

Винахід стосується лапароскопічної хірургії, а саме лапароскопічного лікування холедохолітіаза. Прототипом винаходу є спосіб двох етапного

лікування холедохолітіаза, тобто використання ендоскопічної папілоділятації - першої операції з наступним проведенням лапароскопічної холецистектомії- другої операції / Шаповальянц С.Г., Фёдоров Е.Д., Орлов С.Ю., Галкова З.В. Эндоскопическая балонная дилатация сфинктера Одди - современная альтернатива папиллотомии в лечении холедохолитиаза // Эндоскопическая хирургия. 2001. №4. С.48-56 / . У відношенні використання рідинних нітратів під час ендоскопічної папілоділятації знайдена невелика кількість повідомлень про внутрішньовенне та сублінгвальне введення нітратів для релаксації сфінктера Одді при холедохолітіазі / Uchida N., Ezaki T., Hirabayashi S. et al. Endoscopic lithotomy of common bile duct stones with sublingual nitroglycerin and guidewire// Am. J. Gastroenterology. - 1997. Vol. 92. P.140-143/. Проте, внутрішньовенне введення клінічних доз рідинних нітратів може супроводжуватися небажаними побічними ефектами (розширення менінгеальних судин, колапс, спазмолітичний ефект та інші).

Недоліком відомого способу є необхідність у проведенні двох операцій, що, звичайно, незручно для хворих, та збільшує тривалість лікування.

Запропонований нами винахід внутрішньопроктового введення мізерної, доклінічної дози препарату ізосорбід дінітрата (0,1%) 3,0 дозволив досягти релаксації сфінктера Одді, що по-перше, значно полегшує канюлізацію і ділятацію сфінктера Одді, по-друге, попереджає характерні небажані ефекти від загальної дії нітратів які можуть з'являтися при внутрішньовенному введенні клінічних доз препарату.

В основу винаходу „Спосіб лапароскопічного лікування холедохолітіаза" поставлене завдання шляхом внутрішньопроктового введення ізосорбід дінітрата з наступною антеградною папілоділятацією великого сосочка дванадцятипалої кишки досягти повної санації загальної жовчної протоки у випадках холедохолітіаза під час лапароскопічної холецистектомії. Поставлене завдання досягається шляхом застосування балонних зондів підвищеного тиску для трансдуоденальних втручань, в якому, згідно з винаходом, балонний зонд вводять через розтин міхурової протоки в загальну жовчну протоку і через нього виконують введення ізосорбід дінітрата (0,1%) 3,0мл розведеного у 7,0мл фізіологічного розчину в загальну жовчну протоку з наступною папілоділятацією сфінктера Одді та низведенням конкрементів у дванадцятипалу кишку під час лапароскопічної холецистектомії.

Спосіб здійснюється наступним чином. Під час лапароскопічної холецистектомії через розтин міхурової протоки поліхлорвініловим катетером діаметром 2мм проводять катетеризацію міхурової протоки, катетер проштовхують на глибину 2см, після чого його положення фіксують клипсою. Потім видаляють всі лапароскопічні інструменти та через катетер вводять уртраст 20,0 розбавлений на третину фізіологічним розчином і виконують холангіографію. У хворих з розширеною загальною жовчною протокою і міхуровою протокою інтраопераційна холангіографія мала вирішуюче значення для визначення розмірів внутрішньопроктових конкрементів та визначення тактики пізнання у всіх випадках, такт лікування у Використовують балонний катетер для ендоскопічних трансдуоденальних втручань довжиною 170см, діаметром 6Fg з балоном підвищеного тиску діаметром 12мм, та довжиною 4см і аналогічний балонний катетер діаметром 5,5Fg з балоном діаметром 8мм. Діаметр балона для папілоділятації підбирають в залежності від діаметра холедоха: діаметр балона завжди менший за діаметр холедоха, та балон завжди діаметром на 1-2мм більший за діаметр внутрішньопроктових конкрементів. На наш погляд, вибір балона адекватного діаметра сприяє незначній кількості характерних для папілоділятації

