



УКРАЇНА

(19) UA (11) 26219 (13) U
(51) МПК (2006)
A61M 27/00
A61B 17/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ

1

(21) u200704706
(22) 27.04.2007
(24) 10.09.2007
(46) 10.09.2007, Бюл. № 14, 2007 р.
(72) Рязанов Дмитро Юрійович, Бамбизов Леонід Михайлович
(73) ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, Рязанов Дмитро Юрійович,

2

Бамбизов Леонід Михайлович
(57) Спосіб лікування гострого холангіту, що включає фіброгастродуоденоскопію, дренування загальної жовчної протоки зовнішнім дренажем, який **відрізняється** тим, що під час фіброгастродуоденоскопії додатково виконують папілосфінктеротомію, а перед введенням зовнішнього дренажу додатково встановлюють внутрішній дренаж.

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії органів травлення.

Для лікування гострого холангіту використовують способи зовнішнього дренування жовчних шляхів, з яких найбільш ефективними є зовнішнє дренування під час відкритої лапаротомної операції або зовнішнє ендоскопічне назобілярне дренування.

Відомий спосіб лікування гострого холангіту, який полягає в зовнішньому дренуванні жовчних шляхів: під час відкритої лапаротомної операції після усунення обтурації жовчних шляхів виконують їх зовнішнє дренування за однією з чисельних методик [Екстренная хирургия желчных путей / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, А.Ф. Элин, М.В. Конькова, А.А. Стукало // Донецк: ООО „Лебедь”, 2005. - 434с].

Вказаний спосіб дозволяє провести лікування гострого холангіту, але є травматичним, бо виконується під час відкритої операції, а у важких хворих з супутньою патологією супроводжується високою післяопераційною летальністю.

Найбільш близьким по сукупності ознак до запропонованого є спосіб тимчасового зовнішнього ендоскопічного дренування шляхом виконання фіброгастродуоденоскопії, введенням у загальну жовчну протоку (ЗЖП) зовнішнього дренажу та виведенням його через ніс [Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. - М.: Триада-Х, 2003. - 216с].

Вказана методика недостатньо ефективна, бо дозволяє проводити санацію загальної жовчної протоки лише тимчасово до моменту видалення

дренажу та не забезпечує постійне дренування жовчних шляхів.

У основу корисної моделі поставлена задача створити такий спосіб лікування гострого холангіту, який забезпечував би попередження рецидиву гострого холангіту у хворих з високим операційним ризиком виконання лапаротомної операції, за рахунок забезпечення постійного дренування.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає фібро-гастродуоденоскопію, та дренування ЗЖП зовнішнім дренажем, додатково встановлюють внутрішній дренаж, для чого попередньо проводять папілос-фінктеротомію.

Спосіб лікування зображений на малюнку:
Фіг.1. Дренування загальної жовчної протоки при фіброгастродуоденоскопії.

- 1 - загальна жовчна протока;
- 2 - дванадцятипала кишка;
- 3 - внутрішній дренаж;
- 4 - зовнішній дренаж.

Спосіб здійснюють таким чином: виконують фіброгастродуоденоскопію з оглядом ВСДК, під час якої виконують папілосфінктеротомію, при необхідності - ендоскопічну холедохолітоекстракцію. Потім здійснюють внутрішнє дренування ЗЖП шляхом її катетеризації дренажем через ВСДК та виведенням вільної частини дренажу у просвіт дванадцятипалої кишки (ДПК). Після цього виконується зовнішнє дренування ЗЖП шляхом її катетеризації дренажем через ВСДК та виведенням вільної частини дренажу через ніс (Фіг.1). Критерієм адекватного виконання комбінованого зовнішньо-внутрішнього дренування ЗЖП є надходження жовчі через один або обидва встановлені дренажі.

(19) UA (11) 26219 (13) U

Після операції через зовнішній дренаж проводять санацію ЗЖП розчинами антисептиків. Після ліквідації явищ холангіту, зовнішній дренаж видаляють, а внутрішній дренаж залишають, що забезпечує постійне адекватне надходження жовчі у просвіт ДПК.

Приклад 1. Хворий Ц., 74 років (історія хвороби №946), потрапив зі скаргами на біль в епігастрії та правому підребер'ї, озноб, підвищення температури тіла до 39,5°C, жовтяницю шкіряних покривів, нудоту, блювоту. Біля 10 років страждає на жовчнокам'яну хворобу. Має супутні захворювання у стадії декомпенсації: ішемічну хворобу серця, постінфарктний кардіосклероз, серцеву недостатність 3 стадії, а також цукровий діабет у стадії декомпенсації. Має високий операційний ризик.

Об'єктивно: стан важкий, жовтяниця. Живіт м'який, хворобливий в епігастрії і правому підребер'ї. За даними ультразвукового дослідження - дилатація внутрі- та позапечінкових жовчних шляхів, дистальний відділ ЗЖП і підшлункова залоза не визначаються.

