



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **83025** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2013 02154**  
(22) Дата подання заявки: **21.02.2013**  
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **27.08.2013**  
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: **27.08.2013, Бюл.№ 16**

(72) Винахідник(и):  
**Шевчук Ігор Михайлович (UA),**  
**Гедзик Сергій Михайлович (UA),**  
**Кузенко Роман Тарасович (UA)**  
(73) Власник(и):  
**Шевчук Ігор Михайлович,**  
вул. Матейка, 24-а, кв.17, м. Івано-  
Франківськ, 76000 (UA),  
**Гедзик Сергій Михайлович,**  
вул. Лучна, 16, м. Івано-Франківськ, 76007  
(UA),  
**Кузенко Роман Тарасович,**  
вул. Незалежності, 10-а, кв. 3, м. Івано-  
Франківськ, 76000 (UA)

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ І ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**(57) Реферат:**

Спосіб лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої обтураційною жовтяницею і гострим панкреатитом, включає проведення ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, папілотомії і літоекстракції конкрементів із загальної жовчної протоки, крім того додатково проводять стентування головної панкреатичної протоки самомігруючим малокаліберним стентом з рентгеноконтрастними мітками, з дистальним кінцем типу "поросячий хвостик".

**UA 83025 U**



Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні гострого біліарного панкреатиту з синдромом обтураційної жовтяниці, спричиненої жовчнокам'яною хворобою і холедохолітіазом.

Відомий спосіб лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої обтураційною жовтяницею і гострим панкреатитом, який включає проведення ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, папілотомії і літоекстракції конкрементів із загальної жовчної протоки [В.І. Коломійцев, А.А. Переяслов, С.М. Чуклін, Б.М. Вєрвега / Рання ендоскопічна папілосфінктеротомія в лікуванні хворих на гострий біліарний панкреатит // Хірургія України.- 2005. - № 3 (15). - С. 37-40].

Недоліком цього способу є тривалі терміни лікування через високу ймовірність розвитку панкреонекрозу, який може бути спричинений проведенням самої ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, набряку та спазму великого дуоденального сосочка та устя головної панкреатичної протоки, що утруднює відтік панкреатичного соку і підтримує панкреатичну гіпертензію.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої обтураційною жовтяницею і гострим панкреатитом, який за рахунок додаткового стентування головної панкреатичної протоки забезпечував би скорочення термінів лікування хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої обтураційною жовтяницею і гострим панкреатитом, який включає проведення ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, папілотомії і літоекстракції конкрементів із загальної жовчної протоки, згідно з корисною моделлю, додатково проводять стентування головної панкреатичної протоки самотігруючим малокаліберним стентом з рентгеноконтрастними мітками, з дистальним кінцем типу "поросячий хвостик".

Проведення стентування головної панкреатичної протоки дозволяє забезпечити адекватний відтік панкреатичного соку у дванадцятипалу кишку, що ліквідує внутрішньопротокову гіпертензію, і сприяє скороченню термінів лікування хворих.

Застосування для стентування головної панкреатичної протоки самотігруючого малокаліберного стента з рентгеноконтрастними мітками, забезпечує самовільне відходження стента з головної панкреатичної протоки після ліквідації набряку та спазму великого дуоденального сосочка та устя головної панкреатичної протоки.

Застосування стентів з дистальним кінцем типу "поросячий хвостик" попереджує проксимальну міграцію стента у головну панкреатичну протоку.

Спосіб здійснюють наступним чином. Під комбінованим загальним знеболюванням в положенні хворого на лівому боці проводять ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію, селективну канюляцію загальної жовчної протоки струнним папілотомом з введенням в її просвіт йодовмісного водорозчинного контрастного розчину "Тріомбраз" до отримання повноцінної холангіограми. Проводять адекватну папілотомію до повздовжньої складки слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Кошиком Дорміа проводять літоекстракцію конкрементів, ревізію загальної жовчної протоки з контрольною холангіограмою. Канюлюють устя головної панкреатичної протоки з наступним введенням в головну панкреатичну протоку нітіолового провідника з гідрофільним дистальним кінцем. По нітіоловому провіднику в головну панкреатичну протоку вводять самотігруючий малокаліберний стент з рентгеноконтрастними мітками, діаметром 5 Fr і довжиною 3 см, з дистальним кінцем типу "поросячий хвостик". Час міграції стента з головної панкреатичної протоки в наступні дні визначають при проведенні оглядової рентгеноскопії органів черевної порожнини чи за допомогою рентгенологічного апарата типу "С-арка". Після міграції стента в дванадцятипалу кишку він виводиться з кишечника разом з каловими масами.

