



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59906 (13) A

(51) 7 A61K47/48, A61B17/00

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

## (54) СПОСІБ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

1

2

(21) 2002129591

(22) 02 12 2002

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Гоцинський Володимир Броніславович

(73) ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА  
АКАДЕМІЯ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

(57) Спосіб холецистектомії, що включає хірургічне видалення жовчного міхура з наступною перитонізацією його ложа полімерним композитом, який відрізняється тим, що перитонізацію здійснюють нанесенням на ложе міхура антимікробної розсмоктувальної полімерної плівки

Винахід відноситься до медицини, зокрема, хірургії і може бути використаний при хірургічному лікуванні хронічного та гострого холециститу.

Відомий спосіб холецистектомії, який включає хірургічне видалення жовчного з наступною його перитонізацією його ложа полімерним композитом [1]. За відомим способом, перитонізацію ложа здійснюють шляхом нанесення на нього шару клейового композиту, наприклад, КЛ-3. Останній при цьому полімеризується у вигляді тонкої плівки, чим і досягають перитонізації оголеної тканини.

Недоліком відомого способу є недостатня лікувальна ефективність, що впливає з відсутності здатності плівки на основі клейового композиту до розсмоктування, що призводить до нерідких випадків утворення злук. А відсутність антимікробних властивостей спричиняє підвищений ризик формування гнійно-запальних ускладнень у післяопераційному періоді.

В основу винаходу поставлено завдання вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом застосування полімерного композиту з покращеними біотехнологічними властивостями досягають підвищення лікувальної ефективності лікувального способу.

Поставлене завдання вирішують тим, що у відомому способі холецистектомії, який включає хірургічне видалення жовчного міхура з наступною перитонізацією його ложа полімерним композитом, відповідно до винаходу перитонізацію здійснюють нанесенням антимікробної розсмоктувальної полімерної плівки.

При розгляді технічного завдання було взято те, що розсмоктувальна плівка з йодом та діоксидинохлоридом має виражену антибактеріальну дію на основні штами хірургічної, інфекції, макси-

мальна концентрація антимікробних препаратів в рані досягається на 12-24 годину після імплантації плівки, яка надійно герметизує ложе жовчного міхура, навколо плівки не відбувається формування злукового процесу.

Конкретно спосіб здійснюють наступним чином. Проводять субсерозне виділення жовчного міхура або від його шийки з попередньою перев'язкою жовчної протоки та жовчної артерії, або від дна з одночасною зупинкою кровотечі. Коли візуально встановлюють, що ложе жовчного міхура не можливо загерметизувати шляхом зшивання листків серозної оболонки (випадки внутрішньопечінкового розміщення жовчного міхура, склеротичне ураження стінки жовчного міхура, деструктивні форми гострого холециститу), герметизацію ложа міхура проводять за допомогою антимікробної розсмоктувальної плівки таким чином.

Антимікробну розсмоктувальну плівку занурюють на 4-5 хвилин у ізотонічний розчин хлориду натрію або 0,25% розчин новокаїну. Оброблену таким чином плівку моделюють за профілем поверхні ложа жовчного міхура, викроюючи ділянку плівки з таким розрахунком, щоб плівка закрила зону ложа і частково печінку. Для кращої фіксації плівки до поверхні ложа на край плівки наноситься клейова композиція та проводять аплікацію плівки на ложе жовчного міхура.

Приклад 1. Хвора Н., 54 роки поступила у хірургічну клініку з діагнозом гострий калькульозний холецистит. Діагноз підтверджено додатковими методами дослідження. При виконанні оперативного втручання після ревізії підпечінкового простору встановлено наявність запального інфільтрату. Після від'єднання сальника виявлено

(13) A  
(11) 59906  
(19) UA

гангренозно змінений жовчний міхур. Проведено його видалення. У зв'язку з деструктивними змінами в стінці жовчного міхура виконати перитонізацію його ложа за рахунок серозної оболонки визнано неможливим. З дотриманням правил асептики і антисептики з антимікробної полімерної розсмоктувальної плівки вирізали смугу з таким розрахунком, щоб вона закрила зону ложа і частково печінку. Антимікробну розсмоктувальну плівку занурили на 5 хвилин у ізотонічний розчин натрію хлориду, після чого провели апликацію плівки на поверхню ложа жовчного міхура з наступним моделюванням новоутвореної плівчастої поверхні за допомогою сухого марлевого тупфера. Операційна рана пошарово ушита.

Приклад 2. Хвора С., 38 років, поступила у хірургічний відділ з клінічними ознаками калькульозного холециститу. Після ультразвукового обстеження було діагностовано жовчнокам'яну хворобу, хронічний калькульозний холецистит. Хвора прооперована. Під час операції виявлено злуковий процес між сальником та жовчним міхуром. Після виділення жовчного міхура із злук констатовано його внутрішньопечінкову локалізацію. Проведена

холецистектомія. Виконати перитонізацію ложа жовчного міхура виявилось неможливим через відсутність серозної оболонки. Виходячи з цього, ложе жовчного міхура перитонізовано за допомогою антимікробної розсмоктувальної плівки. Підпечінковий простір дреновано. Післяопераційний період сприятливий. Жовчевитікання через зовнішній дренаж не виявлено, що свідчить про надійну герметизацію ложа жовчного міхура. В післяопераційному періоді запальних інфільтратів при пальпації правого підребер'я та при ультразвуковому дослідженні не виявлено.

Приклад 3. Запропонованим способом прооперовано 20 хворих. Під контролем була група з 15 хворих, у яких для перитонізації ложа жовчного міхура була використана клейова композиція КЛ-3. Аналіз ефективності запропонованого способу виконано, за критеріями вільного жовчового відтоку через дренажну трубку, формування ускладнень у вигляді запальних інфільтратів та абсцесів у післяопераційному періоді. Результати лікування запропонованим способом і за способом-прототипом наведені в таблиці.

Таблиця

Групи хворих	Вільне жовчевитікання		Інфільтрати		Абсцеси	
	абс	%	абс	%	абс	%
Дослідна (n = 20)	3	15,0	2	10,0		
Контрольна (n=15)	4	26,6	6	40,0	1	6,6

З наведених у таблиці даних видно, що у післяопераційному періоді вільне відтікання жовчі при оперативному лікуванні за запропонованим способом зустрічається рідше більш як у 1,7 рази, а формування інфільтратів - у 4 рази, ніж при лікуванні за способом-прототипом.

Таким чином, запропонований спосіб, на відміну від прототипу, забезпечує надійнішу гермети-

зацію ложа жовчного міхура, зниження частоти гнійно - запальних ускладнень, запобігає розладу травлення.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги

1. Микуляк Р.В. Применение клея КЛ-3 в комбинации с антибиотиками в ургентной и плановой абдоминальной хирургии //Клин. Хирургия -1984 - №3 - С 25-27.