



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **79745** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	<b>u 2012 13690</b>	(72) Винахідник(и):	<b>Негря Євгеній Васильович (UA), Дронов Олексій Іванович (UA), Насташенко Ігор Леонідович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки:	<b>30.11.2012</b>	(73) Власник(и):	<b>НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)</b>
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	<b>25.04.2013</b>		
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	<b>25.04.2013, Бюл.№ 8</b>		

## (54) СПОСІБ ВИДАЛЕННЯ ВКЛЮЧЕНИХ КОНКРЕМЕНТІВ ВЕЛИКОГО СОСОЧКА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

### (57) Реферат:

Спосіб видалення включених конкрементів великого сосочка дванадцятипалої кишки шляхом видалення конкрементів. Ендоскопічно візуалізують великий сосочок дванадцятипалої кишки, діагностують наявність вклиненого конкременту, визначають покази до видалення конкременту, виконують супрапапілярну холедоходуоденостомію вище місця вклинення конкременту, через отримане холедоходуоденальне співустя в дистальному напрямку проток вводять кошик Дорміа, яким захоплюють цей конкремент, і за допомогою ендоскопа видаляють в дванадцятипалу кишку.

UA 79745 U



Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, точніше ендоскопії, і може бути використана у хворих з біліарним панкреатитом у випадках, коли причиною його є вклинений конкремент у великому сосочку дванадцятипалої кишки.

Основною ланкою патогенезу гострого біліарного панкреатиту є порушення відтоку панкреатичного секрету внаслідок блока панкреатичної та жовчних проток на рівні ампули великого сосочка дванадцятипалої кишки з розвитком внутрішньопротокової гіпертензії. Біліарнопанкреатичний та панкреатобіліарний рефлекс, що виникає при цьому, призводить до порушення резистентності панкреатоцитів, внутрішньоорганної активації панкреатичних ензимів, активації системи комплементу, перекисного окислення ліпідів (1).

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є спосіб видалення конкрементів після розсічення тканин футерового сосочка, що розташовані безпосередньо над конкрементом (2).

Недоліком способу-прототипу є високий ризик розвитку післяопераційного панкреатиту внаслідок проведення діатермічного розрізу в безпосередній близькості до тканин головки підшлункової залози (ймовірність загострення явищ гострого панкреатиту, зумовлена тим, що втручання виконується на фоні існуючого біліарного панкреатиту).

В основу корисної моделі поставлена задача розробити такий спосіб видалення вклинених конкрементів великого сосочка дванадцятипалої кишки, який дозволить усунути причини гострого біліарного панкреатиту, а саме відновити вільний відтік жовчі і панкреатичного соку в дванадцятипалу кишку та зберегти цілісність ампули великого сосочка дванадцятипалої кишки з сфінктером Одді.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі, буде полягати у зниженні ускладнень, покращення якості оперованих хворих.

Відмінною особливістю корисної моделі, що заявляється, є виконання супрапапілярної холедоходуоденостомії вище місця вклинення конкременту, через отримане холедоходуоденальне співустя в дистальному напрямку проток вводять кошик Дорміа, яким захоплюють цей конкремент, і за допомогою ендоскопа видаляють в дванадцятипалу кишку.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі видалення конкрементів, згідно з корисною моделлю, ендоскопічно візуалізують великий сосочок дванадцятипалої кишки, діагностують наявність вклиненого конкременту, визначають покази до видалення конкременту, виконують супрапапілярну холедоходуоденостомію вище місця вклинення конкременту, через отримане холедоходуоденальне співустя в дистальному напрямку проток вводять кошик Дорміа, яким захоплюють цей конкремент, і за допомогою ендоскопа видаляють в дванадцятипалу кишку.

Спосіб застосовують у випадках гострого біліарного панкреатиту, зумовленого наявністю вклиненого у великий сосочок дванадцятипалої кишки.

Спосіб ілюструється наступними клінічними прикладами: ПРИКЛАД № 1.

