



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16415 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 10/00
A61B 8/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ВИЯВЛЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ПРОТОКОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ЇЇ КІСТОЮ

1

2

(21) u200600421

(22) 16.01.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Хацко Володимир Власович, Шаталов Сергій Олександрович, Мамедалієв Новруз Али, Єпіфанцев В'ячеслав Олександрович

(73) Хацко Володимир Власович, Шаталов Сергій Олександрович, Мамедалієв Новруз Али огли, Єпіфанцев В'ячеслав Олександрович

(57) Спосіб оптимізації виявлення зв'язку між протокою підшлункової залози та її кістою, який вклю-

чає проведення ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, який **відрізняється** тим, що перед канюлюванням великого сосочка дванадцятипалої кишки виконують внутрішньопротокову фіброскопію підшлункової залози, вводять у вірсунгову протоку катетер з надувним балоном на дистальному кінці для герметизації протоки і через катетер - 5-10 мл 25 % водорозчинної контрастної речовини із вмістом йоду, з наступним перестискуванням катетера і комп'ютерною або магнітно-резонансною томографією.

Корисна модель належить до медицини, зокрема хірургії і рентгенології, і може бути застосована для покращення діагностики кісти підшлункової залози.

Відомий спосіб сонографії кісти підшлункової залози [1], який включає її ультразвукове дослідження, під час якого кіста постає однорідним ехонегативним утворенням з більш чи менш вираженою ехопозитивною стінкою. При цьому виявляють розміри, структуру тканини підшлункової залози, діаметр її протоки.

Недоліком цього способу є неможливість виявлення зв'язку між протокою підшлункової залози та її кістою. Крім того, візуалізації нерідко заважає газ, який знаходиться у кишечнику.

Найбільш близьким за технічною сутністю до способу, який заявляється, є спосіб ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографія [2], який включає фіброгастродуоденоскопію, канюлювання великого сосочка дванадцятипалої кишки, повільне введення 10-20мл 30% водорозчинного препарату із вмістом йоду з наступною рентгенографією. Якщо контрастується кіста підшлункової залози, роблять висновок про зв'язок з вірсунговою протокою.

Основні недоліки цього способу:

- у 1-6% випадків неможливо канюлювати великий сосочок дванадцятипалої кишки (аномалії, дивертикул та ін.);

- якщо вузький (до 1мл) зв'язок між кістою і протокою підшлункової залози, контрастна речовина наповняє звичайно не кісту, а гепатикохоledох;

- у 0,5-8,2% випадків можливі ускладнення за причиною введення в протоку більше 10мл і більшої концентрації (30%) контрастної рідини (гострий панкреатит, холангіт та ін.).

В основу корисної моделі поставлена задача розробки способу оптимізації виявлення зв'язку між протокою підшлункової залози та її кістою, де будуть виключені ускладнення (гострий панкреатит, холангіт та ін.) і на сучасній основі буде поліпшена діагностика.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі оптимізації виявлення зв'язку між протокою підшлункової залози та її кістою, який включає фіброгастродуоденоскопію, канюлювання великого сосочка дванадцятипалої кишки, повільне введення 10-20мл 30% водорозчинного препарату із вмістом йоду з наступною рентгенографією, згідно корисної моделі, перед канюлюванням великого сосочка дванадцятипалої кишки виконують внутрішньопротокову фіброскопію підшлункової залози, вводять у вірсунгову протоку катетер з надувним балоном на дистальному кінці і через нього 5-10мл 25% водорозчинної контрастної рідини із вмістом йоду з наступною герметизацією балоном

(13) U
(11) 16415
(19) UA

вірсунгової протоки і комп'ютерної або магнітно-резонансною томографією.

Спосіб здійснюють наступним чином. Виконують фіброгастродуоденоскопію, знаходять великий сосочок дванадцятипалої кишки. Через нього виконують внутрішньопротокову фіброскопію підшлункової залози дитячим урологічним фіброскопом, при цьому можливе знаходження гирла кісти, місця, де кіста має зв'язок з вірсунговою протокою. Вводять безпосередньо у вірсунгову протоку катетер з надувним балоном на дистальному кінці для герметизації протоки і через катетер 5-10мл 25% водорозчинної контрастної рідини із вмістом йоду, з наступним перестискуванням катетера і комп'ютерною або магнітно-резонансною томографією. Контрастування вірсунгової протоки і кісти підшлункової залози свідчить про їх зв'язок. У кінці дослідження катетер промивають фізіологічним розчином і видаляють.

Приклад. Хворий Д., 52 років, надійшов до клініки з діагнозом "після некротична кіста підшлункової залози". 8 місяців тому лікувався від гострого панкреатиту. Під час ультразвукового дослідження в області хвоста підшлункової залози виявлене гіпоехогенне утворення 5,0×7,0см, з чіткими контурами. Структура підшлункової залози неоднорідна.

Для виявлення зв'язку між вірсунговою протокою і кістою підшлункової залози виконана ендоскопічна ретроградна вірсунгографія за вище означеною запропонованою методикою. На магнітно-резонансній томограмі були контрастовані вірсунгова протока і кіста підшлункової залози, що свід-

чило про наявність зв'язку між ними. Ускладнень не було. Хворому зроблена операція - лапаротомія, цистоентеростомія з міжкишечним анастомозом за Брауном. Через один рік після операції його стан задовільний, працює вчителем.

Переваги пропонованого способу: застосовується менший об'єм (5-10мл) контрастної рідини і меншої концентрації (25%), що найбільш економічно і безпечно. Введення у протоку діаметром 1,0-1,5мм більше 10мл рідини і більшої 25% концентрації небезпечно розвитком ускладнень. При цьому немає рефлюксу контрастної рідини із вірсунгової протоки у жовчні протоки; контрастна рідина після герметизації протоки надувним балоном не виходить поза катетером у дванадцятипалу кишку і не перешкоджає інтерпретації томограм; за допомогою комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії підвищується точність діагностики захворювань підшлункової залози і сусідніх органів.

Джерела інформації, прийняті до уваги:

1. Маслов М.Г., Насырь А.М., Тартун Л.В. Значение ультразвуковой локализации в дифференциальной диагностике и наблюдении за развитием псевдокист поджелудочной железы //Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 1987. -Т. 139, №11. - С. 56-59.

2. Соколов Л.К., Манушкин О.П. и др. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. . - М.: Медицина, 1987.-С.191-201 (прототип).