



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18357 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/12

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ТОНКОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

1

2

(21) u200603756

(22) 06.04.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Капшитар Олександр Васильович

(73) Капшитар Олександр Васильович

(57) Спосіб лікування гострої обтураційної жовчнокам'яної тонкокишкової непрохідності шляхом про-

ведення оперативного втручання, який відрізняється тим, що виконують лапароскопію і, встановивши наявність нефіксованого жовчного каменя у просвіті тонкої кишки, відсутність її некрозу та гнійного перитоніту, в оточину тонкої кишки вводять розчин новокаїну з метаклопрамідом-Дарниця.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути використана у консервативному лікуванні гострої обтураційної жовчкокам'яної тонкокишкової непрохідності. Серед усіх видів гострої тонкокишкової непрохідності обтураційна жовчкокам'яна складає 0,25-9,3%. Хворі, а вони мають вік за 60 років, супутні захворювання, підлягають невідкладній лапаротомії, ентеролітотомії. Рідко об'єм операції розширюють до холецистектомії, роз'єднання нориці між жовчним міхуром та дванадцятипалою кишкою або шлунком, рідко - тонкою кишкою та зашиванням дефектів цих органів. Післяопераційні ускладнення становлять 15-24%, летальність -30-70%.

Це обумовлює розробку нових, більш ефективних способів лікування гострої обтураційної жовчкокам'яної тонкокишкової непрохідності.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у виконанні лапаротомії, ентеролітотомії, дренажуванні черевної порожнини [Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Хунафин С.И., Нурмухаметов А.А. Внутренние желчные свищи. Современные технологии в диагностике и лечении.-М.:Изд-во "Триада - X", 2003.-160с.].

Загальною суттєвою ознакою найближчого аналога і способу, що заявляється, є така:

- оперативне втручання

Однак, спосіб - найближчий аналог достатньо травматичний, тому що лапаротомія - розтин передньої черевної стінки - здійснюється шляхом широкого розсічення тканин, що у частини хворих

призводить до виникнення ранніх ускладнень зі сторони післяопераційної рани: гематома, кровотеча, запальний інфільтрат, евентрація органів черевної порожнини та ін., а також зі сторони черевної порожнини: інфільтрат, неспроможність ушити рани тонкого кишечника після ентеротомії, абсцес, перитоніт, кровотеча, рання спайкова непрохідність та ін.

Негативний вплив лапаротомії також полягає у тому, що частина нервових клітин сонячного сплетіння гине в результаті висихання очеревини, а це в свою чергу веде до порушення інервації кишечника, швидкого прогресування динамічної кишкової непрохідності. Ентеротомія (розтин тонкої кишки) та видалення жовчного каменя з подальшим зашиванням рани кишки ліквідує гостру тонкокишкову непрохідність. Втім можлива недостатність швів з розвитком перитоніту, що потребує релапаротомії (повторної операції) для усунення ускладнення - це збільшує кількість подальших післяопераційних ускладнень, строки лікування у клініці, летальність. Часто під час лапаротомії виконують назоінтестинальну інтубацію всієї тонкої кишки, але сама інтубація досить травматична і може призвести до ускладнень (крововиливи, гематоми, розриви слизової оболонки, навіть перфорації кишки зондом, трахеобронхіт, запалення м'яких тканин носа, носова кровотеча, синдром Мелорі-Вейса, пневмонія, пролежні слизової оболонки з кровотечею по ентеростомії. Якщо ж інтубація здійснюється через цекостому, кількість можливих ускладнень збільшується (відходження сліпої кишки від передньої черевної стінки та попадання ін-

(19) UA (11) 18357 (13) U

фіксованого кишкового вмісту у черевну порожнину з подальшим розвитком перитоніту, нагноєння ділянки ентеростоми). З пізніх ускладнень зустрічаються післяопераційна кила, нориці, спайкова непрохідність та ін.

Велику агресію для організму несе загальне знеболювання можливими ускладненнями: ателектаз легень, пневмонія, зупинка дихання та ін. Специфічні ускладнення виявлені і при катетеризації підключичної вени для інфузій (гострий тромбоз підключичної вени та верхньої порожнистої, відрив катетера та його міграція в порожнину серця, прокол плевральної порожнини з виникненням гідротораксу та гемотораксу і т.і.)

З екстраабдомінальних ускладнень зустрічаються тромбоемболія легеневої артерії, тромбози та емболії вен тазу, нижніх кінцівок, судинна та серцево-легенева недостатність, інсульт, інфаркт міокарду.

