

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний для захисту холедоходуоденоанастомозу від впливу жовчі та шлункового вмісту в ранньому післяопераційному періоді. Відомий спосіб холедоходуоденостомії (АС СССР № 1362460, Бюл.№ 48), який полягає у зовнішньому, трансцистичальному дренажу жовчних шляхів, трансназальне дренирування шлунку та дванадцятипалої кишки; при цьому отурується просвіт холедоха проксимальніше анастомоза, а дванадцятипала кишка - зразу за воротарем.

Недоліки:

- Зовнішнє дренирування жовчних шляхів через куксу міхурової протоки, так як можливо підтікання жовчі навкруг дренажа з утворенням підпечінкового абсцеса, жовчного перитоніта, нориці. Також відомий зонд для декомпресії порожнистих органів при накладанні міжорганних анастомозів (А.С. № 1042755, Бюл.№ 29), який містить дві трубки різної довжини з наскрізними каналами та боковими отворами, що з'єднані під гострим кутом еластичною тягою. Недоліки:

- Не створює герметичності в зоні сформованого анастомозу і не захищає ділянку анастомозу від агресивного впливу вмісту вищерозташованих відділів шлунково-кишкового тракту.

В основу винаходу "Спосіб захисту холедоходуоденоанастомозу та пристрій для його здійснення" поставлено завдання шляхом введення двох балонних зондів в просвіт дванадцятипалої кишки та холедоха захистити холедоходуоденоанастомоз від агресивної дії жовчі та шлункового вмісту. Поставлене завдання досягається тим, що модифіковані зонди з балонами (однопросвітний та двоохпросвітний) фіксують за допомогою роздутих балонів дистальніше холедоходуоденоанастомозу в просвіті холедоха та дванадцятипалої кишки. Пристрій для захисту холедоходуоденоанастомозу, що має два зонди, відрізняється тим, що однопросвітний і двоохпросвітний зонди містять надувні балони, а двоохпросвітний зонд містить ряд бокових отворів і тонель в балоні для проведення однопросвітного зонда.

На кресленнях зображено запропонований пристрій для захисту холедоходуоденоанастомозу і особливості його встановлення.

Фіг.1 - загальний вигляд однопросвітного та двоохпросвітного балонних зондів, фіг.2 - пристрій в зібранному вигляді, фіг.3 - холедоходуоденоанастомоз, що формується, фіг.4 - проведення пристрою в просвіт шлунково-кишкового тракту, фіг. 5 - схема розташування та фіксації пристрою для захисту холедоходуоденоанастомоза в просвіті холедоха та дванадцятипалої кишки після завершення формування холедоходуоденоанастомоза.

Пристрій являє собою два пластикатних або резинових зонда, один з яких однопросвітний 1, другий - двоохпросвітний 2. На дистальному кінці однопросвітного зонда міститься надувний балон 3 з провідником повітря 4, діаметр якого в максимально роздутому стані досягає більше 30 мм. Другий зонд двоохпросвітний з надувним балоном 5 на відстані 300-350 мм від дистального кінця і провідник повітря 6. Діаметр балона в роздутому вигляді досягає 50 мм. Один з просвітів двоохпросвітного зонда коротше іншого на 150-200 мм і має по декілька бокових отворів 7, які розміщені вище та нижче балона. Через весь балон, паралельно зонду, знаходиться тонель 8, через який проводиться однопросвітний зонд. При роздутому стані балону двоохпросвітного зонда, однопросвітний зонд фіксується в тонелі і зонди стають нерухомі один по відношенню до одного.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Після холецистектомії, холедохостомії, дуоденостомії накладають шви на задню стінку холедоходуоденоанастомозу 9. До дистального кінця попередньо заведеного в дванадцятипалу кишку тонкого назогастрального зонду 10 через дуоденотомний отвір фіксують проксимальний кінець запропонованого пристрою, який виводиться через рот (ніс). Однопросвітний зонд 1 з балоном 3 на кінці через холедохотомний отвір заводять в загальну жовчну протоку або загальнопечінкову протоку, після чого балон 3 роздувають. Балон 5 двоохпросвітного зонда 2 встановлюють в початковому відділі дванадцятипалої кишки зразу за воротарем і роздувають. Дистальний кінець 14 довгого просвіту двоохпросвітного зонда 2 проводять за дуоденосюнальний згин. Накладають бокові та передній ряди швів 12 холедоходуоденоанастомоза. Таким чином зовнішнє дренирування жовчі виконується за допомогою однопросвітного зонда 1 через анастомоз і далі через рот (ніс). Через коротку гілку 13 двоохпросвітного зонда 2 проводять відсмоктування шлункового та дуоденального вмісту. В результаті стінки сформованого холедоходуоденоанастомоза захищені від дії жовчі і шлункового вмісту за рахунок надувних балонів 3, 5. Наявність довгої гілки 14 двоохпросвітного зонда 2, заведеної в тощу кишку дає можливість проводити ентеральне харчування хворих в післяопераційному періоді.

