

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, печінковою недостатністю.

Відомі способи лікування ускладненого холедохолітиазу: холедохолітотомія, 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 холедохолітотомії - 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 літотітичних препаратів - велика кількість побічних явищ, включаючи диспептичні розлади, низька ефективність, високий рівень рецидивів.

Найближчим аналогом являється спосіб лікування ускладненого холедохолітиазу, який включає холедохолітотомію, видалення конкрементів та дренування загального жовчного протоку [2].

Недоліком аналогу являється велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді поглиблення проявів печінкової недостатності у зв'язку з порушенням функціональної діяльності гепатоцитів та негативного впливу порушень печінки на стан інтрамурального нервового апарату.

Задачею винаходу являється розробка такого способу лікування ускладненого холедохолітиазу, який за рахунок інтрапортального введення кріоконсервованих гепатоцитів та ембріональної нервової тканини людини, забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування ускладненого холедохолітиазу, який включає холедохолітотомію, видалення конкрементів та дренування загального жовчного протоку, згідно з винаходом після видалення конкрементів в ворітну вену вводять 1мл взвісі алогенних ембріональних кріоконсервованих гепатоцитів та 1мл взвісі ембріональної кріоконсервованої нервової тканини людини.

Інтрапортальне введення ембріональних кріоконсервованих гепатоцитів під час оперативного втручання сприяє прямому попаданню взвісі кріоконсервованих гепатоцитів через венозну систему печінки в область печінкових часточок, їх закріпленню на стінках судин малого калібра, включенню в діяльність печінки та підвищенню її функціональної активності, а введення ембріональної нервової тканини людини сприяє більш швидшому відновленню структури і функції інтрамурального нервового апарату печінки, що сприяє зменшенню кількості післяопераційних ускладнень.

Вказана у формулі кількості мілілітрів: 1мл взвісі алогенних ембріональних кріоконсервованих гепатоцитів та 1мл взвісі ембріональної кріоконсервованої тканини вибрана нами на основі клінічних спостережень у 10 хворих.

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, холедохолітотомію з видаленням конкрементів та дренуванням загального жовчного протоку. Виділяють ворітну вену. Шприцем з тонкою голкою проводять пункцію ворітної вени, та вводять інтрапортально 1мл взвісі кріоконсервованих алогенних ембріональних гепатоцитів та 1мл ембріональної кріоконсервованої нервової тканини виробництва Харківського НДІ кріобіології та кріомедицини, розведених в 10мл ізотонічного розчину хлориду натрію. Голку виймають, ділянку пункції притискають марлевым тампоном на 3-4 хвилини, потім на ділянку пункції прикладають гемостатичну губку. В підпечінковий простір підводять дренажі через контрапертуру в правому підребер'ї. Пошарово зашивають операційну рану.

Приклад

Пацієнтка Р., історія хвороби №1645, 1944 року народження, госпіталізована в клініку 1-ї МКЛ М.Полтави у квітні 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 печінкової недостатності. 18.04.2003 виконана операція - холецистектомія, холедохолітотомія, літоекстракція, зовнішнє дренування загального жовчного протоку, інтрапортальне введення взвісі кріоконсервованих гепатоцитів та ембріональної нервової тканини. Верхньосерединним розрізом вскрита черевна порожнина. При ревізії органів черевної порожнини виявлено: жовчний міхур хронічно змінений, з конкрементами, загальний жовчний проток розширений до 1,7см в діаметрі, пальпуються конкременти, 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, 3 конкременти близько 1см в діаметрі - видалені. При зондуванні зондом 3мм прохідність в дванадцятипалу кишку вільна. Загальний жовчний проток промитий розчинами антисептиків, дренований назовні. Шприцем з тонкою голкою проведено пункцію ворітної вени з введенням 1мл взвісі кріоконсервованих алогенних ембріональних гепатоцитів та 1мл взвісі кріоконсервованої ембріональної нервової тканини людини виробництва Харківського НДІ кріобіології та кріомедицини, розведених у 10мл ізотонічного розчину хлориду натрію. Проводилась інтраопераційна холангіографія. Оперативне втручання закінчено дренуванням черевної порожнини через контрапертуру в правому підребер'ї та пошаровим зашиванням операційної рани.

Післяопераційний період протікав гладко, без ускладнень. 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 10 хворих з холедохолітиазом, ускладненим обтураційною жовтяницею, біліарним панкреатитом, гепатитом, цирозом печінки. Післяопераційних ускладнень не було. В той же час із 10 хворих, пролікованих по способу - найближчому аналогу, у 4 хворих у зв'язку з погіршенням

функціонального стану печінки спостерігалась клінічно 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. -с.362

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