



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43729 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

(21) 2001074534

(22) 02 07 2001

(24) 17 12 2001

(46) 17 12 2001, Бюл. № 11, 2001 р.

(72) Шальков Юлій Леонідович, Сумана Мансуру,
Романюк Миколай Георгієвич(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб дренування біліарної системи, який
включає формування жовчно-кишкового спо-

лучення, який відрізняється тим, що в привідній петлі тонкої кишки виконують заглушку, нижче заглушки між привідною та відвідною від жовчного міхура петлями тонкої кишки накладають Броуновський анастомоз, над яким у відвідній петлі виконують крапчасту ентеростомію, через яку вводять тонку дренажну трубку, кінець якої вводять вгору по кишкової петлі до холецистоєноанастомозу і далі через анастомоз в жовчний міхур

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаним для дренування біліарної системи у хворих з механічною жовтяницею пухлинного генезу з наявністю печінкової недостатності

Відомий спосіб зовнішнього дренування жовчних протоків (Ас № 1491467, МПК4 А61В 17/00), у відповідності з яким при дренуванні жовчних шляхів від серпоподібної зв'язки відсікають круглу, в товщі якої гнучким провідником з опівою формують тунель на всьому її протязі до пупка. По середній лінії живота на відстані 2-3 см вище пупка проводять розтин довжиною 1 см шкіри та апоневрозу і через нього виводять периферичний кінець дренажної трубки та видаляють провідник. Інший кінець дренажу виводять в жовчний міхур через розтин його дна і фіксують кисетним швом, після цього відсічений кінець круглої зв'язки печінки пришивають навкруги дренажної трубки до стінки жовчного міхура. Черевну порожнину ушивають наглухо.

Недоліки способу пов'язані з необхідністю відсічення круглої зв'язки печінки від серпоподібної, що являється травматичним, і підвищує ризик вторинних інфекцій. Виникає можливість парезу кишечника.

Відомий спосіб зовнішнього дренування жовчних шляхів (Патент РФ № 2008812, МПК5 А61В 17/00), згідно з яким Т-подібну трубку з овальними отворами у центрі поперекового коліна і на її кінцях, розміром в половину діаметру трубки, вводять ретроградно через холедохотомічний отвір.

Спосіб дозволяє тільки дренувати жовчні протоки, що не дозволяє знизити гіпербілірубінемію та гіпертензію біліарної системи. У післяопераційному періоді можливе попадання кишкового вмісту в біліарну систему, що знижує ефективність оперативного втручання.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб дренування жовчних протоків (Ас № 1634257, МПК5 А61В 17/00). Згідно з цим способом, жовчно-кишкове сполучення формують на дренажі через просвіт жовчної протоки, при цьому просвіт дренажної трубки на ділянці сполучення перекривають балоном до стихання холангиту.

Цей спосіб попереджує попадання інфікованої жовчі в кишку, але не виключає можливості попадання кишкового вмісту в порожнину жовчного міхура. Окрім того, спосіб не дозволяє знизити гіпертензію біліарної системи та гіпербілірубінемію.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу дренування біліарної системи шляхом зміни характеру дренування, що забезпечує зниження гіпертензії біліарної системи, виключає можливість попадання кишкового вмісту в порожнину жовчного міхура, знижує гіпербілірубінемію та виникнення парезу кишечника в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується в способі дренування біліарної системи, який включає формування жовчно-кишкового сполучення, згідно з винаходом, в привідній петлі тонкої кишки виконують заглушку, нижче заглушки між привідною та відвідною від жовчного міхура петлями тонкої кишки накладають Броуновський анастомоз, над яким у відвідній петлі виконують крапчасту ентеростомію, через яку вводять тонку дренажну трубку, кінець якої вводять вгору по кишкової петлі до

холецистоєюноанастомозу і далі через анастомоз в жовчний міхур

Зміна характеру декомпресії біліарної системи, що виключає виконання внутрішнього та зовнішнього дренивання жовчного міхура через мікроєюностомію шляхом накладання холецистоєюноанастомозу з додатковою ентєростомією через яку виводять тонку дренажну трубку, кінець якої виводять наверх по кишкової петлі за холецистоєюноанастомоз в жовчний міхур дозволяє вивести частину жовчі через трубки назовні, а другу частину - в тонку кишку, що забезпечує зниження гіпербілірубінемії та гіпертензії біліарної системи, виключає можливість парезу кишечника в післяопераційному періоді та попадання кишкового вмісту в біліарну систему. Внаслідок цього підвищується ефективність оперативного втручання, скорочуються терміни перебування хворих у стаціонарі

