



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **107326** (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**

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2016 00002</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Хомяк Ігор Васильович (UA),</b> <b>Терешкевич Іван Степанович (UA),</b> <b>Ротар Олександр Васильович (UA),</b> <b>Хомяк Андрій Ігорович (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>04.01.2016</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.05.2016</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.05.2016, Бюл.№ 10</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА</b> <b>ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О.</b> <b>ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ,</b> вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)

**(54) СПОСІБ МАЛОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

**(57) Реферат:**

Спосіб малоінвазивного лікування гострого некротичного панкреатиту включає панкреатонекрсеквестректомію та дренування вогнища. Втручання виконують ендоскопічно, при цьому виконують пункцію патологічного вогнища через стінку шлунка, розширюють місце проколювання, встановлюють стент, через який виконують панкреатонекрсеквестректомію та дренування вогнища.

**UA 107326 U**



Корисна модель належить до галузі медицини, а саме клінічної хірургії, і може бути використана для лікування гострого некротичного панкреатиту.

Відомий спосіб малоінвазивного лікування гострого некротичного панкреатиту, який включає лапароскопію, санацію та дренування вогнища панкреонекрозу [Zyromski N.J. Laparoscopic Transgastric Pancreatic Debridement / N.J. Zyromski // Curr. Surg. Rep. - 2013. - Vol. - P. 114-120].

Недоліком аналогу є велика кількість ускладнень у вигляді травматизації та пошкодження прилеглих органів до підшлункової залози, утворення панкреатичної нориці, тривалість перебування хворого в стаціонарі.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу малоінвазивного лікування гострого некротичного панкреатиту, який, за рахунок ендоскопічного виконання пункції, постановки стента з санацією через стінку шлунка, забезпечив би зниження кількості ускладнень у вигляді травматизації прилеглих органів, утворення панкреатичної нориці шляхом повноцінної візуалізації та санації патологічного вогнища.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі малоінвазивного лікування гострого некротичного панкреатиту, який включає панкреатонексеквестректомію та дренування вогнища, згідно з корисною моделлю, виконують пункцію патологічного вогнища через стінку шлунка, розширюють місце проколювання, встановлюють стент, через який виконують панкреатонексеквестректомію та дренування вогнища.

Проведення пункції, постановка стента під контролем ехоендоскопа через стінку шлунка забезпечує зниження кількості ускладнень у вигляді травматизації прилеглих органів, попереджує утворення панкреатичної нориці так як втручання виконується безпосередньо біля патологічного вогнища в безорганній та безсудинній зоні.

Спосіб виконують наступним чином. Напередодні дослідження пацієнту до 20<sup>00</sup> дозволяється вживати "легку" їжу. Дослідження проводять натще серця. Премедикація перед дослідженням включає препарати, що знижують саливацію (платифілін, атропін, метацин), спазмолітики (но-шпа, папаверин) і седативні засоби (діазепам, седуксен, реланіум). Застосування глибокої седації для адекватного виконання ЕУС потрібне тільки у виняткових випадках, особливо при медикаментозно неконтрольованому вираженому блювотному рефлексі. Дослідження починають після адекватної місцевої анестезії глотки 10 % розчином лідокаїну на лівому боковому положенні пацієнта.

Ехоендоскоп заводять в стравохід аналогічно як при гастроскопії. Коли апарат знаходиться в нижній третині стравоходу, ендоскопічний режим зображення переключають на ультразвуковий. Проводять сканування підшлункової залози: з шлунка оглядають хвіст і тіло залози, з ДПК - головку. У випадку виявлення рідинного утворення в проекції підшлункової залози проводять діагностичну пункцію з метою дослідження його природи - отриманий матеріал направляють на біохімічне, цитологічне та бактеріологічне дослідження, а також на онкомаркери до підшлункової залози.

