



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **83256** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 04521	(72) Винахідник(и): Копчак Володимир Михайлович (UA), Терешкевич Іван Степанович (UA), Копчак Костянтин Володимирович (UA), Перерва Людмила Олександрівна (UA), Андронік Сергій Васильович (UA)
(22) Дата подання заявки: 11.04.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 27.08.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 27.08.2013, Бюл.№ 16	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)

(54) СПОСІБ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НАГНОЄНОЇ ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

(57) Реферат:

Спосіб ендоскопічного лікування нагноєної псевдокісти підшлункової залози включає дренування вмісту псевдокісти назовні цистоназальним дренажем, санацію її розчинами антисептиків та внутрішнє дренування через стент. Внутрішнє співустя виконують під контролем ендоскопічної сонографії, вибираючи безсудинну зону, і для внутрішнього дренування використовують нітиноловий покритий цистогастральний стент 1,0-1,2 см в діаметрі, що самостійно розправляється.

UA 83256 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для ендоскопічного лікування нагноєної псевдокісти підшлункової залози.

Відомий спосіб ендоскопічного лікування нагноєної псевдокісти підшлункової залози, що включає введення ендоскопа у верхні відділи шлунково-кишкового тракту, пропалювання голчатим папілотомом задньої стінки шлунка в місці найбільшого випинання псевдокісти у просвіт шлунка з введенням у створене співустя пластикового стента типу "double pigtail" 10 або 11 Fr з формуванням другого такого ж співустя на відстані 2-3 см від першого, через яке встановлюють в порожнину кісти поліхлорвініловий зонд типу "pigtail", залишаючи один кінець в кісті, для промивання її розчинами антисептиків, а інший виводять через ніс, [Патент № 2364367, RU, МПК А61В 17/94, Бюл. № 23, 2009].

Недоліком цього способу є велика кількість ускладнень із-за недостатнього дренирування порожнини псевдокісти за рахунок малого внутрішнього діаметра стента та можливість травматизації кровоносних судин.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу ендоскопічного лікування нагноєної псевдокісти підшлункової залози, який за рахунок додаткового використання стента більшого діаметра та виконання внутрішнього співустя під контролем ендосонографії, забезпечив би зниження кількості ускладнень та усунення кровотечі.

Поставлена задача вирішується тим, що у ендоскопічному способі лікування нагноєної псевдокісти підшлункової залози, який включає дренирування вмісту псевдокісти назовні цистоназальним дренажем, санацію її розчинами антисептиків та внутрішнє дренирування через стент, згідно з корисною моделлю, внутрішнє співустя виконують під контролем ендоскопічної сонографії, вибираючи для пункції безсудинну зону, і для внутрішнього дренирування використовують нітиноловий покритий цистогастральний стент 1,0-1,2 см в діаметрі, що самостійно розправляється.

Використання для внутрішнього дренирування нітинолового покритого цистогастрального стента 1,0-1,2 см в діаметрі, що самостійно розправляється, дозволяє здійснити більш повноцінне дренирування за рахунок його більшого діаметра, що попереджає виникнення ускладнень у вигляді нагноєнь. Виконання пункції та формування внутрішнього співустя між псевдокістою та шлунком або дванадцятипалою кишкою під контролем ендоскопічної сонографії, вибираючи для пункції безсудинну зону, дозволяє уникнути ускладнень у вигляді кровотечі.

Діаметр стента 1,0-1,2 см вибраний на основі клінічних досліджень у 4 хворих з нагноєними псевдокістами підшлункової залози.

Спосіб виконують наступним чином. При встановленні діагнозу: нагноєна псевдокіста підшлункової залози, спочатку виконують гастроскопію з виявленням найбільшого випинання стінки псевдокісти в порожнину шлунка та визначенням безсудинної зони для виконання безпечного дренирування. Після цього вводять робочий ендоскоп з сонографічним датчиком. В ділянці найбільшого випинання стінки шлунка вибирають безсудинну зону і за допомогою пункційної голки виконують пункцію вмісту кісти, а потім, за допомогою папілостома, виконують співустя між порожниною псевдокісти та шлунком. Через пункційну голку в порожнину псевдокісти проводять провідник. Голку видаляють по провіднику через інструментальний канал ендоскопа. Далі по провіднику в утворене співустя в порожнину кісти встановлюють нітиноловий покритий цистогастральний стент 1,0-1,2 см в діаметрі, що самостійно розправляється. Потім в той же отвір створеного цистогастроанастомозу, паралельно до попереднього стента, вводять пластиковий цистоназальний дренаж типу "pigtail".

