



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **758**
(51) **МПК А61В17/00;**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1500986

(22) 10.11.2015

(46) Бюл. 117, 2015

(71) Махмадов Ф.И.(ТJ); Нурув З.Х.(ТJ);
Восиев А.С. (ТJ); Собиров А.Дж. (ТJ);
Рахмонов Ш. Дж.(ТJ); Халимов Дж.С.(ТJ);
Гафуров Ф.Б. (ТJ).

(72) Махмадов Ф.И.(ТJ); Нурув З.Х.(ТJ);
Восиев А.С. (ТJ); Собиров А.Дж. (ТJ);
Рахмонов Ш. Дж.(ТJ); Халимов Дж.С.(ТJ);
Гафуров Ф.Б. (ТJ).

(73) Махмадов Ф.И.(ТJ); Нурув З.Х.(ТJ);
Восиев А.С. (ТJ); Собиров А.Дж. (ТJ);
Рахмонов Ш. Дж.(ТJ); Халимов Дж.С.(ТJ);
Гафуров Ф.Б. (ТJ).

**(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЕРА-
БЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕ-
ВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ
И КАРТИНОЙ ГНОЙНОГО ХОЛАН-
ГИТА.**

(56) 1. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных механической желтухой. *Анналы хирургической гепатологии.*-1996. Т.1.-стр. 121-131.

(57) Изобретение относится к медицине, а точнее к гепатопанкреатобилиарной хирургии, и может быть использовано для лечения неоперабельных больных с опухолевой механической желтухой и картиной гнойного холангита.

Одноэтапные чрескожно-чреспеченочные желчеотводящие вмешательства под контролем ультразвукографии с параллельным введением антибиотика цефтриаксона. позволяют избежать тяжелых суб- и послеоперационных осложнений и тем самым улучшить качества жизни тяжелого контингента больных.

Изобретение относится к медицине, а точнее к гепатопанкреатобилиарной хирургии, и может быть использовано для лечения неоперабельных больных с опухолевой механической желтухой и картиной гнойного холангита.

Прототипом являются способ лечения неоперабельных больных с опухолевой механической желтухой и картиной гнойного холангита включающий в себя пункцию и дренирование желчевыводящих путей под контролем ультрасонографии, применением чрескожно-чреспеченочной эндопротезированием желчных протоков [1] При введении больных с механической желтухой, оптимальным является двухэтапные методы лечения. На первом этапе выполняют декомпрессию желчевыводящих путей с помощью различных миниинвазивных методов дренирования — эндоскопических или чрескожных по ультрасонографической навигацией. К эндоскопическим методам относятся папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и дуоденобилиарное дренирование. А к чрескожным — чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), чрескожная чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ, КТ или лапароскопа. На втором этапе, после ликвидации механической желтухи, устраняется причина, вызвавшая механическую желтуху с помощью оперативного вмешательства. При невозможности радикальной операции выполняют эндопротезирование желчных протоков.

Недостатками известного способа, в основном, являются: малый просвет при большой толщине стенок, высокий показатель повторных обструкций (в среднем через 3-5 месяцев), склонность к дислокации (в 4-16 %). Кроме того, прогрессирующая опухоль может распространиться за проксимальный или дистальный конец эндопротеза. А также известные способы сохраняют возможность инфицирования пункционного канала при замене катетера-оболочки на дренажный катетер. В итоге у 6-23 % больных возникают рецидивы желтухи и различные гнойно-воспалительные осложнения.

Цель изобретения — Улучшение качества жизни больных с опухолевой механической желтухой и картиной гнойного холангита.

Поставленная цель достигается выполнением одноэтапных чрескожно-чреспеченочных желчеотводящих вмешательств под контролем ультрасонографии, с параллельным введением антибиотика цефтриаксона.

Способ осуществляется следующим образом: При выявлении больных с опухолевой механической желтухой и картиной гнойного холангита, особенно у больных старческого и пожилого возраста, а также пациентам имеющее тяжелые сопутствующие патологии, которым из-за тяжелого состояния и запущенных стадий опухоли являются неоперабельными, ставили показание к миниинвазивному методу лечения, т.е. выполнение одноэтапных чрескожно-чреспеченочных желчеотводящих вмешательств под контролем ультрасонографии, с параллельным введением антибиотика цефтриак-

сона, которая позволяет избежать тяжелых суб- и послеоперационных осложнений, и тем самым улучшить качества жизни тяжелого контингента больных. Операцию проводили под местной анестезией 0,25% раствором новокаина. Ультразвуковую визуализацию зоны операции осуществляли аппаратом «Acuson-CV 70», фирмы Siemens (Германия), с косвенными и линейными мультимодальными датчиками. Для дренирования желчевыводящих путей использовали иглы, проводники и катетеры фирмы «Cook» (Германия). Дренирование желчевыводящих путей выполняли иглой диаметром 18-22 G и длиной 20 см. После визуализации кончика иглы в просвете желчного протока удаляли стилет. Правильность положения иглы контролировали ультрасонографом по вытеканию желчи или ее аспирации шприцем. Затем через просвет иглы в желчный проток заводили ангиографический проводник с J-образным концом диаметром 0,038" или проводник с аналогичным концом и подвижной сердцевиной (диаметр 0,9 мм). Проводник под контролем ультрасонографии заводили как можно дальше таким образом, чтобы его конец был направлен к обтурированному отделу билиарного дерева. После заведения проводника пункционную иглу извлекали. По проводнику последовательно вводили дилататоры калибром 6 - 8 F, которыми бужировали отверстие в передней стенке желчного протока. По проводнику до уровня обструкции заводили полиэтиленовую дренажную трубку диаметром 7-8 F, после чего проводник удаляли, проводя аспирацию максимально возможного количества желчи.