післяопераційних ускладнень. Через міхурову протоку по провіднику, проведеному в загальну жовчну протоку, встановлюється балонний ділятатор у великого дуоденального сосочка. Катетер вводили через троакар в правому підреб'ї по середньо ключичній лінії та за допомогою затискача, введеного через медіальний епігастральний троакар в отвір розсіченої міхурової протоки. Потім через отвір канапа балонного катетера в загальну жовчну протоку виконували ірригацію ізосорбіддшїтрат (0,1%) 3,0 розведеного в 7,0мл фізіологічного розчину. Шляхом холангіоманометрії встановлено, що через 5-6 хвилин після введення ізосорбід дінітрата внутрішньопроктовий тиск значно знижувався. За допомогою холедохоскопії після введення ізосорбід дінітрата спостерігали параліч сфінктера що, звичайно, спрощувало каналізацію та дилатацію сфінктера Одді балонним катетером. Через 5-6 хвилин після медикаментозної релаксації сфінктера Одді проштовхують балонний зонд в дванадцятипалу кишку, роздувають та підтягують до великого сосочка після чого зонд здувають і підтягують на 1,5-2см на себе згідно міткам на зонді. Таким чином, зонд своєю середньою частиною знаходиться у великому сосочку дванадцятипалої кишки. Контроль положення зонда у великому сосочку дванадцятипалої кишки проводять за

допомогою хол ангіографії (балонний зонд на крайніх своїх кінцях має рентгенпозитивні мітки).Після встановлення балона в сфінктері Одді виконується роздування балона шприцем під тиском 10 атмосфер на протязі 2 хвилин. Контроль тиску балона проводять спеціальним манометром, який є у комплекті з ендоскопічним балонним зондом. Завжди після папілоділятації та медикаментозної релаксації ізосорбід дінітратом виконують промивання холедоха струменем розчину новокаїна 0,5% 100,0 і гепаріном 15тис. Од повільно на протязі 20 хвилин. У випадках застосування медикаментозної релаксації ізосорбід дінітратом 3,0 та промивання холедоха струменем розчину новокаїна 0,5% 100,0 і гепаріном 15тис. Од відмічалось спонтанне відходження замазки, внутрішньопроктокових каменів діаметром 3- 5мм в 4 випадках. Дрібні конкременти, як правило, повністю видалялись з протоків в дванадцятипалу кишку, більш великі конкременти, які застрявали у великому сосочку дванадцятипалої кишки успішно проштовхувались наполовину здутим балонним зондом в дванадцятипалу кишку. Після промивання протоків виконувались контрольні інтраопераційні холангіограми, холедохоскоія.

Приклад: Хвора Д., 53 р., І.Х. №1713 знаходилась на лікуванні у Вінницькому Обласному Диспансері Радіаційного Захисту Населення з 24.09.01 по 6.10.01 з діагнозом гострий флегмонозний холецистит. Холедохолітіаз. Гострий гнійний холангіт. Механічна жовтяниця. Після передопераційної підготовки 24.04.02 була виконана: лапароскопічна холецистектомія з медикаментозною релаксацією ізосорбід дінітратом 3,0 та ділятацією великого сосочка дванадцятипалої

кишки балонним зондом підвищеного тиску на протязі 2 хвилин під тиском 10 атмосфер по описаній вище методиці. Із-за розширення загальної жовчної протоки до 14мм, численних конкрементів холедоха діаметром 4-8мм (що встановлено за допомогою інтраопераційної холедохоскопії) проведено зовнішнє дренажування холедоха по Холстеду-Піковському. В післяопераційному періоді проводились контрольні фістулограми, промивання холедоха розчином новокаїна 0,5% 100,0 і гепаріном 15тис. Од повільно на протязі 15-20хв. Дані клінічного та лабороторного спостереження вказували на неускладнений перебіг післяопераційного періода.

Запропонований метод антеградної папілоділятації у сполученні з медикаментозною релаксацією сфінктера Одді дозволяє під час лапароскопічної холецистектомії одномоментно вилікувати холедохолітаз.