Видаляють провідник та ендоскоп назовні. Через цистоназальний дренаж виконують промивання порожнини псевдокісти розчинами антисептиків. Після ліквідування запалення та санації порожнини псевдокісти цистоназальний дренаж забирають, а нітиноловий стент залишають в порожнині псевдокісти на 2-3 місяці для формування внутрішнього співустя та повноцінного дренирування та санації псевдокісти, після чого стент видаляють.

Приклад. Хворий Л., 1958 року народження, історія хвороби № 4325 діагноз: Хронічний панкреатит. Нагноєна псевдокіста головки підшлункової залози. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 134 г/л, еритроцити - $5,2 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити - $16 \cdot 10^9$ /л, формула крові: е - 2 %, п - 15 %, с - 65 %, л - 17 %, м - 1 %, ШОЕ - 48 мм/год., тромбоцити - $300 \cdot 10^9$ /л. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 18 мкмоль/л, АлАТ - 25 ОД, АсАТ - 17 ОД, альфа-амілаза - 45 ОД/л, загальний білок - 72 г/л, сечовина - 6,8 ммоль/л, креатинін - 78 мкмоль/л, глюкоза крові - 5,5 ммоль/л. При УЗД органів черевної порожнини виявлена псевдокіста головки-тіла підшлункової залози розміром 10*5 см. При ЕФГДС виявили вибухання задньої стінки шлунка, за рахунок здавлення її кістою підшлункової залози. Виконали гастроскопію з виявленням найбільшого випинання стінки псевдокісти в порожнину шлунка. Після цього ввели робочий ендоскоп з

сонографічним датчиком. В ділянці найбільшого випинання стінки шлунка вибирали безсудинну зону і за допомогою пункційної голки виконали пункцію кісти з отриманням її вмісту, потім за допомогою папілостома виконали співусть між порожниною псевдокісти та шлунком. Через пункційну голку в порожнину псевдокісти провели провідник. Голку видалили. По провіднику через інструментальний канал ендоскопа в утворене співусть в порожнину кісти встановили нітиноловий покритий цистогастральний стент 1,0 см в діаметрі, що самостійно розправляється. Потім в той же отвір створеного цистогастроанастомозу, паралельно до нітинолового стента, встановили цистоназальний дренаж 10 F. Видалили провідник та ендоскоп. Через цистоназальний дренаж виконували промивання порожнини псевдокісти розчинами антисептиків протягом 5 днів до ліквідації явищ запалення, нормалізації загального стану пацієнта.

Через 5 днів при контрольному УЗД органів черевної порожнини просвіт кісти в проекції підшлункової залози не визначається. Стент ендоскопічно видалили. Хворий виписаний під нагляд хірурга за місцем проживання.

За запропонованим способом проліковано 4 хворих. Ускладнень не було. Термін цистоназального дренивання був від 3 до 5 днів. В той же час із 4 хворих пролікованих відомим способом у 2 спостерігали нагноєння із-за недостатньої санації порожнини псевдокісти з приводу неповноцінного функціонування стента 10 F, що потребувало подальшого відкритого оперативного лікування в об'ємі лапаротомії, санації та зовнішнього дренивання порожнини псевдокісти. У 1 хворого спостерігали кровотечу із місця ендоскопічного дренивання, що також потребувало відкритого оперативного втручання.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє знизити кількість ускладнень та попередити виникнення кровотечі.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб ендоскопічного лікування нагноєної псевдокісти підшлункової залози, який включає дренивання вмісту псевдокісти назовні цистоназальним дренажем, санацію її розчинами антисептиків та внутрішнє дренивання через стент, який **відрізняється** тим, що внутрішнє співусть виконують під контролем ендоскопічної сонографії, вибираючи безсудинну зону, і для внутрішнього дренивання використовують нітиноловий покритий цистогастральний стент 1,0-1,2 см в діаметрі, що самостійно розправляється.

Комп'ютерна верстка І. Мироненко

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