



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **53883** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ЗОВНІШНЬОГО ДРЕНУВАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ ПРИ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ З МІНІ-ЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПУ**

1

2

(21) u201003524

(22) 26.03.2010

(24) 25.10.2010

(46) 25.10.2010, Бюл. № 20, 2010 р.

(72) КАПШИТАР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ

(73) КАПШИТАР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ

(57) Спосіб зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки при холецистектомії з міні-

лапаротомного доступу шляхом його проведення через куку міхурової протоки, який **відрізняється** тим, що куку міхурової протоки фіксують 3 нитками, за допомогою довгого торакального затискача вводять поліхлорвінілову трубку та після фіксації куку міхурової протоки з трубкою дисектором проксимальніше обводять навколо нитку і зав'язують її, видаливши інструменти.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використана у лікуванні гострого або хронічного холециститу за необхідності зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки.

Захворюваність жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ) в останні десятиріччя зросла. Більшість дослідників свідчать, що ЖКХ виявляють у кожної п'ятої жінки і кожного десятого чоловіка. У віці за 40 років у 40% діагностують камені у жовчному міхурі. Поряд з хронічним кам'яним холециститом у низки хворих зустрічається не кам'яний холецистит, а перебіг захворювання ускладнюється гострим холециститом, холедохолітіазом та ін. Холецистектомія являється „золотим” стандартом лікування. Серед відомих способів холецистектомії: класичної „відкритої” та міні-інвазивних (лапароскопічної та з міні-лапаротомного доступу) останні мають значні переваги. Холецистектомія з міні-лапаротомного доступу довжиною 5-6 см може бути виконана у будь-якому хірургічному відділенні, тому що не потребує дорогого устаткування. У деяких хворих, за певних показань, необхідно виконувати зовнішнє дренивання загальної жовчної протоки, що в умовах міні-лапаротомного доступу - глибина рани, обмежений простір маніпуляцій - викликають певні труднощі та ставлять хірурга в важке становище. Деякі автори все ж дрениують загальну жовчну протоку через куку міхурової протоки, але не описують саму методику (Галашев В.Н. с соавт., 2001; Тимошин А.Д. с соавт., 2003; Кравченко С.М., 2006).

Це обумовлює необхідність розробки нових більш ефективних способів дренивання загальної

жовчної протоки при виконанні холецистектомії з міні-лапаротомного доступу у хворих на ЖКХ.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що заявляється, є спосіб зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки за Холстедом-Піковським, методика проведення якого не описана (Шалимов А.А., Копчак В.М., Дронов А.И. и др. // Клін. хірургія. - 2001. - №5. - С. 12-15).

Спільною суттєвою ознакою прототипу і способу, що заявляється, є проведення зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки через куку жовчного міхура після холецистектомії з міні-лапаротомного доступу.

Однак, цей спосіб недостатньо ефективний, тому що йому притаманні значні технічні труднощі виконання маніпуляцій, пов'язаних з гострим кутом операційної дії, малою довжиною рани, значною глибиною рани, гострим кутом нахилу вісі операційної дії, маніпуляціями в умовах значного обмеження операційного поля.

Зазначені труднощі значно подовжують тривалість оперативного втручання, зростає ризик як інтраопераційних ускладнень - кровотеча, жовчовитікання, ятрогенні пошкодження, так і післяопераційних ускладнень - кровотеча у черевну порожнину, утворення біломи, запального інфільтрату, абсцесу, перитоніту, нагноєння рани, розходження країв рани, евентрації та ін. З метою усунення низки ускладнень виконують релапаротомію, що підвищує кількість нових ускладнень, летальність. Загалом, за наявності збільшеної травматичності операції, зростає питома вага різноманітних ускладнень, витрати на лікування, подовжується ліжко/день, період реабілітації, летальність.

(19) **UA** (11) **53883** (13) **U**

У певної частини хворих при неможливості зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки через куксу міхурової протоки з міні-лапаротомного доступу, або виникнення таких грізних інтраопераційних ускладнень, як кровотеча у черевну порожнину, ятрогенні пошкодження органів, його розширюють з метою забезпечення технічних умов для завершення даного етапу операції, або усунення інтраопераційних ускладнень, а це в свою чергу ліквідує переваги міні-лапаротомного доступу. Деякі автори відмовляються від розширення міні-лапаротомного доступу, віддаючи перевагу класичній широкій серединній лапаротомії, травматичність якої значно збільшує ризик нових ускладнень, погіршує перебіг післяопераційного періоду.

Таким чином, спосіб-прототип має низку значних технічних труднощів під час його виконання, що можуть призвести до різних ускладнень з незадовільним кінцевим результатом.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки через куксу міхурової протоки при холецистектомії з міні-лапаротомного доступу шляхом використання допоміжних інструментів, прийомів та маніпуляцій в глибині черевної порожнини, що забезпечить підвищення ефективності лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає холецистектомію з міні-лапаротомного доступу та проведення зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки через куксу міхурової протоки новим є те, що куксу міхурової протоки фіксують 3 нитками, за допомогою довгого торакального затискача вводять поліхлорвінілову трубку та після фіксації кукси міхурової протоки з трубкою дисектором проксимальніше обводять навколо нитку і зав'язують її, видаливши інструменти.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у наступному. У хворого є гострий або хронічний холецистит. Відсутня необхідність в розширенні міні-лапаротомного доступу, що було б більш травматичним, пов'язаним з більшим ризиком виникнення ранніх ускладнень зі сторони післяопераційної рани і черевної порожнини. Виключений перехід на травматичну класичну серединну лапаротомію з більшим ризиком післяопераційних ускладнень. Скорочені можливі ускладнення віддаленого післяопераційного періоду.

