



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 44046

(13) A

(51) B 6 A 61 B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ ТЕРМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ ВЕЛИКОГО СОСОЧКА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ І ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

(21) 2001031740

(22) 15 03 2001

(24) 15 01 2002

(46) 15 01 2002, Бюл. № 1, 2002 р.

(72) Ярешко Володимир Григорович, Рязанов Дмитро Юрійович, Бамбизов Леонід Михайлович

(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ІНСТИТУТ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ

(57) Спосіб лікування непрохідності термінального відділу загальної жовчної протоки при пухлинах великого сосочка дванадцятипалої кишки та під-

2

шлункової залози, що включає внутрішнє дренування загальної жовчної протоки, який відрізняється тим, що дренування проводиться введенням дуоденоскопу у вертикальний відділ дванадцятипалої кишки, виконанням холедоходуоденостомії голчатим папілотомом вище пухлини великого сосочка дванадцятипалої кишки або підшлункової залози шляхом розтину передньої стінки дванадцятипалої кишки через найбільш виступаючий її відділ з розсіченням інтрамуральної частини загальної жовчної протоки

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії органів травлення

При непрохідності термінального відділу загальної жовчної протоки (ЗЖП), обумовленої злоякісною пухлиною великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) або підшлункової залози (ПЗ), використовуються відкриті лапаротомні операції

Відкриті лапаротомні операції полягають у лапаротомії, накладанні анастомозу між дванадцятипалою кишкою (ДПК) та ЗЖП, тобто холедоходуоденостомії (ХДС). Найчастіше використовується [Н. А. Майстренко, А. И. Нечай. Гепатобилиарная хирургия — Санкт-Петербург. Специальная литература, 1999 — 268с.] супрадуоденальна ХДС за Юраш-Виноградовим, яка полягає у лапаротомії, повздожній холедохотомії, яка виконується шляхом розтину передньої стінки ЗЖП, поперекової дуоденотомії, яка виконується шляхом розтину стінки ДПК у безпосередній близькості від холедохотомічного отвору, формуванні співустя шляхом накладання окремих вузлових швів по краю розрізу ЗЖП і стінки ДПК.

Вказаний спосіб дозволяє створити внутрішнє дренування жовчних протоків, але потребує виконання лапаротомії, холедохотомії, дуоденотомії, що є травматичним і тривалим оперативним втручанням, а також супроводжується неспроможністю ХДС у післяопераційному періоді. Ці недоліки призводять до збільшення післяопераційної летальності

Найбільш близьким по сукупності ознак до пропонуваного способу є спосіб трансдуоденальної холедоходуоденостомії за Kocher. При цьому виконується лапаротомія, поперекова дуоденотомія, розтин передньо-верхньої стінки ВСДК і передньої стінки ЗЖП з послідовним формуванням співустя шляхом накладання окремих вузлових швів по краю розрізу протоки і стінки кишки та зшиванням рани ДЖ двурядовим вузловим швом [А. А. Вишне夫斯基, Я. Л. Ульманис, З. В. Гришкевич. Желчестводящие анастомозы — М. — Медицина, 1972 — 303с.] Вказана методика має такі недоліки

1 Потребує виконання лапаротомії, дуоденотомії

2 Супроводжується неспроможністю холедоходуоденоанастомозу і/чи дванадцятипалої кишки

3 Травматичність та тривалість операції

В основу винаходу поставлена задача створити такий спосіб лікування непрохідності термінального відділу ЗЖП при злоякісних пухлинах ВСДК чи ПЗ, який забезпечив би внутрішнє дренування жовчних шляхів без лапаротомії та дуоденотомії, запобіг виникненню неспроможності ХДС і ДПК, що призвело б до зниження тривалості та травматичності операції

Поставлена задача здійснюється завдяки тому, що у способі, який включає проведення дуоденоскопа у вертикальний відділ ДПК, проводиться розтин повздожньої складки ДПК та інтрамуральної частини ЗЖП діаметром до 3 мм голчатим