Діагностичну пункцію виконуються наступним чином. Ехоендоскопом локалізують найближче місце прилягання рідинного утворення до стінки шлунка. Визначають безсудинну ділянку (доріжку для проходження голки). В інструментальний канал ехоендоскопа заводять ендоскопічну пункційну голку діаметром 19 G. Локалізують на екрані дистальний кінець голки, від нього і до середини утворення визначають відстань в сантиметрах. На проксимальній частині голки (рукоятці) за допомогою фіксатора встановлюють визначену відстань для запобігання більш глибокого проникнення голки. Рукоятку опускають до фіксатора, в цей час на екрані визначають дистальну частину голки, яка повинна бути розміщена в порожнині патологічного утворення. З голки видаляють стилет і до рукоятки приєднують шприц зі створеним вакуумом. Отриманий вміст направляють на вище вказані експрес-дослідження.

Через голку, яка розміщена в порожнині патологічного вогнища, заводять металеву струну, дистальний кінець якої візуалізують на екрані в даному утворенні. Виводять назовні голку так, щоб місце розташування струни не змінилося. По струні до місця проколювання стінки травного тракту заводять балонний дилататор діаметром 0,8-1,2 см, в який нагнітають воду під контролем манометра для розширення місця ін'єкції до діаметра вибраного балона. Пристрій для нагнітання води попередньо фіксують до проксимальної частини балонної системи. Після візуального розширення утвореного співустя, балон виводять назовні. По струні проводять в порожнину патологічного вогнища металевий покритий саморозправляючий стент 10 F, розміщують його таким чином, щоб одна половина була в порожнині патологічного вогнища, а друга - в порожнині шлунка. Струну виводять назовні. Стент розкривають, видаляють доставочний пристрій. Відеоендоскопом проходять через стент в патологічне вогнище, видаляють секвестри.

Приклад. Хворий Р., 51 рік, поступив до клініки з діагнозом: Гострий некротичний панкреатит, тяжка форма. Згідно даних УЗД органів черевної порожнини в проекції головки-тіла підшлункової залози виявлено гіпоехогенне, неоднорідне утворення розміром 10,5×8,5 см.

Проведено пункцію парапанкреатичного патологічного вогнища під контролем  
5 ендосонаграфії через стінку шлунка пункційною голкою Boston Scientific 19G, аспіровано і  
отримано темно-коричневу рідину в об'ємі 120 мл, матеріал направлено на експрес-біохімічне, -  
цитологічне та бактеріологічне дослідження. Висновок біохімічного аналізу - підшлунковий сік,  
цитологічного - атипичних клітин не виявлено. Втручання закінчено постановкою металевого  
10 покритого саморозправляючого цистогастрального стента 10F, через який заведено  
відеоендоскоп в патологічне вогнище і видалено секвестри. Гемостаз ендоскопічно та при  
доплерографії стабільний, пошкодження прилеглих органів не відмічено. Післяопераційний  
перебіг був неускладненим. При контрольному УЗД на 3 добу - об'єм залишкової порожнини 3-4  
мл. В задовільному стані хворий виписаний на 5 добу.

З застосуванням запропонованого способу здійснене лікування 6 хворих на гострий  
15 некротичний панкреатит, у яких не було відмічено кровотеч та пошкоджень прилеглих  
внутрішніх органів. В той же час при лікуванні 6 хворих на гострий некротичний панкреатит з  
застосуванням способу-аналогу у 2 хворих виникла внутрішньочеревна кровотеча із-за  
пошкодження печінки, в 1 хворого утворилась панкреатична нориця.

Запропонований спосіб забезпечує зменшення кількості ускладнень у вигляді травмизації  
20 органів та судин, прилеглих до патологічного парапанкреатичного вогнища, і утворення  
панкреатичної нориці.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

25 Спосіб малоінвазивного лікування гострого некротичного панкреатиту, який включає  
панкреатонексеквестректомію та дренивання вогнища, який **відрізняється** тим, що втручання  
виконують ендоскопічно, при цьому виконують пункцію патологічного вогнища через стінку  
шлунка, розширюють місце проколювання, встановлюють стент, через який виконують  
панкреатонексеквестректомію та дренивання вогнища.

30

---

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

---

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