Следующим этапом вмешательства являлась первичная санация и гепатикохоледоха и подключение дренажа к удлинительной магистрали.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Пункция проводится под визуальным контролем, а не вслепую;
2. Обычно для дренирования бывает достаточно одной пункции;
3. Возможно селективное контрастирование и дренирование любого сегмента билиарного тракта;
4. Удастся избежать повреждения крупных сосудов, так как они хорошо визуализируются при ультрасонографии;
5. Отсутствует лучевая нагрузка на больного и медицинского персонала;
6. У нетранспортабельных больных, находящихся в тяжелом состоянии, манипуляция может быть выполнена непосредственно в палате;
7. Метод позволяет провести профилактику тяжелых суб- и послеоперационных осложнений, и тем самым улучшить качества жизни больных;
8. У пациентов с опухолевой механической желтухой и картиной гнойного холангита с тяжелым состоянием, старческого и пожилого возраста, а также имеющие тяжелые сопутствующие патологии является единственным выбором оперативного вмешательства

Изложенное выше находит подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больной Х., 67 лет поступил в хирургическое отделение Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе через 4 месяцев от начала заболевания с жалобами на постоянные ноющие боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов, зуд, сухость во рту, повышение температуры тела до 39°C с периодическим проявлением озноба, потеря аппетита, вялость и общую слабость. Со слов больного 4 месяцев назад на фоне полного здоровья появилась потеря аппетита, слабость, тошнота и умеренные тупые боли в правом подреберье, на что не предавало особое значение. В последующем к вышеуказанным жалобам присоединилась желтуха, зуд кожных покровов и озноб. Неоднократно пациент обследован в условиях стационаров, получил консервативную терапию, с временными эффектами. При госпитализации состояние больного оценено как тяжелое. Тяжесть состояния было обусловлено эндотоксикозом тяжелой степени, гипопроteinемией и картиной печеночной недостаточности. На основании ультразвуковой сонографии у больного установлено: Опухоль Клатскина II-III степени. Метастазы в парааортальные лимфатические узлы и гепатопанкреатобилиарной зоны.

Учитывая распространенность опухоли и тяжесть состояния случай оценен как иноперабельным, но для ликвидации желчной гипертензии, гнойного холангита и снижении агрессии печеночной недостаточности больному показано оперативное вмешательство миниинвазивным методом. После соответствующей подготовки под местным обезболиванием раствором новокаина и визуальным контролем ультрасонографии выполняли дренирование гепатикохоледоха иглой диаметром 18-22G. Правильность положения иглы контролировали ультрасонографом по вытеканию желчи или ее аспирации шприцем. Затем через просвет иглы в желчный проток заводили ангиографический проводник с J-образным концом диаметром 0,038". Проводник под контролем ультрасоногра-

фии заводили как можно дальше таким образом, чтобы его конец был направлен к обтурированному отделу билиарного дерева. После заведения проводника пункционную иглу извлекали. По проводнику последовательно вводили дилататоры калибром 6 - 8 F, которыми бужировали отверстие в передней стенке желчного протока. По проводнику до уровня обструкции заводили полиэтиленовую дренажную трубку диаметром 7-8 F, после чего проводник удаляли, проводя аспирацию максимально возможного количества желчи с забором на бактериологическое исследование. Следующим этапом вмешательства являлась первичная санация и гепатикохоледоха и подключение дренажа к удлинительной магистрали. Послеоперационный период протекал гладко. Бактериологическое исследование гноя определяло высокую чувствительность к цефалоспориновому ряду, особенно к цефтриаксону что и получал пациент по 3,0 гр внутривенно в сутки. Наряду с этим больному назначена дезинтоксикационная, общеукрепляющая и антиоксидантная терапия. В динамике показатели печеночной пробы начали снижаться. Билирубин от 470,0 мкмоль/л снизился до 190,0 мкмоль/л. Критериями эффективности лечения служили: уменьшение желтушности кожных покровов, нормализация температуры тела, улучшение лабораторных показателей, ликвидация признаков эндогенной интоксикации и уменьшение диаметра гепатикохоледоха (по данным УЗИ), т.е. уменьшение давления в гепатикохоледохе. Больной выписан на 7 сутки в хорошем состоянии на амбулаторное долечивание у хирурга-онколога.

Таким образом, выполнение одноэтапных чрескожно-чреспеченочных желчеотводящих вмешательств под контролем ультрасонографии, с параллельным введением антибиотика цефтриаксона, позволяет избежать тяжелых суб- и послеоперационных осложнений и тем самым улучшить качества жизни тяжелого контингента больных.

Формула изобретения

Способ лечения неоперабельных больных с опухолевой механической желтухой и картиной гнойного холангита, включающий в себя пункцию и дренирование желчевыводящих путей под контролем ультрасонографии, **отличающийся тем,**

что проводят одноэтапные чрескожно-чреспеченочные желчеотводящие вмешательства, с параллельным введением антибиотика цефтриаксона.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а