



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **104589** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00
A61B 17/94 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2015 07157	(72) Винахідник(и): 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)
(22) Дата подання заявки: 17.07.2015	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.02.2016	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.02.2016, Бюл.№ 3	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бульвар Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

(57) Реферат:

Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту включає усунення біліарної і панкреатичної гіпертензії в ранні терміни захворювання, у якому виконують канюляцію головної панкреатичної протоки, через просвіт катетера встановлюють провідник і виконують стентування панкреатичної протоки стентом діаметром 7 Fr, що має антирефлюксний клапан. Через 2-3 тижня після ліквідації явищ гострого панкреатиту, стент видаляють, при наявності холедохолітіазу виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію.

UA 104589 U

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема до ендоскопічної хірургії, та може бути використана при лікуванні хворих на гострий біліарний панкреатит.

Кількість пацієнтів з ускладненим перебігом жовчнокам'яної хвороби залишається стабільно високою. Саме холедозолітіаз в 17,3-35,9 % випадків є етіологічним фактором розвитку гострого панкреатиту [1, 5, 9]. Відмінною особливістю біліарного панкреатиту є можливість проведення патогенетично обґрунтованого оперативного лікування, яким вважається ендоскопічне втручання на великому дуоденальному сосочку, що виконується для декомпресії протокової системи підшлункової залози.

Відомий спосіб ендоскопічної папілосфінктеротомії, що виконується в екстреному порядку, дозволяє запобігти прогресуванню патологічного процесу в підшлунковій залозі та зменшити відсоток важких форм гострого біліарного панкреатиту, які спостерігаються в 15-25 % і супроводжуються високою летальністю (25-37 %) [4, 6]. Недоліком способу є частота ускладнень, що спостерігається в 5,6-17 % з летальністю - 0,9-1,7 % [10, 3, 7]. Холангіт, є важким ускладненням, та розвивається у 11,6 % хворих після виконаної ендоскопічної папілосфінктеротомії [8]. Руйнування сфінктерного апарату термінального відділу жовчних протоків та рефлюкс інфікованої жовчі в протокову систему підшлункової залози потенціуює її аутоліз, обумовлений активацією протеолітичних ферментів та в свою чергу посилює некробіотичні процеси в залозі.

Найбільш близьким аналогом до способу, що запропоновано, є спосіб ендоскопічного стентування головної панкреатичної протоки для ліквідації панкреатичної протокової гіпертензії у пацієнтів з хронічним фіброзним панкреатитом [2]. Але, застосування даного способу у хворих на гострий некротичний панкреатит сприятиме інфікуванню панкреатичних некротів при рефлюксі дуоденального вмісту в панкреатичну протоку, що є суттєвим недоліком.

В основу корисної моделі поставлена задача забезпечення адекватної декомпресії головної панкреатичної протоки з попередженням рефлюксу дуоденального вмісту у жовчні шляхи та панкреатичну протоку, що попередить розвиток холангіту та зменшить ризик розвитку інфікованого некротичного панкреатиту.

Відмінною особливістю корисної моделі, що заявляється, є ліквідація панкреатичної та біліарної гіпертензії шляхом стентування головної панкреатичної протоки стентом, з антирефлюксним клапаном, який запобігає потраплянню жовчі у головну панкреатичну протоку.

Технічний результат полягає в тому, що за рахунок усунення біліарної і панкреатичної гіпертензії в ранні терміни захворювання за допомогою запропонованого стенту з наступною відстроєною ендоскопічною папілосфінктеротомією, що виконується після ліквідації запальних змін у підшлунковій залозі та системних порушень гемостазу.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб включає усунення біліарної і панкреатичної гіпертензії в ранні терміни захворювання, в якому, згідно з корисною моделлю, виконують канюляцію головної панкреатичної протоки, через просвіт катетера встановлюють провідник і виконують стентування панкреатичної протоки стентом діаметром 7 Fr, що має антирефлюксний клапан, через 2-3 тижня, після ліквідації явищ гострого панкреатиту, стент видаляють, при наявності холедохолітіазу виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Після дуоденоскопії та візуалізації великого дуоденального сосочка, виконують канюляцію головної панкреатичної протоки, достовірність її катетеризації встановлюють аспіраційною пробой або виконанням панкреатографії. Через просвіт катетера в панкреатичну протоку встановлюють провідник і по ньому за загальноприйнятою методикою виконують стентування панкреатичної протоки стентом діаметром 7 Fr, що має антирефлюксний клапан. Через 2-3 тижня, після ліквідації явищ гострого панкреатиту, стент головної панкреатичної протоки видаляють, при наявності холедохолітіазу виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію.

