



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **104588** (13) **U**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2015 07156</b>	(72) Винахідник(и): <b>Дронов Олексій Іванович (UA), Ковальська Інна Олександрівна (UA), Насташенко Ігор Леонідович (UA), Горlach Андрій Іванович (UA), Насташенко Олексій Ігорович (UA), Коваленко Андрій Петрович (UA), Цимбалюк Руслан Степанович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>17.07.2015</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.02.2016</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.02.2016, Бюл.№ 3</b>	(73) Власник(и): <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бульвар Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)</b>

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

### (57) Реферат:

Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту включає ендоскопічне стентування головної панкреатичної протоки. Після візуалізації великого дуоденального сосочка в головній протоці підшлункової залози виконують стентування панкреатичної протоки стентом діаметром 7 Fr. Боковий отвір стента розташовано так, щоб він знаходився в просвіті ампули великого дуоденального сосочка на рівні жовчних проток. Для правильного розташування стента орієнтуються по мітках на ньому. Через 2-3 тижні, після ліквідації явищ гострого панкреатиту, стент видаляють, при наявності холедохолітіазу виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію.

UA 104588 U



Корисна модель, що заявляється, належить до галузі медицини, зокрема до ендоскопічної хірургії жовчних проток і підшлункової залози та може бути використана при лікуванні хворих на гострий біліарний панкреатит.

Біліарний генез є одним з домінуючих етіологічних чинників, що призводять до розвитку гострого некротичного панкреатиту. У загальній структурі захворюваності на гострий панкреатит, частка біліарного становить 20-68 % [1, 3, 6]. При цьому 15-20 % - важкі форми захворювання, з летальністю 80 %, що зумовлено інфекційними ускладненнями [4, 10]. Успіх лікування гострого біліарного панкреатиту залежить від ліквідації біліарної і панкреатичної гіпертензії в перші години захворювання як пускових, патогенетично значущих чинників розвитку інфікованого панкреонекрозу. Саме на ранніх стадіях гострого біліарного панкреатиту ефективними методами лікування є ендоскопічні транспапілярні втручання [9].

Відомим способом хірургічного втручання при гострому біліарному панкреатиті є ендоскопічна папілосфінктеротомія, що повинна бути виконана у перші 24 години від початку захворювання [5]. Недоліком даного способу є можливість виникнення специфічних ускладнень пов'язаних з папілотомією: саме кровотеча з папілотомної рани (0,6-2,5 %) та перфорація дванадцятипалої кишки (0,8-6,5 %), ризик яких зростає на тлі коагуляційних порушень і набряку слизової дванадцятипалої кишки при гострому панкреатиті [7, 8]. Додаткова електротермічна травма поглиблює деструкцію підшлункової залози.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є спосіб ендоскопічного стентування головної панкреатичної протоки з метою ліквідації панкреатичної протокової гіпертензії у пацієнтів з хронічним фіброзним панкреатитом [2]. Недоліком даного способу-прототипу є відсутність адекватної декомпресії жовчних проток, виникнення ускладнень.

В основу корисної моделі поставлена задача розробити спосіб одночасної ендоскопічної ліквідації біліарної та панкреатичної гіпертензії та мінімізувати ризик можливих після ендоскопічних ускладнень.

Відмінною особливістю корисної моделі, що заявляється, є забезпечення адекватної декомпресії панкреатичної та жовчних проток шляхом стентування головної панкреатичної протоки стентом, який має боковий отвір, для забезпечення відтоку жовчі.

Задачею корисної моделі є поліпшення ефективності лікування пацієнтів на гострий біліарний панкреатит та збереження травної функції підшлункової залози у періоді реконвалесценції.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі досягається за рахунок усунення біліарної і панкреатичної гіпертензії в ранні терміни захворювання за допомогою запропонованого стента, з наступною відстроченою ендоскопічною папілосфінктеротомією, що виконується після ліквідації запальних змін у підшлунковій залозі та системних порушень гемостазу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає ендоскопічне стентування головної панкреатичної протоки, згідно з корисною моделлю після візуалізації великого дуоденального сосочка в головній протоці підшлункової залози виконують стентування панкреатичної протоки стентом діаметром 7 Fr, при цьому боковий отвір стента розташований так, щоб він знаходився в просвіті ампули великого дуоденального сосочка на рівні жовчних проток, для правильного розташування стента орієнтуються по мітках на ньому, через 2-3 тижні, після ліквідації явищ гострого панкреатиту, стент видаляють, при наявності холедохолітазу виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію.