(13) A

(11) 44046

(19) UA

папілотомом вище пухлинного ураження ВСДК або ПЗ

Спосіб показано на малюнках

Фіг 1 Проведення дуоденоскопа у вертикальний відділ дванадцятипалої кишки

Фіг 2 Розтин повздожньої складки дванадцятипалої кишки та інтрамуральної частини загального жовчного протоку вище пухлинного ураження великого сосочка дванадцятипалої кишки

Фіг 3 Розтин повздожньої складки дванадцятипалої кишки та інтрамуральної частини загального жовчного протоку вище пухлинного ураження підшлункової залози

Спосіб здійснюється таким чином після огляду шлунку та цибулини ДЖ

дуоденоскоп проводять у її вертикальний відділ (Фіг 1) Після виявлення повздожньої складки ДПК, яка вибухає вище пухлини ВСДК або пухлини ПЗ, через інструментальний канал дуоденоскопа вводять голчастий папілотом Виконується холедоходуоденостомія вище пухлини ВСДК (Фіг 2) або ПЗ (Фіг 3) шляхом розтину повздожньої складки ДПК через найбільш виступаючий відділ повздожньої складки ДПК з розсіченням інтрамуральної частини ЗЖП діаметром до 3 мм Контролем адекватного виконання операції є поступлення жовчі у ДПК, а також дані ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії Внаслідок цього проводиться внутрішнє дренивання жовчних шляхів при злоякісних і доброякісних пухлинах ВСДК та ПЗ без застосування лапаротомії, дуоденотомії та пов'язаних з ними ризиком післяопераційних ускладнень

Приклади

Спостереження 1 Хвора Г, 38 років (історія хвороби №5581), 11 09 2000р потрапила зі скаргами на жовтяницю, нудоту, озноб, слабкість, підвищення температури тіла до 39°C Вважає себе хворою з 25 08 2000 р, жовтяниця з 06 09 2000р Обстежена в інфекційній лікарні, для подальшого лікування переведена до хірургічного відділення

Об'єктивно стан тяжкий, жовтяниця Живіт м'який, злегка хворобливий у правому підребер'ї. Аналізи крові та сечі без особливостей Загальний білірубін 111мкмоль/л, зв'язаний білірубін 58мкмоль/л, свободний — 52мкмоль/л, АЛТ 1,43моль/л За даними УЗД — дилатація внутрішньої позапечінкових жовчних шляхів з блоком на рівні дистального відділу загального жовчного протоку

Діагноз Пухлина ВСДК? Рак головки підшлункової залози Механічна жовтяниця

12 09 2000 р операція (Л М Бамбизов) — ендоскопічна супрапапілярна холедоходуоденостомія, біопсія пухлини ВСДК Ендоскоп проведено у дванадцятипалу кишку, у просвіті жовчі немає ВСДК у типовому місці, розміром 1,0х0,8см, пперемірований, края горбасті, устя чітко не визначається Взята біопсія пухлини ВСДК У супрапапілярній ділянці вибухає складка слизової оболонки розміром 2,5х2,0см Канюлювати ВСДК не вдалося Голчастим папілотомом виконана супрапапілярна холедоходуоденостомія вище пухлини ВСДК (Фіг 2) шляхом розтину повздожньої складки ДЖ через найбільш виступаючий її відділ з розсіченням інтрамуральної частини ЗЖП діаметром до

3мм Канюля введена до 2,0см, введено 20мл контрастної рідини Виповнюється розширений гепатикохоледох до 20мм у діаметрі

Тривалість операції 15 хвилин

Післяопераційний діагноз Рак ВСДК Механічна жовтяниця

Післяопераційний період без ускладнень Загальний білірубін нормалізувався 17 09 2000 р — 21мкмоль/л Виписана 03 10 2000р у задовільному стані

Патогістологічне заключення №29343-44 від 12 09 2000 р ворсинчата аденома великого сосочка дванадцятипалої кишки

