



(19) **KG** (11) **1667** (13) **C1**  
(51) **A61B 17/00** (2014.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ  
И ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20140007.1

(22) 06.02.2014

(46) 30.09.2014, Бюл. № 9

(76) Мусаев А. И.; Ибраимов Д. С. (KG)

(56) Щастный А. Т.; Штурич И. П.; Сятковский А. Р. Двойное дренирование при лечении больших псевдокист поджелудочной железы // Новости хирургии. - 2010. - № 6. - С. 133-137

**(54) Способ хирургического лечения кисты поджелудочной железы**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может применяться при лечении кист поджелудочной железы.

Задачей изобретения является разработка способа, позволяющего исключить послеоперационные осложнения и рецидив кисты поджелудочной железы.

Задача решается в способе хирургического лечения кисты поджелудочной железы, включающем лапаротомию, наложение анастомоза и установку дренажной трубки в полость кисты, где с целью предотвращения несостоятельности анастомозов дренажную трубку выводят в область левого подреберья, промывание осуществляют 0,02 % раствором Декасана два раза в день и каждые три дня под контролем УЗИ оценивают степень облитерации кисты.

1 н. п. ф., 1 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может применяться при лечении кист поджелудочной железы.

Известен способ «двойного дренирования» больших кист поджелудочной железы. В качестве доступа используют верхне-срединную лапаротомию, полость кисты вскрывают, производят некрсеквестрэктомия, формируют цистогастроанастомоз, трансназально в кисту проводят дренажную трубку, затем накладывают цистоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру (Щастный А. Т., Штурич И. П., Сятковский А. Р. Двойное дренирование при лечении больших псевдокист поджелудочной железы // Новости хирургии. - 2010. - № 6.- С. 133-137).

Недостатками способа являются заброс желудочного содержимого в полость кисты, его инфицирование, которое приводит к несостоятельности анастомозов, не достигается облитерация кисты, а назогастральный зонд вызывает воспалительные осложнения пищевода, носоглотки, носовых ходов и ротоглотки.

Задачей изобретения является разработка способа, позволяющего исключить послеоперационные осложнения и рецидив кисты поджелудочной железы.

Задача решается в способе хирургического лечения кисты поджелудочной железы, включающем лапаротомию, наложение анастомоза и установку дренажной трубки в полость кисты, где с целью предотвращения несостоятельности анастомозов дренажную трубку выводят в область левого подреберья, промывание осуществляют 0,02 % раствором Декасана два раза в день и каждые три дня под контролем УЗИ оценивают степень облитерации кисты.

Способ осуществляют следующим образом.

Верхне-срединной лапаротомией осуществляют доступ, позволяющий полноценно проводить ревизию всех отделов поджелудочной железы, желчевыводящих путей и соседних органов. После выделения стенки кисты выполняют ее пункцию, содержимое кисты направляют на бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование, а участок стенки кисты

на гистологическое исследование. После удаления содержимого кисты вскрывают ее полость и выполняют ревизию, по мере необходимости выполняют некрсеквестрэктомию. Через верхнюю латеральную стенку в кистозную полость проводят тонкую силиконовую дренажную трубку, фиксируют кетгутом и выводят дренаж через отдельную контраппертуру в левом подреберье. Такой дренаж необходим для полной и своевременной эвакуации содержимого кисты, санации ее полости в послеоперационном периоде для предупреждения застоя и инфицирования, а также для дальнейшего динамического наблюдения за функциональной состоятельностью анастомоза. Далее формируют цистоеюноанастомоз, для наложения которого целесообразно использовать петлю тощей кишки длиной не менее 40 см, выключенную Y-образным анастомозом по Ру, что предотвращает или уменьшает возможность возникновения цистодигестивного рефлюкса. Формирование анастомоза с «отключенной» тощей кишкой значительно снижает вероятность инфицирования полости кисты и прогрессирования панкреатита. В послеоперационном периоде ежедневно через дренажную трубку промывают полость кисты 0,02 % раствором Декасана, контролируют характер и объем отделяемого из полости кисты с обязательным биохимическим исследованием. На 5-6 сутки после операции выполняют рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастным веществом. При подтверждении уменьшения полости кисты, удовлетворительной эвакуации контрастного вещества и отсутствия отделяемого дренажную трубку удаляют.

Способ поясняется фигурой, где изображен желудок - 1; поджелудочная железа - 2; киста - 3; дренажная трубка - 4; анастомоз - 5; тонкий кишечник - 6.

**Пример.** Больной Б. К., 56 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в левом подреберье с иррадиацией в надключичную область, тошноту, сухость во рту и общую слабость. Приступ острого панкреатита был за 4,5 месяца до поступления после приема обильной жирной пищи. Объективно состояние относительно удовлетворительное, живот симметричен, при пальпации мягкий, болезнен в левом подреберье, имеется локальная болезненность в точке Мейо-Робсона. На УЗИ в проекции хвоста поджелудочной железы определялось округлое образование с ровными контурами, размером 7,2 x 6,0 см, эхоструктура диффузно неоднородная. Реакция Казони отрицательная. Во время операции обнаружена экстрапанкреатическая киста на границе тела и хвоста поджелудочной железы, выпячивающаяся через брыжейку поперечно ободочной кишки. Киста пунктирована, эвакуировано 350 мл содержимого коричневого цвета. С целью предупреждения рефлюкса кишечного содержимого в полость кисты сформирован цистоеюноанастомоз с поперечным рассечением просвета кишечника величиной 4,0 x 1,0 см, после предварительного выключения тощей кишки по Ру. Через верхнюю латеральную стенку в полость кисты, зафиксировав кетгутом, провели тонкую силиконовую дренажную трубку и вывели через отдельную контраппертуру в левом подреберье. В послеоперационном периоде полость кисты поджелудочной железы промывали раствором Декасана в количестве 150 мл. На 5-е сутки произвели рентгенконтрастное исследование, эвакуация через цистоеюноанастомоз удовлетворительная. Дренаж удален на 6-е сутки, больной на 9-е сутки выписан с выздоровлением.

Преимуществами предложенного способа являются возможность своевременного отслеживания функции поджелудочной железы посредством регулярного контроля содержимого кисты, исключение несостоятельности анастомоза вследствие декомпрессии полости кисты, предотвращение послеоперационных осложнений и рецидивов кисты в результате быстрой облитерации кисты и исключения заброса желудочного и дуоденального содержимого в полость кисты.

### Формула изобретения

Способ хирургического лечения кисты поджелудочной железы, включающий лапаротомию, наложение анастомоза и установку дренажной трубки в полость кисты, отличающийся тем, что с целью предотвращения несостоятельности анастомозов дренажную трубку выводят в область левого подреберья, промывание осуществляют 0,02 % раствором Декасана два раза в день и каждые три дня под контролем УЗИ оценивают степень облитерации кисты.

---

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,  
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03