



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66220 (13) U
(51) МПК
A61B 18/12 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИБОРУ МЕТОДУ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) u201107528

(22) 14.06.2011

(24) 26.12.2011

(46) 26.12.2011, Бюл. № 24, 2011 р.

(72) ВЕЛИГОЦКИЙ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, ВЕЛИГОЦКИЙ ОЛЕКСІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ПАВЛИЧЕНКО СТАНИСЛАВ АРТУРОВИЧ, КОМАРЧУК ВІКТОР ВАСИЛЬОВИЧ, ТРУШИН ОЛЕКСАНДР СЕРГІЙОВИЧ, ШАДРІН ОЛЕГ ВАЛЕНТИНОВИЧ, АРУТЮНОВ СЕРГІЙ ЕДУАРДОВИЧ, ГОРБУЛІЧ ОЛЕКСАНДР ВІКТОРОВИЧ, ШЕПТУХА АРТЕМ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб вибору методу ендоскопічного лікування гострого біліарного панкреатиту шляхом визначення морфологічних змін, який **відрізняється**

тим, що визначають тип морфологічних змін в термінальному відділі холедоха за допомогою імпедансометрії, при цьому оцінюють показники реактивного опору електричному струму (X_0) та електроємності тканин (C_0), при $X_0 < 333$ Ом та $C_0 > 4,4$ мкф. діагностують наявність набряку великого сосочка дванадцятипалої кишки, при $X_0 < 608$ Ом та $C_0 > 2,14$ мкф. діагностують наявність фіброзу, при $333 < X_0 < 608$ Ом та $4,4 < C_0 < 2,14$ мкф. діагностують відсутність морфологічних змін в термінальному відділі холедоха і при наявності набряку виконують назобіліарне дренирування, при фіброзних змінах в термінальному відділі холедоха виконують папілосфінктеротомію, а при відсутності фіброзних або набрякових змін (норма) проводять балонну дилатацію.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії та може бути використана для хірургічного лікування хворих на гострий біліарний панкреатит.

Відміною біліарного панкреатиту від інших форм є обструкція термінального відділу холедоха, що виникає завдяки біліарному спадку, холедохолітазу або спазму сфінктерного апарата. Однією з причин біліарної обструкції при гострому біліарному панкреатиті є папілостеноз при наявності рубців у зоні термінального відділу холедоха (TBX). Терапія гострого біліарного панкреатиту включає медикаментозне лікування та виконання біліарної декомпресії. Біліарна декомпресія особливо потрібна при наявності явищ обструкції TBX. Стандарти медикаментозного лікування добре відомі і не є дискусійними.

Відомий спосіб біліарної декомпресії при гострому біліарному панкреатиті шляхом виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії. Недоліком виконання біліарної декомпресії шляхом папілосфінктеротомії є високий ризик виникнення кровотечі, але при наявності рубцевого процесу в зоні TBX це майже єдиний метод що дозволяє виконати біліарну декомпресію, також папілосфінктеро-

томія повинна виконуватися при наявності конкретів в жовчовивідних шляхах.

Відомий спосіб балонної дилатації TBX, що застосовується для відновлення прохідності TBX (Fan S.T., Lai E.C., Mok F.P., Lo C.M., Zheng S.S., Wong J. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. // N. Engl. J. Med. - 1993. - Vol. 328, №4. - P. 228-232). Недоліком цього способу при наявності набряку великого дуоденального соска є високий ризик розвитку повторного нападу панкреатиту та недостатня ефективність самої декомпресії за рахунок швидкого відновлення обструкції.

Відомий спосіб біліарної декомпресії шляхом назобіліарного дренирування (Патент №37044. МПК⁶ A61B 17/00. Україна. Хворостов Є.Д., Захарченко Ю.Б., Томін М.С. Спосіб назобіліарного дренирування гепатикохоледоха при гострому обтураційному холангіті. Заявл. 01.07.2008; Опубл. 10.11.2008. // бюл. №21/2008). Проте цей спосіб є тимчасовим і його застосування обмежене тими випадками, коли виконання інших методів є ризикованим.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є вибір методу декомпресії жовчних шляхів при механічній жовтяниці (Шаповальянц С.Г., Цкаев

(19) UA (11) 66220 (13) U

А.Ю., Грушко Г.В. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе. // Анналы хирургической гепатологии. - 1997. - Т. 2. - С. 117-122). Для цього здійснюють контрастування протоків та візуальну ендоскопічну оцінку стану великого дуоденального сосочка, а також периампулярної ділянки.

