



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36980 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА ВИ-
НАХІДвидається під
відповідальність
власника патен-
ту

(54) СПОСІБ ПАЛІАТИВНОГО БІЛІОДИГЕСТИВНОГО ШУНТУВАННЯ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ ЗЛОЯКІСНОГО ГЕНЕЗУ

(21) 2000031272

(22) 03.03.2000

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Короткий Валерій Миколайович, Безродний Борис Гаврилович, Убані Ібеабучі Огадінма, NG

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб паліативного біліодигестивного шунтування при механічній жовтяниці злоякісного генезу, що включає мобілізацію проксимальної частини жовчного міхура із збереженням міхурової артерії

та анастомозування дна міхура із проведеною позаободово і ізольованою Браунівським співустьям петлею тонкої кишки, який відрізняється тим що після мобілізації проксимальної частини жовчного міхура останній відсікають вище місця обструкції пухлиною, культю міхура на ендобіліарному дренажі вшивають однорядними вузловими швами у розітнуту уздовж передню стінку загальної печінкової протоки, а дно міхура анастомозують із проведеною позаободово і ізольованою Браунівським співустьям петлею тонкої кишки, попередньо заглушивши її провідну частин у кисетним швом, який перитонізують вузловими швами.

Винахід відноситься до медицини, а саме, до хірургічної гастроентерології, і може бути використаний при паліативному хірургічному лікуванні хворих на рак головки підшлункової залози (ПЗ) та великого сосочку дванадцятипалої кишки (ВСДПК), ускладнений механічною жовтяницею.

Новоутворення ПЗ у 80% випадків локалізуються у головці залози [1, 2, 3, 4] і на пізніх стадіях розвитку, як і новоутворення ВСДПК, за рахунок обструкції дистальної частини загальної жовчної протоки, ускладнюються механічною жовтяницею [3, 4]. Цей патологічний стан потребує невідкладної хірургічної корекції. Суттєво, що 80-90% таких пацієнтів госпіталізуються при розповсюджених формах ракового процесу, коли радикальне видалення пухлини неможливе і тривалість життя хворих лімітована наявністю механічної жовтяниці [3, 4]. Єдиним у таких випадках способом подовжити життя пацієнтів та отримати можливість провести комплексне лікування раку є паліативне біліодигестивне шунтування, тобто усунення механічної жовтяниці і холангіту, які обумовлюють печінкову недостатність, суттєво скорочуючи термін виживання хворих. Крім того, відсутність надходження жовчі у кишечник обумовлює грубі порушення травлення їжі, що викликає кахексію і знижує якість життя хворих.

Хоча тактика та техніка паліативного біліодигестивного шунтування у хворих на рак периапулярної зони (головки ПЗ та ВСДПК) відпрацьовані - холецистоєюностомія з виключеною із пасажу кишкового вмісту петлею тонкої кишки [1], однак при

проростанні та obturaції пухлиною проксимальної частини жовчного міхура (міхурової протоки та Гартманівського карману) подібний тип оперативного втручання не може забезпечити дренажу жовчних протоків, в результаті чого зберігаються незадовільні результати хірургічного лікування таких пацієнтів.

Так, відомий спосіб паліативного біліодигестивного шунтування при механічній жовтяниці злоякісного генезу, обумовлений новоутвореннями периапулярної зони, за Мікуличем [1], який полягає у тому, що позаободово проводять петлю тонкої кишки, ізолюють її від пасажу кишкового вмісту співустьям Брауна та накладають дренажний жовчний протоки холецистоєюноанастомоз. В результаті жовч із печінкової протоки через міхурову протоку потрапляє у жовчний міхур, а з нього через холецистоєюноанастомоз у кишечник. Недоліком методики є її неефективність при проростанні та обструкції пухлиною проксимальної частини жовчного міхура, що приводить до втрати дренажної функції міхура, а також розвиток холангіту, обумовленого рефлюксом кишкового вмісту через привідну частину ізольованої петлі кишки у жовчний міхур. Крім того, збільшення пухлини недовзі після операції також може привести до обструкції проксимальної частини жовчного міхура та втрати його дренажної функції. В результаті розвивається рецидив механічної жовтяниці, холангіт та печінкова недостатність, що скорочує термін виживання хворих.

