

Винахід стосується медицини, а саме хірургії, і може бути використаний при визначенні тактики хірургічного лікування запальних захворювань жовчних шляхів (холангітів).

Відомі способи хірургічного лікування холангітів спираються на дані таких обстежень, як загальний та біохімічний аналізи крові, УЗД, ЕРХПГ. Але достовірність цих методів обстежень при діагностиці холангітів становить 70-85%, що приводить до вибору неадекватної хірургічної тактики в 15-30% (Lai ECS, Mok FPT, Tan ESY, et al. Endoscopic drainage for severe acute cholangitis. N Eng J Med 1992; 326: 1582-6).

Найбільш близьким і прийнятим за прототип є спосіб хірургічного лікування запальних захворювань жовчних шляхів, який включає проведення лапаротомії або лапароскопії, виділення холедоха, холедохотомію, інтраопераційну фіброхолангіоскопію, зашивання холедоха і післяопераційне лікування. За прототипом при фіброхолангіоскопії проводять огляд жовчних шляхів за допомогою фіброхолангіоскопа та визначають наявність або відсутність запального процесу в жовчних протоках і при наявності ознак холангіту зашивання холедоха здійснюють з встановленням зовнішнього дренажу, а післяопераційне лікування проводять за допомогою масивної антибіотикотерапії (Шестаков А.Л., Юрасов А.В. и др., Малоинвазивные методы лечения желчекаменной болезни, осложненной заболеванием общего желчного протока. Хирургия, 1999, N23, с.29-32).

Недоліком цього способу є нечітка диференціація ступеня холангіту, що не дає можливості застосовувати диференційовану хірургічну та післяопераційну тактику лікування останнього, оскільки не при всякому ступені холангіту необхідно проводити зовнішнє дренування холедоха, та масивну антибіотикотерапію.

В основу винаходу покладено завдання створити такий спосіб хірургічного лікування запальних захворювань жовчних шляхів, у якому шляхом оцінювання вигляду слизової оболонки холедоха при інтраопераційній фіброхолангіоскопії досягається можливість диференціювати ступень важкості запального процесу жовчних шляхів, що дає можливість вибрати диференційовану хірургічну та післяопераційну тактику лікування.

Для вирішення завдання запропонований спосіб хірургічного лікування запальних захворювань жовчних шляхів, який включає проведення лапаротомії або лапароскопії, виділення холедоха, холедохотомію, інтраопераційну фіброхолангіоскопію, зашивання холедоха і післяопераційне лікування, у якому, згідно з винаходом, при інтраопераційній фіброхолангіоскопії оцінюють стан слизової оболонки холедоха, причому при інтраопераційній фіброхолангіоскопії оцінюють стан слизової оболонки холедоха, причому при збереженні циркулярної складчастості слизової холедоха на всьому протязі або сегментарне з крововиливами, наявності слизу, який легко змивається, - роблять висновок про легкий ступінь запалення, при відсутності циркулярної складчастості, наявності на слизовій на фоні масивних крововиливів дрібних ерозій вкритих фібрином, який важко відділяється від слизової, знаходженні в просвіті протоків гною - роблять висновок про ступінь запалення середньої важкості, а при наявності масивних ерозій з фібрином і виділенням сукровиці на фоні цілковитої відсутності циркулярної складчастості - роблять висновок про важку ступінь запалення і при легкій ступені - холедох зашивають повністю, а для післяопераційного лікування призначають один антибіотик, при запаленні середньої важкості - холедох зашивають з встановленням зовнішнього дренажу, а для післяопераційного лікування призначають один антибіотик, а при важкому ступені запалення - холедох зашивають з встановленням зовнішнього дренажу, а для післяопераційного лікування призначають масивну антибіотикотерапію двома або трьома антибіотиками.

Використання запропонованого способу дало можливість в ряді випадків скоротити час операції, уникнути небажаних ускладнень і незручностей, пов'язаних з встановленням зовнішнього дренажу та зменшити прояви печінкової та ниркової реакції в післяопераційному періоді, які можуть виникнути при призначенні кількох антибіотиків.

Спосіб здійснюється таким чином.

Під час операції на жовчних шляхах, після виділення холедоха, проводиться холедохотомія, в просвіт холедоха вводиться фіброхолангіоскоп. При огляді стінок та вмісту холедоха визначається ступінь запальних змін. За основні, легко сприйнятливі макроскопічні ознаки ступеня запального процесу жовчних шляхів взяті: циркулярна складчастість жовчних шляхів; гіперемія, крововиливи, ерозії слизової; наявність гною, слизу та фібрину.

