



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62702 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ХОЛЕДОХОСТОМІЇ

1

2

(21) 2003054089

(22) 06 05 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р.

(72) Шевченко Борис Федорович, Ратчик Вадим
Михайлович, Косинський Олександр Викторович,
Пролом Наталія Викторовна(73) ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ
МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб холедохостомії, який включає введення в холедох дренажної трубки, дистальний кінець якої виводять назовні, та ізолюють її від черевної порожнини, який відрізняється тим, що дренажну трубку додатково закріплюють стікою із алопластичного матеріалу, яка огортає холедох у вигляді футляра

Спосіб, що пропонується, належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії та може бути застосований при хірургічному лікуванні жовчнокам'яної хвороби, захворювань жовчного міхура та жовчовивідних протоків.

За даними епідеміологічних досліджень в останнє десятиріччя жовчнокам'яна хвороба виявляється у 20-40% хворих віком понад 60 років. У світі виконано більше 2,5млн. хірургічних втручань при цій патології. Нерідко оперують за невідкладними показаннями, що пов'язано з певним ризиком для життя хворого та великими економічними витратами. Після холецистектомії у 5-40% залишаються клінічні ознаки захворювання.

За даними Ю.О.Філіппова та співавторів [1] за останні 10 років в Україні показник розповсюдженості захворювань органів травлення, у тому числі захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, збільшився на 53%. Ріст захворюваності та розповсюдженості цієї патології, незадовільність результатами лікування, спонукає дослідників та лікарів до пошуку нових більш ефективних засобів хірургічного лікування.

Одним із способів хірургічного лікування є холедохостомія.

Способи холедохостомії відомі. Вони ґрунтуються на введенні дренажної трубки в холедох [2]. Недоліком цих способів є велика кількість післяопераційних ускладнень внаслідок поганої герметизації холедохостомного отвору та вихід жовчі у

черевну порожнину.

Відомий спосіб холедохостомії за Ю.Т.Комаровським [3], при якому вводять в холедох дренажну трубку та ізолюють її від черевної порожнини листками круглої зв'язки печінки, при цьому її мобілізують та розтинають у дистальному відділі, ізоляцію здійснюють по всій довжині трубки, підшиваючи зв'язку до холедоху, а її листки укручують усередину у вигляді клапана. Недоліком цього способу є недостатня герметичність холедохостомного отвору, яка є причиною післяопераційних ускладнень.

Відомий спосіб холедохостомії [4], який включає введення в холедох дренажної трубки, ізоляцію її від черевної порожнини листком очеревини круглої зв'язки печінки. При цьому способом ізоляцію дренажної трубки здійснюють шляхом накладення кісєтного шва на листок очеревини круглої зв'язки латексною ниткою та на дренажну трубку надівають другу трубку більшого діаметру, дистальний кінець якої підводять до холедоху, а проксимальний фіксують до передньої черевної стінки. Дренажі послідовно видаляють, через 12-15 діб перший та ще через 1-2 доби другий дренаж.

Даний спосіб, як більш близький до заявленого за технічною суттю та ефектом, що досягається, нами був обраний за прототип.

Недоліком прототипу є те, що після видалення дренажів відбувається стенозування холедохостомного отвору з подальшим розвитком стриктур

(13) A
(11) 62702
(19) UA

холедоху [5]

В основу винаходу поставлене завдання розробити такий спосіб холедохостомії, який би забезпечив більш надійну герметизацію холедохотомного отвору, і за рахунок цього зменшував кількість післяопераційних ускладнень та попереджав розвиток стенозування холедоху

Це завдання, згідно з предметом винаходу, досягнуто тим, що спосіб холедохостомії включає введення в холедох дренажної трубки, ізоляцію якої від черевної порожнини здійснюють листком круглої зв'язки печінки та накладанням швів на листок очеревини, додатково холедох в області стоми покривають у вигляді футляра аллопластичним матеріалом (поліпропіленовою сіткою). Дренаж видаляють через 10-14 діб

Відомий спосіб, прийнятий за прототип, та заявлений спосіб мають загальні ознаки введення в холедох дренажної трубки, ізоляцію трубки від черевної порожнини листком очеревини круглої зв'язки печінки, накладання шва на листок очеревини круглої зв'язки печінки

Відмінними ознаками заявленого способу холедохостомії є покриття холедоху у ділянці стоми аллопластичним матеріалом (поліпропіленовою сіткою), яка охоплює холедох у вигляді футляру з фіксацією її вище та нижче холедохотомного отвору та до листка очеревини круглої зв'язки печінки

Сполучення загальних та відмінних ознак є необхідним і достатнім для вирішення поставленого завдання та досягнення технічного результату. Воно не виявлено в доступних джерелах інформації, не випливає з відомого рівня техніки і може бути використане в охороні здоров'я та лікувальній практиці

Запропонований спосіб холедохостомії здійснюється наступним чином

За показаннями у холедох вводять Т-образний дренаж (чи звичайний дренаж), який проводять через отвір, зроблений у аллопластичному матеріалі (поліпропіленова сітка) та крізь товщу круглої зв'язки печінки виводять на передню черевну стінку. Потім поліпропіленову сітку фіксують у вигляді футляра до холедоху вище та нижче холедохотомного отвору, а в ділянці зробленого в сітці отвору циркулярне до очеревини круглої зв'язки печінки

