



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16860 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/22

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

1

2

(21) u200604031

(22) 11.04.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Дзюбановський Ігор Якович, Свистун Роман Васильович, Поляцко Костянтин Григорович, Луговий Олег Богданович, П'ятничка Олег Зеновійович

(73) Дзюбановський Ігор Якович, Свистун Роман Васильович, Поляцко Костянтин Григорович, Луговий Олег Богданович, П'ятничка Олег Зеновійович

(57) Спосіб лікування деструктивного панкреатиту, що включає проведення доступу до вогнищ некро-

зу підшлункової залози, видалення некротичних тканин і секвестрів та дренирування парапанкреатичної клітковини, який **відрізняється** тим, що проведення доступу здійснюють шляхом черезшкірної пункції і наступного бужування порожнини панкреатогенного скупчення рідини, через сформований канал в порожнину вводять нефроскоп, видалення некротичних тканин і секвестрів здійснюють під візуальним контролем, після чого через сформований канал проводять дренирування парапанкреатичної клітковини.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема хірургії, і може бути використаний для лікування хворих з гострим деструктивним панкреатитом.

За прототип прийнятий спосіб лікування деструктивного панкреатиту, що включає проведення доступу до вогнищ некрозу підшлункової залози шляхом лапаротомії або люмботомії, видалення некротичних тканин і секвестрів шляхом дігітоклазії та дренирування парапанкреатичної клітковини [1].

Недоліком відомого способу є надмірна травматизація тканин під час операції, що супроводжується високим ризиком розвитку ендотоксичного шоку, оскільки доступ до вогнищ здійснюють шляхом проведення лапаротомії або люмботомії [2].

В основу корисної моделі поставлено завдання створити такий спосіб лікування гострого панкреатиту ускладненого некротично-гнійним парапанкреатитом, в якому шляхом використання нефроскопа і промивної системи проводиться малоінвазивне, малотравматичне оперативне втручання, що радикально зменшує операційну травму, різко знижує ймовірність розвитку ендотоксичного шоку, підвищує ефективність лікування.

Для вирішення завдання запропонований спосіб лікування деструктивного панкреатиту, що включає проведення доступу до вогнищ некрозу підшлункової залози, видалення некротичних тканин і секвестрів та дренирування парапанкреатичної

клітковини, в якому, згідно з корисною моделлю, проведення доступу здійснюють шляхом черезшкірної пункції і послідовного бужування порожнини панкреатогенного скупчення рідини, через сформований канал в порожнину вводять нефроскоп, і видалення некротичних тканин і секвестрів здійснюють під візуальним контролем, після чого через сформований канал проводять дренирування парапанкреатичної клітковини.

Технічний результат досягається завдяки тому, що шляхом пункції під контролем ультразвукового дослідження, порожнини парапанкреатичного гнійника проводиться евакуація вмісту гнійника з послідовним введенням провідника для проведення бужів, що створюють передумови для введення нефроскопа в порожнину гнійника. В послідовному проводиться ретроперітонеоскопія на фоні промивної системи, некрсеквестректомія під відеоспостереженням, що дає змогу видалення некротичних тканин з джерела під візуальним контролем, з мінімальною операційною травмою для хворого.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином.

Під внутрішньовенним наркозом проводиться пункція порожнини парапанкреатичного гнійника по задньоаксілярній лінії посередині між краєм реберної дуги і крилом здухвинної кістки, видаляється рідинний вміст, проводиться провідник в порожнину гнійника для послідовного введення бужів і наступного введення нефроскопа з налаго-

(19) UA (11) 16860 (13) U

дженою промивною системою, проводиться ретроперитонеоскопія з некрсеквестректомією. В порожнину гнійника вводиться промивна система, що складається з двох дренажів з налагодженням постійного промивання порожнини.

Приклад 1.

У хворого З., 40р., з деструктивним панкреатитом на 12 добу з початку захворювання проведено пункційне дренування порожнини парапанкреатичної флегмони поліхлорвініловим дренажем за Сельдінгером. На протязі 5 діб виділялося близько 300мл серозно-гнійного вмісту, утримувалася субфібрильна температура тіла. На УЗД стверджено наявність вільних секвестрів. На 18 добу з початку захворювання хворому проведено ретроперитонеоскопію за допомогою нефроскопа. Під

час ретроперитонеоскопії проведено механічне видалення некротизованих тканин з порожнини гнійника. Порожнина гнійника дренована промивною системою. На протязі двох діб нормалізувалася температура тіла. Кількість виділень прогресивно зменшилася і до 5 доби складала 20мл серозного вмісту.

Приклад 2.

Запропонованим способом провели лікування рідинних утворів у 5 хворих з панкреонекрозом. Відмітили зниження показників ендогенної інтоксикації, зокрема таких, як рівень молекул середньої маси, сім'яникового тесту, лейкоцитарного індексу ендогенної інтоксикації. Динаміка рівня молекул середньої маси представлена в таблиці.

Таблиця

Динаміка ендогенної інтоксикації у хворих з гострим некротичним панкреатитом за рівнем молекул середньої маси, г/л ($X \pm m$)

	n	до операції	після операції			
			1 доба	2 доба	3 доба	5 доба
Запропонований спосіб	5	1,12±0,09	1,16±0,12	1,24±0,16	1,08±0,11	0,87±0,10
Спосіб-прототип (контроль)	9	1,13±0,10	1,80±0,16	1,96±0,25	1,79±0,19	1,33±0,12

Отже, застосування запропонованого способу забезпечує досягнення більш вираженого, ніж за способом-прототипом, лікувального ефекту, що свідчить про доцільність його впровадження в практику хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги:

1. Гагушин В.А., Соловьев В.А. // Ретроперитонеостомия в хирургии панкреонекроза. Хирургия 1996 №6 - С. 66-68.

2. Кондратенко П.Г., Васильев О.О., Конькова М.В. // Невідкладні дренуючі втручання як напрям до удосконалення лікувальної тактики у хворих на некротичний панкреатит. Шпитальна хірургія 2004 №2 - С. 14-16.