(19) UA (11) 36980 (13) A

Відомий також спосіб паліативного біліодигестивного шунтування, запроваджений О.О. Шалімовим [2], що відрізняється від запропонованого Мікуличем тим, що, з метою запобігання дигестивно-біліарного рефлюксу і холангіту, провідну частину ізольованої Браунівським співустьям петлі кишки заглушують двома циркулярними кисетними швами. Недоліком методики є відсутність дренажного ефекту операції при ураженні пухлиною проксимальної частини жовчного міхура і загальної печінкової протоки, що суттєво скорочує термін виживання хворих.

Найближчим аналогом (прототипом) способу є спосіб паліативного біліодигестивного шунтування при механічній жовтяниці злякисного генезу [5], суть якого полягає у тому, що після мобілізації проксимальної частини жовчного міхура із збереженням міхурової артерії накладають співустья "бік у бік" між розітнутою уздовж загальною печінковою протокою та розітнутим Гартманівським карманом жовчного міхура. Для відтоку жовчі у кишечник здійснюють анастомозування дна міхура із проведеною позадодово і ізольованою співустьям Брауна петлею тонкої кишки. Цей спосіб є єдиним із відомих, що забезпечує холецистодигестивне шунтування при проростанні пухлиною міхурової протоки. Порівняно з вищезгаданими способами, він дещо подовжує термін виживання хворих. Тому його і було прийнято за прототип. Головним недоліком способу є неможливість його застосування при розповсюдженні новоутворення вище міхурової протоки на проксимальну частину жовчного міхура та на загальну печінкову протоку. Крім того рефлюкс у жовчний міхур кишкового вмісту із привідної частини ізольованої по Брауну петлі кишки обумовлює холангіт, що знижує якість життя та не дозволяє подовжити термін виживання хворих.

Винахід вирішує задачу забезпечення дренажу жовчних протоків у кишечник у випадках, коли загальна жовчна протока та проксимальна частина жовчного міхура уражені пухлиною периапулярної зони, в результаті чого тривалість життя хворих лімітована не раковим процесом, а механічною жовтяницею.

Технічний результат операції полягає у подовженні терміну виживання хворих і покращанні якості їх життя.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі паліативного біліодигестивного шунтування при механічній жовтяниці злякисного генезу, який включає мобілізацію проксимальної частини жовчного міхура із збереженням міхурової артерії та анастомозування дна міхура із проведеною позадодово і ізольованою Браунівським співустьям петлею тонкої кишки, згідно винаходу, після мобілізації проксимальної частини жовчного міхура останній відсікають вище місця обструкції пухлиною, культю міхура на ендобіліарному дренажі вшивають однорядними вузловими швами у розітнуту уздовж передню стінку загальної печінкової протоки, а дно міхура анастомозують із проведеною позадодово і ізольованою Браунівським співустьям петлею тонкої кишки, попередньо заглушивши її привідну частину кисетним швом, який перитонізують вузловими швами.

Відмінними особливостями способу паліативного біліодигестивного шунтування є відсікання

жовчного міхура у проксимальній частині вище границі розповсюдження пухлини із наступною пересадкою культі міхура у не уражену новоутворенням загальну печінкову протоку, що поновлює відтік жовчі з печінки у жовчний міхур та обтурація привідної частини ізольованої по Брауну петлі кишки, що запобігає рефлюксу кишкового вмісту у жовчний міхур і служить профілактикою розвитку холангіту. Позитивний клінічний ефект операції обумовлений реалізацією ідеї пересадки неураженої раковим процесом проксимальної частини жовчного міхура у неуражену раковим процесом печінкову протоку, на відмів у від запропонованого прототипом сполучення порожнин вищезгаданих органів над краєм ракової пухлини, коли обтурація співустья пухлиною, що росте, неминуха, та евакуацією жовчі через холецистоєюноанастомоз у ізольовану петлю кишки, якій надана антирефлюксна функція, що запобігає розвитку холангіту. Ці відмінності, за рахунок відновлення шляху відтоку жовчі із печінки у кишечник та профілактики післяопераційного холангіту, ліквідують розвиток прогресуючої печінкової недостатності, поновлюють травлення їжі у кишечнику, забезпечують покращання якості та подовжують тривалість життя пацієнтів.

