

Винахід відноситься до медицини, переважно до засобів дренування порожнин, насамперед, до використання катетерів або пристосувань для їх дренування, і може бути використаним в абдомінальній хірургії, наприклад, в хірургії підшлункової залози.

Найбільш приближеним до винаходу, що заявляється є спосіб зовнішнього дренування кісти підшлункової залози, що включає введення дренажних елементів у порожнину кісти, фіксацію та наступне видалення її вмісту назовні, згідно з яким, дренування кісти підшлункової залози здійснюють одно- чи двопросвітними перфорованими трубками $\varnothing 0,6 - 0,8$ мм, введення останніх забезпечують під різними напрямками, переважно для забезпечення пасивного відтоку вмісту та для активного промивання кістозної порожнини антисептичними розчинами, а фіксацію - шляхом їх підшивання до стінки кісти. [1]

Використання відомого технічного рішення показане при гострих, не цілком сформованих кістах у перші 2-6 тижні з моменту формування кісти, коли її стінка набуває стоншеного вигляду, виключає можливість формування анастомозу.

Проте властивості відомого технічного рішення часто впливають на тривалість, якість та ефективність оперативного втручання.

У більшості випадків це зумовлене безформним виглядом капсули кісти, а відтак, відсутністю можливості накладання швів на її стінку з можливістю фіксації дренажних елементів і герметизації порожнини кісти. Це вимагає відповідного занурення до кістозної порожнини двопросвітної трубки чи тампонів як в порожнину кісти, так і в зону цистостомії, що, у свою чергу, стримує забезпечення герметичності, витікання вмісту кісти у вільну черевну порожнину, призводить до загрози виникнення панкреатогенного перитоніту, а також посиленню важкого стану пацієнта, а спроби накладання швів на стінку кісти лише збільшують тривалість оперативного втручання.

З рівня техніки, що встановлений заявником, інші об'єкти аналогічного призначення, які більше наближаються до заявленого винаходу по кількості ознак не визначені.

В основу винаходу поставлено задачу розробити такий спосіб зовнішнього дренування кісти, який шляхом підвищення надійності фіксації дренажу та забезпечення герметичності місця дренування, скорочує термін оперативного втручання, покращує його якість та ефективність у разі використання.

Вищезазначений технічний результат при здійсненні винаходу досягається тим, що у відомому способі зовнішнього дренування кісти підшлункової залози, що включає введення дренажних елементів у порожнину кісти, фіксацію та наступне видалення її вмісту назовні, у відповідності з винаходом, як дренажний елемент застосовують чотирьохканалний катетер Фолея, при цьому, перед введенням у порожнину кісти, його пневматичну манжетку розділяють на дистальну та проксимальну частини шляхом перев'язки лігатурою між двома отворами пневмоканалу, які розміщують, відповідно, у порожнині кісти та зовні її стінки, а фіксацію проводять шляхом роздування дистальної та проксимальної частин манжетки повітрям до щільного стикання через стінку кісти.

Ознаки, що відрізняють запропонований спосіб зовнішнього дренування кісти підшлункової залози від найбільш близького до нього об'єкта полягають в тому, що перед зовнішнім дренуванням модифікують чотирьохканалний катетер Фолея з можливістю розділу його пневматичної манжети на дві частини шляхом перев'язки лігатурою. Цей прийом забезпечує введення дистальної частини манжети у порожнину кісти, а проксимальної - ззовні стінки кісти та наступне роздування порожнини повітрям. За цих умов дренажний елемент надійно фіксується в порожнині кісти з відповідним забезпеченням герметичності в зоні дренування, завдяки роздуванню дистальної та проксимальної частин манжетки повітрям до щільного стискання через стінку кісти.

Використання технічного рішення у наданому вигляді виключає шовну фіксацію дренажного елементу, незалежно від стану стінки кістозного утворення, навіть при безформному вигляді капсули кісти, забезпечує зручність та атравматичність. Окрім компенсації шовних дій роздуванням порожнини дренажного елементу повітрям, скорочення терміну оперативного втручання, досягається виключенням низки маніпуляцій, зв'язаних із зануренням в порожнину кісти чи в зону цистостомії тампонів. Від того, впливає висновок про усунення загрози виникнення панкреатогенного перитоніту та поліпшення загального стану пацієнта, як наслідок запропонованих прийомів.

