



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **112653** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 06405	(72) Винахідник(и): Шевченко Борис Федорович (UA), Бабій Олександр Михайлович (UA), Ратчик Вадим Михайлович (UA), Тарабаров Сергій Олександрович (UA), Пролом Наталія Вікторівна (UA), Челкан Віра Володимирівна (UA), Орловський Денис Володимирович (UA), Тузко Ганна Володимирівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 13.06.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 26.12.2016	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 26.12.2016, Бюл.№ 24	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ", пр. Правди, 96, м. Дніпропетровськ, 49074 (UA)

(54) СПОСІБ ЕНДОХІРУРГІЧНОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ДРЕНУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування псевдокісти підшлункової залози включає введення дуоденоскопа і виконання цистогастростомії або цистодуоденостомії. Спочатку псевдокісту через стінку шлунка або дванадцятипалої кишки одномоментно пунктують трипросвітним голковим ультратомом, аспірують вміст псевдокісти, а потім під тиском вводять в її просвіт контрастну рідину та виконують достатній розтин в найбільш щільно зіткнених з порожнинним органом зонах кістозної стінки.

UA 112653 U

Корисна модель належить до медицини і може бути використана у відділеннях загальної хірургії, ендоскопічної хірургії та мініінвазивної хірургії для внутрішнього трансмурального дренивання псевдокіст підшлункової залози (ПЗ) при хронічному панкреатиті.

Відомо багато способів хірургічного дренивання псевдокіст підшлункової залози. Найбільш близьким та вибраним за прототип є спосіб лікування псевдокіст підшлункової залози (Пат. 54985 А Україна, МПК7 А 61В 17/00. Хірургічний спосіб лікування псевдокісти підшлункової залози /Ярешко В.Г., Рязанов Д.Ю., Бамбізов Л.М., Живиця С.Г. - заявл. 07.06.2002; опубл. 17.03.2003, Бюл. № 3). Спосіб полягає в тому, що в залежності від локалізації псевдокісти ПЗ дуоденоскоп проводять в шлунок або в дванадцятипалу кишку (ДПК). Після виявлення вибухаючої стінки шлунка або ДПК через інструментальний канал дуоденоскопа вводять голчатий папілотом. Виконується цистогastro- або цистодуоденостомія шляхом розтину задньої стінки шлунка або медіальної стінки ДПК через найбільш виступаючу частину стінки з розсіченням прилягаючої частини псевдокісти ПЗ на довжину 1,5-2,5 см. Довжина розтину обумовлена тим, що у термін 6-12 міс. після операції відбувається звуження співусть приблизно не третину від початкової довжини. Виконання розтину довжиною більше ніж 2,5 см є недоцільним, тому що немає функціональних переваг перед розтином, який виконується у межах 1,5-2,5 см. Контролем адекватного виконання ендоскопічного дренивання є надходження секрету ПЗ у шлунок або ДПК.

В основу корисної моделі, що заявляється, поставлена задача удосконалення ендохірургічного лікування зрілих псевдокіст підшлункової залози за рахунок того, що псевдокісту через стінку шлунка або дванадцятипалої кишки одномоментно пунктують трипросвітним голковим ультратомом, аспірують вміст кісти, під тиском вводять в її просвіт 0,9 % розчин NaCl та виконують достатній розтин стінки кісти в напрямку виступаючої і найбільш щільно зіткнутої з порожнинним органом зони кістозної стінки.

Недоліками прототипу є:

1) методика не передбачає одночасного отримання кістозного вмісту для проведення лабораторної диференційної діагностики кістозних утворень ПЗ за пухлинним або запальним походженням;

2) методика не дозволяє визначити конфігурацію кісти та її сполучення з головною панкреатичною протокою (ГПП);

3) при використанні голчатого папілотому кістозний вміст виливається в порожнинний орган, що робить неможливим визначити найбільш щільно зіткнену з порожнинним органом зону кістозної стінки.

4) розтин проводиться в найбільш виступаючій частині стінки шлунка або дванадцятипалої кишки, а не в зоні з найбільш щільно зіткнутої з порожнинним органом зони кістозної стінки.

Порівняльний аналіз заявленого способу та прототипу дозволяє установити, що вони мають ряд загальних ознак:

1) введення дуоденоскопа в просвіт шлунка або дванадцятипалої кишки;

2) виконання цистогastro- або цистодуоденостомії через найбільш виступаючу в просвіт шлунка або дванадцятипалої кишки зону кістозної стінки кісти.

