



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36774 (13) A

(51) B A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

### ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

#### (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

(21) 2000020667

(22) 08.02.2000

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Жмур Андрій Анатолійович, Годлевський Аркадій Іванович, Каніковський Олег Євгенович, Саволюк Сергій Іванович

(73) Вінницький державний медичний університет ім. М.І.Пирогова

(57) Спосіб лікування гострого деструктивного пан-

креатиту, що включає санацію сальникової сумки, контроль за перебігом гострого деструктивного панкреатиту, некрсеквестректомію із застосуванням приладів з волоконною оптикою, який **відрізняється** тим, що через лівобічний люмботомічний розтин поверх підшлункової залози встановлюють дренаж, виготовлений з силіконової плівки, роздуваючи його, утворюють порожнину над підшлунковою залозою і здійснюють контроль перебігу гострого деструктивного панкреатиту над всією поверхнею підшлункової залози.

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до хірургії, і стосується дренування сальникової сумки при гострому деструктивному панкреатиті із застосуванням волоконної оптики, може бути використаний при хірургічному лікуванні ускладнень гострого панкреатиту.

Відомий спосіб лікування гострого деструктивного панкреатиту включав санацію сальникової сумки з використанням спеціального ранорозширювача і ретроперитонеоскопу з системою волоконної оптики (Прудков М.І., Галімізяков Ф.В., Белова А.Д. Лікувально-діагностичний алгоритм при гострому панкреатиті // *Аннали хірургічної гепатології*. - 1998. - Т.3, № 3. - С.282). При цьому контроль за станом підшлункової залози проводиться кожні 24-28 годин з проведенням некрсеквестректомії підшлункової залози. Цей спосіб дозволяє оглянути лише оточуючі тканини каналу, який формує рано розширювач, і видалити лише секвестри, які попали в обмежене ранорозширювачем поле зору ретроперитонеоскопу, який являє собою негнучку трубку.

В основу винаходу поставлено задачу "Способом лікування гострого деструктивного панкреатиту" шляхом введення додаткового огляду підшлункової залози забезпечити контроль перебігу гострого деструктивного панкреатиту над всією поверхнею підшлункової залози, що підвищує ефективність лікування гострого деструктивного панкреатиту, запобігає ускладненням. Поставлена задача вирішується в способі лікування гострого деструктивного панкреатиту, що включає санацію сальникової сумки, контроль за перебігом гострого деструктивного панкреатиту, некрсеквестректомію із застосуванням приладів з волоконною оптикою,

згідно з винаходом, через лівобічний люмботомічний розтин, поверх підшлункової залози, встановлюють дренаж, виготовлений з силіконової плівки, роздуванням якого створюють порожнину над підшлунковою залозою і здійснюють контроль перебігу гострого деструктивного панкреатиту над всією поверхнею підшлункової залози.

На фіг. 1 зображено загальний вигляд дренажного пристрою в роздутому вигляді.

На фіг. 2 - розміщення дренажного пристрою в сальниковій сумці. Спосіб здійснюється наступним чином. Під час лапаротомії розкривають шлуковоободову зав'язку на протязі 20 см. Сальникову сумку дренують через Вінсловий отвір 1 або малий сальник трубкою 2 з внутрішнім діаметром 1 см з виведенням її в правій підреберній ділянці 3. Дренування зліва проводять через люмботомічний розтин 4 після мобілізації селезінкового кута товстої кишки. В цей канал проводять браншу модифікованого дренажу 5. Цей дренаж виготовлений з силіконової плівки і являє собою в роздутому вигляді балон, який піднімає задню стінку шлунку і утворює порожнину над підшлунковою залозою 6. При проведенні пристрою з волоконною оптикою через канал дренажу 7, виведений в правій підреберній ділянці можливо оглянути всю передню поверхню підшлункової залози. Під його контролем проводять хірургічний інструментарій по каналу, сформованому браншею модифікованого дренажу, виконують некрсеквестректомію підшлункової залози. Після виконання маніпуляції, повітря з модифікованого дренажного пристрою видалюють, і він займає в сальниковій сумці об'єм не більше гумової рукавички. Бранша, виведена через лівий люмботомічний розтин, виконує роль дренажу, че-