Спосіб холедохостомії, що заявляється ілюструється клінічним прикладом

Приклад 1. Хвора Н (іст. хв. №3224), 43 роки, поступила у плановому порядку у відділення хірургії органів травлення Інституту гастроентерології АМН України – 25.11.2002 року, із скаргами на тупий біль у епігастрії, який посилюється у спокої, гіркоту у роті після смаженої їжі. З анамнезу – хворіє близько 5 років. При УЗД у 2002 році було діагностовано жовчнокам'яну хворобу. Близько 2 років – погіршення стану, біль виникав частіше та був більш інтенсивним, останній приступ болю був у серпні 2002 року. У дитинстві перенесений гепатит А.

При обстеженні зріст – 157 см, вага – 58 кг, пульс – 70 уд./хвилину, АТ – 120/80 мм рт.ст. Живіт помірно болючий при пальпації у правій підребній ділянці. Загальний аналіз крові (26.11.02р.) Нb – 134 г/л, Ер – 4,5-10¹²/л, ШОЕ – 14 мм/год. Біохімі-

чний аналіз крові (26.11.02р.) Білірубін заг. – 14,9 мкмоль/л, прямих – отр., ЛФ – 0,62 мкмоль/л, АЛТ – 0,23 мкмоль/л, амілаза крові – 16 г/л, глюкоза крові – 5,4 ммоль/л

Ультразвукове дослідження (26.11.02р.) Холедох не розширений. Жовчний міхур 75х55 мм з перетинкою у нижній третині, товщина стінки 4 мм, ближче до шийки жовчного міхура конкремент 24 мм у діаметрі. Підшлункова залоза 22х12х19 мм, контур нерівний, нечіткий. Паренхіма неоднорідна. Висновок: УЗ-ознаки хронічного калькульозного холециститу, хронічного панкреатиту.

Встановлено діагноз: Жовчнокам'яна хвороба. Калькульозний холецистит з хронічним запаленням. Хронічний панкреатит у стадії ремісії.

26.11.02р. операція №708 згідно з заявленим способом: Холецистектомія, зовнішнє дренування холедоху за Кером.

Після двократної обробки операційного поля кутасептом виконана пункція черевної порожнини та на фоні пневмоперитонеума введені інструменти у стандартних точках. Жовчний міхур 120х60х60 мм у вигляді пісочного годинника різко напружений. Після пункції жовчного міхура (евакуйована світла рідина у кількості 80,0 мл) виділено шийку жовчного міхура у якій щільно фіксовано конкремент 50х20 мм. Виділено міхурову протоку довжиною 3,5 мм, при кліпуванні якої другою кліпсою, відзначено прорізування стінки у місці впадіння міхурової протоки у холедох, діаметр якого 6 мм. Спроба вшити дефект не увінчалася успіхом. Виконано верхньо-серединну лапаротомію, завершено холецистектомію, ушито ложе жовчного міхура та перев'язана міхурова артерія. У холедох уведено Т-образний дренаж за Кером, який через отвір зроблений в аллопластичному матеріалі (поліпропіленова сітка) та через товщу круглої зв'язки печінки виведено на передню черевну стінку, потім поліпропіленова сітка фіксована у вигляді футляра до холедоху вище та нижче холедохотомного отвору, та у ділянці зробленого в сітці отвору циркулярне до очеревини круглої зв'язки печінки. Черевну порожнину дреновано, шви на рану.

Післяопераційний період протікав спокійно. На 7-му добу розпочато тренування холедоху за загальною визнаною методикою.

10.11.02р. З рекомендаціями виписана на амбулаторне лікування у задовільному стані. Госпіталізація через місяць на видалення дренажу з холедоху.

25.01.2003р. Хвору Н госпіталізовано на видалення дренажу холедоху з діагнозом: Постхолецистектомічний синдром. Гепатопанкреатична форма. Зовнішнє дренування холедоху (26.11.02р. холецистектомія, дренування холедоху). 27.01.2003р. після видалення дренажу у задовільному стані, без скарг, виписана на амбулаторне лікування.

Представлене спостереження свідчить про працездатність способу холедохостомії, який заявляється, та про можливість застосування його в умовах хірургічного стаціонару.

Спосіб дозволяє забезпечити надійнішу герметизацію холедохотомного отвору і попередити ускладнення.

Використана література

1. Філіппов Ю.А., Шмігель З.М., Котельнікова Г.П. Рівень поширеності і захворюваності на хвороби органів травлення в Україні серед дорослих людей та підпків // Гастроентерологія. Міжвід. зб. - Вип 12 -Дніпропетровськ - 2001 - с.3-6

2. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманський Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей // Киев. Здоровье, -1993 -С.362-384

3. А.С. 1299572 СССР, А61В17/00 Способ холедохостомии по Ю.Т. Комаровскому 1987. Бюл. №12

4. Патент 22469А, Украина, А61В17/00 Способ холедохостомии 1998. Бюл. №3

5. McMahon, Brit. A.J. Bile duct injury and bile leakage in laparoscopic choledochostomy // J Surg - 1995 -Vol. 82 -P.307-313