



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20333 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХОЛЕЦИСТОСТОМІЇ У ХВОРИХ НА МЕХАНІЧНУ ЖОВТЯНИЦЮ

1

2

(21) u200608508

(22) 28.07.2006

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. № 1, 2007 р.

(72) Велигоцький Олексій Миколайович

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб холецистостомії у хворих на механічну
жовтяницю, який включає введення катетера до

жовчного міхура і його фіксацію за допомогою двох лігатур, який відрізняється тим, що використовують трипросвітний катетер Фолея з роздувною манжетою, який вводять під контролем відеолапароскопа, фіксують за допомогою раніше накладених зовні лігатур, які пришивають до апоневрозу та шкіри передньої черевної стінки, та двох кліпсів, накладених лапароскопічно до дна жовчного міхура.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії та може бути використана для біліарної декомпресії у хворих на механічну жовтяницю.

Відомий спосіб холецистостомії [А. с. №1551356, бюл. №11, 23.03.90], що здійснюють шляхом пункції та дренування жовчного міхура трубкою з надувною манжетою. Після введення трубки з манжетою на останню одягають зовнішню перфоровану трубку та здійснюють притискання стінки міхура протилежно спрямованим підтягненням обох трубок з наступною їх взаємною фіксацією.

При реалізації даного способу неможливо повністю гарантувати герметизацію та уникнення підтікання жовчі, тому що відсутні додаткові фіксуєчі шви в місці пункції жовчного міхура.

Відомий спосіб зовнішнього дренування жовчного міхура [А. с. №2019201, бюл. №17, 15.09.94], що здійснюють шляхом транспечінкового проведення дренажної трубки через гільзу маніпуляційного троакара під контролем лапароскопу. Попередньо підбирають дренажну трубку з зовнішнім діаметром, що перевищує зовнішній діаметр гільзи троакара. Трубку розтягують на провіднику для зменшення її зовнішнього діаметру та вводять через внутрішній канал гільзи троакара до місця встановлення. Після видалення гільзи троакара та провідника трубка приймає початкову форму і обтворює пункційний канал своїми стінками.

Причинами, що перешкоджають досягненню необхідного технічного результату, є значна ймовірність кровотечі та підтікання жовчі з паренхіми печінки.

Найбільш близьким та обраним у якості прототипу є спосіб лапароскопічної холецистостомії [Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Ким И.А. "Эндохирургические вмешательства при острых заболеваниях органов брюшной полости" - Практическое руководство. - Казань, 1996. -64с.], що виконують через дно жовчного міхура за допомогою тонкостінної сталевий голки-троакару довжиною 250мм, зовнішнім діаметром 3,5-4,0мм. При цьому зовнішній діаметр дренажу, що вводять у жовчний міхур, повинен бути такого розміру, як і внутрішній діаметр голки-троакару для уникнення підтікання жовчі. Під час виконання холецистостомії дренаж повинен знаходитись у просвіті голки-троакара і відразу вводиться у порожнину жовчного міхура після його пункції. Для профілактики випадання трубки із жовчного міхура довжина її внутрішньої частини повинна бути не менш 100-120мм. Дренажна трубка фіксується до шкіри передньої черевної стінки за допомогою двох лігатур. Дренування черевної порожнини виконується за показаннями.

Причинами, що перешкоджають досягненню необхідного технічного результату, є наступні. По-перше, відсутність фіксації дренажної трубки до жовчного міхура не гарантує відсутність підтікання жовчі. По-друге, відсутність прилягання дна жовчного міхура до черевини також не гарантує повної герметизації.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу відеолапароскопічної холецистостомії у хворих на механічну жовтяницю, в якому за рахунок зміни дренажу та його фіксації, досягається забезпечення мінімальної можливості

(13) U

(11) 20333

(19) UA

порушень герметизації, а також висока можливість лапароскопічної ревізії органів черевної порожнини та надійної постійної або довгої фіксації дренажної трубки у жовчному міхурі.

Поставлена задача вирішується в способі холецистостомії у хворих на механічну жовтяницю, який включає введення катетера до жовчного пузиря і його фіксацію за допомогою двох лігатур, згідно з корисною моделлю, використовують трьохпросвітний катетер Фолея з роздувною манжетою, який вводять під контролем відеолапароскопу, фіксують за допомогою раніше накладених зовні лігатур, які пришивають до апоневрозу та шкіри передньої черевної стінки, та двох кліпсів, накладених лапароскопічно до дна жовчного міхура.