Згідно запропонованого способу оцінки розрізняємо 3 ступеня макроскопічного вигляду слизової при запальних захворюваннях жовчних шляхів:

I ст. (легкий) - збережена циркулярна складчастість слизової холедоха на всьому протязі або сегментарне з крововиливами; слизова оболонка протоків кровоточить, вкрита слизом, який легко змивається;

II ст. (середня важкість) - циркулярна складчастість повністю відсутня; на слизовій на фоні масивних крововиливів дрібні ерозії вкриті фібрином, який важко відділяється від слизової; в просвіті протоків знаходиться гній;

III ст. (важкий) - на фоні цілковитої відсутності циркулярної складчастості, масивних ерозій з фібрином і виділенням сукровиці, з'являється "жовчне болото".

Підтвердженням правильності виділення вищевказаних ступенів важкості за виглядом слизової були гістологічні дослідження шматочків слизової та вмісту протоків, взятих при інтраопераційній фіброхолангіоскопії, які показали:

для легкого ступеню характерне повнокров'я слизової оболонки, ділянки десквамації епітелію, набряк стінок жовчних протоків, домішки слизу в їх просвіті;

для ступеню середньої важкості - на фоні набряку та повнокров'я слизової, десквамація епітелію та домішки гною в просвіті протоків;

для важкого ступеню характерні некроз, ерозії, десквамація епітелію слизової жовчних протоків, в просвіті яких знаходять поліморфно-ядерні лейкоцити, жовчні піменти, скупчення покривного епітелію, детрит, іноді колонії бактерій ("жовчне болото").

Далі визначається тактика лікування.

При холангіті I ст. зовнішнє дренування не проводиться і призначається антибіотикотерапія одним антибіотиком.

При холангіті II ст. проводиться зовнішнє дренування холедоха (постановка в холедох ПХВ трубки, яка виводиться за межі організму для відтоку жовчі, та промивання холедоха антисептиками), але призначається вищевказана антибіотикотерапія одним антибіотиком.

При холангіті III ст. проводиться, як зовнішнє дренування холедоха так і масивна антибіотикотерапія двома або трьома антибіотиками.

Конкретні приклади виконання способу.

Хвора П., 1935р.н. госпіталізована до клініки 23.01.02 з діагнозом: резидуальний холедохолітіаз, механічна жовтяниця, холангіт. Хвора обстежена: загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, УЗД. У зв'язку з парапапілярним дивертикулом провести ЕРХПГ було неможливо. Хворій запропоновано хірургічне лікування. 25.01.02 зроблена операція, яка включала лапаротомію, виділення холедоха, холедохотомію, інтраопераційну фіброхолангіоскопію, зашивання холедоха і післяопераційне лікування. Під час операції показники гемодинаміки були нестабільні. При інтраопераційній фіброхолангіоскопії була виявлена візуальна картина запального процесу в жовчних шляхах, яка відповідала першому ступеню важкості. Це дозволило відмовитись від зовнішнього дренування жовчних протоків і значно скоротити час операції. В післяопераційнім періоді хворій був призначений тільки один антибіотик, що зменшило прояви печінкової та ниркової недостатності в післяопераційнім періоді. В задовільному стані 06.02.02 хвора була виписана.

Хворий А., 1951р.н., поступив до клініки 03.02.02 з діагнозом: хронічний калькульозний холецистит, холедохолітіаз, механічна жовтяниця. Хворий обстежений: загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, УЗД, ЕРХПГ, ЕЕК. 07.02.02 хворий був взятий на другий етап хірургічного лікування. Після лапароскопічної холецистектомії, при проведенні фіброхолангіоскопії була виявлена візуальна картина запального процесу в жовчних шляхах, яка відповідає важкому ступеню запалення, хоча клініко-лабораторних проявів запального процесу в жовчних шляхах не було. Це спонукало провести зовнішнє дренування жовчних шляхів та призначити масивну антибіотикотерапію. Все це попередило виникнення та поширення гнійних ускладнень в післяопераційнім періоді. В задовільному стані 14.02.02 хворий був виписаний.

Запропонований спосіб був використаний при проведенні операцій у 61 хворого. У всіх випадках це дозволило вибрати оптимальну тактику лікування запальних процесів жовчних шляхів, що прискорило лікування, зменшило термін перебування хворих в стаціонарі, зменшило кількість ускладнень.