

Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії та може бути використаний при лікуванні хворих на холедохолітиаз, ускладнений обтураційною жовтяницею з біліарним панкреатитом, гепатитом, цирозом печінки.

Відомі способи хірургічного лікування холедохолітазу: холедохолітомія, яка включає розтин загального жовчного протоку і видалення конкрементів; папілосфінктеротомія, яка включає розсічення великого дуоденального соска та екстракцію конкрементів; промивання протоків, яке включає введення в їх просвіт хімічних препаратів з метою розчинення і видалення конкрементів [1].

Недоліками цих способів є: для холедохотомії - зменшення просвіту загального жовчного протоку та виникнення стриктур, можливість виникнення жовчних нориць; для папілосфінктеротомії - защемлення конкременту в дистальному відділі загального жовчного протоку, закид дуоденального вмісту в жовчні шляхи з розвитком холангіту, небезпека розвитку позаочеревинної флегмони; для промивання протоків з застосуванням літотитичних препаратів - велика кількість побічних явищ, включаючи диспептичні розлади, низька ефективність, високий рівень рецидивів.

Найближчим аналогом являється спосіб хірургічного лікування холедохолітазу, який включає холедохотомію, видалення конкрементів та дренування загального жовчного протоку [2].

Недоліком аналогу являється велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді поглиблення проявів печінкової недостатності у зв'язку зі збільшенням потоку патологічної нервової імпульсації з боку інтрамурального нервового апарату печінки через печінкове сплетіння та утворенням "порочного кола" і синдрому взаємного обтяження.

Задачею винаходу являється розробка такого способу хірургічного лікування холедохолітазу, який за рахунок подовженої фармакологічної блокади печінкового сплетіння, забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування холедохолітазу, який включає холедохотомію, видалення конкрементів та дренування загального жовчного протоку, згідно з винаходом в область печінково-дванадцятипалої зв'язки підочеревинне вводять катетер, протилежний кінець якого виводиться назовні через передню черевну стінку в області правого підребер'я, і на протязі 3-4 діб післяопераційного періоду періодично вводять розчин місцевого анестетику в терапевтичних дозах згідно фармакокінетичних властивостей..

Підочеревинне введення катетера в області печінково-дванадцятипалої зв'язки сприяє прицільному введенню місцевих анестетиків в зону печінкового сплетіння, а введення на протязі 3-4 діб післяопераційного періоду періодично розчину анестетику згідно фармакокінетичних властивостей призводить до виникнення подовженої фармакологічної блокади нервових структур, за рахунок чого зменшується потік патологічних нервових імпульсів, зменшується кількість післяопераційних ускладнень, розширюються показання до холедохотомії в осіб зі зниженими функціональними резервами печінки. Вказаний у формулі винаходу час - 3-4 доби, вибраний нами дослідним шляхом, так як це час найбільших проявів гіперреактивності вегетативної нервової системи, а періодичність введення місцевого анестетику - з урахуванням фармакокінетичних властивостей даної групи сучасних препаратів.

Спосіб виконують наступним чином:

Лапаротомія - верхньосерединним або розрізом по правому підребер'ю. Відкривають доступ до печінки, жовчного міхура та магістральних жовчовивідних проток, створюють адекватну експозицію операційного поля, виділяють елементи трикутника Кало. Виконують основний оперативний прийом - холецистектомію, холедохолітомію з видаленням конкрементів та дренуванням загального жовчного протоку. В товщу печінково-дванадцятипалої зв'язки підочеревинне паралельно ходу її елементів проводять тонкий (1,5мм) силіконовий катетер з косо зрізаним торцевим отвором та трьома бічними отворами і фіксують одним кетгutowим швом до очеревинного покриву. Протилежний кінець катетера, розширений у виді канюлі, виводять назовні через передню черевну стінку в області правого підребер'я, прикріплюють до шкіри лігатурою. Шприцем, приєданим до канюлі, вводять кілька мілілітрів місцевого анестетика (новокаїн, лідокаїн та інші) під візуальним контролем області печінково-дванадцятипалої зв'язки. В підпечінковий простір підводять дренажі через контрапертуру в правому підребер'ї. Пошарове зашивають операційну рану. В подальшому на протязі 3-4 діб післяопераційного періоду через катетер додатково вводять розчин місцевих анестетиків в терапевтичних дозах.

Приклад. Пацієнтка Р., історія хвороби №1543, 1934 року народження, госпіталізована в клініку 1-ї МКЛ м.Полтави у травні 2003 року з діагнозом: жовчокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, холедохолітиаз, обтураційна жовтяниця, біліарний панкреатит, гепатит, цироз печінки. При обстеженні діагноз був підтверджений. По біохімічним показникам спостерігався початковий ступінь функціональної недостатності печінки. 12.05.2003 виконана операція - холецистектомія, холедохолітомія, літоекстракція, зовнішнє дренування загального жовчного протоку, катетеризація печінково-дванадцятипалої зв'язки. Верхньосерединним розрізом вскрита черевна порожнина. При ревізії органів черевної порожнини виявлено: жовчний міхур з ознаками хронічного запалення та конкрементами, загальний жовчний проток розширений до 1,5см в діаметрі, пальпаторно конкременти присутні, підшлункова залоза збільшена в об'ємі, набрякша, печінка макроскопічно змінена по типу хронічного гепатита, початкова стадія цирозу. Проведено холецистектомію. На стінку загального жовчного протоку накладено дві трималки, між якими зроблено поздовжній розріз до 1,5см довжиною. В просвіті загального жовчного протоку жовч мутна, з домішками пластівців, 2 конкременти близько 1см в діаметрі -видалені. При зондуванні зондом 3мм прохідність в дванадцятипалу кишку вільна. Загальний жовчний проток промитий розчинами антисептиків, дренований назовні. В печінково-дванадцятипалу зв'язку встановлено тонкий 1,5 мм катетер для введення розчинів місцевих анестетиків. Проводилась інтраопераційна холангіографія. Оперативне втручання закінчено дренуванням черевної порожнини через контрапертуру в правому підребер'ї та пошаровим зашиванням операційної рани.

У післяопераційному періоді на протязі 4 днів тричі на добу через катетер вводили 4мл 10% розчину лідокаїну. Післяопераційний період протікав гладко. Відмічалось незначне підвищення рівня загальних та біохімічних показників: лейкоцитів, ШОЕ, рівня білірубіну, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, які нормалізувались на 10 добу. Хвору виписано з лікарні в задовільному стані.

По запропонованому способу проліковано 12 хворих з холедохолітазом, ускладненим обтураційною жовтяницею, біліарним панкреатитом, гепатитом, цирозом печінки. Післяопераційних ускладнень не було. В той же час із 12 хворих, пролікованих по способу - найближчому аналогу, у 5 хворих у зв'язку зі збільшенням потоку патологічних нервових імпульсів спостерігалась клінічне маніфестуюча печінкова недостатність, що потребувало проведення інтенсивної інфузійної та гепатотропної терапії.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації:

1. Шалімов О.О., Шалімов С.О., Ничитайло М.Ю., Доманський Б.В. Хірургія печінки та жовчовивідних шляхів. - К.: Здоров'я, 1993. - 512с. -с.362

2. В.И. Кочиашвили. Атлас хирургических вмешательств на желчных путях. - М.: Медицина, 1971. - 208с. -с.77 - найближчий аналог.