

Винахід стосується медицини, а саме малоінвазивної біліарної хірургії, і може бути використаний для декомпресії жовчних шляхів після холедохотомії.

Відомий спосіб декомпресії жовчних шляхів після холедохотомії, який передбачає встановлення в загальну жовчну протоку трубок з їх виведенням назовні через окремий прокол черевної стінки (див. наприклад, О.С.Кочнев „Екстренная хирургия желудочно-кишечного тракта”, 1984, с. 188).

Недоліками цього способу є те, що декомпресія жовчних шляхів дренажною трубкою, виведеною назовні через шкіру, супроводжується неможливістю створення достатньої герметичності загальної жовчної протоки в місці виходу трубки з останньої, через що можливе підтікання жовчі в черевну порожнину; важкістю фіксації трубки до стінки загальної жовчної протоки, що може спричинити передчасне її випадіння; утворенням отвору в стінці загальної жовчної протоки після видалення дренажної трубки та підтіканням жовчі з цього отвору.

За прототип прийнятий спосіб декомпресії жовчних шляхів після холедохотомії, який включає накладання шва на розріз загальної жовчної протоки з введенням в загальну жовчну протоку тонкої поліхлорвінілової трубки через куксу міхурової протоки. Трубку фіксують до міхурової протоки швами та виводять назовні через додатковий прокол черевної стінки (А.А.Шалимов, С.А.Шалимов, М.Е.Ничитайло, Б.В.Доманский, Хирургия печени и желчевыводящих путей, — Киев, Здоров'я, — 1993. — С.367-374).

Недоліком прототипу є те, що в способі декомпресійну трубку виводять через додатковий прокол черевної стінки та фіксують її до міхурової протоки кетгутівими швами, що може спричинити передчасне випадіння трубки з протоки та підтікання жовчі в черевну порожнину, після видалення дренажної трубки можливе підтікання жовчі з просвіту міхурової протоки, трубка може деформувати загальну жовчну протоку, необхідним є вільне проходження жовчі в дванадцятипалу кишку після видалення дренажної трубки, чого може не бути при звуженнях (стенозах) кінцевого відділу загальної жовчної протоки і як наслідок створення підвищеного тиску в жовчних протоках з підтіканням жовчі через шов загальної жовчної протоки та просвіт міхурової протоки.

В основу винаходу покладено завдання створити такий спосіб декомпресії жовчних шляхів після холедохотомії, у якому шляхом використання для дренажу назо-біліарного дренажу досягається можливість не робити додатковий прокол черевної порожнини, а виводити жовч назовні через природні фізіологічні отвори. Це дозволяє знизити кількість ускладнень та тривалість перебування хворих в хірургічному стаціонарі.

Для вирішення завдання запропоновано спосіб декомпресії жовчних шляхів після холедохотомії, який включає накладання герметичних швів на розріз загальної жовчної протоки та встановлення декомпресійного пристосування в загальну жовчну протоку, у якому, згідно з винаходом, як декомпресійне пристосування використовують назо-біліарний дренаж, один кінець якого вводять в загальну жовчну протоку, а інший виводять назовні через природні фізіологічні отвори.

Виведення дренажу назовні через природні фізіологічні отвори дає можливість уникнути створення додаткового проколу черевної порожнини,

передчасного випадіння дренажу з жовчних протоків, підтікання жовчі назовні після видалення дренажу, уникнути деформації загальної жовчної протоки, здійснювати розширення (дилатацію) звуженої ділянки кінцевого відділу загальної жовчної протоки дренажем, який проходить через цю ділянку.

Спосіб здійснюють таким чином.