Проте цей метод зосереджується на двох методах біліарної декомпресії: папілотомії як ключний метод біліарної декомпресії та черезшкірної декомпресії жовчовивідних шляхів як тимчасовий метод декомпресії. Але використання черезшкірної декомпресії може супроводжуватися порушенням герметизації дренажів та жовчним перитонітом. Папілотомія, на нашу думку, не завжди є методом вибору при відсутності великих конкрементів і може бути замінена балонною дилатацією.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу вибору методу ендоскопічного лікування гострого біліарного панкреатиту, в якому за рахунок урахування морфологічних змін в термінальному відділі холедоха, досягається оптимізація лікування хворих на гострий біліарний панкреатит.

Поставлена задача вирішується у способі вибору методу ендоскопічного лікування гострого біліарного панкреатиту шляхом визначення морфологічних змін, згідно з корисною моделлю, визначають тип морфологічних змін в термінальному відділі холедоха за допомогою імпедансометрії, при цьому оцінюють показники реактивного опору електричному струму (X_0) та електроємності тканин (C_0), при $X_0 < 333$ Ом та $C_0 > 4,4$ мкф. діагностують наявність набряку великого сосочка дванадцятипалої кишки, при $X_0 < 608$ Ом та $C_0 > 2,14$ мкф. діагностують наявність фіброзу, при $333 < X_0 < 608$ Ом та $4,4 < C_0 < 2,14$ мкф. діагностують відсутність морфологічних змін в ТВХ і при наявності набряку виконують назобіліарне дренування, при фіброзних змінах в термінальному відділі холедоха виконують папілосфінктеротомію, а при відсутності фіброзних або набрякових змін (норма) проводять балонну дилатацію.

Визначення морфологічних змін здійснюють методами імпедансометрії термінального відділу холедоха та визначення тиску у балоні під час пробної балонної дилатації та виконують балонну дилатацію термінального відділу холедоха при відсутності морфологічних змін, назобіліарне дренування при наявності набряку, папілотомію при наявності фіброзних змін.

Заявлений спосіб здійснюють наступним чином.

Після канюляції ТВХ проводять визначення типу морфологічних змін в ТВХ за допомогою імпедансометрії.

При виконанні імпедансометрії оцінюють показники реактивного опору електричному струму (X_0) та електроємності тканин (C_0). При $X_0 < 333$ Ом та $C_0 > 4,4$ мкф. діагностують наявність набряку ВСДК. При $X_0 < 608$ Ом та $C_0 > 2,14$ мкф. діагностують наявність фіброзу. При $333 < X_0 < 608$ Ом та $4,4 < C_0 < 2,14$ мкф. діагностують відсутність морфологічних змін в ТВХ.

При наявності набряку виконують назобіліарне дренування, при фіброзних змінах в ТВХ виконують папілосфінктеротомію, а при відсутності фіброзних або набрякових змін (норма) проводять балонну дилатацію.

При вимірюванні тиску у балоні під час пробного сеансу балонної дилатації також виявляють наявність фіброзних змін, що не були діагновані під час виконання імпедансометрії.

При швидкому зростанні тиску в балоні під час пробної дилатації (вище 200 мм.рт.ст./мл) діагностують наявність фіброзних змін, що не були виявлені під час імпедансометрії та виконують таким хворим папілосфінктеротомію.

Використання цього методу дозволило діагностувати тип морфологічних змін в ТВХ з чутливістю 98 % та специфічністю 97 % та вибирати метод біліарної декомпресії, що дозволило покращити результати лікування хворих.

Спосіб використаний у 123 хворих. Ускладнень, що пов'язані з виконанням процедури, не спостерігалось. У всіх хворих отриманий стійкий позитивний ефект.