Відеолапароскопічна холецистостомія, яку виконують у відповідності зі способом, що заявляється, не виявляє негативної дії на гомеостаз та стан життєво важливих органів та систем, тому його доцільно застосовувати при важких станах хворих. Застосування кліпсів без зайвих внутрішніх швів у відзнаку від існуючих способів дозволяє зберегти достатню герметизацію холецистостомії. Використання відеолапароскопічної холецистостомії у відзнаку від існуючих дозволяє оцінити стан патологічного процесу в черевній порожнині та поширення онкологічного процесу. Сутність способу пояснюють малюнки Фіг.1, Фіг.2.

Заявлений спосіб відеолапароскопічної холецистостомії здійснюють наступним чином.

Використовують катетер Фолея з роздувною манжетою і трьома просвітами: перший - для роздування манжети, другий для введення розчинів препаратів, промивки; третій - найбільшого діаметру (можна використовувати до 8мм) - для жовчної декомпресії. Введення катетера у черевну порожнину здійснюють через троакар діаметром 10мм, який встановлюють в правому підребер'ї по передньопідпашовій лінії. Троакар вводять під контролем відеомонітору під ендотрахеальним наркозом. Для проведення ревізії органів черевної порожнини в епігастральному просторі вводять ще один троакар діаметром 10мм. З цього доступу затискачем утримують дно жовчного міхура. З підреберного доступу проводять пункцію дна жовчного міхура та його декомпресію за допомогою лапароскопічної голки, яка має два зовнішніх діаметра: менший на кінці, більший (5мм) на основній довжині. За допомогою більшого діаметру голки розширюється отвір у дні жовчного міхура, у який вводять катетер Фолея (Фіг.1). Перед цим на кінці катетера вище манжети фіксують дві лігатури з двома короткими та двома довгими кінцями. Короткі кінці лігатур вводять у черевну порожнину, довгі кінці залишають зовні. Роздувають манжету, за допомогою якої дно міхура підтягують до передньої черевної стінки (Фіг.2). Перед цим натягують короткі кінці лігатур, як показано на малюнку Фіг.2, та фіксують до стінки жовчного міхура поряд з катетером за допомогою двох кліпсів, що забезпечує герметизацію отвору жовчного міхура. За допомогою довгих кінців катетер підшивають до апоневрозу та шкіри передньої черевної стінки. Із додаткової контрапертури з правого боку у підпечінковий простір вводять дренажну трубку.

Приклад 1. Хворий Н., 69 років, госпіталізований у клініку в ургентному порядку у важкому стані з діагнозом - рак голівки підшлункової залози Т3N2M0, механічна жовтяниця. На момент госпіталізації відзначалися високі показники білірубінемії до 365,6мкмоль/л. Одномоментна радикальна операція була б дуже ризикованою. У зв'язку з цим хворому на другий день надходження зроблена операція - відеолапароскопічна холецистостомія по запропонованому способу. У 1-у добу після операції відзначено відносно «спокійний живіт», у хворого відсутні ознаки печінкової недостатності та панкреатиту, що підтверджено лабораторними показниками: білірубінемія знизилась до 242,22мкмоль/л, загальний білок - 55г/л, АСТ - 2,08ммоль/л-год, АЛТ - 3,8ммоль/л-ч, лейкоцитоз 14,8·10⁹/л, паличкоядерні нейтрофіли - 6%, діастаза сечі - 128 Од.

Імунологічні показники: Т-лімфоцити - 23% (N 49-79%), Т-супресори -5% (N 5-20%), аутоімунні антитіла - 18 (N до 10) ум. од., гемолізину - 1,3 (N 0,2-0,8) ум. од. На фоні вираженого імунодефіциту в хворого на 3-у післяопераційну добу поліпшився загальний стан, прояснилася свідомість, з'явилася перистальтика кишечника, при цьому білірубінемія знизилася до 67,4мкмоль/л, Т-лімфоцити зросли до 36%, гемолізину знизилася до 0,44ум. од., діастаза сечі знизилася до 32 Од. На 4-у добу хворий був переведений у загальну палату, на 7-у добу відбулася нормалізація лабораторних, у т.ч. імунологічних показників. На 8-у добу хворому було зроблено радикальну операцію - панкреатодуоденальну резекцію. На 19-у добу хворий виписаний з клініки з видужанням.

