



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **19398** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 1/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ДУОДЕНОХОЛЕДОХЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ

1

2

(21) u200606724

(22) 16.06.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.

(72) Велигоцький Миколай Миколайович, Арутюнов Сергій Едуардович, Велигоцький Олексій Миколайович, Трушин Олександр Сергійович, Горбуліч Олександр Вікторович, Маслов Сергій Павлович, Крамаренко Константин Олександрович, Шептуха Артем Олексійович

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб діагностики дуоденохоledoхеального рефлюксу шляхом проведення холангіоманометрії, який **відрізняється** тим, що додатково здійснюють дуоденоманометрію, проводять добовий моніторинг показників тиску в жовчних шляхах і дванадцятипалій кишці, і при перевищенні тиску в дванадцятипалій кишці над тиском в холедосі діагностують дуоденохоledoхеальний рефлюкс.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії жовчовивідних шляхів і дванадцятипалої кишки (ДПК) і призначена для діагностики дуоденохоledoхеального рефлюксу.

Відомим є спосіб діагностики дуоденохоledoхеального рефлюксу шляхом проведення рентгенологічного дослідження, при якому в дванадцятипалу кишку вводять зонд, через який водять контрастну речовину і визначають рефлюкс [Савельєв В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. Руководство по клинической эндоскопии - Москва «Медицина», 1985. - С.37].

Недоліками цього способу є неточність діагностики, опромінення пацієнта, неможливість моніторингу.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб діагностики рефлюксу шляхом проведення холангіоманометрії [Крамаренко К.А. Пути оптимизации эндоскопических методов лечения осложненных форм ЖКБ и эффективность их использования в нестандартных ситуациях: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Харьков - 2003г.]. Для дослідження використовують катетер діаметром 1,0мм, довжиною 160-200см, що має 4-6 бічних перфорацийних отвори на ділянці від 5 до 12см і мітку на відстані 15см від дистального його краю. Холангіоманометрію виконують через 4-5 годин чи наступного дня після ендоскопічного дослідження. Назобілярний дренаж підключають до апарата Вальдмана. Вимір тиску в холедосі здійснюють шляхом заповнення системи стерильною дистильованою водою і виконанням холангіоманометрії.

Недоліком способу є те, що визначають тиск у холедосі тільки в момент дослідження, що не дає змоги об'єктивно судити про виникнення рефлюксу.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу діагностики дуоденохоledoхеального рефлюксу, в якому за рахунок додаткового дослідження, досягається моніторинг тиску в холедосі та ДПК, за рахунок чого виявляють ступень дуоденохоledoхеального рефлюксу.

Поставлена задача вирішується в способі діагностики дуоденохоledoхеального рефлюксу шляхом проведення холангіоманометрії, згідно з корисною моделлю, додатково здійснюють дуоденоманометрію, проводять добовий моніторинг показників тиску в жовчних шляхах і дванадцятипалій кишці, і при перевищенні тиску в дванадцятипалій кишці над тиском в холедосі діагностують дуоденохоledoхеальний рефлюкс.

Одночасне проведення протягом доби дуоденоманометрії і холангіоманометрії дозволяє отримати об'єктивний показник наявності рефлюксу. Добовий моніторинг дозволяє діагностувати факт перевищення тиску в ДПК над тиском у холедосі - дуоденохоledoхеальний рефлюкс і частоту цього перевищення.

Спосіб, що заявляється, використовують таким чином.

Для проведення дуоденоманометрії і холангіоманометрії використовують прилад для виміру тиску в порожнинних органах. Реєстрацію проводять методом відкритого катетера. Використовують два катетери. Один катетер вводять в ДПК, а

(19) **UA** (11) **19398** (13) **U**

інший назобілярний через великий сосочок ДК у холедох, і по них з постійною швидкістю подають рідину. На проксимальному кінці до катетерів приєднують реєстратор для виміру тиску. Електричний сигнал від перетворювача тиску підсилюється і за допомогою аналогового-цифрового перетворювача переводиться в цифрову форму. Цифрові дані передаються на ЕОМ, де здійснюють їх аналіз і графічне відображення.

У нормі тиск у холедосі (залишковий) 100-140 мм.вод.ст., тиск у ДПК - 100-120 мм.вод.ст. - має позитивний градієнт між холедохом і ДПК. При хронічних порушеннях дуоденальної прохідності (ХПДП) підвищується тиск у ДПК, що починає перевищувати тиск у позапечінкових жовчних шляхах, тобто виникають умови для розвитку дуоденохоледохеального рефлюксу. (ДХР). Особливо виражений дуоденохоледохеальний рефлюкс у ранньому післяопераційному періоді до адаптації печінки до відсутності obturatorної функції холедоходуоденального переходу і відновленню достатньої продукції жовчі. Тлом розвитку ДХР є печінкова і ентеральна недостатність при холемічній і аутоінтоксикації. При ХНДП виконання сфінктероруйнуючих операцій приводить до ряду ускладнень: до постійного рефлюксу в жовчні і панкреатичні протоки, гострому холангіту, рецидивуючому

панкреатиту, функціональним і морфологічним змінам печінки, а проведення сфінктерозберігаючих ендоскопічних методик дозволяє уникнути даних ускладнень.

Клінічний приклад

Хворий К., 58 років, історія хвороби №256, надійшов у клініку з діагнозом жовчнокам'яна хвороба-II. Хронічний калькульозний холецистит. Холедохолітаз. При УЗД визначається розширення холедоха до 1 см. Дуоденоскопія - ВС ДК невеликих розмірів, устя гіперемовано, ЕРХПГ- холедох до 1 см, у просвіті дрібні конкременти 3-4 мм. Методом відкритого катетера зроблено холангіоманометрію і дуоденоманометрію: тиск у холедосі - 130 мм.вод.ст., тиск у дванадцятипалій кишці - 120 мм.вод.ст. Добовий моніторинг - тиск у ДК перевищує тиск у холедосі протягом 2 годин. З огляду на дане обстеження, хворому виконана балонна дилатація з холедохолітоекстракцією. Збереження сфінктера Одді послужило профілактикою дуоденохоледохеального рефлюксу і холангіту в післяопераційному періоді.

Таким чином, запропонований спосіб діагностики дуоденохоледохеального рефлюксу і його ступеня дозволяє виробити алгоритм диференційованого підходу до вибору ендоскопічної методики.