13.02.2006р. виконана операція - ендоскопічна папілосфінктеротомія, внутрішнє та зовнішнє дренування ЗЖП. Після огляду ВСДК виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія, після чого через інструментальний канал фіброгастродуоденоскопу виконане внутрішнє дренування ЗЖП з виведенням його вільної частини у просвіт ДПК. Після цього через інструментальний канал фіброгастродуоденоскопу виконане зовнішнє дренування ЗЖП з виведенням його вільної частини через ніс. У просвіт ДПК надходить гнійна жовч. Проведена санація ЗЖП розчинами антисептиків через встановлений зовнішній дренаж.

Діагноз: Жовчнокам'яна хвороба. Холедохолітіаз. Гострий холангіт. Синдром механічної жовтяниці, стадія декомпенсації.

Післяопераційний період без ускладнень. Зовнішній назобілярний дренаж видалений на сьому добу після операції. Виписаний у задовільному стані.

Приклад 2. Хвора Х., 78 років (історія хвороби №1326), поступила зі скаргами на біль у правому підребер'ї, підвищення температури тіла до 39,0°C, озноб, жовтяницю шкіряних покривів, нудоту, блювоту. Хворіє близько п'яти років.

Об'єктивно: стан важкий, жовтяниця. Живіт м'який, хворобливий у правому підребер'ї. За даними ультразвукового дослідження - жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, дилатація внутрі- та позапечінкових жовчних шляхів з блоком на рівні дистального відділу ЗЖП. Має супутні захворювання у стадії декомпенсації: ішемічну хворобу серця, постінфарктний кардіосклероз, серцеву недостатність 2 стадії, стан після перенесеного інсульту з геміплегією, гіпертонічну хворобу 3-ї стадії. Має високий операційний ризик.

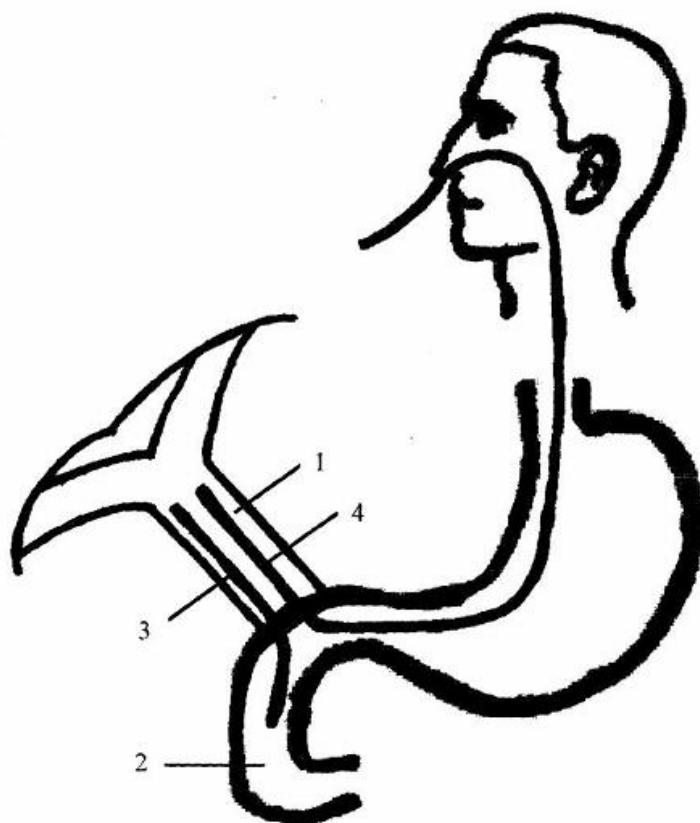
Ендоскопічне рентгенконтрастне обстеження (ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія): контрастується жовчний міхур із тіннями дрібних конкрементів, розширена до 18мм ЗЖП, у дистальному відділі якої визначається тінь конкременту.

Діагноз: Жовчнокам'яна хвороба. Хронічний калькульозний холецистит. Стеноз ВСДК. Холедохолітіаз. Гострий холангіт. Синдром механічної жовтяниці, стадія декомпенсації.

23.02.2007р. виконана операція - ендоскопічна папілосфінктеротомія, ендоскопічна холедохолітоекстракція, ендоскопічне внутрішнє та зовнішнє дренування ЗЖП. Після огляду ВСДК виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія, ендоскопічна холедохолітоекстракція. Далі через інструментальний канал фіброгастродуоденоскопу виконане внутрішнє дренування ЗЖП з виведенням його вільної частини у просвіт ДПК. Після цього через інструментальний канал фіброгастродуоденоскопу виконане зовнішнє дренування ЗЖП з виведенням його вільної частини через ніс. У просвіт ДПК надходить гнійна жовч. Проведена санація ЗЖП розчинами антисептиків через встановлений зовнішній дренаж.

Післяопераційний період без ускладнень. Виписана у задовільному стані.

Таким чином, спосіб, який пропонується, дозволяє ефективно проводити лікування гострого холангіту та попередити рецидив холангіту після видалення тимчасового зовнішнього дренажу, за рахунок того, що дренування здійснюється двома дренажами - тимчасовим зовнішнім та постійним внутрішнім, що дозволяє уникнути виконання лапаротомії у хворих з високим операційним ризиком та попередити летальність.



Фіг. 1. Дренування загальної жовчної протоки при фіброгастродуоденоскопії.

1 - загальна жовчна протока;

2 - дванадцятипала кишка;

3 - внутрішній дренаж;

4 - зовнішній дренаж.