Спосіб здійснюють таким чином. Під загальним знеболюванням хворому розтинають черевну порожнину серединним доступом. Згідно зі стандартною методикою накладають холецистоєюноанастомоз, причому від трейсової зв'язки беруть кишкову петлю довжиною 45-55 см. Між привідною петлею, що йде до жовчного міхура, накладають Броуновський анастомоз на відстані 15-20 см від холецистоєюноанастомозу. Провідну петлю з розташованого вище Броуновського анастомозу перев'язують лігатурою, щоб попередити закид кишкового вмісту в жовчний міхур.

На відстані 10-15 см нижче від холецистоєюноанастомозу в стінці відповідної петлі (вище Броуновського анастомозу) роблять крапчасту ентєростомію. Через цей отвір вставляють тонку трубку діаметром 3 мм та проводять наверх по кишкової петлі до холецистоєюноанастомозу і далі через анастомоз в жовчний міхур.

Трубку в ентєростомний отвір укріплюють кисетним швом, а кінець трубки через крапчастий прокол в черевній стінці в правому підребер'ї виводять назовні. Двома лігатурними кисетними швами трубку додатково фіксують до черевної стінки.

Таким чином жовчний міхур дренують двома шляхами: по-перше, звичайною холецистоєюностомією, по-друге, трубкою через мікроєюноанастомоз.

Трубку виймають через 7-10 днів.

Приклад. Хвора М., 38 років. Поступила до діагностичного відділення ХОКОД зі скаргами на жовтяницю, шкірний свербіж, болі в правому підребер'ї, загальну слабкість. Жовтяниця розвилася за 4-5 тижнів до звернення у лікарню.

Під час огляду стан хворої задовільний, нижній край печінки нижче краю реберної дуги на 4 см. Пальпується збільшений уражений жовчний міхур. Ультразвукове дослідження виявило збільшення печінки, виразне розширення внутрішніх та позапечінкових жовчних протоків. В печінці виявлені метастази, жовчний міхур збільшений у два рази. Підшлункова залоза збільшена голівка у розмірах 6х3,5 см.

Після проведення передопераційної підготовки виконана операція. Під час ревізії органів черевної порожнини виявлено, що голівка підшлункової залози збільшена у розмірах 6,5х4,0 см. У правій долі печінки метастази, холедоха до 3 см у діаметрі. Зважаючи на наявність метастазів у печінку, операцію виконано таким чином. Згідно зі стандартною методикою наклали холецистоєюноанастомоз, причому від трейсової зв'язки взяли кишкову петлю довжиною 45 см. Між привідною петлею, що тягнеться до жовчного міхура, наклали Броуновський анастомоз. На відстані 15 см від холецистоєюноанастомозу привідну петлю на 4 см вище Броуновського анастомозу перев'язали лігатурою, щоб попередити закид кишкового вмісту в жовчний міхур. На відстані 10 см нижче від холецистоєюноанастомозу в стінці відповідної петлі (7 см вище Броуновського анастомозу) виконали крапчасту ентєростомію, через цей отвір вставили тонку трубку діаметром 3 мм та провели вгору по кишкової петлі до холецистоєюноанастомозу і далі через анастомоз в жовчний міхур. Трубку в ентєростомному отворі укріпили кисетним швом, а її кінець через крапчастий прокол в черевній стінці в правому підребер'ї вивели назовні. Шляхом накладання двох лігатурних кисетних швів трубку додатково зафіксували до черевної стінки. Таким чином жовчний міхур дренували двома шляхами: по-перше, звичайною холецистоєюностомією, по-друге, через мікроєюноанастомоз.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 8 добу видалена дренажна трубка, на 10 добу хвора виписана з лікарні у задовільному стані.

Запропонований спосіб дренивання біліарної системи було використано при лікуванні 11 хворих з пухлинними утвореннями біліарної системи. Декомпресію біліарної системи за цим способом виконують відразу, на відміну від відомих методик, при яких декомпресія відбувається на 3-4 добу.

Запропонований спосіб дренивання дозволяє підвищити ефективність лікування та скоротити перебування хворих в стаціонарі.