Приклад 1. Хворий С., 1988 р. н., карта стаціонарного хворого № 2228312, госпіталізований у хірургічне відділення обласної клінічної лікарні 23.11.12 року з діагнозом: Жовчнокам'яна хвороба. Гострий калькульозний холецистит. Холедохолітіаз. Обтураційна жовтяниця. Гострий біліарний панкреатит. Після встановлення показань до оперативного лікування 24.11.2012 року виконано операцію. Під комбінованим загальним знеболюванням в положенні хворого на лівому боці провели ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію, селективну канюляцію загальної жовчної протоки струнним папілотомом. В її просвіт ввели йодовмісний водорозчинний контрастний розчин "Тріомбраз" і отримали повноцінну холангіограму. Провели адекватну папілотомію до повздовжньої складки слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Кошиком Дорміа провели літоекстракцію конкрементів, ревізію загальної жовчної протоки з контрольною холангіограмою. Канюлювали устя головної панкреатичної протоки і ввели в головну панкреатичну протоку нітіоловий провідник з гідрофільним дистальним кінцем. По

нітіоловому провіднику в головну панкреатичну протоку ввели самомігруючий малокаліберний стент з рентгеноконтрастними мітками, діаметром 5 Fr і довжиною 3 см, з дистальним кінцем типу "поросячий хвостик". 26.11.12 р. проведена лапароскопічна холецистектомія, дренування черевної порожнини. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. При проведенні оглядової рентгеноскопії органів черевної порожнини за допомогою рентгенологічного апарата типу "С-арка" на 3 день встановили міграцію стента з головної панкреатичної протоки в тонку кишку. Хворий виписаний в задовільному стані на 6 добу після операції.

Приклад 2. Хвора Д., 1959 р. н., карта стаціонарного хворого № 1853512, госпіталізована у хірургічне відділення обласної клінічної лікарні 01.10.12 р. з діагнозом: Холедохолітіаз. Вклинений конкремент великого дуоденального сосочка. Гострий гнійний холангіт. Обтураційна жовтяниця. Гострий біліарний панкреатит. Після встановлення показань до оперативного лікування 01.10.2012 року виконано операцію. Під комбінованим загальним знеболюванням в положенні хворого на лівому боці провели ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію. Голчатим папілотомом провели розсічення ампули великого дуоденального сосочка, після чого в просвіт дванадцятипалої кишки виділився вклинений конкремент. В просвіт загальної жовчної протоки ввели йодовмісний водорозчинний контрастний розчин "Тріомбаст" і отримали повноцінну холангіограму. Провели промивання загальної жовчної протоки антисептичним розчином. Кошиком Dormia провели ревізію загальної жовчної протоки, при якій конкрементів не виявлено. Канюлювали устя головної панкреатичної протоки і ввели в головну панкреатичну протоку нитіоловий провідник з гідрофільним дистальним кінцем. По нитіоловому провіднику в головну панкреатичну протоку ввели самомігруючий малокаліберний стент з рентгеноконтрастними мітками діаметром, 5 Fr і довжиною 3 см, з дистальним кінцем типу "поросячий хвостик". Післяопераційний період перебігав без ускладнень. При проведенні оглядової рентгеноскопії органів черевної порожнини за допомогою рентгенологічного апарата типу "С-арка" на 4 день встановили міграцію стента з головної панкреатичної протоки в тонку кишку. Хвора виписана в задовільному стані на 5 добу після операції.

Запропонований спосіб лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої обтураційною жовтяницею і гострим панкреатитом, був включений в хірургічне лікування 6-ти хворих. Середні терміни лікування в стаціонарі становили 6 днів, в той час, як середній час лікування 6-ти хворих по способу-аналогу становив в середньому 11 днів.

Таким чином, порівняння з аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє скоротити терміни лікування хворих.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої обтураційною жовтяницею і гострим панкреатитом, який включає проведення ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, папілотомії і літоекстракції конкрементів із загальної жовчної протоки, який **відрізняється** тим, що додатково проводять стентування головної панкреатичної протоки самомігруючим малокаліберним стентом з рентгеноконтрастними мітками, з дистальним кінцем типу "поросячий хвостик".

---

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

---

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