

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано для лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом у пациентов группы повышенного операционного риска.

Известны способы холецистостомии [1, 2]. Их недостатками являются травматичность и низкая эффективность из-за недостаточности дренирования магистральных желчных путей.

Наиболее близким по технической сущности и принятым за прототип является способ лечения острого калькулезного холецистита, включающий установку внутреннего эндобилиарного дренажа из двенадцатиперстной кишки в холедох [3].

Недостатком прототипа является большое число послеоперационных осложнений из-за отсутствия дренирования полости желудочного пузыря, что часто приводит к прогрессированию явления острого холецистита.

Задачей изобретения является снижение числа послеоперационных осложнений за счет одновременного дренирования как желчных протоков, так и желчного пузыря.

Поставленная задача решается тем, что в способе лечения острого калькулезного холецистита осложненного холедохолитиазом, включающем эндоскопическое введение дренажа из двенадцатиперстной кишки в холедох, отличающийся тем, что дренаж дополнительно вводят в пузырный проток и отодвигая конкременты, вводят в полость желчного пузыря.

Дополнительное введение дренажа в пузырный проток и в полость желчного пузыря, способствует быстрому стиханию острого воспалительного процесса, что и обуславливает резкое снижение числа послеоперационных осложнений.

Способ поясняется чертежом, где схематически представлен окончательный вид операции.

Способ выполняют следующим образом. Дуоденоскоп вводят в нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки 1, устанавливают напротив большого дуоденального соска 2, последний канюлируется, контрастируются магистральные желчные протоки 3 и желчный пузырь 4. При выявлении крупных конкрементов 5 в желчных протоках 3, не подлежащих эндоскопическому удалению или литотрипсии, а также конкрементов 6 в желчном пузыре 4 и признаков его воспаления (с учетом клинических и УЗИ данных) выполняют эндоскопическую папиллосфинктеротомию. Через рабочий канал эндоскопа проводят дренажную трубку 7 на проводнике, отталкивая из дистального отдела холедоха 3 конкременты 5 вводят трубку 7 в его просвет, продвигая ее на правой стенке общего желчного протока 3 направляют трубку 7 в пузырный проток и через него, отталкивая конкремент 6, вводят в шейку желчного пузыря, проводят дренаж в полость желчного пузыря 4. Дренажная трубка 7 имеет боковые отверстия на участках, расположенных в желчном пузыре и холедохе. Убедившись рентгенологически в правильности установки дренажной трубки 7 проводник, а затем и эндоскоп извлекают.

Пример: Больная Ж. 1916 г.р. история болезни № 1839/94 поступила с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, периодическое повышение температуры тела до 38°C, ознобы, желтушность кожных покровов. Известно, что последний год беспокоят боли в правом подреберье, ознобы, периодическая желтушность кожных покровов. Обследован: УЗИ - печень несколько увеличена, плотная, явления гепатита. Желчный пузырь увеличен, заполнен конкрементами, стенки уплотнены. Поджелудочная железа не увеличена, диффузно уплотнена. Гепатохоледох расширен до 2 см, содержит конкременты. Внутривеночные желчные протоки расширены.

ЭКГ: Синусовая брадикардия 60 уд. Полувертикальная электрическая позиция сердца. Диффузные изменения миокарда. Хроническая коронарная недостаточность.

Установлен диагноз: Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Холангит. Механическая желтуха. Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность.

Дуоденоскоп ввели в нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки установили напротив большого дуоденального соска, последний канюлирован, контрастированы магистральные желчные протоки и желчный пузырь. Выявлены конкременты в дистальном отделе холедоха, в желчном пузыре. Выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию. Через рабочий канал эндоскопа провели дренажную трубку на проводнике, отталкивая из дистального отдела холедоха конкременты, ввели трубку в его просвет, продвигая ее по правой стенке общего желчного протока направляя трубку в пузырный проток и через него прошли в полость желчного пузыря. Убедившись рентгенологически в правильности установки дренажа проводник, а затем и эндоскоп извлекаем.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана домой на 7-е сутки. Больная обследована через 1 месяц. Состояние удовлетворительное.

По предложенному способу пролечено 4 больных, осложнений не наблюдалось.

Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение предлагаемого способа позволяет снизить число послеоперационных осложнений.

