

Винахід стосується медицини, а саме хірургії, і може бути використаний при проведенні інтраопераційної фіброхолангіоскопії у хворих з захворюваннями жовчних шляхів.

В зв'язку, з поширенням малоінвазивних хірургічних втручань (в тому числі інтраопераційної фіброхолангіоскопії) у хворих з холедохолітіазом та іншими захворюваннями жовчних шляхів, виникає необхідність в розробці технічно простих та доступних методів проведення останньої.

Усіма авторами відмічається, що в багатьох випадках, через гострий кут впадіння міхурового протоку в загальний жовчний протік, виникають технічні труднощі при проведенні фіброхоледохоскопу через куку міхурового протоку в проксимальні відділи жовчних шляхів, що приводить до проведення холедохотомії з послідовним зовнішнім дренажуванням холедоха, що ускладнює післяопераційний період. При лапароскопічних операціях такі труднощі виникають і при проведенні фіброхоледохоскопу через холедохотомічний отвір.

Відомий спосіб проведення інтраопераційної фіброхолангіоскопії у хворих з захворюваннями жовчних шляхів, який полягає у введенні фіброхолангоскопа в жовчні шляхи, при якому введення виконується з допомогою спеціальних затискачів, якими захоплюється кінець фіброхолангоскопа та стінка жовчних протоків, і фіброхолангоскоп вводиться в протік (див. Шестаков А.Л., Юрасов А.В. и др. Малоинвазивные методы лечения желчекаменной болезни, осложненной заболеванием общего желчного протока. Хирургия, 1999, №3. с.29-32).

Недоліком способу є часті пошкодження як апарата, так і стінок жовчних протоків.

За прототип прийнятий спосіб проведення інтраопераційної фіброхолангіоскопії у хворих з захворюваннями жовчних шляхів, який полягає у введенні фіброхолангоскопа за допомогою металевих провідників, які під час операції проводяться в інструментальний канал фіброхолангоскопа, вводяться в жовчні протоки і потім по них проводиться фіброхолангіоскоп (див. Калинин С.В. Эндоскопические та лапароскопические вмешательства при холедохолитиазе. Шпитальна хірургія, 2001, №2, с.55-58).

Суттєвим недоліком цього способу є те, що провідник не фіксується в просвіті протоків і при маніпуляціях з фіброхолангоскопом дислокується з просвіту протоків, що приводить до необхідності проведення повторних маніпуляцій та додаткових пошкоджень стінок протоків.

В основу винаходу покладене завдання створити такий спосіб проведення інтраопераційної фіброхолангіоскопії у хворих з захворюваннями жовчних шляхів, у якому шляхом зміни елемента, за допомогою якого вводять фіброхолангіоскоп, досягається можливість фіксування його всередині внутрішньопечінокових жовчних протоків, що значно скорочує та спрощує операцію. Зменшення тривалості операції має суттєве значення у хворих з супутньою патологією та хворих похилого віку.

Для вирішення завдання запропонований спосіб проведення інтраопераційної фіброхолангіоскопії у хворих з захворюваннями жовчних шляхів, який полягає у введенні фіброхолангоскопа за допомогою прямого елемента, у якому, згідно з винаходом, як напрямний елемент використовують балонний емболекстрактор, який зі здутим балоном вводять через інструментальний канал фіброхоледохоскопу в просвіт жовчних шляхів, роздувають балон і після цього по ньому вводять фіброхоледохоскоп.

Переваги способу полягають в тому, що балонний емболекстрактор (зонд Фогарті) більш гнучкий і має менший діаметр, і при його проведенні не травмуються стінки жовчних протоків, фіксація зонда в просвіті протоків дозволяє більш широко маніпулювати фіброхоледохоскопом.

Крім того, після холедохоскопії при виявленні конкременту в жовчних шляхах, балон на зонді здувається, зонд проводиться за конкремент, балон роздувається і проводиться видалення конкременту при вийманні фіброхоледохоскопу з жовчних шляхів, що значно скорочує та спрощує операцію, а це має виняткове значення у хворих похилого віку, та зі значною супутньою патологією.

Спосіб полягає в наступнім.

Через інструментальний канал фіброхоледохоскопу проводиться балонний емболекстрактор (зонд Фогарті) зі здутим балоном. Зігнутим зажимом (ендоскопічним або хірургічним) зонд проводиться в проксимальні відділи жовчних шляхів - внутрішньопечінокові. Балон роздувається, що приводить до фіксації зонда всередині внутрішньопечінокових жовчних протоків. І по зонду, як по фіксованому провіднику в проксимальні відділи жовчних шляхів проводиться фіброхоледохоскоп.

Наводимо приклад застосування запропонованого способу. Хворий К., 1927р. н. госпіталізований до клініки 18.08.2001 з діагнозом: хронічний калькульозний холецистит, холедохолітіаз, механічна жовтяниця. Проведені обстеження: загальні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові, УЗД, ЕРХПГ. Через невідповідність розмірів ВДС та діаметра конкременту, ендоскопічне видалення конкременту було технічно неможливе. Хворому був поставлений назобілярний дренаж і після нормалізації біохімічного аналізу крові запропоноване оперативне лікування. 27.08.2001 хворий оперований. При проведенні операції, після лапароскопічної холецистектомії, холедохотомії, проведена фіброхоледохоскопія дистальних відділів жовчних шляхів. Конкремент не виявлений. При спробі провести фіброхоледохоскоп в проксимальні відділи жовчних шляхів, через анатомічні особливості будови хворого виникли технічні труднощі. Був застосований вищеописаний спосіб. Це дозволило не тільки провести фіброхоледохоскопію проксимальних відділів жовчних шляхів, а і видалити конкремент. В загальному час операції був скорочений на 40хв. Післяопераційний період протікав без ускладнень. 05.09.2001 хворий в задовільному стані виписаний.

Запропонований спосіб в подальшому застосований у 11 хворих. Ускладнень не було.

Отже, застосування запропонованого способу дозволяє значно спростити інтраопераційну фіброхоледохоскопію проксимальних відділів жовчних шляхів, що приводить до меншої травматизації стінок жовчних шляхів, та значно зменшує тривалість операції. Все вищевикладене дозволяє значно покращити результати хірургічного лікування захворювань жовчних шляхів.