(19) UA (11) 36774 (13) A

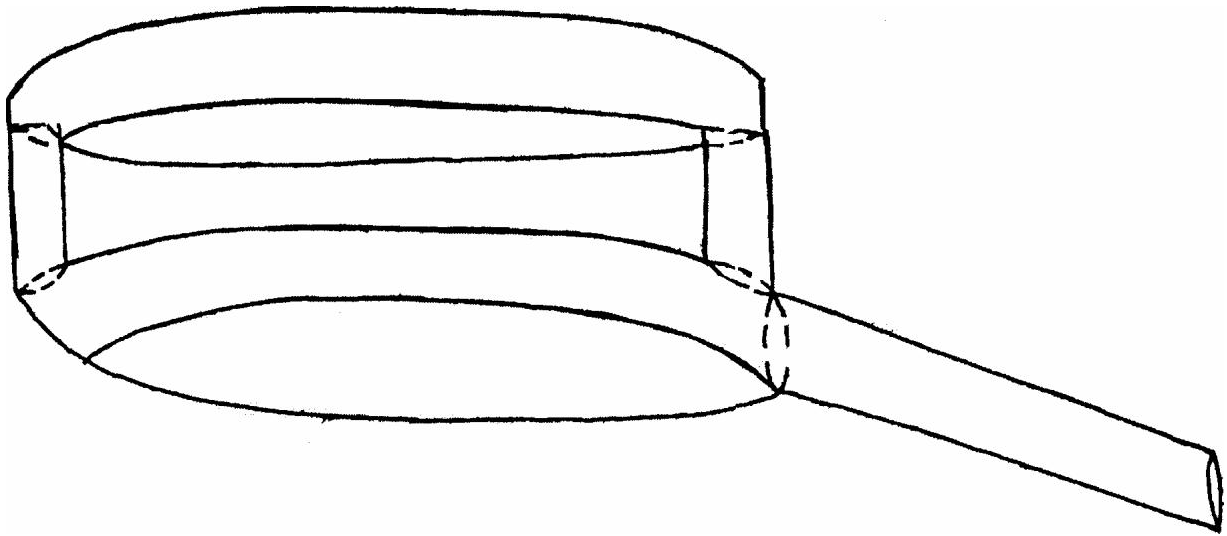
рез який витікає ексудат, гнійний детрид підшлункової залози з сальникової сумки. М'який матеріал, з якого виконаний модифікований дренажний пристрій виключає утворення нориць. Такі малоінвазивні хірургічні маніпуляції виконуються до 3-4 разів.

Після ліквідації запальних процесів в підшлунковій залозі дренажний пристрій легко видаляється через люмботомічний розтин.

