

Корисна модель, відноситься до області медицини, а саме до хірургії жовчовивідної системи печінки.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб лікування холедохолітазу шляхом ендоскопічної балонної дилатації сфінктера Одді (1). Під час операції проводиться діагностична ретроградна холангіографія за стандартною методикою за допомогою дуоденоскопа ("Olympus", Японія). Після селективної канюляції загального жовчного протока і ретроградного контрастування жовчних шляхів через катетер для ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) в жовчний проток встановлюється струна-провідник. Катетер видаляється і по струні на рівень великого дуодентального сосочка встановлюється катетер з балоном для дилатації (довжина балона 3 см, діаметр балона 4 мм). Адекватне положення балона контролюється за допомогою рентгеноконтрастних поміток, які є на обох кінцях балона. Останній заповнюється розчиною 50% контрастною речовиною (тріомбраст) під тиском 4 атм., дилатація проводиться на протязі 30 секунд. Далі виконується дилатація за допомогою балона (довжина якого становить 3 см і діаметр 8 мм) на протязі 30 секунд. Потім комплекс "струна і катетер з балоном" вилучається і виконується ревизія жовчних шляхів і вилучення конкрементів за допомогою корзинки Дорміа під рентгенологічним контролем. Втручання завершується контрольною холангіографією для оцінки повноти санації жовчних шляхів.

Але вказаний метод має ряд серйозних недоліків: під час ендоскопічної балонної папіллодилатації до 0,8-10 мм великого дуодентального сосочка, який має діаметр до 0,2 мм, відбувається розрив м'язів сфінктера ампули, що приводить до стійкого тривалого спазму сфінктера - це зумовлює рефлекс жовчі у Вірсунгів проток. Закидання жовчі із холедоха у Вірсунгів проток є причиною підвищення внутрішньопротокового тиску, що приводить до розвитку тяжких панкреатитів, навіть панкреанекрозів з летальним кінцем.

В основу поставлено задачу вдосконалення способу лікування холедохолітазу шляхом внутрішньовенного крапельного введення нітратів перед ендоскопічною балонною дилатацією, що дозволить стабілізувати тиск протокової системи, що попереджує спазм безпосередньо сфінктера великого дуодентального сосочка і дозволяє стабілізувати тиск протокової системи, уникнути біліарної гіпертензії, зменшити відсоток післяопераційних ускладнень і скоротити строки реабілітації хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, за 10-15 хвилин перед ендоскопічною балонною дилатацією хворому вводять внутрішньовенно крапельно нітрат, наприклад, 0,1% розчин ізокету в кількості 0,1-0,15 мм.

Спосіб здійснюється наступним чином. Під час проведення лапароскопічного або відкритого оперативного втручання на жовчовивідній системі печінки після ревизії холедоха, внутрішньопечінкових жовчних протоків і видалення конкрементів під контролем інтраопераційної холедохоскопії або холангіографії через міхурний або холангіохолецистотомічний розтин вводять гнучкий провідник, котрий транспапілярно виводиться у просвіт дванадцятипалої кишки.

Перед проведенням лапароскопічної балонної дилатації, за 10-15 хвилин, хворому внутрішньовенно крапельно вводять нітрат, наприклад ізокет, котрий знімає спазм м'язів великого дуодентального сосочка. Потім катетер з балоном для дилатації, довжина якого складає 3-5 см, діаметр - 2-3 мм, по струні-провіднику, як вказувалося вище, проводять в холедох, де його роздувають до 0,8-10 мм шляхом натискання повітря через катетер. Роздутий балончик підтягають до сфінктера холедоха, після чого стискається і підтягається на 1-2 см на рівень великого дуодентального сосочка.

Після того, як балончик встановлено на рівень великого дуодентального сосочка, його роздувають до 0,8-10 мм в діаметрі, чим здійснюють папіллодилатацію, далі балончик здувають і комплекс "струна і катетер з балоном" видаляють і виконують ревизію жовчних шляхів за допомогою холедохоскопа, конкременти із холедоха видаляють шляхом вимивання струмом фізіологічного розчину або механічного виштовхування їх в просвіт дванадцятипалої кишки за допомогою холедохоскопа.

Приклад конкретного використання способу.

Хворий К., 53 роки, поступив у клініку зі скаргами на болі у правому підребер'ї. Хвороба - гострий калькульозний холецистит. Холедохолітаз. Синдром механічної жовтяниці.

УЗД: визначаються конкременти жовчного міхура діаметром до 5-8 мм, поширення холедоха в діаметрі, приблизно до 12 мм.

Хворому проведена лапароскопічна холецистектомія, під час якої була виконана ендоскопічна балонна дилатація великого дуодентального сосочка (ВДС). За 10-15 хв. перед виконанням ЕБД хворому було введено внутрішньовенно крапельно нітрат ізокета, розчиненого в 50 мл фізіологічного розчину. Через культю міхурового протока конкременти розміром 5-8 мм вилучено шляхом вимивання.

Післяопераційний період перебігав рівно, без ускладнень. Хворий виписаний на 4 добу у задовільному стані.

В порівнянні з прототипом, запропоноване технічне рішення дозволяє уникнути грізних післяопераційних ускладнень, таких як гострий деструктивний панкреатит та інші, а також скоротити строки реабілітації хворих.

Література:

1. Шалімов А.А., Шалімов С.А., Нічитайло М.С., Доманський Б.З. Хірургія печінки та жовчовивідних шляхів. - К.: Здоров'я, 1993. - С. 512.