Приклад.

Хвора С., 27 р., (№ історії хвороби - 8531) поступила в клініку шпитальної хірургії 14.08.2000 р. в ургентному порядку, зі скаргами на значну загальну слабкість, біль розпираючого характеру в правому підребр'ї, жовтий колір шкіри та слизових, світлий кал, сечу кольору "пива" періодичні підйоми температури тіла до 38,5-39°C, що супроводжуються пропасницею та проливним потом, рвоту жовчею, що не приносить полегшення.

Анамнез захворювання: 05.07.2000 р. оперована з приводу загострення хронічного калькульозного холециститу. Операція: холецистектомія, зовнішнє дренирування холедоха за Вишневським, дренирування черевної порожнини. На п'яту добу у хворої виникла клініка місцевого перитоніту. На восьму добу (13.07.2000 р.) виконано повторне оперативне втручання на фоні клініки розлитого перитоніту: релапаротомія, ревізія підпечінкового простору, повторне зовнішнє дренирування загальної жовчної протоки за Вишневським, санация черевної порожнини, додаткове дренирування черевної порожнини. В післяопераційному періоді стан хворої був стабільно важким. 11.08.2000 р. у хворої розвинулась клініка гнійного холангіту.

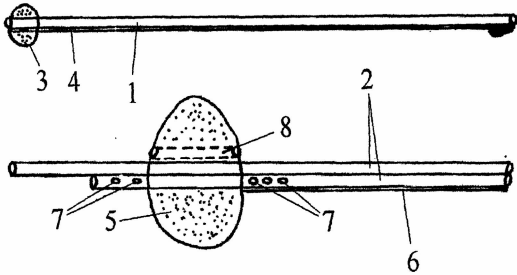
При об'єктивному обстеженні: шкіра та слизові жовтого кольору;

дефіцит маси тіла 16 кг; риси обличчя дещо загострені; шкіра суха, тургор її зменшений; тони серця приглушені, систолічний шум на верхівці; дихання пригнічене в задньо-нижніх відділах. Язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Верхня половина черевної стінки відстає в акті дихання. Живіт м'який, значно болючий в правому підребр'ї, епігастрії, позитивні симптоми Керра, Мерфі, Захар'їна, симптом Щоткіна слабо позитивний. Печінка + 2-3 см. Перистальтика звичайна.

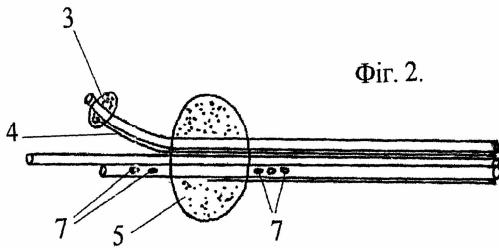
Результати обстеження: Загальний аналіз крові - еритроцити $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Нb 104 г/л, ц.п. 0,9, Лейкоцити $14,3 \cdot 10^9/л$ (еоз.-3, пал.-17, сегм.-72, лімф.- 4, мон.- 4), ШОЕ 52 мм/год. Загальний аналіз сечі: кільк. 270 мл, пит.вага 1023, колір темний, проз. мутна, рН сл.кисла, білок 0,099 ‰, лейкоц. 12-16 в п.з., живчні пегм. +++++. Білірубін крові: загальний 132 ммоль/л, прямий 87 ммоль/л, непрямий 45 ммоль/л. Загальний білок: 72 г/л. Діастаза сечі 128 од.за Вольгемутом. УЗД жовчовивідних шляхів: жовчний міхур відсутній, діаметр загальної жовчної протоки 28-32 мм - ознаки різкої гіпертензії жовчовивідних шляхів, головка підшлункової залози дещо ущільнена, 39 мм в діаметрі. Печінка - ехоцильність підвищена, додаткових утворень не виявлено. Встановлено діагноз: Стан після холецистектомії, холедохолітиаз (резидуальний), гнійний холангіт, холестатичний гепатит, біліарний панкреатит.

