

Винахід відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може бути використаний при хірургічному лікуванні раку підшлункової залози.

Відомий спосіб хірургічного лікування раку голівки підшлункової залози шляхом виконання радикальної операції - панкреатодуоденальної резекції (1), при якій видаляється дистальна половина шлунка, голівка підшлункової залози з дванадцятипалою кишкою і дистальними відділами жовчного протока.

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

Відомий також спосіб ліквідації жовтяниці і зменшення ступеня ризику шляхом виконання декомпресійної через шкірної черезпечінкової холангіостомії (2).

Але при виконанні цього способу спостерігається втрата жовчі, яка досягає 800-1000мл/добу, небезпека екзогенного інфікування жовчних протоків, гігієнічні, естетичні, соціальні і побутові проблеми, які погіршують якість життя.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб хірургічного лікування жовтяниці шляхом формування біліодигестивного анастомоза між жовчним міхуром або гепатикохоледохом і органами шлунково-кишкового тракту (шлунком, дванадцятипалою або порожньою кишкою), котрий забезпечує внутрішній біліодигестивний пасаж жовчі і позбавляє хворого від зовнішньої жовчної нориці (3).

Однак цей спосіб неможливо виконати при відсутності технічних умов для формування біліодигестивного анастомозу в тих випадках, коли:

- а) жовчний міхур видалений або рубцеве зморщений;
- б) тонкий і тонкостінний гепатикохоледох непридатний для анастомоза;
- в) пухлинна інфільтрація не дозволяє використовувати для анастомоза шлунок або дванадцятипалу кишку;
- 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 підшлункової залози шляхом формування комунікації між черезшкірною черезпечінковою холангіогепатикостою і виключеною за Ру петлею порожньої кишки, що дозволить при неможливості формування внутрішньоочеревинного біліодигестивного анастомоза перетворити зовнішню черезшкірну черезпечінкову жовчну норицю в екстракорпоральний біліодигестивний шунт.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, хворому на рак голівки підшлункової залози виконують декомпресивну черезшкірну черезпечінкову холангіостомію, холангіогепатикостому трансформують в екстракорпоральний біліодигестивний шунт шляхом виключення за Ру петлі порожньої кишки, котру фіксують до парієтальної черевини, після чого через колоту рану в черевній стінці в порожню кишку вводять трубчатий дренаж і з'єднують його зі холангіогепатикостомічним дренажем для створення екстракорпорального біліодигестивного шунта, дренуючого жовч в кишечник.

Спосіб пояснюється графічно (фіг.1), де показана вихідна ситуація, яка спостерігається у хворого на рак голівки підшлункової залози з декомпресивною черезшкірною черезпечінковою холангіогепатикостою, та фіг.2, на якій показана трансформація холангіогепатикостоми в екстракорпоральний аллогенний біліодигестивний шунт, яка виконана шляхом з'єднання холангіогепатикостомічного дренажу з трубчатим дренажем, проведеним через черевну стінку і зануреним за Вітцелом у виключену петлю порожньої кишки.

На фіг.1 зображене зовнішнє відведення жовчі через черезшкірну черезпечінкову холангіогепатикостому;

2 - екстракорпоральний біліодигестивний ксеншунт сформований шляхом з'єднання холангіогепатикостомічного дренажу з дренажем, введеним в виключену за Ру петлю порожньої кишки, при цьому:

- 1). холангіогепатикостома;
- 2). анастомоз за Ру;
- 3). виключена за Ру петля порожньої кишки;
- 4). трубчатий дренаж, занурений за Вітцелом у вимкнуту петлю порожньої кишки;
- 5). екстракорпоральний аллогенний біліодигестивний шунт.

Спосіб виконується наступним чином:

Виконують лапаротомію. Якщо жоден варіант традиційних внутрішньоочеревних анастомозів не може бути здійснений, петлю порожньої кишки перетинають в 10см від дванадцятипалово-порожнього згину і формують анастомоз за Ру, який вимикає петлю порожньої кишки довжиною 20см. Бральний кінець виключеної петлі зашивають наглухо і фіксують до черевної стінки. В черевну порожнину через прокол черевної стінки в 5см від холангіостомічного дренажу вводять поліхлорвінілову трубку, котру занурюють за Вітцелом у вимкнуту петлю порожньої кишки. Дренажі з'єднують, створюючи таким чином екстракорпоральний аллогенний біліодигестивний шунт, який забезпечує надходження жовчі в кишечник і позбавляє хворого від зовнішньої жовчної нориці.

Приклад конкретного використання способу.

Спосіб застосований у березні 1982 року у хворого Д., 55 років, який поступив в Одеський онкологічний диспансер з жовтяницею 5-тижневої давнини, білірубінемією 350мкмоль/л. В минулому хворий переніс холецистектомію. В якості першого етапу лікування провели декомпресію жовчних шляхів за допомогою черезшкірної черезпечінкової холангіогепатикостомії. Добові втрати жовчі досягали 800мл. Жовтяниця ліквідована. Лапаротомію провели через 3 тижні після черезшкірного черезпечінкового дренування жовчних протоків при білірубінемії 28мкмоль/л. Малорухома пухлина голівки підшлункової залози, що розповсюджувалась на верхні брижові судини, була визначена нерезектабельною. Жовчний міхур відсутній. Гепатикохоледох тонкостінний, його діаметр 5мм. Печінка сіра, мілкобугриста, щільна. Умови для внутрішньобрюшинного шунтуючого анастомоза відсутні. Петлю порожньої кишки перетнули у 10см від піщеа duodenojejunalis. Анастомоз "кінець в бік" між оральним і аборальним відрізками таким чином, що довжина вимкнутої за Ру петлі порожньої кишки склала 20см (фіг.2). Оральний кінець вимкнутої петлі зашили наглухо, підшили до парієтальної черевини і ввели в нього дренажну трубку (за Вітцелом), котру через колоту рану в черевній стінці вивели назовні в 5см від черезшкірної холангіогепатикостоми. З'єднавши обидві трубки над поверхнею шкіри, сформували екстракорпоральний біліодигестивний шунт, який забезпечує надходження жовчі до порожньої кишки.

На протязі 1 року рецидиву жовтяниці або ознак холангіту не було. Хворий помер через 18 місяців від прогресування основного захворювання.

У заявленому способі реалізований новий підхід до лікування рака голівки підшлункової залози, ускладненого підпечінковою (механічною) жовтяницею.

В порівнянні з прототипом, запропоноване технічне рішення дозволяє забезпечити відток жовчі в кишечник не внутрішньочеревинним білідигестивним анастомозом, а екстракорпоральним аллогенним білідигестивним шунтом, що покращує якість життя хворого.

Література:

1. Хирургия поджелудочной железы /А.А.Шалимов, С.А.Шалимов, М.Е.Нечитайло, А.П.Радзиховский. - Симферополь: Таврида, 1997. - 553с.
2. Балалыкина 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.

