

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургічних способів лікування жовчнокам'яної хвороби.

Відомий спосіб комбінованої холецистолітомії, який включає розкриття черевної порожнини і жовчного міхура на ділянці покритій очеревиною з видаленням конкрементів та зашиванням розрізу [1].

Недоліком відомого способу є висока ймовірність небажаного підтікання жовчі у вільну черевну порожнину при наповненні жовчного міхура і розтягненні його стінок. Використання дворядного шва без захоплення слизової оболонки супроводжується деформацією стінки жовчного міхура, ввертанням в середину лінії швів з розходженням країв слизової оболонки, концентруванням вмісту жовчного міхура з лігатурами, що сприяє рецидиву утворення конкрементів на них (фіг.1).

В основу винаходу поставлено завдання вдосконалити спосіб комбінованої холецистолітомії, в якому шляхом розкриття жовчного міхура на позаочеревинній частині його і перитонізації лінії швів печінкою досягають попередження рецидиву утворення конкрементів на лігатурах.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі комбінованої холецистолітомії, який включає розкриття черевної порожнини і жовчного міхура з видаленням конкрементів у відповідності до винаходу розкриття стінки жовчного міхура проводять на позаочеревинній частині його з перитонізацією лінії швів печінкою.

При розгляді технічного рішення було прийнято до уваги те, що при розкритті жовчного міхура в ділянці переходу серозного покриття дна його на печінку з наступною перитонізацією швів стінки міхура шляхом підшивання серозної оболонки до капсули Гліссона, створюються умови для попередження деформації (ввертання) лінії швів. Це забезпечує відсутність небажаного контакту накладених лігатур з вмістом жовчного міхура та попереджує рецидив утворення конкрементів на них.

На фіг.1 показана схема накладання швів на стінку жовчного міхура за відомим способом, де: 1 - серозном'язовий покрив жовчного міхура, 2 - слизова оболонка, 3 - лігатура на сером'язовому шарі міхура, без захоплення слизової, 4 - другий ряд серосерозних швів.

На фіг.2 показана схема гідропрепарування стінки жовчного міхура в місці переходу його на капсулу Гліссона, де: 5 - край печінки, 6 - перехідна складка очереви.

На фіг.3 представлена схема виконання холецистоскопії та холангіографії через холецистотонічний розріз, де: 7 - ендоскоп, 8 - канюля для холангіографії, 9 - край перехідної складки очереви, 10 - рівень рідини в жовчному міхурі, 11 - сполучнотканинний прошарок між жовчним міхуром та печінкою; 12 - конкремент, 13 - міхурова протока.

Спосіб здійснюють таким чином: виконують лапароскопію та огляд органів черевної порожнини. Під контролем лапароскопа, шляхом натискання пальцем на черевну стінку визначають місце над жовчним міхуром для розкриття черевної порожнини. Передня черевна стінка розкривається мінімальним розрізом, достатнім лише для огляду і маніпуляцій в ділянці переходу

серозного покриття жовчного міхура в капсулу Гліссона печінки. Готують площадку для розкриття жовчного міхура шляхом введення розчину новокаїну 1 розсіченням перехідної складки очереви в поперечному напрямку довжиною приблизно 2см (фіг.2). Жовчний міхур відсепаровують від печінки на глибину, приблизно 1,5см, так, щоб сполучнотканинний його прошарок, що знаходиться між міхуром та печінкою, в основному весь залишився на стінці жовчного міхура. Останній розкривають у повздожному напрямі розрізом довжиною приблизно 1,2см, звільняють від конкрементів і промивають. При наявності великого конкремента проводять механічну літотрипсію. Після наповнення міхура фізіологічним розчином виконують холецистоскопію, холангіографію і дебітометрію (фіг.3). Жовчний міхур при цьому ретельно промивають, рану його разом з фіброзним прошарком зашивають однорядними вузловатими швами без захоплення слизової оболонки тонким розсмоктуючим матеріалом (кетгутотом).

Натисканням на жовчний міхур перевіряють герметичність швів. Відпрепаровану від печінки частину жовчного міхура повертають на попереднє його місце, а перехідну складку очереви зашивають в поперечному напрямі (фіг.5).

Приклад. Хвора Н., 47 років, медична карта №02/649 поступила в хірургічне відділення 18.02.1994 року, діагноз: Хронічний калькульозний холецистит. При ультразвуковому дослідженні жовчного міхура виявлено конкремент діаметром 1,5см.

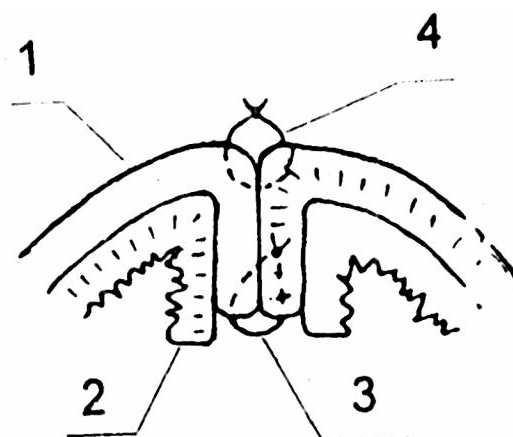
21.02.94 під ендотрахеальним знечуденням виконана лапароскопія та огляд органів черевної порожнини. Під контролем лапароскопа, над дном жовчного міхура розкрита передня черевна стінка розрізом довжиною 7см. При ревізії жовчний міхур 10 × 4 × 3см, в просвіті конкремент діаметром 1,5см, холедох шириною до 0,7см.

