



УКРАЇНА

(19) UA (11) 44761 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗОВНІШНЬОГО ДРЕНУВАННЯ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u200905139

(22) 25.05.2009

(24) 12.10.2009

(46) 12.10.2009, Бюл.№ 19, 2009 р.

(72) ВЕЛИГОЦЬКИЙ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ,
ВЕЛИГОЦЬКИЙ ОЛЕКСІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ШЕП-
ТУХА АРТЕМ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ТЕСЛЕНКО ІГОР
ВІТАЛІЙОВИЧ, АРУТЮНОВ СЕРГІЙ ЕДУАРДО-

ВИЧ, ЧЕБОТАРЬОВ ОЛЕКСАНДР СЕРГІЙОВИЧ,
ПАШАЄВ ВУСАЛ РАГІМОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб зовнішнього дренивання кіст підшлункової залози, що здійснюють шляхом введення катетера і проведення пункції кісти, який **відрізняється** тим, що як катетер використовують інтубаційну трубку з внутрішнім діаметром до 10 мм.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при дрениванні кіст підшлункової залози.

В даний час все частіше клініцисти зустрічаються з важким перебігом і ускладненнями гострого панкреатиту. Одним з частих ускладнень є кісти підшлункової залози.

Відомий спосіб зовнішнього дренивання кіст підшлункової залози шляхом зшивання країв шкірної рани з капсулою кісти - марсупіалізація. Операція вимагає достатнього доступу шляхом лапаротомії, відповідно загального, як правило, знеболення, супроводжується високим ризиком пролонгації панкреанекрозу із-за інтраопераційної травми тканини підшлункової залози після некректомії при обширному ураженні підшлункової залози. У післяопераційному періоді порожнина кісти сполучається із зовнішнім середовищем з можливістю обробки її різними лікарськими засобами при необхідності. В той же час існує велика вірогідність вторинного інфікування порожнини кісти з розвитком септичного запалення. Загоєння при цьому відбувається вторинним натягненням, що знижує рівень життя хворого на тривалий час в післяопераційному періоді. Тому залежно від розмірів, локалізації, загальних характеристик тканин, що оточують кісту, і самої кісти все частіше хірурги прагнуть до їх лікування шляхом малоінвазивних методик.

Найбільш близьким способом є застосування черезшкірної пункції кісти за умови близького розташування її стінки до передньої черевної стінки. Дана маніпуляція може виконуватися одноомотно під місцевим знеболенням з використанням як дренажу катетерів Фолея різного розміру з мета-

левым провідником, що додає катетеру необхідної жорсткості. Дані катетери зручні в застосуванні за рахунок наявності на дистальному кінці балона, що роздувається, що запобігає його мимовільному випаданню з порожнини кісти і створює герметичність співвідношення «внутрішня поверхня стінки кісти/катетер». Останнє запобігає попаданню хімічно агресивного і нерідко інфікованого вмісту кісти у вільну черевну порожнину з розвитком перитоніту [Жандаров К.Н., Ославский А.И. Лапароскопическая санация некротических полостей при деструктивном панкреатите//Материалы ХП съезда эндоскопических хирургов. - 2008. - С.32-38].

Проте, із-за різних розмірів кісти і характеру її вмісту, дренивання такої кісти нерідко виявляється неадекватним із-за невідповідності розмірів, що утворюються при деструкції тканини підшлункової залози, порожнин і секвестрів, і внутрішнього діаметру катетера Фолея навіть найбільшого розміру. Це, у свою чергу, позбавляє пункцію радикальності і не тільки не запобігає подальшому розвитку деструкції органу, але й створює загрозу для панкреанекрозу з необхідністю удаватися до відкритих і травматичних операцій, що часто дають незадовільні результати.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу зовнішнього дренивання кіст підшлункової залози, в якому за рахунок зміни дренажу, досягається відповідність розмірів, що утворюються при деструкції тканини підшлункової залози, порожнин і секвестрів, і внутрішнього діаметру катетера, досягається адекватне дренивання та евакуація відторжених тканин.

Поставлена задача вирішується в способі дренивання зовнішніх кіст підшлункової залози,

UA (11) 44761 (13) U

шляхом введення катетеру і проведення пункції кісти, згідно з корисною моделлю, як катетер використовують інтубаційну трубку з внутрішнім діаметром до 10мм.

Спосіб дозволяє провести адекватне дренування порожнини кісти і здійснити евакуацію відторгнутих тканин. Пропонується для використання як дренажі використовувати інтубаційні трубки, вживані в анестезіології для проведення ендотрахеального наркозу. Дана трубка, також як і катетер Фолея, має манжету, що роздувається, на кінці і має значно більший внутрішній діаметр (до 10мм) в порівнянні з катетером Фолея, що дозволяє адекватніше дренувати порожнину кісти.

Клінічний випадок: Хворий М., 34 року, поступив в клініку з діагнозом постнекротичної кісти підшлункової залози. Зверненню в клініку передували напади панкреатиту. На УЗД в області тіла і хвоста залози візуалізувалася порожнинне утворення до 23х21х20см з гомогенною рідиною. Товщина стінок до 5мм. Зважаючи на великі розміри

кісти і прилягання її стінки до передньої черевної стінки хворому під місцевим знеболенням проведена пункція кісти. Евакуйовано близько 1000мл рідини бурого кольору з одиничними секвестрами. Після евакуації вмісту кісти манжету трубки роздули максимально, потім фіксували до шкіри швом таким чином, щоб роздута манжета щільно прилягала до внутрішньої стінки кісти. Таким чином створюється герметична установка, то запобігає можливому підтіканню вмісту кісти в черевну порожнину і окрім трубки з розвитком регіонарного дерматиту. У післяопераційному періоді на тлі протипанкреатичної терапії у хворого спостерігали самостійне відходження, секвестрів. Виписаний в задовільному стані на 8 діб з дебітом до 100мл/добу.

Таким чином, запропонований спосіб зовнішнього дренування кіст підшлункової залози дозволяє досягнути адекватного дренування та евакуації відторжених тканин.