



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **638**

(51) **МПК(2014)**

A 61 B 17/00

A 61 M 25/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1400850
(22) 10.04.2014
(46) Бюл.99, 2014
(71) Махмадов Ф.И.(ТJ); Рафиков С.Р. (ТJ);
Кузратов Ф.Х.(ТJ); Собиров А.Дж.(ТJ);
Султонов Б.Дж.(ТJ); Сайфудинов Ш.Ш. (ТJ).
(72) Махмадов Ф.И.(ТJ); Рафиков С.Р. (ТJ);
Кузратов Ф.Х.(ТJ); Собиров А.Дж.(ТJ);
Султонов Б.Дж.(ТJ); Сайфудинов Ш.Ш. (ТJ).
(73) Махмадов Ф.И.(ТJ); Рафиков С.Р. (ТJ);
Кузратов Ф.Х.(ТJ); Собиров А.Дж.(ТJ);
Султонов Б.Дж.(ТJ); Сайфудинов Ш.Ш. (ТJ).
(54) **СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРО-
СКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ
«ТРУДНОГО» ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.**
(56) 1 Ташников Н.В. Выбор метода лапароскопи-
ческой холецистэктомии при остром деструктив-

2

ном холецистите / Н.В. Ташкиновым,
Е.В.Николаев, Н.И. Бояринц // Дальневосточный
медицинский журнал. – 2006. – № 4. – С.14- 16.

(57) Изобретение относится к медицине, а точнее
к хирургической гепатологии, и может быть ис-
пользовано для дифференциальной диагностики
внепеченочных желчных протоков при лапароско-
пической холецистэктомии «трудного» желчного
пузыря. Указанный способ не имеет сходных су-
щественных признаков и не может быть аналогом.

Выполнение субоперационной холангиогра-
фии при «трудном» желчном пузыре, позволяет
своевременно и топографически точно дифферен-
цировать внепеченочные желчные протоки, тем
самым определять дальнейшую тактику, во избе-
жание тяжелых суб- и послеоперационных ослож-
нений «трудных» лапароскопических холецистэк-
томии.

Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургической гепатологии, и может быть использовано для дифференциальной диагностики внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии «трудного» желчного пузыря.

Прототипом данного изобретения является рентгенологический способ диагностики внепеченочных желчных протоков с применением контрастных веществ при открытых холецистэктомиях. Однако указанный рентгенологический способ применяется в случаях холедохолитиаза, расширения холедоха более 1,2 см и картины механической желтухи [1].

Недостатком этого способа, в основном, является неэффективность её применения в неотложной абдоминальной хирургии, невозможности оценки атипичных расположений желчного пузыря, атипичного впадения пузырного протока и невозможности дифференциации пузырного протока (при синдроме Мирризи, инфильтратах гепатодуоденальной зоны, внутривнутрипеченочного расположения желчного пузыря).

Цель изобретения – Профилактика суб- и послеоперационных осложнений лапароскопических холецистэктомии «трудного» желчного пузыря.

Поставленная цель достигается выполнением субоперационной холангиографии во время лапароскопической холецистэктомии.

Способ осуществляется следующим образом: Во время оперативного вмешательства при выявлении атипичных расположений желчного пузыря, атипичного впадения пузырного протока и невозможности дифференциации пузырного протока (при синдроме Мирризи, инфильтратах гепатодуоденальной зоны, внутривнутрипеченочного расположения желчного пузыря), через пузырный проток и (или) холедох пункционным методом вводится 10,0 мл контрастного вещества, с помощью билигносты (субоперационная холангиография) и снимается на рентгенпленке, которая позволяет дифференцировать внепеченочные желчные протоки и избежать тяжелых суб- и послеоперационных осложнений.

В таких ситуациях раньше производилась также субоперационная холангиография, но, однако открытым лапаротомным доступом, что в свою очередь продлило среднее пребывание больного на койке, имелись риск послеоперационных осложнений, как спаечная кишечная болезнь, нагноение раны, послеоперационные грыжи и т.д. Настоящее исследование проводится под лапароскопией, т.е. проколом 0,5 см, что малотравматично, уменьшает сроки пребывания больного на койке и можно избежать указанных осложнений.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Визуальный контроль клипирования пузырного протока «трудного» желчного пузыря.

2. Метод позволяет провести профилактику тяжелых суб- и послеоперационных осложнений, как ятрогенное повреждение, перевязка холедоха (гепатикохоледоха), структура гепатикохоледоха и т.п..

3. При аномалиях гепатикохоледоха метод позволяет своевременно их корригировать и перейти на конверсию.

Изложенное выше находит подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больной С., 43 лет поступил в эндохирургическое отделение Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе через 24 часов от начала заболевания с жалобами на интенсивные приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и межлопаточную область, тошнота, многократная рвота, горечь и сухость во рту, общую слабость. Со слов больного, он в течение 7 лет страдает желчнокаменной болезнью, неоднократно после погрешности в диете имелись приступы печеночной колики, по поводу чего получал консервативное стационарное лечение с временным положительным эффектом. За день до поступления в клинику после погрешности в диете (употребление жирной и жареной пищи) у больного начались вышеуказанные симптомы. Дома принимал спазмолитики и обезболивающие препараты, но улучшения не было. На следующий день больной доставлен в клинику попутным транспортом. На основании ультразвуковой сонографии у больного установлена: Желчнокаменная болезнь. Острый обтурационный калькулезный холецистит.

В отделении больному проведено комплекс консервативной терапии, включая анальгетики, спазмолитики, антиферменты, антибактериальные и противовоспалительные препараты. Учитывая неэффективность проведенных консервативных мероприятий и анамнез заболевания, решено в отсроченном порядке произвести лапароскопическую холецистэктомию. Во время ревизии гепатодуоденальной зоны обнаружено, что имеется аномалия внепеченочных желчных протоков, т.е. пузырный проток отсутствует, не представляется возможным её дифференцировать, что называется «трудный» желчный пузырь. В связи, с чем решено проводить субоперационную холангиографию. Через пузырный проток пункционным методом введено 10,0 мл контрастного вещества (Билигност) и снимали на рентгенпленке. На холангиографии обнаружено, что у больного имеется картина синдрома Мирризи I, шеечный отдел желчного пузыря сообщается с общим желчным протоком, вместе с пузырным протоком создавая расширенный пузырный проток. В связи, с чем холецисто-холедохиальный свищ клипирован двумя противоположно расположенными клипсами, что вполне закрывает просвет диаметром 0,9-1,0 см. В последующем

отдельно клипирована пузырная артерия и произведено лапароскопическая холецистэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан на 5 сутки в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением ран.

Таким образом, выполнение субоперационной холангиографии при «трудном» желчном пузыре,

позволяет своевременно и топографически точно дифференцировать внепеченочные желчные протоки, тем самым определять дальнейшую тактику, во избежание тяжелых суб- и послеоперационных осложнений «трудных» лапароскопических холецистэктомии.

Формула изобретения

Способ дифференциальной диагностики внепеченочных желчных протоков, включающий рентгенологической диагностики внепеченочных желчных протоков на операционном столе при открытых холецистэктомиях, **отлича-**

ющийся тем, что через пузырный проток и холедох пункционным методом вводят 10,0 мл контрастного вещества, с помощью билигноста и снимается на рентгенпленке.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

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