Зменшена тривалість операції та анестезіологічна агресія, що мінімізувало частоту можливих ускладнень. Особливо важливим є те, що значно покращені показники лікування у осіб з високим ризиком лапаротомії: пацієнти похилого та старечого віку, наявність тяжкої супутньої патології, як правило множинної, що знаходились в стадії субта декомпенсації.

Спосіб, що заявляється є простим, дешевим, достатньо швидким та може бути використаний у будь-якому хірургічному відділенні, скорочує тривалість ліжка/дня, грошові витрати на лікування, термін реабілітації, тимчасової непрацездатності,

мінімізує частоту ускладнень, відсутня летальність.

Спосіб здійснюється таким чином. Після холецистектомії з міні-лапаротомного доступу, відступивши від краю кукси міхурової протоки на 2мм, прошивають її стінку по периметру трьома різними нитками-держалками, відстань між якими при розтягуванні в сторони та зовні дорівнює 120° та тримаючи кінцем довгого торакального затискача кінець поліхлорвінілової трубки вводять через куксу міхурової протоки в загальну жовчну протоку на глибину 20мм, фіксують куксу міхурової протоки з трубкою дисектором, проксимальніше обводять навколо нитку і зав'язують її, видаливши інструменти.

Приклад. Хвора Л., 70 років, № історії хвороби 1268, госпіталізована в клініку загальної хірургії ЗДМУ, розташовану на базі КУ „Міська клінічна лікарня №2” м. Запоріжжя 23.04.2008р. о 11-45 зі скаргами на біль у верхній половині живота, нудоту, блювання жовчу. 4 доби тому назад з'явилась біль в підребер'ях та ямці під грудьми. Протягом останньої доби шкіряний покрив став жовтим. Звернувшись у поліклініку і з діагнозом „Гострий холецистопанкреатит” направлена в клініку. На протязі 15 років страждає на жовчнокам'яну хворобу. Загальний стан середньої тяжкості. Пульс 96 ударів у 1хв. Температура тіла 36,6°С. А/Т 110/80мм.рт.ст. Зріст 156см. Вага 71кг. Язик сухий. Живіт м'який, болючий у ямці під грудьми та підребер'ях. Симптом Грекова-Ортнера позитивний. ЕР. - 4,0х10<sup>12</sup>/л. ГВ. - 132г/л. Л. - 14,2х10<sup>9</sup>/л. п-10%, с-84%, л-4%, м-2%. ШЗЕ 38мм/год. Загальний аналіз сечі без патологічних змін. Діастаза сечі 32од. Діагноз під час вступу „Гострий холецистопанкреатит”.

УЗД: жовчний міхур 11х4см, товщина стінки 0,6см. У порожнині міхура конкременти від 0,4 до 1,5см в діаметрі. Холедох діаметром 1,2см, конкремент 1х1см? Заключення: Гострий кам'яний холецистит. Холедохолітіаз? Хронічний панкреатит”. Оглянута терапевтом: Гіпертонічна хвороба 2 ступеня, високого ризику. Білірубін крові 70ммоль/л (прямої - 38,6ммоль/л). Тімолова проба 2,35од. АлТ 1,4ммоль/ч л. АСТ 0,64ммоль/ч л. Сечовина 4,16ммоль/л. Білок 6,5г/л. Проведена консервативна терапія не ефективна. Констатований гострий холецистопанкреатит (деструктивний кам'яний холецистит, панкреатит), холедохолітіаз, механічна жовтяниця. 25.04.2008р. о 10-15 операція - правосторонній вертикальний трансректальний міні-лапаротомний доступ. Діагностований гострий холецистопанкреатит (катаральний кам'яний холецистит, панкреатит), гнійний холангіт, розширення холедоха до 1,5см у діаметрі, механічна жовтяниця. Виконана холецистектомія з зовнішнім дрениванням загальної жовчної протоки за розробленим способом, описаним далі. Відступивши від краю кукси міхурової протоки на 2мм, прошили її стінку по периметру трьома різними нитками-держалками, відстань між якими при розтягуванні в сторони та зовні дорівнює 120° та тримаючи кінцем довгого торакального затискача кінець поліхлорвінілової трубки ввели через куксу міхурової протоки в загальну жовчну протоку на глибину 20мм, зафіксували куксу міхурової протоки з труб-

кою дисектором, проксимальніше обвели навколо нитку і зав'язали її, видаливши інструменти. Через контрапертуру у правому підребер'ї до вінслового отвору встановлені 2 поліхлорвінілові трубки. Рана пошарово зашита. 2 доби поспіль нормалізувався білірубін крові. Продовжена консервативна терапія. Післяопераційний перебіг задовільний. На 5 добу видалені трубки з вінслового отвору. По поліхлорвініловій трубці із загальної жовчної протоки виділялось щоденно від 500 до 100мл жовчі. На 12

добу зняті шви - рана загоїлась первинним натягом. 08.05.2008р. виконане УЗД - хронічний панкреатит. 13.05.2008р. під час фістулохолангіографії заповнені контрастом печінкові та загальна жовчна протоки, проток підшлункової залози, дванадцятипала кишка. Тіні конкрементів та інша патологія не виявлені. 20.05.2008р. видалена поліхлорвінілова трубка з загальної жовчної протоки. Виписана у задовільному стані 20.05.2008р. для закінчення лікування у хірурга поліклініки.