



УКРАЇНА

(19) UA (11) 39606 (13) U
(51) МПК (2009)
A61M 27/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u200806937

(22) 19.05.2008

(24) 10.03.2009

(46) 10.03.2009, Бюл.№ 5, 2009 р.

(72) ГОДЛЕВСЬКИЙ АРКАДІЙ ІВАНОВИЧ, UA,
САВОЛЮК СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ, UA, КОСОБУЦЬКА
ІННА АНАТОЛІЙВНА, UA

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, UA

(57) Спосіб лікування кісти підшлункової залози, що включає розтин передньої черевної стінки, виділення і розтин стінки кісти, введення дренажної трубки в порожнину кісти, який відрізняється тим, що в порожнину кісти вводять модифікований катетер Фолі спарений з поліхлорвініловим дренажем, виводячи манжетку катетера за лінію цистентероанастомозу, а через поліхлорвініловий дренаж в післяопераційному періоді вводять склерозуючий препарат склеровейн.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії і може бути використана при оперативних втручаннях на кістах підшлункової залози.

Відомі способи лікування кіст підшлункової залози полягають у застосуванні зовнішнього і внутрішнього їх дренивання. Методи зовнішнього дренивання полягають у тому, що після виконання лапаротомії кісту виділяють, пунктують, видаляють її вміст, після чого розкривають, проводять ревізію порожнини кісти і її стінку підшивають до очеревини, дрениують порожнину кісти однією чи двома поліхлорвініловими трубками. Найгіршим ускладненням зовнішнього дренивання є утворення панкреатичної нориці, що утворюється внаслідок сполучення кісти з головним панкреатичним протоком і потребує повторного оперативного втручання. Може виникати також нагноєння кісти, кровотеча в її порожнину, що значно погіршує прогноз захворювання.

При внутрішньому дрениванні після виконання лапаротомії, виділенні кісти, розкривають її стінку, проводять ревізію порожнини кісти, накладають анастомоз між кістою шлунком, 12-типалою кишкою чи тонкою кишкою, а саме цистоеюноанастомоз за Брауном з заглушкою приводящої петлі за Шалімовим або цистоеюноанастомоз на виключеній петлі за Ру, що забезпечує відведення вмісту кісти в шлунково-кишковий тракт.

Недоліками методів внутрішнього дренивання є ризик утворення рецидиву кісти внаслідок закидання вмісту 12-типалої кишки і шлунку в порожнину кісти при накладенні анастомозу між 12-типалою кишкою чи шлунком, або реканалізації

заглушки при накладанні цистоеюноанастомозу, що порушує відток вмісту кісти і сприяє розвитку рецидиву кісти [Шалімов А.А., Шалімов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. Симферополь, «Таврида», 1996, с.260-295] В основу корисної моделі "Спосіб лікування кісти підшлункової залози" поставлене завдання попередження рецидиву кісти підшлункової залози шляхом введення склерозуючої речовини, а саме препарату склеровейн в порожнину кісти в період стихання запальних явищ.

Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає розтин передньої черевної стінки, виділення кісти, введення дренажної трубки в порожнину кісти, який відрізняється тим, що в порожнину кісти вводять модифікований катетер Фолі спарений з поліхлорвініловим дренажем, виводячи манжетку катетера за лінію цистентероанастомозу, а через поліхлорвініловий дренаж в післяопераційному періоді вводять склерозуючий препарат - склеровейн. Склеровейн викликає облітерацію порожнини кісти і таким чином попереджує рецидив захворювання, а також можливі ускладнення - нагноєння, кровотечу, утворення панкреатичної нориці і т.д.

Спосіб здійснюють таким чином. Виконують лапаротомію, виділяють кісту, проводять розтин її стінки. В порожнину кісти проводять модифікований катетер Фолі спарений з поліхлорвініловим дренажем. Фіксують дренажі до стінки кісти кетгутівими лігатурами і виводять на передню черевну стінку через окремий розріз в правому чи лівому фланку в залежності від її розташування (голівка, тіло чи хвіст). Причому ділянку модифікованого

UA (19) 39606 (13) U

катетера на якій розташована манжетка вводять за лінію цистентероанастомозу, з метою попередження попадання слерозуючої речовини на лінію анастомозу, що може визвати його стеноз.

На 5 добу післяопераційного періоду через поліхлорвініловий дренаж в порожнину кісти вводять склерозуючий препарат - склеровейн, в залежності від об'єму кісти від 5 до 40мл. Перед введенням манжетку катетера роздувають фізіологічним розчином в кількості до 10мл і підтягують до лінії анастомозу, при накладенні цистентероанастомозу, тобто здійсненні внутрішнього дренивання. Після введення склеровейну поліхлорвініловий дренаж перекривають на 1год, після чого відкривають. Об'єм кісти контролюють методом цистографії.

Приклад: Хворий Коваленко І.П., 32 років М.К. №2455, знаходився на лікуванні в хірургічній клініці кафедри хірургії №2 Вінницького національного університету ім. М.І. Пирогова з діагнозом: Кіста голівки підшлункової залози. Хворому виконано лапаротомію, виділено кісту голівки підшлункової залози. Виконано зовнішнє дренивання кісти, тобто в порожнину кісти введено поліхлорвінілові дренажі, модифікований дренаж Фолі. В післяопераційному періоді на 5 добу післяопераційного періоду в порожнину кісти введено 5мл склеровейну, після чого дренажі пережаті на 1год. Процедуру повторювали на протязі 5 днів. Після чого провели цистографію - порожнина кісти олібтерувалась. Дренажі видалені, хворий з виздоровленням виписаний з стаціонару на 21 добу після операції.