



УКРАЇНА

(19) UA (11) 25349 (13) A

(31)5 A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ  
ПАТЕНТНЕ  
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДбез проведення експертизи по суті  
на підставі Постанови Верховної Ради України  
№ 3769-XII від 23.XII. 1993 р.Публікується  
в редакції заявника

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

(21) 95031065  
(22) 06.03.95  
(24) 30.10.98  
(46) 25.12.98. Бюл. № 6  
(47) 30.10.98  
(72) Годлевський Аркадій Іванович,  
Каніковський Олег Євгенович, Шапринський  
Володимир Олександрович  
(73) Вінницький державний медичний  
університет ім. М.І. Пирогова

2

(57) Спосіб лікування гострого  
деструктивного панкреатиту шляхом  
проведення панкреатоскопії, який відрі-  
зняється тим, що ендоскопічні оперативні  
втручання виконують інструментарієм, який  
вводять до підшлункової залози через  
силіконові трубки, проведені через  
контрапертури.

Запропонований винахід відноситься до  
медицини, зокрема до способів лікування  
гострого деструктивного панкреатиту. Він  
призначений і може бути використаний при  
хірургічному лікуванні гострих запальних  
процесів у підшлунковій залозі.

Відомі способи хірургічного лікування  
гострого деструктивного панкреатиту, які  
полягають у некректомії, резекції частини  
органу I (або) дренуванні її ложа [Шалімов  
С.А. і співавт., 1990, Савельєв В.С. і співавт.,  
1983]. Необхідність у виконанні широких по-  
вторних оперативних втручань виникає у  
15-66% випадках з високою летальністю до  
90%, що значно погіршує результати  
лікування цієї патології [Шалімов С.А. і  
співавт., 1990].

Найбільш близьким до заявляемого спо-  
собу є введення лапароскопу до  
підшлункової залози супрагастральним та  
інфрагастральним доступом [Савельєв В.С.,  
Буянов В.М., Лукомский Г.И. Руководство по

клинической эндоскопии. - М.: Медицина,  
1985. - С. 78-82] з метою отримання без  
операцій даних про макроскопічний стан  
підшлункової залози.

Недоліком даного способу є немож-  
ливість проведення одномоментного бага-  
торазового візуального контролю за станом  
залози в післяопераційному періоді, а також  
виконання необхідних ендоскопічних  
оперативних втручань з одночасним її  
дренуванням і підведенням лікарських  
препаратів.

Задачею винаходу є забезпечення адек-  
ватного дренування колопанкреатичної  
клітковини та малого сальника з можливістю  
виконання багаторазових повторних ендос-  
копічних втручань при гострому  
деструктивному панкреатиті без  
проведення релапаротомії, а також діаліза  
ложа підшлункової залози.

Спосіб здійснюється за допомогою  
комбінованого пристрою, який складається

(19) UA (11) 25349 (13) A





УКРАЇНА

(19) UA (11) 25349 (13) A

(51)5 A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ  
ПАТЕНТНЕ  
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДбез проведення експертизи по суті  
на підставі Постанови Верховної Ради України  
№ 3769-XII від 23.XII. 1993 р.Публікується  
в редакції заявника

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

(21) 95031065  
(22) 06.03.95  
(24) 30.10.98  
(46) 25.12.98. Бюл. № 6  
(47) 30.10.98  
(72) Годлевський Аркадій Іванович,  
Каніковський Олег Євгенович, Шапринський  
Володимир Олександрович  
(73) Вінницький державний медичний  
університет ім. М.І. Пирогова

2

(57) Спосіб лікування гострого  
деструктивного панкреатиту шляхом  
проведення панкреатоскопії, який відрі-  
зняється тим, що ендоскопічні оперативні  
втручання виконують інструментарієм, який  
вводять до підшлункової залози через  
силіконові трубки, проведені через  
контрапертури.

Запропонований винахід відноситься до  
медицини, зокрема до способів лікування  
гострого деструктивного панкреатиту. Він  
призначений і може бути використаний при  
хірургічному лікуванні гострих запальних  
процесів у підшлунковій залозі.

