

Изобретение относится к медицине, а именно к разделу оперативной эндоскопии и может использоваться в лечении желчекаменной болезни.

Известны способы наложения холецистостомии, но все они направлены на получение оттока желчи из желчного пузыря и не позволяют их производить извлечение конкрементов из просвета пузыря.

Наиболее близким по техническому решению к заявляемому способу является способ наложения холецистостомии по И.Д. Прудкову [1], при котором накладывается фиксированная стома желчного пузыря и возможно извлечение конкрементов из его просвета непосредственно во время проведения оперативного вмешательства. Данному способу присущи следующие недостатки, а именно:

- извлечение конкрементов возможно только одновременно с проведением оперативного вмешательства,
- извлечение резидуальных конкрементов возможно только после обезболивания и бужирования канала холецистостомы,
- невозможность визуального контроля просвета желчного пузыря в динамике,
- невозможность проведения целенаправленных манипуляций в просвете желчного пузыря под визуальным контролем в динамике,
- невозможность катетеризации пузырного и общего желчного протоков в послеоперационном периоде без рентгенологического контроля.

В основу предлагаемого изобретения была поставлена задача создания способа, который позволил бы производить одномоментное удаление конкрементов желчного пузыря при одновременном визуальном контроле просвета желчного пузыря в динамике в послеоперационном периода, что позволит сократить сроки лечения и снизить число осложнений.

Задача достигается тем, что согласно изобретению, в предлагаемом способе при наложении холецистостомы в просвет желчного пузыря вставляют полихлорвиниловую трубку длиной около 5 - 8 см (в зависимости от толщины брюшной стенки) и внутренним диаметром равным или незначительно большим внешнему диаметру операционного холедохоскопа.

Способ осуществляется следующим образом.

Под контролем лапароскопа определяют проекцию дна желчного пузыря на брюшную стенку. В месте проекции, после местного обезболивания, производят послойный разрез брюшной стенки до внутреннего листка апоневроза. Внутренний листок апоневроза и брюшину прокалывают зажимом, которым захватывают дно желчного пузыря и выводят в рану. Дно пузыря фиксируют к брюшине и внутреннему листку апоневроза. Желчный пузырь фиксируют одиночными серо-серозными швами, оставляя свободный участок дна площадью около 3 см². Проксимальнее накладывают кисетный шов, в центре которого вскрывают просвет желчного пузыря. В просвет пузыря вставляют полихлорвиниловую трубку длиной около 5 - 8 см и внутренним диаметром равным или незначительно большим внешнему диаметру операционного холедохоскопа. Трубку фиксируют ранее наложенным кисетным швом к стенке пузыря и апоневрозу, а также к коже отдельными узловыми швами. Производят ревизию просвета пузыря холедохоскопом через стому с целью контроля гемостаза и оценки содержимого желчного пузыря. На этом, с целью уменьшения травматизации, операцию заканчивают. К стоме фиксируют переходник с трубкой меньшего диаметра для оттока желчи. Через несколько часов или дней после наложения холецистостомии (в зависимости от состояния пациента) отсоединяют переходник и в просвет желчного пузыря вводят холедохоскоп. Осмотр просвета пузыря производят в гидросреде. При выявлении конкрементов оценивают их размер, консистенцию, подвижность. Конкременты удаляют при помощи щипцов через функциональный канал холедохоскопа. Конкременты большего диаметра, диаметр которых не превышает внутреннего диаметра стомы, извлекают при помощи корзинки Дормиа или петли. Конкременты большего диаметра фрагментируют механическим литотриптором, после чего извлекают. При проведении данной манипуляции возможно повреждение слизистой оболочки желчного пузыря. Холедохоскоп дает возможность оценить интенсивность кровотечения и при необходимости произвести гемостатические мероприятия или предложить проведение манипуляций через некоторое время. При наличии вклиненных конкрементов возможно рассечение слизистой оболочки желчного пузыря, после чего произвести извлечение конкрементов. Под контролем холедохоскопа возможно проведение катетера в общий желчный проток через пузырный без применения рентгенологической техники.

Данные манипуляции возможно проводить на протяжении нескольких дней.

Стома ликвидируется на 9 - 10 сутки после операции.

Примеры клинического выполнения способа.

Пример 1. Больная Б., 1927г. рождения, находилась на лечении с диагнозом: рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха. Хронический калькулезный холецистит. ИБС: кардиосклероз, атеросклероз аорты и венечной артерии. СН-Па. Общий билирубин - 313,6 ммоль/л, АлАТ - 5,19 ммоль/л, АсАТ - 1,6 ммоль/л. 09.07.91г. больной произведена под местным обезболиванием лапароскопия, лапароскопическая холецистостомия, внешняя холецистостомия по вышеописанной методике. Во время операции удален конкремент Д - 1,2 см. На вторые сутки после операции произведена повторная ревизия желчного пузыря при помощи холедохоскопа. Выявлено два конкремента диаметром по 0,5 см и еще 4 более мелких конкремента. При помощи петли Дормиа произведено удаление конкрементов. Повторное обследование и манипуляции проводились без обезболивания. Манипуляции болевых ощущений у больной не вызывали. При обследовании выявлено свободное поступление желчи в просвет пузыря из общего желчного протока. Холецистостома функционировала на протяжении двух месяцев, после чего больная была оперирована. Наложена холецистодуоденоанастомоз. На 10 - е сутки после операции больная в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Пример 2. Больная К., 1898г. рождения, поступила в хирургическое отделение с диагнозом: Обострение хронического калькулезного холецистопанкреатита, механическая желтуха, ИБС: кардиосклероз, атеросклероз аорты и венечных сосудов.

Атеросклеротическая гипертензия, СН-Па. Хронический необструктивный бронхит. Общий билирубин - 210 ммоль/л, АлАТ - 1,2 ммоль/л, АсАТ - 0,8 ммоль/л.

09.07.91г. произведена лапароскопия, лапароскопическая холецистостомия по описанному выше способу. На следующий день после операции при обследовании желчного пузыря в просвете выявлено большое количество конкрементов диаметром около 0,3 - 0,5 см. На протяжении трех дней производилось удаление конкрементов из просвета пузыря при помощи корзинки Дормиа и щипцов. Желчь свободно поступает из общего желчного протока в желчный пузырь. Явления желтухи полностью ликвидированы к первым суткам после операции. При фистулографии в просвете желчного пузыря и общего желчного протока конкрементов не выявлено. Холедох диаметром 0,8 см. На первые сутки стома ликвидирована. На 15 - е сутки больная в удовлетворительном состоянии

выписана домой.

По предлагаемому способу было пролечено 12 больных, у которых не было осложнений.

Таким образом, предлагаемый способ холецистостомии по сравнению со способом-прототипом обладает следующими преимуществами:

значительно уменьшается время проведения операции,

возможно динамическое, малотравматичное удаление конкрементов в послеоперационном периоде,

возможна санация просвета желчного пузыря и визуальный контроль эффективности лечения,

удаление вклиненных конкрементов,

катетеризация общего желчного протока через пузырьный, без использования рентгенологической техники.

Все это позволяет рекомендовать предлагаемый способ холецистостомии для широкого внедрения в практику.