



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45665 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ

1

2

(21) u200904099

(22) 27.04.2009

(24) 25.11.2009

(46) 25.11.2009, Бюл.№ 22, 2009 р.

(72) КАНІКОВСЬКИЙ ОЛЕГ ЄВГЕНІЙОВИЧ, АНДРОСОВ СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ, ХАРЧУК ОЛЕКСІЙ ВІКТОРОВИЧ, ГНАТЮК ЮРІЙ ПЕТРОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб лікування і профілактики гострого холангіту, який передбачає інтраопераційне усунення причини холестазу, відтворення умов для адекватної білідигестивної евакуації жовчі в поєднанні з

зовнішнім дрениванням холедоха, комплексну системну дезінтоксикаційну, антибактерицидну терапію і місцеву санацію жовчних проток, який **відрізняється** тим, що місцеву санацію біліарного тракту здійснюють через зовнішньодренажну трубку озонованим 0,02 % розчином декаметоксину з концентрацією озону 5,0-5,5 мг/л, а санацію зони холедоходуоденоанастомозу здійснюють через інтраопераційно поставлений назодуоденальний зонд озонованим фізіологічним розчином з концентрацією озону 10-12 мг/л до зникнення явищ гострого холангіту і відновлення задовільної евакуації жовчі.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії жовчних шляхів, і може бути використана для лікування і профілактики холангіту у хворих з патологією гепатопанкреатодуоденальної зони.

Відомий спосіб лікування холангіту, який з метою місцевої протимікробної терапії включає використання антисептичних препаратів: 0,02% розчин декаметоксину для промивання жовчних проток після відновлення відтоку жовчі [Ничитайло М.Ю., Скумс А.В., Шкарбан П.О. та інш. Гнійний холангіт // Клінічна хірургія. - 2005. - №11 - 12. - С. 91].

Основним недоліком цього способу є те, що до спектру антимікробної дії декаметоксину не входять анаеробні збудники, які в умовах холангіту при бактеріологічному дослідженні виявляються до 56% випадків [Черкасов В.А., Зубарева Н.А., Сандаков П.Я. и др. Микробиологические аспекты хирургической патологии билиарной системы // Вестник хирургии. - 2003. -Том 162.-№2.-0.109-111].

Відомий спосіб лікування гострого обтураційного холангіту при якому місцева санація жовчних проток здійснюється озонованим розчином мефоксину (цефалоспориновий антибіотик II покоління) [Патент UA 30307. Спосіб лікування гострого обтураційного холангіту /Хацко В.С., Антонюк С.М., Мамедалієв Новруз Али О. та ін. №u200710979; Заявл. 04.10.2007; Опубл. 25.02.2008].

До недоліків цього способу необхідно віднести те, що мефоксин, як протимікробний препарат системної дії, виробником рекомендовано вводити

внутрішньовенно або внутрішньомязево. Крім того серед побічних ефектів цього антибактеріального препарату є місцеве ущільнення тканин, що в свою чергу може погіршити прохідність біліарного тракту і призвести до прогресування холангіту.

В основу корисної моделі «Спосіб лікування і профілактики гострого холангіту» поставлене завдання розробити спосіб місцевої комбінованої санації біліарного тракту і зони холедоходуоденоанастомоза з метою прискорення відновлення задовільного функціонального стану жовчевивідної системи і зменшення термінів перебування в стаціонарі хворих на холангіт.

Поставлене завдання вирішують тим, що у способі лікування і профілактики гострого холангіту, який включає інтраопераційне усунення причини холестазу, відтворення умов для адекватної білідигестивної евакуації жовчі в поєднанні з зовнішнім дрениванням холедоха, комплексну системну дезінтоксикаційну, антибактеріальну терапію і місцеву санацію жовчних проток, відповідно до корисної моделі, місцеву санацію біліарного тракту здійснюють через зовнішньодренажну трубку озонованим 0,02% розчином декаметоксину з концентрацією озона 5,0-5,5мг/л, а санацію зони холедоходуоденоанастомоза здійснюють через інтраопераційно поставлений назодуоденальний зонд озонованим фізіологічним розчином з концентрацією озона 10-12мг/л до зникнення явищ гострого холангіту і відновлення задовільної евакуації жовчі.

Спосіб здійснюють таким чином.

(19) UA (11) 45665 (13) U

Інтраопераційно після встановлення і усунення причини холестазу, формують по можливості супра-, ретродуоденальний антирефлюксний холедоходуоденоанастомоз, в поєднанні з зовнішнім дренажуванням холедоха через куксу міхурової протоки і проводять постановку назодуоденального зонда. В післяопераційному періоді щоденно, починаючи з другої доби, виконують ентеральне дробне введення 100-200мл озонованого фізіологічного розчину з концентрацією озону 10-12мг/л через інтраопераційно заведений назодуоденальний зонд. Для місцевої санації біліарного тракту виконують два рази на день (починаючи з першої доби) інстиляцію гепатікохоледоха через зовнішньо-дренажну трубку 50мл озонованого 0,02% розчину декаметоксину з концентрацією озону 5,0-5,5мг/л та швидкістю введення 50-60 крапель за хвилину.

Приклад.

Хвора Б., 1949 р.н., поступила зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38,2°C з ознобами, болі в правому підребер'ї, жовте забарвлення шкіри та склер. Вище перераховані скарги відмічає на протязі трьох діб. На протязі восьми років хворіє на жовчнокам'яну хворобу. Від оперативного лікування раніше відмовлялась. Під час проведення ультрасонографії виявлено ознаки гострого калькульозного холециститу, розширені позапечінкові жовчні протоки (діаметр супрадуоденальної частини холедоха 14мм, стінка розширена), в термінальному відділі холедоха конкремент діаметром 1см. Хвора госпіталізована в хірургічне відділення з діагнозом: Жовчнокам'яна хвороба, гострий калькульозний холецистит, холедохолітіаз, механічна жовтяниця, холангіт; ІХС, стабільна стенокардія напруги ІІ ф.к.,

гіпертонічна хвороба ІІ ст., гіпертензивне серце, СН І ст., аліментарно-конституційне ожиріння ІІ ст. В загальному аналізі крові лейкоцитів - $12,4 \times 10^9$ /л, загальний білірубін - 84,6мкмоль/л за рахунок прямого. Хворій виконана ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (встановлена локалізація конкремента в ретродуоденальній частині холедоха) і постановка назобіліарного дренажа. Хворій призначена комплексна антибактеріальна, дезінтоксикаційна, симптоматична терапія в якості передопераційної підготовки. На наступну добу хвора прооперована. Виконана холецистектомія, холедохолітотомія, формування ретродуоденального антирефлюксного холедоходуоденоанастомоза, зовнішнє дренажування холедоха через куксу міхурової ротоки, дренажування підпечінкового простору. В післяопераційному періоді проведено лікування холангіту запропонованим способом. На п'яту післяопераційну добу виконані ультрасонографія і черездренажна холангіографія, констатовано відновлення функціонального стану біліарного тракту, дренаж з холедоха видалено. Хвора виписана з відділення на 10 добу. При огляді через чотири місяці ознак патології гепатопанкреатодуоденальної зони не виявлено.

Запропонований спосіб використано при лікуванні 28 хворих із патологією гепатопанкреатодуоденальної зони, ускладненою гострим холангітом. Середній термін перебування хворих в стаціонарі 10,4 доби.

Наведені приклади свідчать, що використання запропонованого способу при лікуванні хворих на гострий холангіт допомагає прискорити відновлення задовільного функціонування жовчевивідної системи і скоротити терміни перебування хворих в стаціонарі.