Після виконання лапароскопічної холедохотомії (розрізу загальної жовчної протоки) та видалення каменів з жовчних протоків, в просвіт загальної жовчної протоки через її розріз вводили кінець назо-біліарного дренажу з прив'язаною ниткою (лігатурою) на кінці. Кінець дренажної трубки вводився в напрямку кінцевого відділу загальної жовчної протоки та дванадцятипалої кишки (загальна жовчна протока впадає в дванадцятипалу кишку). Паралельно дренажу в загальну жовчну протоку вводився фіброхоледохоскоп з біопсійними щипцями, якими захоплювали нитку. Під візуальним контролем з допомогою фіброхоледохоскопу лігатура з кінцем дренажної трубки вводилась в дванадцятипалу кишку через кінцевий відділ загальної жовчної протоки. Після цього через стравохід та шлунок в дванадцятипалу кишку вводився фіброгастроскоп з біопсійними щипцями. Лігатура захоплювалась щипцями і разом з кінцем дренажу та фібродуоденоскопом виводилась через рот, а потім через один з носових ходів. Інший кінець дренажу вводився під контролем фіброхоледохоскопу в початкові відділи загальної жовчної протоки. Підтягуванням кінця дренажу, виведеного через один з носових ходів, досягали необхідної довжини останнього в загальній жовчній протоці. Накладали шви на холедохотомійний розріз та кліпсу на міхурову протоку. Герметичність швів перевіряли вводчи в загальну жовчну протоку по дренажу розчину фурациліну.

Конкретний приклад застосування запропонованого способу.

Хвора В., 64 роки, госпіталізована 12.02.02 з діагнозом: жовчнокам'яна хвороба, холедохолітиаз, механічна жовтяниця, хронічний калькульозний холецистит. Проведені обстеження: заг. ан. крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, УЗД-обстеження, фібродуоденоскопію, ендоскопічну ретроградну холангіографію, на якій виявлено невідповідність розмірів каменя загальної жовчної протоки та кінцевого відділу загальної жовчної протоки, через що видалення каменя не проведено. Хворій проведено оперативне втручання: лапароскопічна холецистектомія (видалення жовчного міхура), лапароскопічна холедохолітотомія (розріз загальної жовчної протоки з видаленням каменів з цієї протоки), назо-біліарне дренажування жовчних протоків, дренажування черевної порожнини. Після проведення лапароскопічної холедохотомії та видалення каменів з жовчних протоків під контролем фіброхолангіоскопії, в загальну жовчну протоку ввели кінець назо-біліарного дренажу з прив'язаною до його кінця лігатурою (ниткою), в напрямку кінцевого відділу загальної жовчної протоки та дванадцятипалої кишки (загальна жовчна протока впадає в дванадцятипалу кишку). Паралельно дренажу в загальну жовчну протоку ввели фіброхоледохоскоп (оптичний апарат для огляду жовчних протоків) з біопсійними щипцями, якими захопили нитку. Під візуальним контролем з допомогою фіброхоледохоскопу лігатуру з кінцем дренажної трубки ввели в дванадцятипалу кишку через кінцевий відділ загальної жовчної протоки. Після цього через ротову

порожнину, стравохід та шлунок в дванадцятипалу кишку ввели фіброгастроскоп (оптичний апарат для огляду стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки) з біопсійними щипцями, якими захопили лігатуру. Лігатуру разом з кінцем дренажу та фібродуоденоскопом вивели через рот, а потім через лівий носовий хід. Інший кінець дренажу ввели під контролем фіброхоледохоскопу в початкові відділи загальної жовчної протоки. Підтягуванням кінця дренажу, виведеного через носовий хід, досягли необхідної довжини останнього в загальній жовчній протоці. Наклали шви на холедохотомний розріз та кліпсу на міхурову протоку. Герметичність швів перевірили вводячи в загальну жовчну протоку по дренажу розчин фурациліну. Жовчний міхур видалили. В підпечінковий простір ввели два гумових дренажі. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. На 3-й день після операції назо-біліарний дренаж видалено. Хвора виписана додому на 5-й день в задовільному стані.

Запропонований спосіб застосовано в лікуванні 11 хворих. Ускладнень під час лікування та в післяопераційному періоді не відмічалось.

Отже, застосування запропонованого способу дозволяє підвищити клінічну ефективність декомпресії жовчних шляхів, а також знизити кількість ускладнень та тривалість перебування хворого в хірургічному стаціонарі.