



УКРАЇНА

(19) UA (11) 63854 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) u201102795

(22) 10.03.2011

(24) 25.10.2011

(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.

(72) ГОДЛЕВСЬКИЙ АРКАДІЙ ІВАНОВИЧ, САВО-
ЛЮК СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ, ВОВЧУК ІГОР МИКОЛА-
ЙОВИЧ, ВАЛАБУЄВА ВІКТОРІЯ ВІКТОРІВНА,
ГУДЗЬ МАКСИМ АНАТОЛІЙОВИЧ(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб лікування гострого панкреатиту, який полягає в тому, що встановлюють під час лапаротомії вздовж підшлункової залози дренажний пристрій, що має аспіраційну трубку діаметром 2-3 см та додаткову, яку встановлюють через передню черевну стінку шляхом формування 5-6 дренажних каналів діаметром до 2 см з роздувними стінками через розсічену шлунково-ободову зв'язку методом частого колу по ходу лівого підребер'я через контрапертурні розрізи.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для ендовідеохірургічної візуалізації підшлункової залози і прилеглих тканин, динамічного спостереження за ними та проведення мініінвазивних лікувальних маніпуляцій у цій зоні.

Відомий спосіб візуалізації підшлункової залози і прилеглих тканин шляхом лапаротомії і розкриття сальникової сумки. Для здійснення динамічного спостереження і лікувальних маніпуляцій формують бурсоментостому шляхом тампонування сальникової сумки. Санаційні заходи (некрсеквестрэктомія) виконуються другим і наступними етапами після закінчення 2-3 тижнів (В. І. Філін. Невідкладна панкреатологія. - М., 1994). Спосіб має недоліки, так як є травматичним, часом операційна травма перевищує агресію, обумовлену самим патологічним процесом в підшлунковій залозі; вимагає повторних травматичних втручань, не забезпечує можливість раннього динамічного контролю. До моменту повторних втручань в області підшлункової залози утворюється щільний інфільтрат, різко ускладнює підхід до підшлункової залози. Часто поділ щільних зрощень супроводжується кровотечею. Залишення тампонів в сальниковій сумці і створення бурсоментостомії вкрай травматичні і призводять до інфікування з утворенням гнійників. При первинному дрениванні немає можливості встановлення дренажів великого діаметру, а в процесі лікування відсутня можливість видалення секвестрів із заочеревинного простору і візуального контролю за зоною деструкції.

В основу корисної моделі «Спосіб лікування гострого панкреатиту» поставлена задача вста-

новлення під час лапаротомії вздовж підшлункової залози дренажного пристрою з виведенням його частини зовні через лівий люмботомічний отвір. При цьому цей дренажний пристрій складається з 2 робочих частин: основної - аспіраційної трубки з мікроотворами діаметр аспіраційної трубки становить 2-3 см та додаткової, яку встановлюють через передню черевну стінку шляхом формування дренажних каналів через розсічену шлунково-ободову зв'язку в кількості 5-6 дренажів діаметром до 2 см із роздувними стінками, використовуючи метод частого колу, по ходу лівого підребер'я через контрапертурні розрізи.

Поставлену задачу вирішують способом лікування гострого панкреатиту, що передбачає встановлення під час лапаротомії вздовж підшлункової залози дренажного пристрою з виведенням його частини зовні через лівий люмботомічний отвір. При цьому цей дренажний пристрій (див. креслення) складається з 2 робочих частин: основної - аспіраційної трубки з мікроотворами, діаметр аспіраційної трубки становить 2-3 см, та додаткової, яку встановлюють через передню черевну стінку шляхом формування дренажних каналів через розсічену шлунково-ободову зв'язку в кількості 5-6 дренажів діаметром до 2 см із роздувними стінками, використовуючи метод частого колу, по ходу лівого підребер'я через контрапертурні розрізи.

Спосіб здійснюється таким чином. Після виконання доступу до підшлункової залози з подальшою установкою дренажного пристрою, який складається з 2 робочих частин: основної - аспіраційної трубки з мікроотворами - 3, діаметр аспіраційної трубки становить 2-3 см - 1, та

UA (19) 63854 (11) (13) U

додаткової, яку встановлюють через передню черевну стінку шляхом формування дренажних каналів через розсічену шлунково-ободову зв'язку в кількості 5-6 дренажів - 2 діаметром до 2 см із роздувними стінками, використовуючи метод частотного роздування, по ходу лівого підребер'я через контрапертурні розрізи. У післяопераційному періоді через аспіраційну трубку вводиться лапароскоп, що дозволяє проводити освітлення певних ділянок підшлункової залози, а після роздування, проведених через контрапертурні розрізи трубок, виникає можливість проведення мініінвазивних оперативних втручань на підшлунковій залозі з виконанням некрсеквестректомії, санації гнійних осередків, коагуляції кровоточивих судин, пункції псевдокіст під контролем ультрасонографії, при цьому відпадає потреба в проведенні травматичних відкритих релaparотомій. При нормалізації стану хворого дренажний пристрій видаляється через контрапертурний отвір.

Клінічний приклад:

Хворий Л., 57 років, І. Х. № 1358, знаходився в клініці хірургії № 2 Вінницького Національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, що розміщена на базі МКЛ ШМД, з 04.01.11 по 16.02.11 з клінічним діагнозом: гострий панкреа-

тит, важка форма, повільно прогресуючий панкреонекроз, фаза функціональної недостатності паренхіматозних органів, ПОН II ступеня тяжкості. ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз, СНО. Хворому була виконана операція 14.01.11 - лапаротомія, люмботомія зліва з постановкою запропонованого дренажу, одночасно евакуйовано до 100,0 мл брудно-бурої гнійної рідини з осадом. Налагоджено проточне промивання зони деструкції. Починаючи з 5-тої доби після дренирування постійно проводили візуальний контроль зони деструкції та некрсеквестректомію. Клінічно у хворого поступово нормалізувалася температура тіла, купірувались ознаки ендогенної інтоксикації, нормалізувались лабораторні дані. Хворий не був оперований. 10.02.11 видалений дренаж з заочеревинного простору. Хворий виписаний на амбулаторне долікування в задовільному стані. Оглянутий через 1,5 місяці - скарг не пред'являв.

Використання даного способу дозволить при мінімальній травматичності максимально візуалізувати підшлункову залозу і прилеглі тканини, забезпечить можливість динамічного спостереження і проведення лікувальних маніпуляцій у цій зоні.

