



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38624 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ ХОЛАНГІТОМ І ХОЛАНГІОГЕННИМИ АБСЦЕСАМИ ПЕЧІНКИ

1

2

(21) u200809172

(22) 14.07.2008

(24) 12.01.2009

(46) 12.01.2009, Бюл.№ 1, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,  
КАЧАНОВ ОЛЕКСАНДР ВІКТОРОВИЧ, UA, СУШ-  
КОВ СЕРГІЙ ВАЛЕНТИНОВИЧ, UA(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ, UA(57) Спосіб комплексного хірургічного лікування  
жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холангітом і  
холангіогенними абсцесами печінки, що включає  
передопераційну підготовку, черезпечінкове пунк-

ційне дренування порожнин холангіогенних абсцесів печінки, ендоскопічну папілотомію, ендоскопічне назобілярне дренування загальної жовчної протоки, санірування жовчної протоки і порожнини холангіогенного абсцесу печінки розчином антисептика під постійним контролем етапів лікування, який відрізняється тим, що для санірування жовчної протоки та порожнини холангіогенного абсцесу як антисептик використовують октенісепт та додатково виконують інтрапортальну інфузію розчином антибіотиків, які підбирають за результатами посівів з порожнини абсцесу печінки і крові.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і призначена для лікування гнійно-деструктивних процесів у гепатобілярній зоні.

Число хворих із гнійно-деструктивними процесами в печінці, жовчних протоках зростає і складає в середньому 34% в ургентній хірургії черевної порожнини. Найбільш частою причиною є жовчнокам'яна хвороба, ускладнена холедохолітазом, гнійним холангітом, холангіогенними абсцесами, біліарним сепсисом.

Відомий спосіб комплексного лікування холангіогенних абсцесів печінки і холедохолітазу, який включає виконання лапаротомії, послідовне виконання холецистектомії, холедохолітотомії і відкрите дренування порожнин абсцесів [Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Київ: Здоров'я, 1993. - С.320-490].

Зазначений спосіб дозволяє видалити жовчний міхур і конкременти з жовчної протоки і дренувати порожнини холангіогенних абсцесів.

Однак має наступні недоліки: травматичність тому, що вимагає виконання лапаротомії; не гарантує санацію гнійних порожнин у глибині паренхіми печінки; не дає можливості здійснювати контроль адекватності дренування порожнин абсцесів, що вимагає в ряді випадків повторних операцій; не

дозволяє проводити адекватне лікування холангіту, що завжди супроводжує дану патологію.

Відомий також спосіб лікування холангіогенних абсцесів печінки, відповідно до якого виконують передопераційну підготовку, черезпечінкове пункційне дренування порожнин холангіогенних абсцесів печінки під контролем ультразвукового дослідження (УЗД), потім виконують фіброгастродуоденоскопію (ФГДС), під час якої шляхом ендоскопічної папілотомії усувають деякі патологічні стани, що сприяють розвитку холангіогенних абсцесів печінки (холедохолітаз, стеноз великого дуоденального соска). Виконують ендоскопічне назобілярне дренування загальної жовчної протоки. Санують жовчні протоки і порожнину холангіогенного абсцесу печінки через поліхлорвінілові дренажі розчином антисептика і кожні 6-7 днів виконують УЗД та фістулографію, під час якої контролюють наявність порожнини холангіогенного абсцесу печінки і її зв'язок з жовчною протокою [Патент №21480, МПК (2006) А61В17/00, Ярешко В.Г., Носів В.В., Бамбизов Л.М.].

Даний спосіб комплексного хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холангітом і холангіогенними абсцесами печінки, є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

(13) U

(11) 38624

(19) UA

Головним недоліком способу-прототипу є те, що антибактеріальна терапія проводиться місцево, шляхом промивання жовчних проток і порожнини абсцесу розчином антисептика, тоді як для проникнення антибіотика в порожнину абсцесу печінки і для профілактики дисемінації мікробної інфекції в крові антибіотики, як правило, призначають внутрішньовенно.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності комплексного хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холангітом і холангіогенними абсцесами печінки.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі комплексного хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холангітом і холангіогенними абсцесами печінки, що включає передопераційну підготовку, черезпечінкове пункційне дренування порожнин холангіогенних абсцесів печінки, ендоскопічну папілотомію, ендоскопічне назобіліарне дренування загальної жовчної протоки, санірування жовчної протоки і порожнини холангіогенного абсцесу печінки розчином антисептика під постійним контролем етапів лікування, згідно з корисною моделлю, для санірування жовчної протоки та порожнини холангіогенного абсцесу в якості антисептика використовують октенисепт та додатково виконують інтрапортальну інфузію розчином антибіотиків, які підбирають за результатами посівів з порожнини абсцесу печінки і крові.

