



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 50676

(13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

1

2

(21) 2002043444

(22) 25 04 2002

(24) 15 10 2002

(46) 15 10 2002, Бюл. № 10, 2002 р.

(72) Грубнік Володимир Володимирович, Калінчук  
Сергій Васильович, Дюжев Олександр Сергійович,  
Ткаченко Олександр Іванович(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування резидуального холедохолітіазу, що включає черезфістульне видалення конкрементів за допомогою ендоскопічного набору валізок Дормія, який відрізняється тим, що літоекстракцію проводять під контролем фіброхоледохоскопа, при цьому великі конкременти піддають механічній літотрипсії з наступним низведенням осколків в просвіт дванадцятипалої кишки

Винахід відноситься до області медицини, а саме до хірургії жовчовивідної системи печінки

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб ендоскопічного усунення резидуального холедохолітіазу [1,2] з використанням ендоскопічного стандартного набору валізок Дормія під рентгенологічним контролем. Цей метод полягає в проведенні ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, проведенні папілосфінктеротомії і видаленні конкрементів через великий сосок дванадцятипалої кишки

Однак, у цього методу є недолік: можливість розвитку таких ускладнень як кровотеча із розсіченої папили, розвиток гострого панкреатиту і ретроградна перфорація дванадцятипалої кишки. Також недоліками цього методу є радіаційна навантаження на медичний персонал і хворого

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу лікування резидуального холедохолітіазу у хворих з зовнішнім дренажем загального жовчного протоку шляхом використання підконтрольної літоекстракції, що дозволить в багатьох випадках знизити число ускладнень і виключити вплив променевого навантаження на хворого і медичний персонал

Поставлена задача вирішується тим, що літоекстракцію проводять під контролем фіброхоледохоскопа, при цьому крупні конкременти піддають механічній літотрипсії з наступним низведенням осколків в просвіт дванадцятипалої кишки

Спосіб здійснюється наступним чином після виявлення резидуальних конкрементів за даними контрольної черездренажної холангіографії, невинайдених під час проведення відкритої або лапа-

роскопічної ревізії протокової системи печінки, на 18 - 21 добу хворому проводять видалення зовнішнього дренажа холедоха. Після видалення дренажа по сформованому каналу в просвіт загального жовчного протока вводять фіброхоледохоскоп. При візуалізації конкремента виконують його захват і видалення за допомогою валізки Дормія, заведеної в загальний жовчний проток паралельно фіброхоледохоскопу. Потім проводять фрагментацію конкремента за допомогою титанового літотриптора з наступним низведенням осколків в просвіт дванадцятипалої кишки

Приклад конкретного виконання запропонованого способу

Хворий К. поступив в ОКЛ у відділення гастрохірургії через 16 діб після проведення операції з приводу гострого калькульозного холециститу, ускладненого холедохолітіазом і механічною жовтяницею. Оперативне лікування хворого проводилося в районній лікарні за ургентними показниками. У виписці вказувалося, що у хворого на протязі всього післяопераційного періоду зберігався високий дебіт жовчі по зовнішньому дренажу загального жовчного протоку, встановленого після інтраопераційної ревізії протокової системи печінки, під час якої із холедоха виділялася замазкоподібна жовч і мілкі конкременти до 5мм в діаметрі. На контрольній черездренажній холангіографії в місці звуження інтрамуральної частини холедоха візуалізується тінь конкремента до 6мм в діаметрі, який обтурирує просвіт загального жовчного протока. У зв'язку з цим, хворого направлено на подальше лікування в умови ОКЛ

На протязі двох діб хворого обстежено, вста-

(13) A

(11) 50676

(19) UA

новлений діагноз -постхолецистектомічний синдром, резидуальний холедохолітаз. В умовах ендоскопічної операційної хворому видалено зовнішній дренаж холедоха. По каналу в просвіт загального жовчного протока введено фіброхоледохоскоп. При огляді дистальних відділів виявлена наявність конкремента до 6мм в діаметрі, слизова холедоха помірно перемована, проксимальні відділи протокової системи без патології.

Через робочий канал фіброхоледохоскопа введена валізка Dormia, підведена до конкременту з наступним його захватом і видаленням. При контрольній фіброхоледохоскопії дистальних відділів загального жовчного протока конкрементів не виявлено, через великий дуоденальний сосок вільно проходить робоча частина фіброхоледохоскопу. Для декомпресії протокової системи печінки і зменшення підтікання жовчи по черезфистульному

каналу хворому встановлено транспапілярний стент, самостійна міграція котрого відмічена на 5-ту добу після його встановлення.

В подальшому хворий був виписаний на амбулаторне лікування за місцем проживання в задовільному стані.

В порівнянні з прототипом заявляємий спосіб дозволяє в ряді випадків уникнути проведення ендоскопічних втручань з виконанням папілосфінктеротомії, а у деяких хворих відмовитися від проведення повторної операції через раніше перенесені втручання на шлунку за Більрот-2.

Література

1 Nucci J R et al , Surg Endosc -1997 Vol 11 № 6 P 615-617

2 Майстренко Н А і соавт ,2000г , "Хирургия органов гепатобилиарной зоны» с 156 - 157

---

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 – 20 – 90

---

ТОВ "Міжнародний науковий комітет"

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 – 32 – 71