

Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії та може бути використаний при лікуванні хворих з жовчокам'яною хворобою.

Відомі способи холецистектомії: холецистектомія ретроградна, яка включає доступ до жовчного міхура, первинну перев'язку та пересічення міхурового протоку та артерії та субсерозне видалення жовчного міхура; холецистектомія антеградна, яка включає доступ до жовчного міхура з первинним субсерозним видаленням його з ложа і подальшою перев'язкою та пересіченням міхурового протока та артерії; антеретроградна (комбінованим способом), яка включає перев'язку та відсічення міхурового протока та артерії між двома затискачами та субсерозне видалення жовчного міхура від дна [1].

Недоліками цих способів є: для холецистектомії ретроградних - висока імовірність ушкодження елементів печінково-дванадцятипалої зв'язки з розвитком в подальшому різноманітних ускладнень; для холецистектомії антеградних - значна травматичність, можливість міграції конкрементів з міхура до загального жовчного протоку; для комбінованих в рівній мірі характерні недоліки двох вищезазначених.

Найближчим аналогом являється спосіб холецистектомії, який включає доступ до жовчного міхура, накладання затискача на міхуровий проток, його перев'язку та відсічення між затискачем і лігатурою [2].

Недоліком аналогу являється значна кількість післяопераційних ускладнень у вигляді постхолецистектомічного синдрому, гіпокінезії, розлади життєво важливих органів у зв'язку зі збільшенням потоку больових імпульсів та розвитком різноманітних патологічних процесів в кулці міхурового протоку, зокрема, невріном.

Задачею винаходу являється розробка такого способу холецистектомії, який за рахунок введення в область кулци міхурового протоку місцевих анестетиків в сполученні з етиловим спиртом (проведення подовженої блокади) забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі холецистектомії, який включає доступ до жовчного міхура, накладання затискача на міхуровий проток, його перев'язку та відсічення між затискачем і лігатурою, згідно з винаходом після пересічення проводять блокаду кулци міхурового протока розчином місцевого анестетика в сполученні з 96% розчином етилового спирту у співвідношенні 3:1.

Блокада кулци міхурового протока розчином місцевого анестетика в сполученні з 96% розчином етилового спирту у співвідношенні 3:1 дозволяє запобігти потоку больових подразників з боку шлочно-протокової ділянки у післяопераційному періоді, за рахунок чого зменшується кількість післяопераційних ускладнень. Вказане нами у формулі винаходу співвідношення розчину місцевого анестетика з 96% розчином етилового спирту 3:1 вибране нами на основі фармакодинамічних властивостей препаратів та клінічних спостережень у 10 хворих. Встановлено, якщо частка спирту менша, то блокада буде нетривалою, а перевищення масової частки спирту викликає необоротну дегенерацію нервових елементів.

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. Перев'язують міхурову артерію на протязі двічі лігатурою. Виділяють міхурову протоку. Проводять її фармакологічну денервацію 1% розчином новокаїну в межах передбаченого видалення. Накладають на міхурову протоку затискач Федорова на відстані 5-7мм від стінки загального жовчного протоку, нижче затискача один раз прошивають і двічі перев'язують частину міхурової протоки, що залишилася. Одну нитку зрізають, другу в подальшому користуються як трималкою. Суворо по нижньому краю затискача гострим скальпелем пересікають міхурову протоку. Стінку жовчного міхура інфільтрують субсерозно 0,25% розчином новокаїну, ретельно виділяють жовчний міхур із його вмістилища чи то антероградно, чи то ретроградно в залежності від характеру запального перипроцесу з боку жовчного міхура та печінки. Кулсу міхурової протоки ледь підтягують за трималку і в межах серозно-м'язового прошарку інфільтрують 1% розчином новокаїну у сполученні з 96% розчином етилового спирту у співвідношенні 3:1, після чого трималку зрізають. Інколи кулсу перитонізують. В підпечінковий простір підводять дренажі через контрапертуру в правому підребер'ї. Пошарове зашивають операційну рану.

Приклад. Пацієнтка П., історія хвороби №2356, 1951 року народження, госпіталізована в клініку в червні 2003 року з діагнозом: жовчокам'яна хвороба, гострий флегмонозний холецистит. При обстеженні діагноз був підтверджений. 12.06.2003 виконана операція - лапаротомія, холецистектомія, дренажування підпечінкового простору. Верхньосерединним розрізом вскрита черевна порожнина. При ревізії органів черевної порожнини було виявлено флегмонозне змінений напружений жовчний міхур, при пальпації в області шийки міхура визначався конкремент. Виділені мухурова протока та міхурова артерія, остання перев'язана на протязі двічі лігатурою. Міхурова протока інфільтрована 1% розчином новокаїну з метою фармакологічної денервації. На міхурову протоку накладено затискач Федорова на відстані 5-7 мм від стінки загального жовчного протоку, нижче затискача міхурову протоку один раз прошито і двічі перев'язано двома лігатурами. Одну нитку зрізано, другу залишено як трималку. Суворо по нижньому краю затискача гострим скальпелем пересічено міхурову протоку. Після субсерозної підравлічної інфільтрації 0,25% розчином новокаїну жовчний міхур антеградно виділено з ложа. Кулсу міхурової протоки підтягнуто за трималку і в межах серозно-м'язового прошарку інфільтровано 3 мл 1% розчином новокаїну у сполученні з 1мл 96% розчину етилового спирту, після чого трималку зрізано. Оперативне втручання закінчено дренажуванням черевної порожнини через контрапертуру в правому підребер'ї та пошаровим зашиванням операційної рани.

Післяопераційний період протікав гладко. Відмічалось незначне підвищення рівня загальних та біохімічних показників: лейкоцитів, ШОЕ, рівня білірубину, які нормалізувались на 7 добу. Хвору виписано через 8 днів після операції в задовільному стані.

По запропонованому способу проліковано 11 хворих з жовчокам'яною хворобою, гострим та хронічним холециститом. Післяопераційних ускладнень не було. В той же час із 11 хворих, пролікованих по способу - найближчому аналогу у 4 хворих у післяопераційному періоді у зв'язку зі збільшенням потоку больових імпульсів відмічено ускладнення у вигляді гіпокінезії, розладів життєво важливих органів, що потребувало додаткового проведення інтенсивної інфузійної 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.277
2. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.М. Курс оперативной хирургии и топографической анатомии. - М.: Медицина, 1964. - 744с. - с.630 - найближчий аналог.