Спостереження 2 Хвора Ш, 49 років (історія хвороби №2180), 07 04 2000 р потрапила зі скаргами на болі у правому підребер'ї, озноби, жовтяницю, темну сечу, слабкість, зниження маси тіла на 6кг за 1 місяць Вважає себе хворою на протязі 1-го місяця, жовтяниця з 01 04 2000 р Не обстежувалась

Об'єктивно стан тяжкий, жовтяниця При пальпації живіт м'який, хворобливий у правому підребер'ї, де визначається великий жовчний міхур Аналізи крові та сечі без особливостей Загальний білірубін 113мкмоль/л, зв'язаний білірубін 92мкмоль/л, свободний — 21мкмоль/л, АЛТ-2,66моль/л, креатинін-145мкмоль/л За даними УЗД — дифузні зміни печінки, дилатація внутрішньої позапечінкових жовчних шляхів з блоком на рівні дистального відділу загального жовчного протоку При ендоскопічній ретроградній панкреатохолангіографії встановлена пухлина ВСДК, дилатація загального жовчного протоку до 10мм, вірсунгова протока до 4мм, уповільнене просування контрастної рідини в ДЖ

Діагноз Пухлина ВСДК Механічна жовтяниця

11 04 2000 р операція (Л М Бамбизов) — ендоскопічна супрапапілярна холедоходуоденостомія, біопсія пухлини ВСДК Ендоскоп проведено у дванадцятипалу кишку, у просвіті жовчі немає ВСДК у типовому місці, розміром 1,0х1,0см, бугристий, пперемірований, вкритий виразками, при контакті кровоточивий Взята біопсія пухлини ВСДК У супрапапілярній ділянці вибухає складка слизової оболонки розміром 2,0х1,5см Голчастим папілотомом виконана супрапапілярна холедоходуоденостомія вище пухлини ВСДК (Фіг 2) шляхом розтину повздожньої складки ДПК через найбільш виступаючий її відділ з розсіченням інтрамуральної частини ЗЖП діаметром до 3мм При цьому поступає темна, застигла, пеніста жовч

Тривалість операції 15 хвилин

Післяопераційний діагноз Рак ВСДК Механічна жовтяниця

Післяопераційний період без ускладнень Загальний білірубін нормалізувався 17 09 2000 р - 19мкмоль/л Виписана 25 04 2000 р у задовільному стані

Патогістологічне заключення №7874-42 від 14 04 2000 р аденоматозний поліп

Спостереження 3 Хворий П, 42 років (історія хвороби №670), 02 02 2000 р потрапив зі скаргами на помірні болі у правому підребер'ї і епігастрії, жовтяницю, темну сечу, світлий кал, слабкість Вважає себе хворим на протязі 1-го місяця Обстежений у інфекційній лікарні, де вірусний гепатит

виключений з діагнозом механічна жовтяниця госпіталізован у хірургічне відділення

Об'єктивно стан тяжкий, жовтяниця Живіт м'який, хворобливий у правому підребер'ї. Аналізи крові та сечі без особливостей. Загальний білірубін 319мкмоль/л, зв'язаний білірубін 184мкмоль/л, вільний — 135мкмоль/л, АЛТ 2,8мкмоль/л. За даними УЗД — Об'ємне утворення головки підшлункової залози, дифузні зміни печінки, дилатація внутрі- та позапечінокових жовчних шляхів

03.02.2000 р. операція (Л. М. Бамбізов) — ендоскопічна супрапапілярна холедоходуоденостомія. Антральний відділ шлунка деформований за рахунок вибухання задньої стінки шлунка. Петля ДЖ розгорнута, жовчі у її просвіті немає. ВСДК у типовому місці, розміром 0,6х0,6см, гіперемірован, края бугристі, нашарування фібрину, устя у вигляді "сита". У супрапапілярній ділянці вибухає складка слизової оболонки розміром 2,0х1,5см. Голчастим папілотомом виконана супрапапілярна холедохотомія вище пухлини ПЗ (Фіг. 3)

шляхом розтину повздожної складки ДПК через найбільш виступаючий її відділ розсіченням інтрамуральної частини ЗЖП діаметром до 3мм. При цьому поступає темна, застійна жовч.