Приклад. Хвора В., 1970 р.н., № історії хвороби 113451, госпіталізована в клініку із діагнозом гострий біліарний панкреатит, через 12 годин після початку захворювання. Госпіталізована у відділення реанімації та інтенсивної терапії, виконали аналіз сироватки крові на наявність рівня сироваткової альфа амілази та виконали УЗД ОЧП. Виявлено збільшення розмірів підшлункової залози, високий рівень альфа сироваткової амілази. Розпочато комплексну інтенсивну терапію у відділенні, через 3 години від госпіталізації хворого в стаціонар виконали стентування головних панкреатичних проток стентом з антирефлюксним клапаном. Після ліквідації явищ гострого панкреатиту, через 3 тижні видалили стент головної панкреатичної протоки з антирефлюксним клапаном та виконали ендоскопічну папілосфінктеротомію з видаленням конкременту з холедоху.

По запропонованому способу проведено лікування 12 хворих. Терміни нормалізації та строки лікування в середньому склали 18 діб. В той же час при лікуванні 12 хворих по

найближчому аналогу середні терміни лікування склали 43 доби, при цьому один хворий помер від розвитку ранньої поліорганної недостатності.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє скоротити терміни лікування та летальність.

5

Список використаної літератури:

1. Алгоритм лечения тяжелого острого некротического панкреатита / А.И. Дронов, И.А. Ковальская, В.Ю. Уваров [и др.] // Материалы XX Юбилейного Междунар. конгр. Асоц. хирургов-гепатологов стран СНГ "Актуальные вопросы проблем хирургической гепатологии". - Донецк, 2013. - С. 165-166.
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. Грубнік В.В. Досвід хірургічного лікування деструктивних панкреатитів / В.В. Грубнік, Ю.М. Кошель, О.І. Ткаченко // Хірургічна перспектива. - 2014. - № 1 (8). - С. 34-36.
4. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовеснов Д.А. Диагностика и лечение острого панкреатита // Видар - 2013 - С. 382.
5. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовеснов Д.А. Диагностика и лечение острого панкреатита // Видар - 2013 - С. 382.
6. Копчак В. М. Сучасна тактика хірургічного лікування тяжких форм гострого панкреатиту / В.М. Копчак // Клінічна хірургія. - 2011. - № 5 (818). - С. 25-26.
7. Лечение больных некротическим панкреатитом / В.В. Бойко, Е.В. Мушенко, А.М. Тищенко [та інш.] // Харківська хірургічна школа. - № 2 (65). - 2014. - С. 6-11.
8. Рентген-ендоскопічна діагностика захворювань підшлункової залози / І.Л.Насташенко, О.І.Дронов, І.О. Ковальська[та ін.]/Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2010. - № 2. - С. 29-31.
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, N9.-P. 1400-1415.
10. Early treatment of acute pancreatitis: do not forget the need for water / R. Pezzilli, A. Imbrogno, D. Fabbri, R. Corinaldesi // JOP. - 2011. - № 12. - P. 495-496.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту, що включає усунення біліарної і панкреатичної гіпертензії в ранні терміни захворювання, який **відрізняється** тим, що виконують канюляцію головної панкреатичної протоки, через просвіт катетера встановлюють провідник і виконують стентування панкреатичної протоки стентом діаметром 7 Fr, що має антирефлюксний клапан, через 2-3 тижня 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