Спосіб здійснюється наступним чином: Виконують дуоденоскопію. Візуалізують великий дуоденальний сосочок, через його устя канюлюють головну панкреатичну протоку, достовірність її катетеризації встановлюють аспіраційною пробєю або виконують панкреатографію. Через просвіт катетера в панкреатичну протоку встановлюють провідник і по ньому за загальноприйнятою методикою виконують стентування панкреатичної протоки стентом діаметром 7 Fr. При цьому боковий отвір стента розташований так, щоб він знаходився в просвіті ампули великого дуоденального сосочка на рівні жовчних проток. Для правильного розташування стента орієнтуються по мітках на ньому. Через 2-3 тижні, після ліквідації явищ гострого панкреатиту, стент головної панкреатичної протоки видаляють, при наявності холедохолітазу виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію.

Спосіб, що заявляється, був апробований на базі Київського центру хірургії захворювань печінки, жовчних протоків та підшлункової залози імені В.С. Земскова, КМКЛ № 10. У всіх випадках використання запропонованого способу відмічалась ліквідація больового синдрому та жовтяниці. Отримані позитивні результати дозволяють рекомендувати спосіб, що заявляється, до широкого впровадження у медичну практику.

Список використаної літератури:

1. Андрущенко В.П., Лисюк Ю.С., Бідюк Д.М. Гострий біліарний панкреатит: обґрунтування диференційованих тактичних підходів // Науковий вісник Ужгородського Університету. Серія: Медицина. - Випуск 2 (41). - 2011. - С. 14-17.
- 5 2. Будзинский С.А., Мыльников А.Г., Ченякевич П.Л. Ретроградное транспапиллярное стентирование протока поджелудочной железы в комплексном лечении больных с хроническим панкреатитом // Анналы хирургической гепатологии. - 2014. - № 1 - С.40-50.
3. Вервега Б.М. До питання етіології гострого біліарного панкреатиту // Медицина транспорту України. - 2014. - № 3 - С. 41-44.
- 10 4. Миминошвили О.И., Антонюк О.С, Украинский В.В. Хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита // Харківська 72-га хірургічна школа. - 2013. - Т. 59, № 2. - С. 72-76.
5. Парфенов И.П., Ярош А.А., Сергеев О.С. Прогнозирование острого билиарного панкреатита при ущемленном конкременте большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки // Анналы хирургической гепатологии. - 2010. - Т. 15. - № 2. - С. 87-91.
- 15 6. Рентген-ендоскопічна діагностика захворювань підшлункової залози / І.Л. Насташенко, О.І. Дронов, І.О. Ковальська // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2010. - №2 - С. 29-31.
7. Хацько В.В., Шаталов А.Д., Шаталов С.А. Транспапиллярные вмешательства у больных с осложненным холедохолитиазом // Український Журнал Хірургії. - 2011. - Т. 10, № 1. - С. 124-127.
- 20 8. Шаповальянц С.Г. Диагностика и лечение острого билиарного панкреатита // Анналы хирургической гепатологии. - 2009. - Т. 4, № 1. -С. 29-33.
9. American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis / S. Tenner, J. Baillie, J. DeWitt, S. S. Vege // Am. J. Gastroenterol. - 2013. - Vol. 108, N 9. -P. 1400-1415.
- 25 10. Cruz-Santamaria D. M. Update on pathogenesis and clinical management of acute pancreatitis / D.M.Cruz-Santaman'a, C. Taxonera, M. Giner // World J. Gastrointest. Pathophysiol. - 2012. - Vol. 3, N 3. - P. 60-70.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту, що включає ендоскопічне стентування головної панкреатичної протоки, який **відрізняється** тим, що після візуалізації великого дуоденального сосочка в головній протоці підшлункової залози виконують стентування панкреатичної протоки стентом діаметром 7 Fr, при цьому боковий отвір стента розташовано так, щоб він знаходився в просвіті ампули великого дуоденального сосочка на рівні жовчних проток, для правильного розташування стента орієнтуються по мітках на ньому, через 2-3 тижні, після ліквідації явищ гострого панкреатиту, стент видаляють, при наявності холедохолітіазу виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію.

---

Комп'ютерна верстка М. Мацело

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601