В ділянці переходу серозного покриття жовчного міхура в капсулу Гліссона субсерозно ввели розчин новокаїну і розсікли перехідну складку очереви в поперечному напрямку довжиною 2см. Жовчний міхур відсепарували від печінки на глибину 1,8см, при цьому сполучнотканинний прошарок, що знаходиться між міхуром та печінкою залишився на стінці міхура. Жовчний міхур розкрили в повздожньому напрямі розрізом довжиною 1,6см, забрали конкремент, порожнину міхура промили фізіологічним розчином. Виконана холецистоскопія, холангіографія - патології не виявлено. Рану жовчного міхура разом з фіброзним прошарком зашили однорядним тонким кетгутотом швом без захоплення слизової оболонки. Натисканням на жовчний міхур перевірили герметичність швів. Відпрепаровану частину жовчного міхура уклали на попереднє місце, а перехідну складку очереви зашили в поперечному напрямку. Черевну порожнину зашили пошарово. Післяопераційний період протікав без ускладнень. В задовільному стані на 10 добу після операції хвора виписана для подальшого амбулаторного лікування, оглянута через 3 роки після операції - рецидиву жовчнокам'яної хвороби не виявлено.

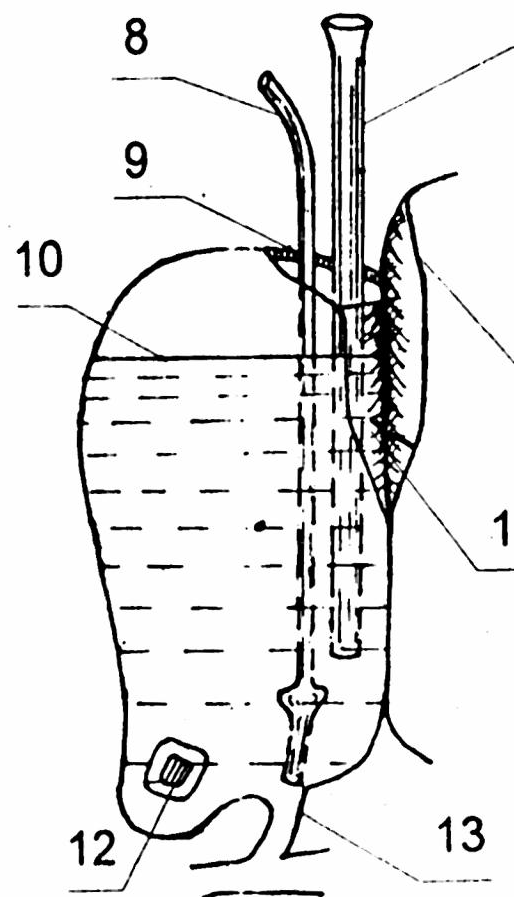
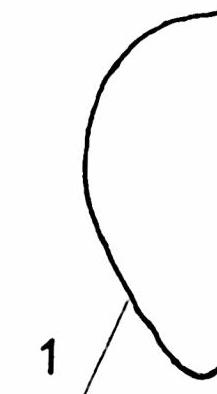
Запропонований спосіб комбінованої холецистолітомії був використаний при лікуванні 5 хворих з жовчнокам'яною хворобою (з одиницями конкрементами). Післяопераційних ускладнень

(підтікання жовчі з стінки жовчного міхура, рецидиву утворення конкрементів) не спостерігали.

Таким чином, запропонований спосіб, на відміну від відомої холецистолітотомії дозволяє запобігти розвитку післяопераційних ускладнень (підтікання жовчі з стінки жовчного міхура) та попередити рецидив утворення конкрементів на лігатурах стінки міхура при забезпеченні кращої герметичності швів, а також виконати холецистолітотомію з мінімального доступу.



Фіг. 1



Фіг. 3

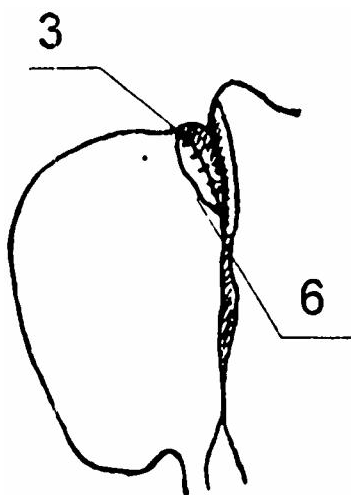


Fig. 4

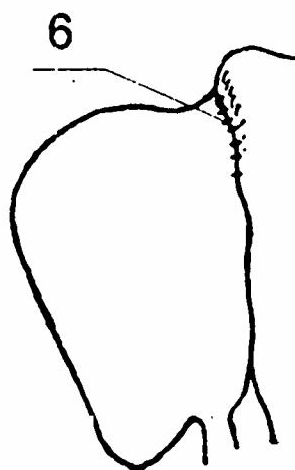


Fig. 5