



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **101656** (13) **U**
(51) МПК
A61B 17/34 (2006.01)
A61K 31/245 (2006.01)
A61P 1/18 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2015 02823</p> <p>(22) Дата подання заявки: 27.03.2015</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.09.2015</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.09.2015, Бюл.№ 18</p>	<p>(72) Винахідник(и): Суходоля Сергій Анатолійович (UA), Петрушенко Вікторія Вікторівна (UA), Суходоля Анатолій Іванович (UA), Коломієць Олександр Володимирович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
--	--

(54) СПОСІБ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ПУНКЦІЙНОЇ ПАНКРЕАТОВІРСУНГОГРАФІЇ

(57) Реферат:

Спосіб інтраопераційної пункційної панкреатовірсунгографії включає введення контрастної речовини в протокову систему підшлункової залози з наступною рентгенографією. Виконують інтраопераційну пункцію протоки підшлункової залози голкою в середній третині або у місці найбільшого випинання і інтраопераційно вводять 20 мл 25-30 % водорозчинної контрастної рідини, розведеної порівно з 0,5 % новокаїном та сандостатином 0,1 мг/мл.

UA 101656 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту /ХП/ для виявлення внутрішніх нориць, сполучення кіст підшлункової залози /ПЗ/ з протоком, що дозволить обрати найбільш оптимальний метод оперативного лікування, а також попередити рецидив захворювання та прогресування фіброзу тканини ПЗ після операції.

Відомий спосіб контрастування протоки ПЗ - це спосіб ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, який включає фіброгастроуденоскопію, канюлювання великого сосочка дванадцятипалої кишки, повільне введення 10-20 мл 30 % водорозчинного препарату із вмістом йоду з наступною рентгенографією. Якщо контрастується кіста ПЗ, роблять висновок про зв'язок з вірсунговою протокою / Соколов Л.К., Манушкін О.П. і др. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреатодуоденальной зоны/.

Недоліками відомого способу є: при наявності конкременту у найвужчій частині протоки /перешийку/, контрастна речовина не може потрапити далі і таким чином ділянка протоки тіла та хвоста залози буде не контрастована, тобто не інформативна, що не дозволить виконати ефективне оперативне лікування; у 1-6 % випадків неможливо канюлювати великий сосочок 12-палої кишки / аномалії, дивертикул та ін./; якщо вузький /до 1 мм/ зв'язок між кістою і протокою ПЗ, контрастна речовина наповнює звичайно не кісту, а гепатикохоledох; у 0,5-8,2 % випадків можливі ускладнення із-за введення у протоку більше 10 мл і більшої концентрації /30 %/ контрастної рідини /гострий панкреатит, холангіт та ін./; технічна складність виконання з можливими ускладненнями /кровотеча та пост ендоскопічно ретроградно холангеопанкреатографічний /ЕРХПГ/ панкреатит/. Відомий спосіб не дозволяє в повній мірі оцінити стан протоки ПЗ, наявність конкрементів у ньому, що є причиною незадовільних результатів проведеного лікування.

В основу корисної моделі "Спосіб інтраопераційної пункційної панкреатовірсунгографії" поставлена задача підвищити інформативність дослідження, виявлення сполучення протоки ПЗ з кістою, черевною та плевральною порожнинами, із заочеревинною протокою, а також візуалізації конкрементів з дилатацією Вірсунгового та Санторінієвого протоків ПЗ.

Спосіб здійснюється таким чином. Після проведення лапаротомії, розкриття чепцевої сумки шляхом пересічення шлунково-ободової зв'язки і візуалізації ПЗ, остання мобілізується таким чином, щоб диференціювалася протока по всій протяжності. Після пальпаторного обстеження ПЗ, голкою катетеризують проток в середній третині або у місці найбільшого випинання. Як правило, при протоковій гіпертензії ми отримуємо дебіт соку під значним тиском, інколи до 400 од вод. ст. Далі вводимо 20 мл 25 % - 30 % водорозчинної контрастної рідини, розведеної порівно із 0,5 % новокаїном, та сандостатин 0,1 мг/мл, з наступною інтраопераційною рентгенографією органів черевної порожнини. При правильному виконанні обстеження ми отримуємо контрастовану протоку ПЗ по всій протяжності, візуалізуються панкреатичні озера, чітко конкременти, при наявності сполучення з кістою, або вихід контрастної речовини за межі протоки ПЗ, що свідчить про наявність нориць. Також при фіброзних змінах головки ПЗ спостерігається стеноз 12-палої кишки, що підтвердить відсутність контрасту у наступній.

Клінічний приклад. Пацієнтка Д., 40 р., тривалий час хворіє на ХП. Останнім часом відмічає значну втрату маси тіла: індекс маси тіла зменшився з 58 до 27, болі в епігастрії, утруднене дихання з періодичним кашлем. З анамнезу відомо, що пацієнтка протягом тривалого часу вживає алкоголь та палить. При Ro ОГК виявлено правобічний плеврит. Виконано пункцію плевральної порожнини, отримано 1500 мл світлої без запаху рідини. Рівень діастази при лабораторному дослідженні був у межах 15000 од./л. Протягом консервативного лікування плевральна порожнина пунктувалася кілька разів з попереднім незадовільним результатом. Заявилася підозра про наявність панкреатоплевральної нориці. Пацієнтці запропонували та виконали оперативне втручання. Інтраопераційно виконано пункційну панкреатовірсунгографію. Контрастовано протоку ПЗ, а також заочеревинну норицю, ще сполучається з правою плевральною порожниною. Виконано ліквідацію заочеревинної нориці механічним шляхом та операція Пестова /поздовжня панкреатоєюностомія з виключенням на Ру петлі/ для декомпресії та як наслідок, закриття нориці. Пацієнтка з покращенням на 10 добу виписана за місцем проживання. При контрольному огляді через два місяці, згідно з міжнародним опитувальником MOS SF-36 відмічали значне покращення якості життя, що підтверджує задовільну екзо- та ендокринну функцію ПЗ. При виконанні тесту та наявності фекальної еластази-I її показники наближались до норми.

Таким чином, інтраопераційна пункційна панкреатовірсунгографія з доцільним та ефективним інвазивним методом дослідження ПЗ у пацієнтів з ускладненими формами ХП, що дозволяє застосувати найбільш ефективний метод оперативного лікування.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

5 Спосіб інтраопераційної пункційної панкреатовірсунгографії, що включає введення контрастної речовини в протокову систему підшлункової залози з наступною рентгенографією, який **відрізняється** тим, що виконують інтраопераційну пункцію протоки підшлункової залози голкою в середній третині або у місці найбільшого випинання і інтраопераційно вводять 20 мл 25-30 % водорозчинної контрастної рідини, розведеної порівно з 0,5 % новокаїном та сандостатином 0,1 мг/мл.

Комп'ютерна верстка О. Рябко

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