Відомі способи хірургічного лікування  
гострого деструктивного панкреатиту, які  
полягають у некректомії, резекції частини  
органу і (або) дрениванні її ложа [Шалімов  
С.А. і співавт., 1990, Савельєв В.С. і співавт.,  
1983]. Необхідність у виконанні широких по-  
вторних оперативних втручань виникає у  
15-66% випадках з високою летальністю до  
90%, що значно погіршує результати  
лікування цієї патології [Шалімов С.А. і  
співавт., 1990].

Найбільш близьким до заявляемого спо-  
собу є введення лапароскопу до  
підшлункової залози супрагастральним та  
інфрагастральним доступом [Савельєв В.С.,  
Буянов В.М., Лукомский Г.И. Руководство по

клинической эндоскопии. - М.: Медицина,  
1985. - С. 78-82] з метою отримання без  
операцій даних про макроскопічний стан  
підшлункової залози.

Недоліком даного способу є немож-  
ливість проведення одномоментного бага-  
торазового візуального контролю за станом  
залози в післяопераційному періоді, а також  
виконання необхідних ендоскопічних  
оперативних втручань з одночасним її  
дрениванням і підведенням лікарських  
препаратів.

Задачею винаходу є забезпечення адек-  
ватного дренивання колопанкреатичної  
клітковини та малого сальника з можливістю  
виконання багаторазових повторних ендос-  
копічних втручань при гострому  
деструктивному панкреатиті без  
проведення релапаротомії, а також діалізу  
ложа підшлункової залози.

Спосіб здійснюється за допомогою  
комбінованого пристрою, який складається

(19) UA (11) 25349 (13) A

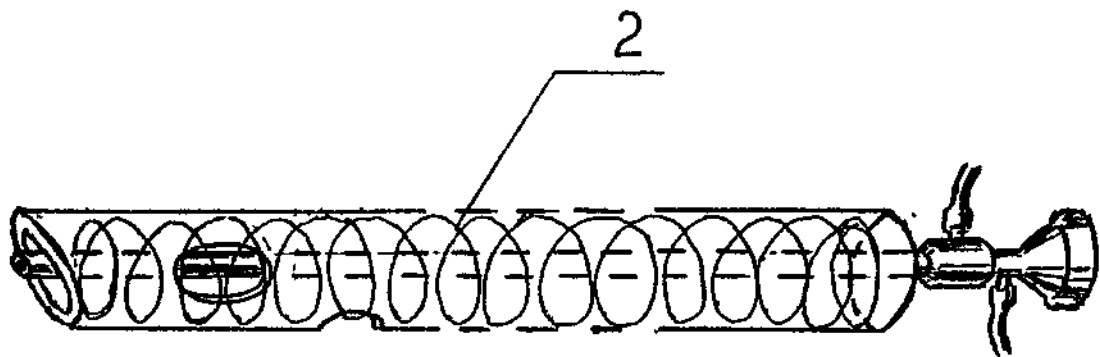
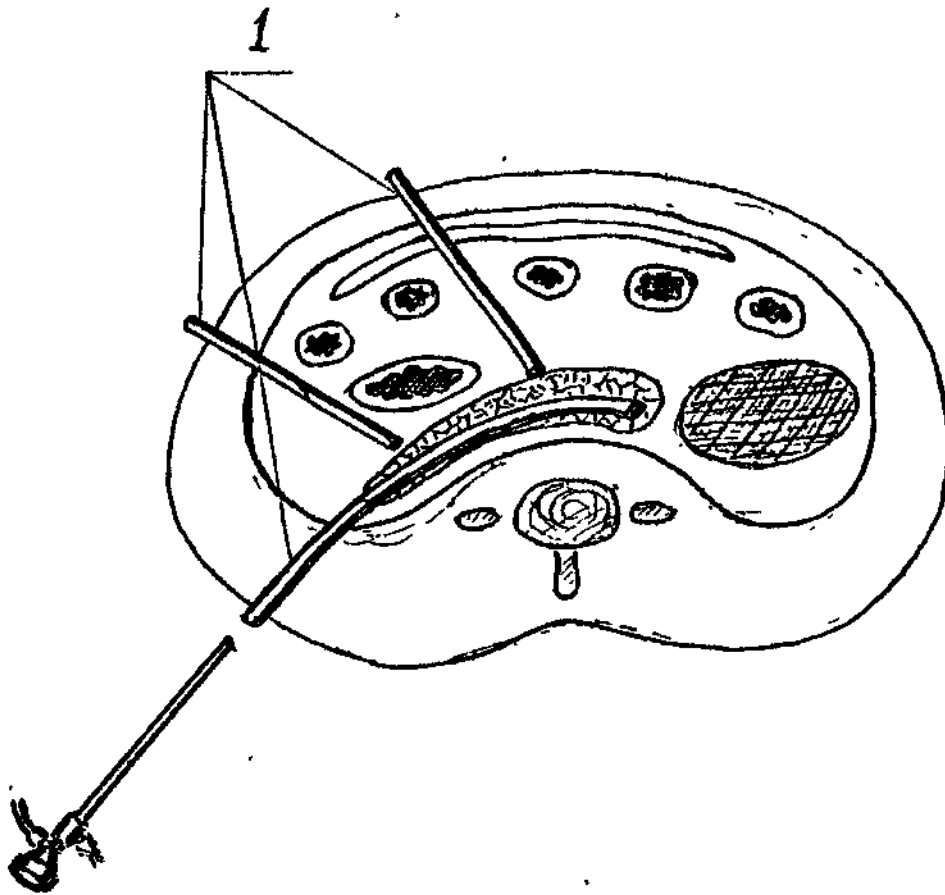
з трьох силіконових трубок, діаметром 1,5 см (1) з проведеною всередині металевою спіраллю (2) з малохімічноактивного металу, кроком 2 см для збереження каркасності дренажу і 3-5 бокових отворів, діаметром 2 см (див. мал.). Ці пристрої підводяться до підшлункової залози з 3 ізольованих місць; 1) через люмботомічний отвір по задній пахвовій лінії нижче 12 ребра зліва; 2) через отвір у контрапертурі по передній пахвовій лінії під реберною дугою зліва; 3) через отвір по серединноключичній лінії зліва на рівні перетину з лінією, з'єднуючою реберні дуги.

