну трубку, яку через колоту рану в черевній стінці вивели назовні в 5см від холангіогепатикостоми. З'єднавши гепатикохолангіостомічний дренаж з трубкою, введеної у вимкнену за Ру петлю порожньої кишки, створили екстракорпоральний галогенний білідигестивний шунт, забезпечуючий надходження жовчі в порожню кишку. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Виписаний з відновленим шлунково-кишечним пасажем, функціонуючим екстракорпоральним білідигестивним шунтом. На протязі 6 місяців ознак жовтяниці або холангіту не було, якість життя хворого суттєво покращилася.

В запропонованому способі реалізований новий підхід до лікування раку голівки підшлункової залози, ускладненого під печінковою (механічною) жовтяницею.

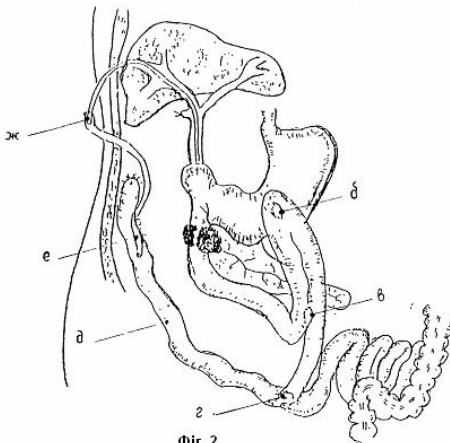
В порівнянні з прототипом, заявляємий спосіб дозволяє у хворих раком голівки підшлункової залози, ускладненим пухлинним стенозом дванадцятипалої кишки, відтік жовчі до кишечника забезпечити не внутрішньочеревним білідигестивним анастомозом, а екстракорпоральним алогенним білідигестивним шунтом, який створюють між холангіостоною та петлею порожньої кишки, виключеної за Ру аборальніше гастроєюноанастомозу та міжпетлевого співустья за Брауном.

#### Література:

1. Хирургия поджелудочной железы / А.А.Шалимов, С.А.Шалимов, М.Е.Нечитайло, А.П.Радзиховский.- Симферополь: Таврида, 1997. - 553с.
2. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия.-М.: ИМА-пресс, 1996. - 152с.
3. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия.- Киев:Здоровье, 1988. - 197с.
4. Руководство по медицине /Под ред. Р.Берлоу,- М.: Мир, 1997. - Т.1. - 1045с.



Фіг. 1



Фіг. 2