

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и диагностике, и может быть использовано для проведения эндоскопа к большому дуоденальному сосочку.

Известны способы проведения дуоденофиброскопа к большому дуоденальному сосочку, включающие пероральное введение и поступательное продвижение конца эндоскопа по верхнему отделу желудочно-кишечного тракта [1,2].

Их недостатком является высокая травматичность желудочно-кишечного тракта изгибами рабочей части эндоскопа.

Наиболее близким по технической сущности и принятый за прототип является способ проведения дуоденофиброскопа к большому дуоденальному сосочку, включающий поступательное продвижение управляемого конца дуоденофиброскопа по желудочно-кишечному тракту [2].

Недостатком прототипа является длительное время проведения и высокая травматичность желудочно-кишечного тракта из-за насильственных, болезненных продвижений дуоденофиброскопа по крутым фиксированным изгибам двенадцатиперстной кишки, что приводит также к быстрому износу фиброэндоскопической аппаратуры.

Задачей изобретения является разработка такого способа проведения дуоденофиброскопа к большому дуоденальному сосочку, который за счет фиксации конца эндоскопа в залуковичном изгибе и обратной тракции эндоскопа обеспечивал бы сокращение времени проведения и снижение травматичности желудочно-кишечного тракта.

Поставленная задача решается тем, что в способе проведения дуоденофиброскопа к большому дуоденальному сосочку, включает поступательное продвижение управляемого конца дуоденофиброскопа по желудочно-кишечному тракту, согласно изобретению, после введения в залуковичный изгиб двенадцатиперстной кишки управляемый конец дуоденофиброскопа фиксируют путем изгиба до крючкообразной формы и производят обратную тракцию дуоденоскопа до момента свободного погружения этого конца в нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки.

Фиксация управляемого конца дуоденофиброскопа в залуковичном изгибе двенадцатиперстной кишки и обратная тракция обеспечивает проведение эндоскопа способом его выпрямления под малой кривизной желудка, устраняя тем самым необходимость проталкивания гибкого аппарата с усилием через малоподвижный крутой верхний изгиб двенадцатиперстной кишки, что сокращает время проведения к большому дуоденальному сосочку и снижает травматичность исследования.

Способ выполняют следующим образом.

Управляемый конец дуоденофиброскопа вводят перорально и продвигают по пищеводу и далее по большой кривизне желудка, которая служит опорой для его поступательного скольжения к привратнику. После введения дуоденофиброскопа в залуковичный изгиб двенадцатиперстной кишки дальнейшее толкательное усилие только частично передается по рабочей гибкой части аппарата его дистальному отделу и преимущественно идет на растяжение большой кривизны желудка. Управляемым концом дуоденофиброскопа крючковидно повторяют крутой поворот верхнего изгиба двенадцатиперстной кишки, что фиксирует его положение. Подтягивают рабочую часть эндоскопа из желудка в пищевод, что приводит к его плотному прижатию к малой кривизне желудка и с этого момента он представляет собой рычаг, одно плечо которого опущено в двенадцатиперстную кишку, а другое направлено к пищеводу. Дальнейшим извлечением дуоденофиброскопа приподнимают угол желудка до уровня расположения выходного отдела луковицы двенадцатиперстной кишки, вызывая укорочение антрального отдела желудка по малой кривизне. Указанными действиями между эндоскопом, заключенная между луковицей и углом желудка, становится больше, чем действительное расстояние между этими образованиями. При этом происходит свободное и быстрое погружение конца дуоденофиброскопа в двенадцатиперстную кишку в ходе извлечения дуоденофиброскопа из желудка. После этого конец дуоденофиброскопа подводят к БДС.

Пример. Больная К., 1921 г.р., история болезни № 210/97. Оперирована по месту жительства в неотложном порядке по поводу гангренозного холецистита, подпеченочного перитонита. На операционной холангиографии отмечено свободное поступление контрастного вещества из желчного протока в кишку. Операция завершена наружным дренированием общего желчного протока. В послеоперационном периоде отмечено обильное наружное желчеистечение до 600 мл желчи в сутки. На фистулохолангиографии выявлен обтурирующий круглый дефект наполнения, вклиненный в большой дуоденальный сосочек. Дважды производилась дуоденофиброскопия общей продолжительностью до 1 ч, но большой дуоденальный сосочек не был выявлен. Через 1 мес после холецистэктомии больная с остаточным холедохолитиазом переведена в клинику института, к этому времени потеря массы тела больной составила 20 кг. Поступательному проведению дуоденофиброскопа к большому дуоденальному сосочку, локализованному в нижнем горизонтальном отделе двенадцатиперстной кишки препятствовал висцероптоз. Толкательное усилие, предлагаемое к эндоскопу, гасилось избыточной подвижностью большой кривизны желудка и сопротивлением в изгибах двенадцатиперстной кишки. Только предложенным способом большой дуоденальный сосочек выведен в необходимую позицию перед объективом эндоскопа. Произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Удален твердый обтурирующий конкремент из терминального отдела общего желчного протока. На 2-е сутки закрылся наружный желчный свищ. На 4 сутки больная выписана в удовлетворительном состоянии.

В клинике ИКиЭХ произведено более 100 эндоскопических обследований большого дуоденального сосочка с применением предложенного способа. Во всех случаях отмечены малоблезненность эндоскопического исследования и отсутствие, травм желудочно-кишечного тракта. Время проведения эндоскопа составило в среднем 15-20 с. В то время как при проведении дуоденофиброскопа по способу-прототипу иногда требуется до 5-10 мин.

Таким образом, сравнение с протопом показывает, что применение заявленного способа позволяет снизить травматичность и время проведения дуоденофиброскопа.