Відомості, що підтверджують можливість відтворення заявленого способу з досягненням вищезазначеного технічного результату полягають в наступному.

Для здійснення способу зовнішнього дренування кісти підшлункової залози залучають стандартний чотирьохканалний катетер Фолея.

Заздалегідь пневматичну манжетку чотирьохканального катетера Фолея перев'язують лігатурою між двома отворами пневмоканалу, що забезпечує утворення двох манжет для подальшого заповнення повітрям. Після ревізії органів черевної порожнини, проводять лапаротомію та мобілізують шлунково-ободочну зв'язку. Після відведення шлунку вибирають вільну, найбільш стоншену ділянку стінки кісти для наступного розкриття. Надалі виділяють та пунктують стінку кісти голкою для визначення характеру вмісту. Визначивши характер вмісту, стінку кісти розкривають та спорожняють, а дренаж через бокову контрапертуру заводять у черевну порожнину найбільш коротким шляхом. Після цього вводять дренаж у сформований в стінці кісти отвір з розміщенням його дистальної манжети в порожнині кісти, а проксимальної - зовні стінки останньої. Через пневматичний канал за допомогою шприцу роздувають манжетки до щільного стискання через стінку кісти та вводять розчин антисептика. Після контролю герметичності та прохідності каналу черевну порожнину пошарово зашивають.

Використання наданого технічного рішення показує, що підвищення надійності фіксації дренажу та герметичності місця дренування порожнини забезпечує скорочення терміну оперативного втручання, разом із покращенням його якості та ефективності. За цих умов термін оперативного втручання скорочується на 8-10 хвилин, його ефективність, за даними післяопераційних спостережень, покращується, насамперед, у зв'язку зі зменшенням частоти післяопераційних ускладнень, а підвищення якості убачається в безшовній фіксації дренажного елементу в порожнині кісти, зменшенні рівня травматичності та ймовірності загрози виникнення панкреатогенного перитоніту.

Приклад 1. Хворий Н., 47 років, що переніс напередодні приступ гострого панкреатиту, надійшов до відділення хірургії з діагнозом кісти підшлункової залози. За даними УЗД розмір підшлункової залози сягав 9,3-

10,8см, з локалізацією в області хвоста підшлункової залози. Хворий оперований. Виконана верхнє серединна лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини виявлене порожнинне утворення Ø10см, з локалізацією в області хвоста підшлункової залози. Мобілізована шлунково-ободочна зв'язка, кіста пунктована, отримана безбарвна рідина, що була відправлена для визначення активності амілази. Активність амілази - 50ум.од. Вміст кісти був евакуйований. У порожнину кісти був введений дренажний елемент, а саме, чотирьохканалний катетер Фолея, в якому перед введенням в порожнину кісти пневматичну манжетку розділяли на дистальну та проксимальну частини шляхом перев'язки лігатурою між двома отворами пневмоканалу. Дистальну та проксимальну частини манжетки розміщували, відповідно, у порожнині кісти та зовні її стінки, а фіксацію проводили шляхом їх роздування повітрям до щільного стискання через стінку кісти. Після перевірки герметичності зони дренивання, черевну порожнину пошарове зашили. У післяопераційному періоді порожнини кісти промивали розчином антисептика.

Як посвідчує наданий приклад конкретного використання, заявлений винахід виключає необхідність маніпуляцій, що пов'язуються з накладанням фіксаційних швів, а його використання в хірургічній практиці набуває користь при забезпеченні зовнішнього дренивання кіст підшлункової залози, при цьому за допомогою існуючих засобів на дату пріоритету заявки підтверджується можливість скорочення терміну оперативного втручання на 8-10 хвилин, покращення його якості та ефективності, що відповідає умові винаходу «промислова придатність».

Література:

1. М.В.Данилов, В.Д.Федоров «Хирургия поджелудочной железы». Москва, «Медицина», 1995. - 510 с.