Заявлений спосіб має наступні відмінності від прототипу:

1) отримання кістозного вмісту для проведення лабораторної диференційної діагностики кістозних утворень ПЗ за пухлинним або запальним походженням;

2) введення під тиском розчину контрастної рідини в порожнину кісти з визначенням її конфігурації, спілкування з ГПП та найбільш щільно зіткнутої з порожнинним органом зони кістозної стінки;

3) застосування трипросвітного голчатого Ultratome для одномоментного виконання цистогastro- або цистодуоденостомії достатнім розтином стінки кісти в найбільш щільно зіткненій з порожнинним органом зони кістозної стінки.

Таким чином, заявлений спосіб має суттєві відмінні ознаки у порівнянні з прототипом, які разом із вже відомими дозволять досягнути технічний результат: отримати інформацію про походження кістозного утворення, про особливості конфігурації псевдокісти ПЗ, її сполучення з ГПП та визначенням найбільш щільно зіткнутої з порожнинним органом зони кістозної стінки і виконати одномоментно цистогastro- або цистодуоденостомію достатнім розтином стінки кісти в напрямку найбільш щільно зіткнутої з порожнинним органом зони кістозної стінки, що дозволяє зменшити інтра- та післяопераційні ускладнення, підвищити лікувальне значення отриманих результатів, як наслідок, вирішити задачу корисної моделі.

Відсутність вказаних вище відмінних ознак у відомій техніці дозволяє зробити висновок про те, що запропонований спосіб має новизну. Заявлений спосіб не витікає із відомої техніки, як наслідок, відповідає вимогам патентоспроможності.

Ендоскопічні трансмуральні дренування, як основний і заключний етап лікування, виконані у 7 хворих з сформованими псевдокістами ПЗ.

Спосіб, що заявляється, здійснюють наступним чином.

Спосіб здійснюється таким чином. В залежності від анатомічного розташування псевдокісти в ПЗ дуоденоскоп проводиться у шлунок або ДПК. Після виявлення вибухаючої стінки шлунка або ДПК в просвіт органу трипросвітним голчатим Ultratome пунктують кісту та отримують кістозний вміст, який віддають на цитодіагностику для диференційного визначення псевдокісти або кістозної пухлини. Не виймаючи Ultratome під тиском вводять в просвіт кісти контрастну рідину і визначають конфігурацію кісти, її сполучення з ГПП та найбільш щільно зіткнену з порожнинним органом зону кістозної стінки, одномоментно виконують цистогastro- або цистодуоденостомію достатнім розтином і найбільш щільно зіткнених з порожнинним органом зони кістозної стінки.

Приклад 1.

Хвора Т., 49 років, історія хвороби № 1766, була прийнята у клініку інституту 30.06.2015р. з основним діагнозом: Хронічний рецидивуючий фіброзно-дегенеративний панкреатит, стадія загострення, з больовим та диспепсичним синдромом, з зовнішньо-секреторною недостатністю, компенсацією травлення, ускладнений кальцинозом паренхіми та утворенням ПК голівки ПЗ. Стан після операції - поздовжня панкреатоєюностомія на петлі за Шалімовим (03.08.2011 р.). За даними КТ, МРТ, УЗД відмічаються ознаки фіброзно-дегенеративного ХП, інтрапанкреатичної псевдокісти в ділянці голівки ПЗ з компресією ДІЖ. За даними ЕРПХГ нормальна холангіограма, зв'язку ГПП з кістою не виявлено (фіг. 1).

Враховуючи виявлені зміни, значне випинання стінки кісти в просвіт ДПК, хворій показано ендоскопічне дренування псевдокісти ПЗ. Виконана 06.06.2015 р. операція (Тарабаров С.О.) ендохірургічна цистодуоденостомія, як основний і заключний етап лікування (фіг. 2).

Для виконання ендохірургічної цистодуоденостомії (ендоЦДС) використовувався Ultratome (трихпросвітний голковий ультратом). На відміну від відомих способів з використанням цистотому, де необхідно часто змінювати інструменти, та немає можливості одночасно наповнити порожнину кісти рідиною й одночасно виконати розсічення її зрілої стінки, застосування трипросвітного голкового Ultratome дає змогу: 1) не змінювати інструменти під час операції; 2) зменшити об'єм операційної травми; 3) одночасно виконати пункцію з взяттям вмісту кісти на дослідження та контрастування порожнини кісти; 4) зменшити майже вдвічі загальний час ендохірургічного втручання, що покращує якість даної методики.

