



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 45057

(13) A

(51) B6 A61B5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХОЛАНГІОМАНОМЕТРІЇ

1

2

(21) 2001042663

(22) 19 04 2001

(24) 15 03 2002

(46) 15 03 2002, Бюл. № 3, 2002 р.

(72) Даценко Борис Макарович, Крамаренко Кос-
тянтин Олександрович, Кутепов Сергій Борисович(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб холангіоманометрії, який складається з
доопераційної ендоскопічної канюляції великого

дуоденального соска та катетеризації загальної
жовчної протоки на визначену відстань для
вимірювання тиску в загальній жовчній протоці,
який відрізняється тим, що катетер установ-
люється у вигляді назобілярного дренажу, а
вимірювання тиску в жовчних шляхах виконують
після ендоскопічного дослідження та припинення
дії лікарських препаратів

Винахід віднесено до медицини, тобто до хірур-
гії, і може бути застосованим для вимірювання
тиску у загальному жовчному протоці при необхід-
ності в диференційній діагностиці стенозу та спаз-
му великого дуоденального соска (ВДС)

Відомий спосіб інтраопераційної холангіома-
нометрії, яка виконується кризь дренаж загального
жовчного протоку за допомогою апарата Вальд-
мана. Недоліком даної методики є певна громід-
кість способу, можливість застосування її тільки
під час операції, подовження часу операції, а та-
кож перекручення істинних даних тиску в жовчних
шляхах із-за впливу операційної травми, препара-
тів, що застосовуються при інгаляційному наркозі
(Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е.,
Доманський Б.В. Хирургия печени и желчевыво-
дящих путей - Киев «Здоровье», 1993 - 507 с.)

Найбільш близьким до способу, що заявляється,
є спосіб ендоскопічної перфузійної папілосфін-
ктероманометрії, пропонується співробітниками
Російського державного медичного університету.
Спосіб складається з ендоскопічної катетеризації
кризь великий дуоденальний сосок загального жо-
вчного протоку спеціальним трьохпросвітним кате-
тером (1,7 мм в діаметрі) та вимірюванні тиску в
різноманітних його відділах під час проведення
ендоскопічного дослідження. Недоліками даної
методики, є перекручення істинних даних тиску в
жовчних шляхах із-за наявності фіброендоскопу в
дванадцятипалій кишці (ДПК) при проведенні до-
слідження, впливу інсуфляції повітря на моторику
ДПК та жовчних шляхів, а також впливу лікарських
препаратів, що застосовуються для премедикації, на

моторику жовчних шляхів та НДС. Крім того, мето-
дика порівняно трудомістка, потребує значного
періоду часу (до 50 хвилин), а також застосування
складної апаратури, що робить її малопридатною
в клінічній практиці (Панцирев Ю.М., Орлов С.Ю.,
Чернякевич С.А., Будзинский А.А. Эндоскопичес-
кая перфузионная папилло-финктероманометрия.
Информационное письмо - Москва. Изд. РГМУ,
1994 - 15 с.)

В основу винаходу поставлена задача удоско-
налення способу холангіоманометрії, в якому за
рахунок зміни характеру установлювання катетеру
при скороченні часу проведення дослідження, до-
сягається підвищення якості діагностики стенозу-
ючих процесів НДС в доопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується в способі хо-
лангіоманометрії, який складається з дооперацій-
ної ендоскопічної канюляції НДС та катетеризації
загальної жовчної протоки на визначену відстань
вимірюванні тиску у загальній жовчній протоці,
який відрізняється тим, що катетер установлюють
у вигляді назобілярного дренажу (НБД), а вимірю-
вання тиску в жовчних шляхах виконують після
ендоскопічного дослідження та припинення дії
лікарських препаратів.

Спосіб, що заявляється, здійснюється таким
чином. Для виконання дослідження застосовують
катетер з діаметром 1,0 мм, довжиною 160 - 200 см,
що має 4 - 6 бічних перфораційних отворів на
ділянці від 5 до 12 см та позначку на відстані 15 см
від диастального краю. При виконанні стандарт-
ної дуоденопапілоскопії НДС канюлюється описа-
ним вище катетером, його знаходження в жовчно-

(13) A

(11) 45057

(19) UA

му протоці контролюють рентгенологічно. Катетер установлюють в загальний жовчний проток таким чином, щоб позначка знаходилась на рівні ВДС, при цьому перфораційні отвори містяться в холедохи на ділянці від 3 до 10см від вуст ВДС. Проксимальний кінець катетера виводиться через ніс, як при установленні стандартного НБД.

Холангіоманометрію виконують через 4 - 5 годин або на наступний день після ендоскопічного дослідження, коли припиняється дія лікарських препаратів, які застосовують для премедикації перед дуоденотопією. Назобілярний дренаж підключають до апарату Вальдмана, точка "О" якого устанавлюється на рівні дистального відділу холедохи (на рівні середньої пахової лінії справа) в положенні хворого лежачи на спині. Вимірювання тиску в холедохи виконують шляхом заповнення системи стерильною дистильованою водою та виконанням холангіоманометрії та дебітометрії. При холангіоманометрії вимірюють рівень тиску жовчі в холедохи (норма – 80 - 140mm b c). Потім виконується дебітометрія току дистильованої води в просвіт ДПК протягом 5 - 10хв при постійному виявленому тиску в жовчному протоці (норма - 15 - 20мл за хвил). Такі ж самі процедури повторюються при показниках тиску в холедохи 150 - 160mm b c (що може свідчити про спазм ВДС) після введення спазмолітиків або 100 UE Холецистокініну внутрішньовенно для оцінки функціонального стану ВДС, та диференційної діагностики стенозу та спазму папіли. Тиск в жовчних шляхах вимірюють за відомими методиками.

Приклад. Хвора А, 43 роки, вступила в хірургічне відділення з клінікою жовчнокам'яної коліки. При лабораторному дослідженні виявлена незначна гіпербілірубінемія -24ммоль/л (прямий білірубін - 14ммоль/л). Сонографічно виявлено хронічний калькульозний холецистит, ширина загального жовчного протоку складала 8мм. При дуоденотопії візуалізований не збільшений (до 7мм), легко канюлюємий ВДС (протягом 1 - 2 хвилин). Хворій була виконана ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), при якій знайдено заповнений контрастом холедох шириною 9мм, не містивший патологічних тіней. Пасаж контрастної речовини в дванадцятипалу кишку (ДПК) уповільнений (протягом 25хвилин).

Враховуючи сумнівні ультразвукові, ендоскопічні та рентгенологічні дані у відношенні стенозуючого процесу в ВДС, була виконана холангіоманометрія запропонованим способом. Тиск в холедохи склав 160мм водного стовпа, дебіт пасажу жовчі в ДПК - 25мл за хвилину. При повторенні дослідження через 30хв після внутрішньовенного введення 4,0мл но-шпи та 2,0мл метацину, тиск в жовчних шляхах складав 120мм водного стовпа, а дебіт пасажу жовчі - 5 - 7мл за хвилину. Одержані при холангіоманометрії дані свідчили про стійкий спазм папіли. Хвора отримувала медикаментозну терапію, спрямовану на лікування спазму ВДС, з добрим клінічним ефектом.

Таким чином, запропонований спосіб холангіоманометрії підвищує якість диференційної діагностики стенозу та спазму ВДС.