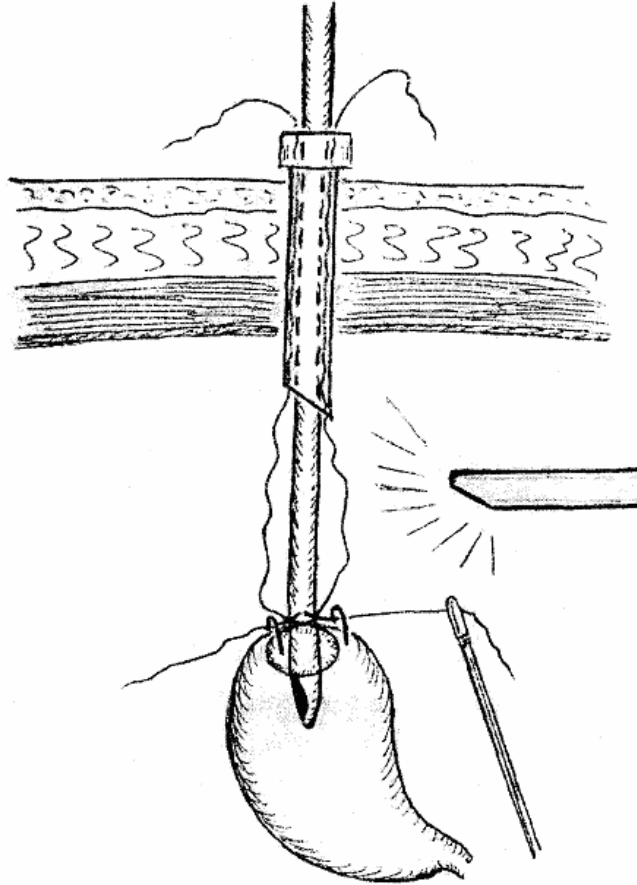
Приклад 2. Хворий О., 46 років, надійшов у клініку з діагнозом - рак термінального відділу холедоха Т3N3M0, механічна жовтяниця. Після встановлення діагнозу на УЗД та ЕРХПГ хворому на 3 добу виконана ендоскопічна папілотомія, що успіху не мала. Зберігалися більша іктеричність шкіри та склер, загальний білірубін - 372,1мкмоль/л. На 3 добу хворому зроблена операція - відеолапароскопічна холецистостомія за запропонованим способом, під час якої було встановлено наявність віддалених метастазів, та випадок було визнано некурованим. У найближчому післяопераційному періоді стан хворого був важкий, але стабільний: білірубінемія знизилася до 275,7мкмоль/л, діастаза сечі - 164 Од., підвищені трансамінази на фоні вираженого імунодефіциту: Т-лімфоцити 24% (N 49-79%), Т-лімфоцити в абсолютних числах - 480 (N 674-1958), Т-хелпери 18% (N 35-69%). На 5 добу після операції на фоні зниження інтоксикації та жовтяниці у хворого відзначено зниження білірубінемії до 93,1мкмоль/л, збільшення Т-лімфоцитів до 41%, поліпшення стану, поява активної перистальтики, зниження дебіту по дренажі. Хворий був переведений у загальну палату. На 18 добу у відносно задовільному стані хворий виписаний.

Спосіб відеолапароскопічної холецистостомії, що заявляється, забезпечує як ефективну герметичність, так і надійність, його можна використовувати при важких станах хворих на першому етапі хірургічного лікування механічної жовтяниці, коли одночасне радикальне втручання пов'язано з ве-

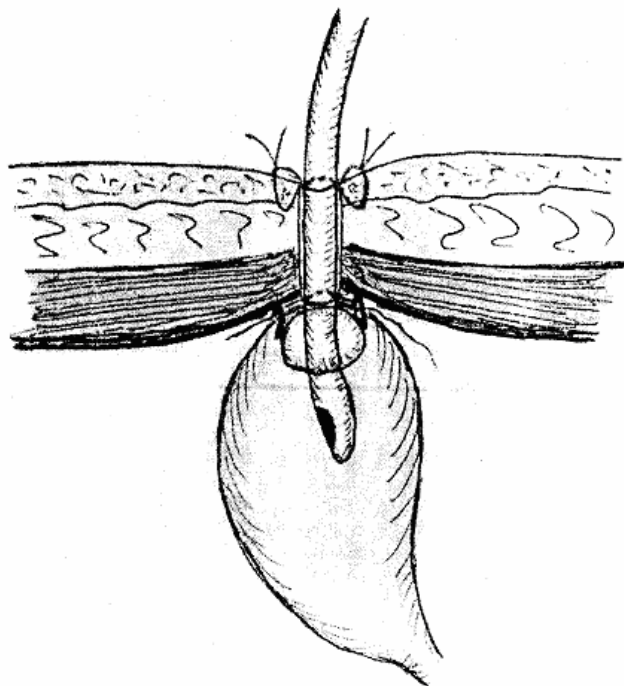
ликим ризиком для життя хворих.

Спосіб дозволяє уникнути зайвих оперативних втручань у випадку некерованих онкологічних захворювань, провести радикальні операції у хворих при покращенні стану після біліарної декомпресії,

завдяки чому значно скоротити кількість післяопераційних ускладнень та летальність у хворих з обструктивними захворюваннями панкреатодуоденальної зони.



Фіг. 1



Фіг. 2