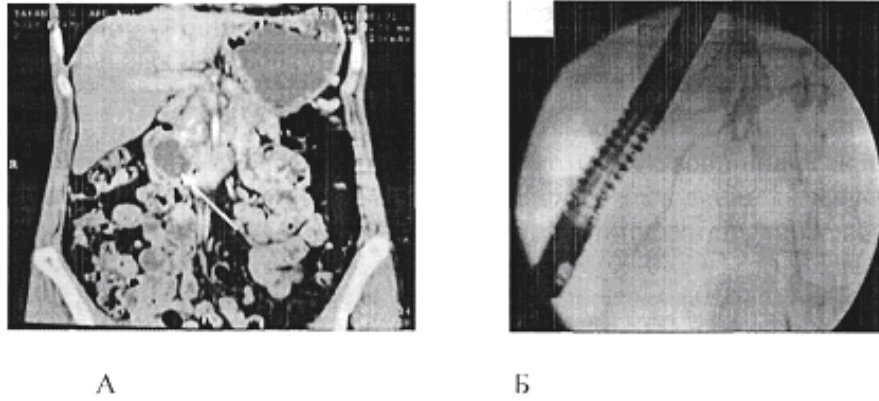
Через 3 міс. після виконання ендоЦДС при УЗ-моніторингу відмічена повна облітерація порожнини псевдокісти ПЗ (фіг. 3). Клінічно больовий синдром купований.

Отже, було удосконалено спосіб лікування псевдокісти ПЗ, який включав ендохірургічне формування співустья між просвітом полого органу та кістозною порожниною. Даний спосіб відрізняється тим, що з метою зменшення інтраопераційних ускладнень, після пункції в порожнину кісти під тиском вводять рідину і виконують адекватну стомію в напрямку до частини стінки кісти, яка найбільш випинає.

Удосконалено спосіб лікування псевдокісти ПЗ, який включає ендохірургічне формування трансмурального співустья між просвітом порожнинного органу та порожниною кісти, з використанням інструмента Ultratome (трипросвітний голковий ультратом), що дозволило: 1) значно рідше змінювати інструменти під час операції; 2) зменшити об'єм операційної травми; 3) одночасно виконати пункцію з взяттям вмісту на дослідження та контрастування кістозної порожнини ПЗ; 4) вдвічі скоротити загальний час ендохірургічного втручання.

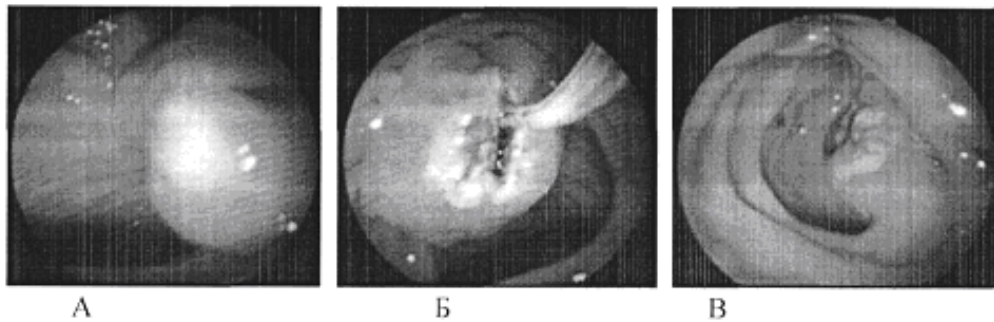
ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування псевдокісти підшлункової залози, що включає введення дуоденоскопа і виконання цистогастростомії або цистодуоденостомії, який **відрізняється** тим, що спочатку псевдокісту через стінку шлунка або дванадцятипалої кишки одномоментно пунктують трипросвітним голковим ультратомом, аспірують вміст псевдокісти, а потім під тиском вводять в її просвіт контрастну рідину та виконують достатній розтин в найбільш щільно зіткнених з порожнинним органом зонах кістозної стінки.



Фіг. 1

Променева діагностика патології ПЗ: А) СМКТ - ознаки фіброзно-дегенеративного панкреатиту, ускладненого кальцинозом паренхіми та інтрапанкреатичною псевдокісти голівки ПЗ з компресією ДПК; Б) ЕРПХГ - нормальна вірсунгограма.



Фіг. 2

Ендохірургічна цистодуоденостомія (ендоЦДС): А) випинання стінки кісти в просвіт ДПК з найбільш випинаючим участком після введення розчину NaCl 0,9 %; Б) розсічення стінки кісти трьохпросвітним ультратомом; В) кінцевий вид цистодуоденостомії.



Фіг. 3

УЗ-моніторинг після ендоЦДС. Порожнина псевдокісти голівки ПЗ не візуалізується: с - голівка, b - тіло, t - хвіст, int-тонка кишка.

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601