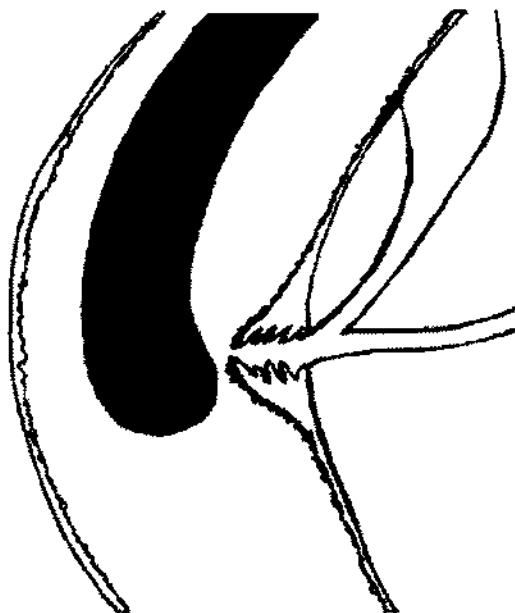
Тривалість операції 15 хвилин

Післяопераційний діагноз: Рак головки підшлункової залози. Механічна жовтяниця.

Післяопераційний період без ускладнень. Загальний білірубін нормалізувався 01.03.2000р. — 24мкмоль/л. Виписаний 07.03.2000 р. у задовільному стані.

Патологістологічне заключення №2844-53 від 09.02.2000 р. — низько диференційована аденокарцинома підшлункової залози.

Отже, спосіб, що пропонується, дозволяє уникнути лапаротомії, дуоденотомії, що призводить до скорочення тривалості операції, знижує травматичність операції, попереджує післяопераційні ускладнення у вигляді неспроможності ДПК та ХДС, знижує післяопераційну летальність.



Фіг. 1

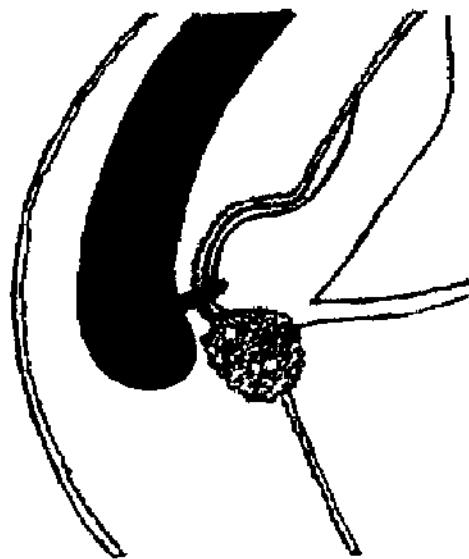


Fig. 2

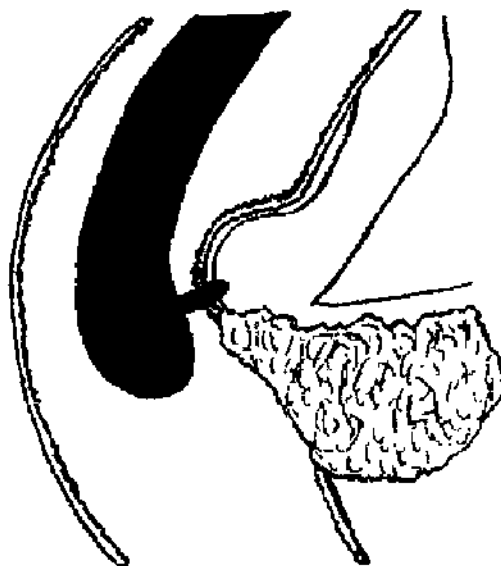


Fig. 3