Хворі з вказаною патологією мають вік за 60 років, супутню патологію, часто множинну, ступінь компенсації якої різна. Для них лапаротомія має високий ризик для життя.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування гострої obturaційної жовчокам'яної тонкокишкової непрохідності за допомогою малоінвазивного втручання - лапароскопії шляхом введення розчину новокаїну з метаклопрамідом - Дарниця у оточину тонкої кишки, що забезпечить підвищення достовірності лікування, зменшить число невідкладних лапаротомій, релапаротомій, післяопераційних ускладнень, скоротить строки лікування у клініці, летальність.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає оперативне втручання новим є те, що виконують лапароскопію і, встановивши наявність не фіксованого жовчного каменя у просвіті тонкої кишки, відсутність її некрозу та гнійного перитоніту, в оточину тонкої кишки вводять розчин новокаїну з метаклопрамідом - Дарниця.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у наступному. У хворого є гостра obturaційна жовчокам'яна тонкокишкова непрохідність. Результати клінічного огляду, лабораторно-біохімічних методів дослідження, оглядової рентгеноскопії органів черевної порожнини не інформативні. Під час діагностичної лапароскопії встановлюємо діагноз гострої obturaційної жовчокам'яної тонкокишкової непрохідності. Жовчний камінь не фіксований у просвіті тонкої кишки, некроз кишечника та гнійний перитоніт відсутні. Все це дає підстави для виконання малоінвазивної лікувальної лапароскопії - введенні у оточину тонкої кишки розчину новокаїну з метаклопрамідом - Дарниця. Лікарські препарати вводять місцеве у клітковину оточини тонкої кишки, де проходять нерви, по яким здійснюється передача імпульсів від введених розчинів до нервово-м'язового апарату стінки кишки, який приймає участь у посиленні перистальтики. Наступає знеболювання та посилення перистальтики кишечника, особливо за рахунок додатково введенного метаклопрамиду - Дарниця, що обумовлює проходження жовчного каменя по тонкій кишці та відродження його через

пряму кишку зовні з ліквідацією гострої obturaційної жовчокам'яної непрохідності. Цим виключається високотравматична невідкладна операція лапаротомним доступом і пов'язані з нею можливі ускладнення після операції, під час анестезії, екстраабдомінальні ускладнення, довгі строки лікування у клініці, ліквідується летальність.

Спосіб здійснюється таким чином. У лівій здувинній ділянці у черевну порожнину вводимо пустотілий маніпулятор через гільзу троакара та інсуфлюємо 2,5л кисню. В лівій нижній точці Kalk вводимо лапароскоп. Встановлюємо діагноз гострої obturaційної жовчокам'яної тонкокишкової непрохідності. Жовчний камінь не фіксований. Некроз кишечника та гнійний перитоніт відсутні. Встановлюємо показання до лікувальної лапароскопії та виключаємо невідкладну лапаротомію. Під час прицільного огляду зміщуємо великий сальник та кишечник маніпулятором, добре відкриваючи корінь ото-чини тонкої кишки. Передню черевну стінку проколюємо тонкою голкою під контролем лапароскопа. Голку проводимо далі, проколюючи очеревину кореня оточини тонкої кишки, не пошкоджуючи судин. Струйно шприцем вводимо 200мл розчину новокаїну та 2мл метаклопрамиду - Дарниця. Голку видаляємо і, після впевненості у відсутності кровотечі з місця введення лікарських препаратів, дрениємо порожнину малого тазу. Видаляємо маніпулятор, кисень, лапароскоп, гільзи. Накладаємо шви на рани.

Приклад. Х-ра П., 68 років госпіталізована у хірургічну клініку зі скаргами на тупий біль у животі та його здуття, затримку відходження газів. Захворіла 6 годин тому назад коли раптово з'явилися вище наведені скарги. Машиною ШМД з діагнозом "Гостра кишкова непрохідність? Тромбоз мезентеріальних судин?" доставлена у клініку. Загальний стан середньої важкості. Пульс 86 ударів у одну хвилину. АТ 150/80мм.рт.ст. Температура тіла 36,6°C. Язик вологий. Живіт рівномірно вздутый. Передня черевна стінка приймає участь у акті дихання. При пальпації живіт м'який, малоболючий. Симптом Склярєва, Щоткіна-Блюмберга, Пастернацького негативні. Перистальтика кишечника в'яла. Перкуторно тімпаніт. Гази не відходять. Обстеження прямої кишки пальцем - патології не має. Загальний аналіз крові: НВ-142 г/л, ЕР-4,3 $\times 10^{12}$ /л, Л-5,0 $\times 10^9$ /л, п-9%, с-55%, л-28%, м-2%. Загальний аналіз сечі без змін. Оглядова рентгеноскопія органів черевної порожнини - тонкий кишечник рівномірно роздутый. Лапароскопія для встановлення діагнозу. Випіт у черевній порожнині відсутній. Парієтальна очеревина не змінена. Тонкий кишечник роздутый газом, рожевого кольору. Виявлена ділянка тонкої кишки у запавшому стані. На межі роздутото та запавшого кишечника маніпулятором виявлений жовчний камінь 2 \times 2 см з гладенькою поверхнею, який зміщується маніпулятором. У підпечінковому просторі значний спайковий процес з втягненням великого сальника. Візуалізувати жовчний міхур неможливо. Лапароскопічний діагноз "ЖКХ. Холецистоудоденальна нориця. Перихолецистогенний рубцевий інфільтрат. Гостра obturaційна жовчокам'яна тонкокишкова непрохідність". Під контролем лапароскопу у ко-

рень оточини тонкої кишки введено 200 мл 0,25% розчину новокаїну з 2 мл метаклопраміду-Дарниці. З'явилась активна перистальтика кишечника. Дренажна трубка у порожнину малого тазу. Видалені голка, лапароскоп, кисень, гільза. Шви на шкіру. Через одну годину ліквідовані ознаки гострої киш-

кової непрохідності, що підтверджено на повторній рентгеноскопії черевної порожнини. Дренаж з порожнини малого тазу виділений на 3 добу. Жовчний камінь відійшов самостійно через задній прохід на 4 добу. Виписана у задовільному стані.