У доступній літературі подібного способу паліативного біліодигестивного шунтування не описано. Спосіб паліативного біліодигестивного шунтування ілюструється рисунками, на яких схематично зображено:

На фіг. 1: новоутворення головки підшлункової залози, яке обумовило обструкцію проксимальної частини жовчного міхура.

На фіг. 2: жовчний міхур, пересічений у проксимальній частині; культя міхура вшита у загальну печінкову протоку.

На фіг. 3: етап накладання холецистоєюноанастомозу із ізольованою співустьям по Брауну петлею тонкої кишки, привідна частина якої заглушена кисетним швом.

Спосіб виконують наступним чином. Після лапаротомії та ревізії органів черевної порожнини підтверджують діагноз та визначають показання до паліативного біліодигестивного шунтування. Мобілізують проксимальну частину 1 тіла жовчного міхура 2, включаючи Гартманівський карман 3, міхурову протоку 4 та міхурову артерію 5 у межах трикутника Кало. Міхурову артерію 5 зберігають. Жовчний міхур 2 пересікають вище обтурованої новоутворенням 6 проксимальної частини 1. Загальну печінкову протоку 7 розсікають уздовж на протязі 1,5 см. Вузловими лігатурами на атравматичних голках формують задню губу гепатікохолецистоанастомозу 8. Трубочатий силіконовий дренаж із боковими отворами на кінці проводять через розітнуту загальну печінкову протоку 7 у ліву печінкову протоку, протилежний кінець дренажу проводять через жовчний міхур назовні та фіксують кисетним швом до дна міхура. Завершують формування передньої губи анастомозу вузловими лігатурами. Позадодово проводять петлю тонкої кишки 9. Ізолюють її від пасажу кишкового вмісту співустьям Брауна 10, привідну частину петлі заглушують кисетним швом 11 та перитонізують вузловими швами, накладають холецистоєюноанас-

томоз 12 між дном міхура та ізольованою петлею кишки.

Підпечінковий простір дренують назовні перчаточо-трубчатим дренажем через контрапертуру в правому підребер'ї. Рану зашивають пошарово.

Приклад конкретного виконання

Хворий К., історія хвороби № 21474, доставлений у хірургічну клініку кафедри госпітальної хірургії № 1 Національного медичного університету 27.10.1999 р. по переводу із інфекційної лікарні, де понад місяць лікувався з приводу вірусного гепатиту. При обстеженні у клініці за допомогою комп'ютерної томографії було об'єктивізовано діагноз раку головки підшлункової залози з множинними метастазами у печінку, ускладнений механічною жовтяницею. Гіпербілірубінемія складала 458 ммоль/л, стан здоров'я тяжкий, що обумовлювалось печінковою недостатністю. Через генералізацію ракового процесу пухлина видалена бути не може.