Після короточасної, комплексної, інтенсивної передопераційної підготовки 15.08.2000 р виконано оперативне втручання: релапаротомія, ревізія підпечінкового простору, коса холедохотомія, видалення конкременту загальної жовчної протоки, холедоходуоденоанастомоз за Фльоркеном, дренивання підпечінкового простору. Для захисту створеного холедоходуоденоанастомоза застосовувався запропонований пристрій.

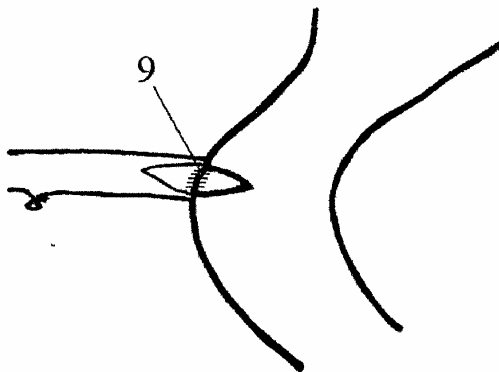
Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень, на 3 добу рівень білірубину крові нормалізувався, зникла іктеричність склер, нормалізувались показники крові, хвора почала харчуватись per os, на 5 добу видалено дренажі черевної порожнини, на 6 добу евакуйовано запропонований пристрій. На 8 добу хвора виписана в задовільному стані.



Фіг. 1.



Фіг. 2.



Фіг. 3.

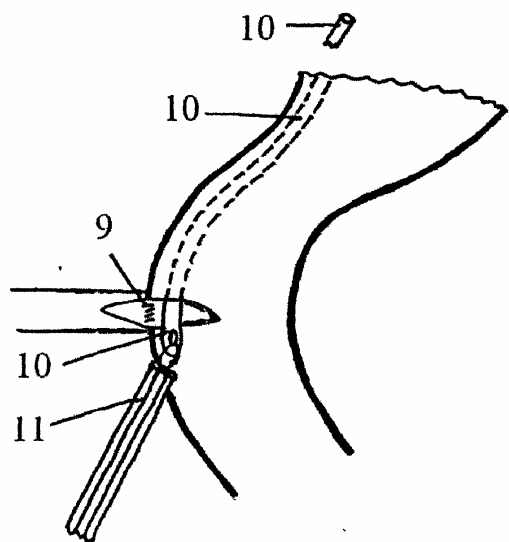


Fig. 4.

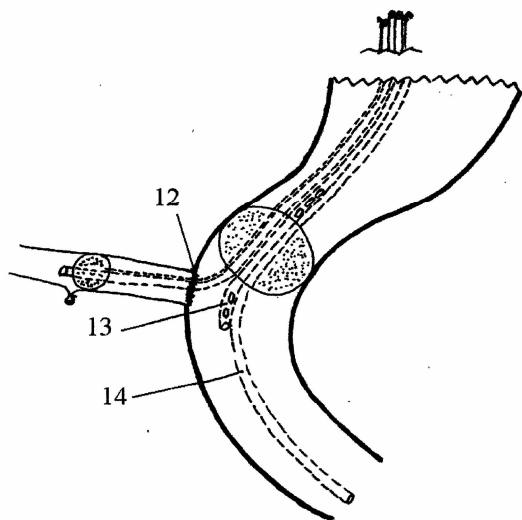


Fig. 5.