Перша трубка вкладається уздовж залози максимально до 12-ти палолі кишки, друга – вздовж дистальної частини органу під кутом до першої, третя – у порожнину малого сальника. Всі трубки виконують дренажну функцію, а також дають можливість проведення регіонарного діалізу з підведенням необхідних препаратів. Після проведення діалізу не рідше 1 разу у 3 доби проводиться ендоскопічний контроль стану підшлункової залози за допомогою лапароскопів (бажано 2), які вводяться через дані силіконові трубки. При необхідності виконуються ендоскопічні оперативні втручання: видалення відторгнених секвестрів залози, коагуляція судин, санація ложа залози та ін. Об'єм можливих втручань та маніпуляцій залежить від можливостей ен-

доскопічної апаратури. В подальшому, по показанням трубки видаляються.

**П р и к л а д.** Хворий С., 38 років, госпіталізований у клініку через 8 днів після початку захворювання з діагнозом "гострий деструктивний панкреатит". Після проведення комплексної інтенсивної терапії покращення не наступило. На 12 добу після госпіталізації проведена операція корпорокаудальна резекція підшлункової залози зі спленектомією з приводу гнійного панкреонекрозу. До ложа залози і у малий сальник підведені дренажі по даній методиці. В післяопераційному періоді на 3, 6, 9, 12, 15 і 17 добу проводилась панкреатоскопія з санацією ложа та культі підшлункової залози. На 6, 12 добу за допомогою лапароскопа проведено некр- і секвестр-ектомію залози. Проводилась комплексна післяопераційна терапія. Дренажі вилучені на 17 добу після панкреатоскопії. Виписаний з клініки на 25 добу після операції в задовільному стані.

Запропонований спосіб дозволяє проводити огляд та багаторазові ендоскопічні оперативні втручання на підшлунковій залозі, адекватну санацію і дренажування парапанкреатичної клітковини та порожнини малого сальника з підводом необхідних медикаментозних препаратів, що до мінімуму зменшує кількість релапаротомій.



Упорядник

Техред М.Келемеш

Коректор О.Обручар

Замовлення 4637

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,  
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