30.10.1999 р. - хірургічне втручання. Верхньо-серединна лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини встановлено: головка ПЗ уражена раковою пухлиною розміром 7х9 см, яка проросла загальну жовчну протоку та проксимальну частину жовчного міхура - міхурову протоку і Гартманівський карман. У печінці множинні метастази. Експрес гістологічний висновок за матеріалом біопсії метастазу - аденокарцинома підшлункової залози. Загальна печінкова протока розширена до 2 см і новоутворенням не уражена. Видалення пухлини неможливе. Холецистодигестивний анастомоз у загально прийнятих варіантах (по Мікуличу, по Шалімову) забезпечити шунтовий відтік жовчі у кишечник не здатний. Тому вирішено використати паліативне білідигестивне шунтування в авторському варіанті. У межа трикутника Кало мобілізували проксимальну частину тіла жовчного міхура. Міхурову артерію зберегли. Жовчний міхур пересікли вище обтурованої новоутворенням і проксимальної частини. Загальну печінкову протоку розікли уздовж на протязі 1,5 см. Вузловими лігатурами на ендобіліарному дренажі сформували гепатікохолецистоанастомоз. Трубочатий силіконовий дренаж провели через загальну печінкову протоку у ліву печінкову протоку, протилежний кінець дренажу вивели через жовчний міхур назовні та зафіксували кисетним швом до дна міхура. Позадободово провели петлю тонкої кишки і ізолювали її співустям Брауна. Привідну частину цієї петлі заглушили кисетним та перитонізували вузловими швами. Потім дворядними вузловими швами сформували холецистоєюноанастомоз між дном міхура та ізольованою петлею кишки. Підпечінковий простір

дренували назовні через контрапертуру в правому підребер'ї. Рана зашита пошарово. Загоєння первинним натягом. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. 21.10.1999 р. хворий виписаний із клініки. Загальний білірубін склав 56 ммоль/л. Пацієнту було проведено хіміотерапевтичне лікування. Кишкове травлення у післяопераційному періоді відновлене. Якість життя стала задовільною. Термін життя після операції склав 6,7 місяця.

Спосіб паліативного білідигестивного шунтування апробовано у 1-му та 2-му хірургічних відділеннях ЦРКЛ Залізничного району м. Києва в період із 1996 по 1999 роки. За даною методикою прооперували 11 хворих. Ускладнень у прооперованих по заявленій методиці не спостерігали. Як показала статистична обробка з використанням критерію Стюдента, спосіб за винаходом забезпечує достовірне зниження частоти виникнення післяопераційних ускладнень у порівнянні з хворими, прооперованих за методикою прототипу ($P < 0,05$). Термін виживання збільшується на 18% і смерть наставала тільки внаслідок генералізації ракового процесу, а не через розходження сформованих співусть або обструкції них пухлиною. В результаті відновлення відтоку жовчі із печінки у кишечник у хворих припинявся розвиток гострої печінкової недостатності та відновлювалось травлення їжі у кишечнику, що сприяло подовженню терміну виживання та покращувало якість життя пацієнтів. Хворі отримували можливість провести комплексне лікування раку, що було принципово не можливо при не усунутій механічній жовтяниці і розвитку гострої печінкової недостатності.

Джерела інформації

1. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. — М.: Медицина, 1982. - 270 с.
2. Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Полу-пан В.Н. Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике. — М.: Медицина, 1979. - 368 с.
3. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитай-ло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. К.: Здоров'я, 1993. - 512 с.
4. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитай-ло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. Симферополь: Таврида, 1997. - 534 с.
5. Koga A, Nakayama F. One stage hepatocholecystojejunostomy as an easy and long term effective bilioenteric bypass for unresectable carcinoma of the pancreas // Surgery Gynecology Obstetrics, 1987, v. 165, № 8, p. 177-179.