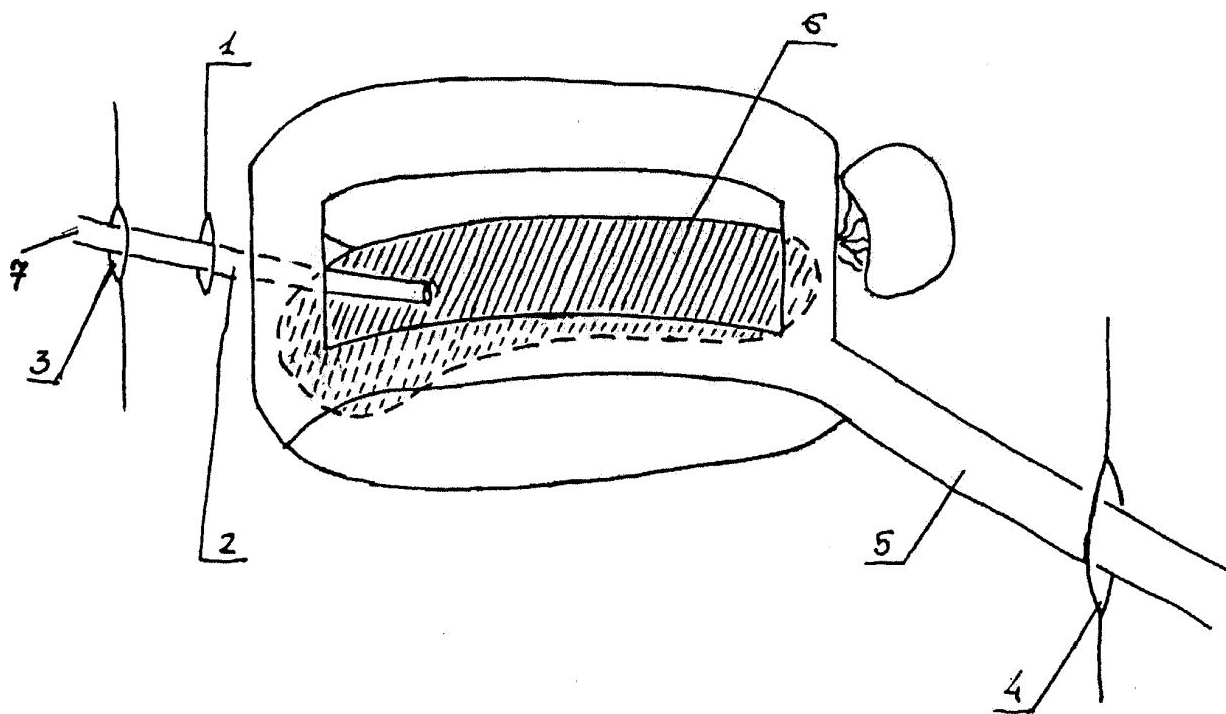
Приклад. Хворий П., 37 років, історія хвороби № 3245 знаходився в клініці факультетської хірургії Вінницького державного медичного університету з 11.04.98 р. по 25.06.99 р. з діагнозом гострий деструктивний панкреатит, ускладнений ферментативним перитонітом.

Під час першої операції 11.04.99 р. була виконана холецистостомія, дренажування сальникової сумки через Вінсловий отвір трубкою з внутрішнім діаметром 1 см та лівобічна люмботомія пучком поліпорвінілових трубок, дренажування черевної порожнини в пахвинних ділянках. По дренажах в післяопераційному періоді витікав геморагічний ексудат. В зв'язку з прогресуванням панкреонекрозу 21.04.99 р. була виконана програмована релапаротомія з некрсеквестректомією підшлункової залози і встановленням поверх неї модифіковано-

го дренажного пристрою з виведенням його бранші через лівобічний люмботомічний розтин. В післяопераційному періоді відмічалось адекватне дренажування сальникової сумки через пучок трубок і браншу модифікованого дренажу, а на другу добу після релапаротомії модифікований дренаж був роздутий, над підшлунковою залозою утворилась порожнина. Через дренаж, встановлений через Вінсловий отвір в сальникову сумку, проведений лапароскоп, за допомогою якого було перевірено стан підшлункової залози. На фоні темної підшлункової залози видимих секвестрів не було. На четверту добу після релапаротомії маніпуляція під внутрішньовенним знеболюванням була повторена. і через канал в лівій поперековій ділянці був введений тупфер під контролем лапароскопу, як описано вище. Виконана секвестректомія, і за допомогою вигнутого гемороїдального затискача видалений секвестр 3x4 см. Ускладнень під час маніпуляції не було. Наступного дня відмічалось покращення загального стану, температура знизилась з 39,7 до 37,6°C. Такі маніпуляції проводились ще двічі, і дренажний пристрій був легко видалений через контрапертуру в лівій поперековій ділянці.



Фіг. 1



Фіг. 2

---

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)  
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26  
(044) 295-81-42, 295-61-97

---

Підписано до друку \_\_\_\_\_ 2001 р. Формат 60x84 1/8.  
Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.  
(044) 268-25-22

---