Історія хвороби №101255 хворої К. яка була прийнята в хірургічне відділення 28.04.2010 з приводу жовчокам'яної хвороби, ускладненої холедохолітіазом та механічною жовтяницею. 28.04.2010 виконана операція - ретроградна панкреатохолангіографія, на якій в просвіті холедоха візуалізовано конкремент 0,6см в діаметрі. За допомогою голкового папілостома створено холедоходуоденальне співустя в інтрамуральній частині холедоха довжиною 0,6см. З холедоха почала виділятися застійна жовч. Наступним етапом стало видалення конкремента з просвіту холедоха через холедоходуоденальне співустя кошиком Дорміа. Проводилось комплексне лікування: противиразкова, гемостатична, антибактеріальна терапія. Стан хворого покращився: показники білірубину крові за період з 24.03.2010 по 29.03.2012 зменшились з 84,2ммоль/л, (прямий білірубин 63,3ммоль/л) до 16ммоль/л. Виконана лапароскопічна холецистектомія. Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 5 добу хворий виписаний для подальшого амбулаторного лікування.

ПРИКЛАД № 2

історія хвороби №101756 хворої К. яка була прийнята в хірургічне відділення 23.05.2010 з приводу жовчокам'яної хвороби, ускладненої холедохолітіазом та механічною жовтяницею. 2.06.2010 виконана операція- ретроградна панкреатохолангіографія, на якій в просвіті холедоха візуалізовано конкремент 1,0 см в діаметрі. За допомогою голкового папілостома створено холедоходуоденальне співустя в інтрамуральній частині холедоха довжиною 1,0 см з наступним видаленням конкремента з просвіту холедоха через холедохо-дуоденальне спів устя кошиком Дорміа. Проводилось комплексне лікування: противиразкова, гемостатична, антибактеріальна терапія. Стан хворого покращився, показники білірубину крові за період з 23.05.2010 по 23.06.2012 зменшились з 102,2ммоль/л, (прямий білірубин 90,3ммоль/л) до

30,2ммоль/л. Виконана лапароскопічна холецистектомія. Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 8 добу хвора виписана для подальшого амбулаторного лікування.

#### ПРИКЛАД 3.

5 Хвора Д., 76 років, була прийнята в клініку 24.05.11 з явищем міліарного панкреатиту. На 1-у добу: Нь 109 г/л, еритроцити 3,6 Т/л, лейкоцити 11,0 г/л, тромбоцити 220 Т/л, альфа-амілаза 342 мкмоль/л, білірубін 132 мкмоль/л, АПТ -0,39 мкмоль/л, АСТ-0,35 мкмоль/л, загальний білок 68 г/л, креатинін 67,5 мкмоль/л, сечовина 7,1 мкмоль/л, узд - жовчний міхур містить конкременти діаметром 3-5 мм, позапечінкові жовчні протоки розширені на 11-12 мм, головна панкреатична протока 3-4 мм в діаметрі.

10 При дуоденоскопії виявлено збільшений великий сосочок дванадцятипалої кишки за рахунок вклинення в його ампулярній частині конкременту і вираженої дилатації інтрамурально частини холедоху.

Встановлений діагноз ЖКХ, холедохолітіаз, механічна жовтяниця, біліарний панкреатит.

15 25.05.11 виконана ендоскопічна супрапапілярна холедоходуоденостомія, конкремент з жовчних проток видалено по способу, що заявляється. Протягом двох діб після операції спостерігалася нормалізація біохімічних показників крові, покращення загального стану хворої. Пацієнтка підготовлена до планового оперативного лікування - холецистектомії.

20 Спосіб був апробований на базі клінічної лікарні № 10 м. Києва у 5 пацієнтів з гострим міліарним панкреатитом. Отримані позитивні результати дозволяють рекомендувати його для широкого впровадження в практичній медицині.

Джерела інформації:

1. Руководство по хирургии желчных путей. - Под ред.Э.И.Гальперина, П.С.Ветшева. - Видар, -2009.-568 с.
- 25 2. Дронов О.І., Насташенко І.Л., Рощина Л.О. та інш. Тактика лікування хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітіазом. //Український науково-медичний молодіжний журнал.-2011.-№2. - С.177-178

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

30 Спосіб видалення включених конкрементів великого сосочка дванадцятипалої кишки шляхом видалення конкрементів, який **відрізняється** тим, що ендоскопічно візуалізують великий сосочок дванадцятипалої кишки, діагностують наявність вклиненого конкременту, визначають покази до видалення конкременту, виконують супрапапілярну холедоходуоденостомію вище

35 місця вклинення конкременту, через отримане холедоходуоденальне співустя в дистальному напрямку проток вводять кошик Дорміа, яким захоплюють цей конкремент, і за допомогою ендоскопа видаляють в дванадцятипалу кишку.

---

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

---

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

---

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