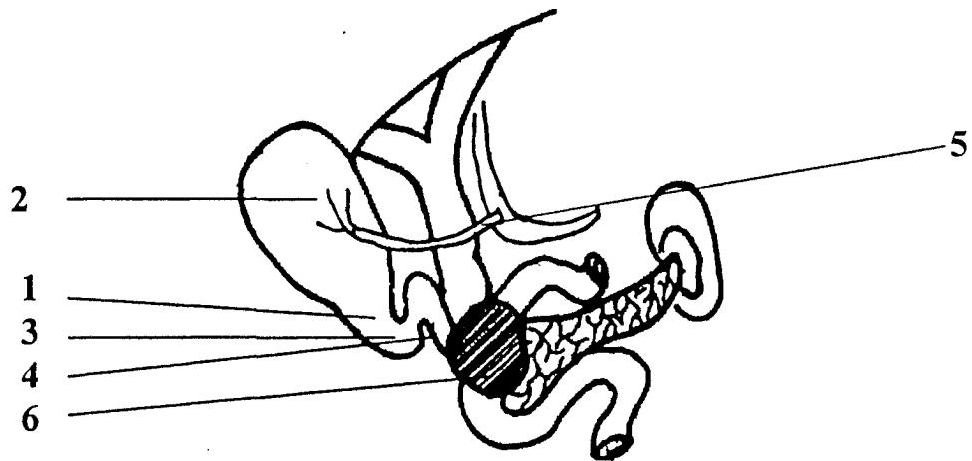


Fig. 1

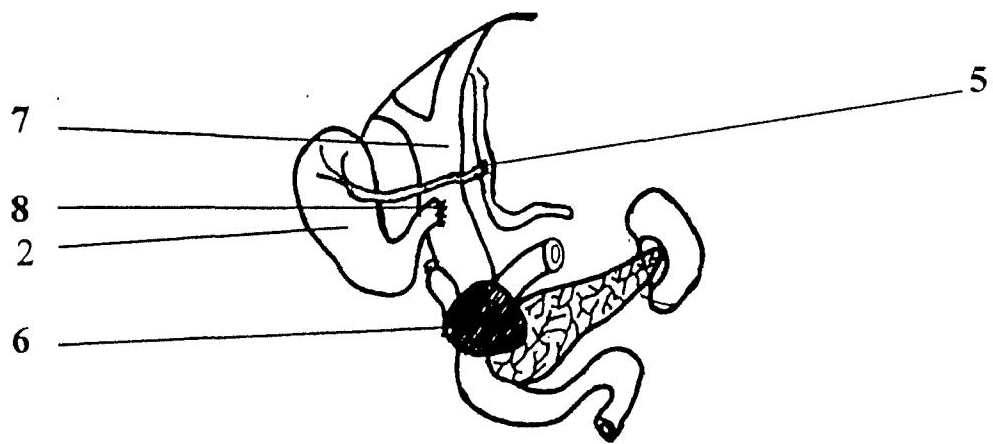


Fig. 2

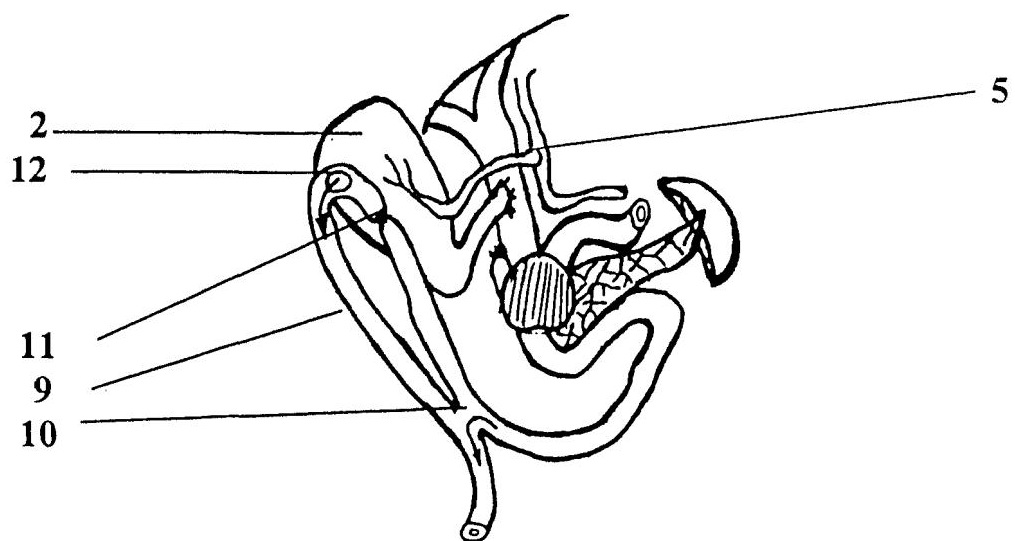


Fig. 3

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