Спосіб здійснюють наступним чином: у передопераційному періоді хворому виконують ендоскопічну папілотомію з метою усунення патологічних змін, що сприяють розвитку холангіту, і ендоскопічне назобіліарне дренування загальної жовчної протоки з метою наступного промивання жовчного дерева октенисептом у розведенні 1:4 (1 частина октенисепта і 4 частини фізіологічного розчину) 2-3 рази в добу. Паралельно під контролем УЗД виконують пункційну санацію холангіогенних абсцесів печінки голками з введенням у порожнину абсцесу розчину октенисепта.

Кожні 3-4 дня виконують контрольне УЗД і при необхідності повторну пункцію холангіогенного абсцесу печінки. Здійснюють реканалізацію і катеризацію пупкової вени із заведенням кінця катетера, мінаючи гирловий клапан, у просвіт ворітної вени. Інтрапортально проводять антибактеріальну терапію, що базується на результатах отриманих посівів з порожнини абсцесу печінки і крові.

У зв'язку з низьким тиском у ворітній вені, на яку приходить 30-40% загального кровотоку, швидкість кровообігу нижче, ніж в артеріальному руслі, що є анатомо-фізіологічною основою інтрапортальної терапії. Обсяг кровотоку в портальному басейні менше системного, що забезпечує максимальний терапевтичний ефект від засобів, що вводяться, оскільки на одиницю площі клітин-

мішеної лікарських засобів приходить більше, ніж при введенні в загальний кровотік. При купуванні мікробних колоній у гепатопортальній системі загальноприйняті шляхи введення виявляються менш ефективними з зв'язку з нерівномірним розподілом антибіотиків в організмі (через наявність біологічних фільтрів - легені - нирки). Для досягнення антибактеріального ефекту при інтрапортальному введенні антибактеріальних препаратів доза антибіотиків може бути знижена в 3-7 разів, що зменшує побічні ефекти антибактеріальної терапії, а підведення пластичного енергетичного матеріалу і компонентів обміну до місця їхнього синтезу й асиміляції сприятливо впливає на репаративні процеси в печінці.

Після поліпшення загального стану хворого може бути виконана лапароскопічна холецистектомія. При цьому здійснюють контроль за можливими ускладненнями лікування.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад:

#### Приклад

Хворий П., 65 років, доставлений у клініку зі скаргами на болі в правому підребер'ї, жовтяничний колір шкірних покривів, гіпертермію до 38°C, нудоту.

Жовчнокам'яною хворобою страждає на протязі 8 років. За 10 днів до надходження виник виражений больовий приступ. Через 4 дні з'явилася жовтяничність шкірних покривів, озноб з підвищенням температури тіла до 38,4°C. При ультразвуковому дослідженні виявлена наявність конкрементів у жовчному міхурі і холедосі, розширення внутрішньо- і зовніпечінкових жовчних проток, стовщення їхніх стінок. В області 5, 6 сегментів печінки виявлено два гіпоехогенних утворення з нерівними контурами розмірами 40x55 і 40x50мм. Встановлено діагноз: Хронічний калькульозний холецистит, холедохолітіаз, холангіт, холангіогенні абсцеси печінки, механічна жовтяниця.

Проведено лікування холангіогенних абсцесів печінки за запропонованим способом, що вимагало 3-х кратної пункції порожнин абсцесів під контролем УЗД з інтервалом у 3 дні, а також ендоскопічної папілосфінктеротомії з витягом конкременту з холедоха за допомогою кошкока Дормія з наступним назобіліарним дренуванням загальної жовчної протоки і її санацією розчином октенисепта та інтрапортальним введенням антибактеріальних препаратів. Через 12 днів від моменту захворювання відзначена нормалізація стану хворого, ліквідація явищ холангіту і механічної жовтяниці. При контрольному УЗД і ендоскопічній ретроградній холангіографії констатована відсутність порожнин холангіогенних абсцесів печінки. Хворий прооперований у плановому порядку, зроблена лапароскопічна холецистектомія. Пацієнт оглянутий через 6 місяців після оперативного лікування - стан задовільний.