



УКРАЇНА

(19) UA (11) 28481 (13) A

(51) B 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

(21) 97041882

(22) 19.04.1997

(24) 16.10.2000

(33) UA

(46) 16.10.2000, Бюл. № 5, 2000 р.

(72) Годлевський Аркадій Іванович, Каніковський
Олег Євгенович, Пилявець Олександр Захарович(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА(57) Спосіб лікування гострого деструктивного пан-
креатиту шляхом формування оментопанкреато-
стоми, відрізняється тим, що дренажний пристрій
проводять доступом через контрапертуру з резек-
цією XII ребра по задньопахвинній лінії і формують
відгороджену оментопанкреатостому.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до способів лікування гострого деструктивного панкреатиту. Він призначений і може використовуватись при хірургічному лікуванні гострих запальних деструкцій підшлункової залози.

Відомі способи лікування і формування оментопанкреатостоми полягають у введенні дренажів і тампонів через післяопераційну рану (В.С. Савел'єв, В.М. Буянов, Ю.В. Огнев "Острый панкреатит" М.: "Медицина", 1983 г.). Однак при даних способах дренажні трубки проводять через достатньо довгий канал, що обумовлює довжину дренажів і труднощі виникають при адекватному стоку гнійного ексудату, а також неможливий візуальний контроль за станом підшлункової залози і формування оментостоми через серединну рану ускладнюється її нагноєнням, неспроможністю швів евентрацією та виникненням післяопераційних гриж.

Найбільш близьким до нашого способу є введення дренажів у сальникову сумку через люмботомію (С.А. Шалимов, А.П. Радзиковский, М.Е. Нечитайло "Острый панкреатит и его осложнения" К.: Наукова думка, 1990, с. 112). Однак даний спосіб обумовлює проходження дренажу через великий масив тканин, має довжину 12-16 см і не дозволяє завжди провести адекватне дренирування парапанкреатичної клітковини і порожнини малого сальника, що обумовлює 7-18% релапаротомій при даній патології, а також провести лапароскопічний контроль стану підшлункової залози і провести ендоскопічну корекцію.

В основу винаходу поставлене завдання забезпечити адекватне дренирування парапанкреатичної клітковини та малого чепця з урахуванням топографоанатомічних особливостей розташування підшлункової залози за допомогою дренажного пристрою для формування відгородженої оментопанкреатостоми.

Спосіб здійснюється таким чином. Під час оперативного втручання при дренируванні парапанкреатичної клітковини і порожнини малого чепця проводиться доступом зліва через широку контрапертуру до 5-8 см з резекцією XII ребра по задній пахвовій лінії, що не супроводжується травмуванням парієтальної плеври. Далі, края парієтальної очеревини підшиваються до шкіри і позаду селезінки (якщо вона не видалена) проводять дренажний пристрій (фіг. 1), який складається з поліхлорвінілової трубки з проведенням всередині м'яким хімічно малоактивним дротом, котрий надає каркасність пристрою (1). Вздовж каркасу (1) проведені поліхлорвінілові трубки (2) з контрапертурами для санації та дренирування малого чепця. Пристрій (фіг. 2) (1) встановлюють вздовж підшлункової залози (2), не травмуючи 12-палої кишки (3) та холедоху (4) і виводять через контрапертуру (5).

В подальшому, за показаннями пристрій видаляють через контрапертуру, деформуючи каркас і зменшуючи його розміри, а оментопанкреатостома закривається самостійно. Запропонований спосіб дозволяє зменшити кількість повторних оперативних втручань, проводити адекватну санацію і дренирування парапанкреатичної клітковини та порожнини малого сальника.

Проведено експериментальне дослідження з відпрацюванням даної методики на 4 трупах людей.

Клінічний приклад

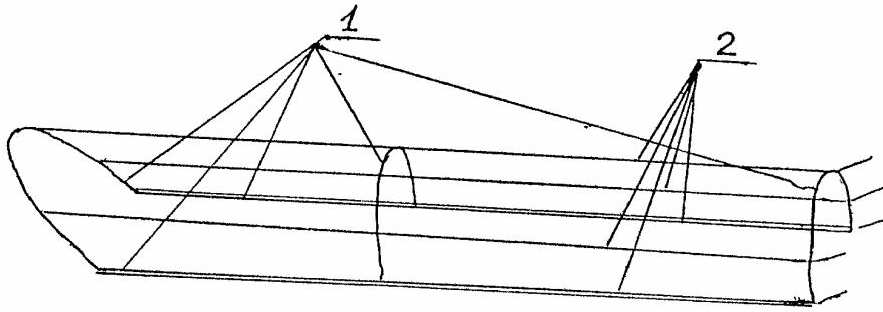
Хворий, 35 років, історія хвороби № 3142 госпіталізований у клініку 26.04.1996 р. з діагнозом: гострий деструктивний панкреатит. Після передопераційної підготовки 27.04.1996 р. проведено оперативне втручання: дистальна панкреатонексеквейтректомія, холецистостомія. Формування відгородженої оментостоми. 30.04.1996 р., 3.05.1996 р., 7.05.1996 р. - лапароскопічна санація

(19) UA (11) 28481 (13) A

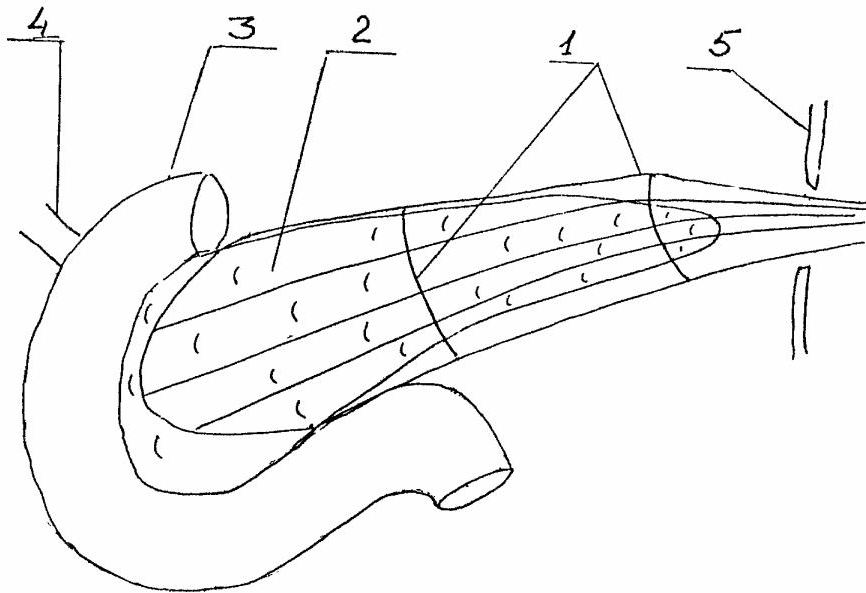
порожнини малого чепця через оментостому. Одночасно проводилась комплексна терапія, яка включала в себе антибіотико-, дезінтоксикаційну, знеболюючу, фізіо- та симптоматичну терапію. Загальний стан хворого значно поліпшився. Зникли біль, явища інтоксикації, мали тенденцію до нормалізації лабораторні показники.

Через 19 днів після госпіталізації хворий виписаний з клініки в задовільному стані.

Спосіб формування відгородженої оментостоми при гострому деструктивному панкреатиті дозволяє адекватно дрениувати паранкреатичну клітковину, проводити візуальний контроль стану залози, евакуювати гнійний вміст з секвестрами і проводити необхідну ендоскопічну корекцію.



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 _____ 2002 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 34 прим. Зам. _____

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