



УКРАЇНА

(19) UA (11) 19152 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) u200603039

(22) 21.03.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.

(72) Грінцов Олександр Григорович, Совпель Олег Володимирович, Куніцький Юрій Леонідович, Христуленко Андрій Олександрович, Грінцов Григорій Олександрович, Совпель Ігор Володимирович

(73) Грінцов Олександр Григорович, Совпель Олег Володимирович, Куніцький Юрій Леонідович, Грінцов Григорій Олександрович, Христуленко Андрій Олександрович, Совпель Ігор Володимирович

(57) Спосіб лікування деструктивного панкреатиту, що полягає в лапаротомії, дренажуванні сальникової сумки через розсічену шлунково-ободову зв'язку, марсупіалізації сальникової сумки, введенні антибіотиків, інгібіторів протеолізу, спазмолітиків у післяопераційному періоді, який відрізняється тим, що після лапаротомії, дренажування сальникової сумки на межі нижньої й середньої третини шлунка по великій кривизні виділяється права шлунково-сальникова артерія на довжині до 4-6см, артерія береться на фіксуючі лігатури, дистальна лігатура

зав'язується, між лігатурами просвіт артерії розкривається, у проксимальному напрямку встановлюється внутрішньоартеріальний катетер на глибину 6-8см, що відповідає рівню відходження верхньої підшлунково-дванадцятипалої артерії, проксимальна лігатура, що розташована на шлунково-сальниковій артерії, у яку установлений катетер, зав'язується, артерія між двома лігатурами перетинається, внутрішньоартеріальний катетер через додатковий прокол черевної стінки в епігастричній області праворуч від лапаротомної рани виводиться на шкіру таким чином, щоб проксимальний сегмент шлунково-сальникової артерії розташовувався над рівнем апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота в підшкірній клітковині, катетер фіксується до шкіри додатковими швами, у післяопераційному періоді проводять внутрішньоартеріальне введення препаратів за наступною схемою: цефтриаксон 2,0+дексаметазон 8мг+лідокан 20мг+0,9% розчин хлориду натрію до 50мл у режимі тривалої безперервної 8-годинної інфузії протягом 5-7 днів.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме, до хірургії й може бути використана для хірургічного лікування хворих з деструктивним панкреатитом.

Відомий спосіб лікування деструктивного панкреатиту [М.В. Данилов, В.Д. Федоров. Хирургия поджелудочной железы. - М.: Медицина, 1995. - 512с.: ил.], що полягає в лапаротомії, дренажуванні сальникової сумки через розсічену шлунково-ободову зв'язку п'ятьма ПХВ дренажами - по 2 дренажі до голівки підшлункової залози, 2 дренажі до хвоста, і один дренаж більшого діаметра в проекції тіла підшлункової залози, марсупіалізації сальникової сумки шляхом підшивання розсічених фрагментів сальникової сумки до парієтальної очеревини, пошаровому ушиванні лапаротомної рани. У післяопераційному періоді пацієнтові проводяться внутрішньовенне введення антибіотиків, інгібіторів протеолізу, спазмолітиків.

Однак він має наступні недоліки:

Неможливість підведення високих доз антибіотиків й інгібіторів протеолізу до зони підшлункової залози;

Висока ймовірність розвитку абсцесів сальникової сумки;

Необхідність тривалого введення наркотичних анальгетиків після операції у зв'язку із тривалим болючим синдромом.

В основу корисної моделі поставлене завдання підведення до підшлункової залози максимальної високих доз антибіотиків, інгібіторів протеолізу, місцевих анестетиків.

Поставлене завдання вирішується тим, що під час операції, відповідно до корисної моделі, хворому після дренажування сальникової сумки виробляється катетеризація правої шлунково-сальникової артерії із проведенням у післяопераційному періоді внутрішньоартеріальної інфузії антибіотиків, інгібіторів протеолізу, місцевих анестетиків.

(13) U

(11) 19152

(19) UA

На Фіг. зображене місце перетинання й катетеризації правої шлунково-сальникової артерії, де 1 - шлунок, 2 - права шлунково-сальникова артерія, 3 - рівень підведення катетера до верхньої 12-пало-підшлункової артерії, 4 - внутрішньоартеріальний катетер.

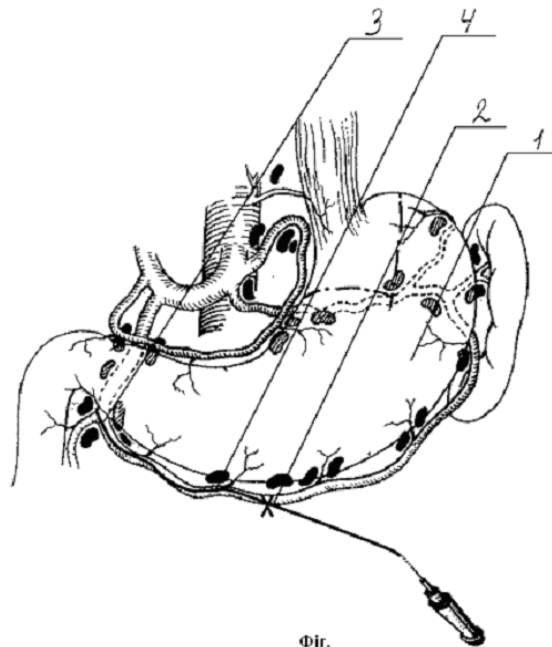
Спосіб реалізується таким чином. Після лапаротомії, дренажування сальникової сумки на межі нижньої й середньої третини шлунка по великій кривизні виділяється права шлунково-сальникова артерія протягом до 4-6см. Артерія береться на фіксуючі лігатури, дистальна лігатура зав'язується, між лігатурами просвіт артерії розкривається, у проксимальному напрямку встановлюється внутрішньоартеріальний катетер на глибину 6-8см., що відповідає рівню відходження верхньої підшлунково-дванадцятипалої артерії. Проксимальна лігатура, що розташована на шлунково-сальниковій артерії, у яку установлений катетер зав'язується, артерія між двома лігатурами перетинається. Внутрішньоартеріальний катетер через додатковий прокол черевної стінки в епігастральній області праворуч від лапаротомної рани виводиться на шкіру таким чином, щоб проксимальний сегмент шлунково-сальникової артерії розташовувався над рівнем апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота в підшкірній клітковині. Катетер фіксується до шкіри додатковими швами, черевна порожнина пошарово ушивається. У післяопераційному періоді виробляється внутрішньоартеріальне введення препаратів за наступною схемою: цефтриаксон 2,0+дексаметазон 8мг+лідокан 20мг+0,9% розчин хлориду натрію до 50мл у режимі тривалої безперервної 8-годинної інфузії протягом 5-7 днів.

Приклад. Хворий 3, 64 роки, історія хвороби №759 госпіталізований у клініку в ургентному порядку з діагнозом деструктивний панкреатит. У день госпіталізації хворий оперований. При лапаротомії у хворого виявлені макроскопічні ознаки панкреатиту з вогнищами стеатонекрозу в проекції голівки підшлункової залози.

Діагноз: деструктивний панкреатит, ускладнений ферментативним перитонітом. Зроблено дренажування сальникової сумки з катетеризацією правої шлунково-сальникової артерії. У післяопераційному періоді на фоні внутрішньовенної інфузійної терапії пацієнт одержував цефтриаксон 2,0+дексаметазон 8мг+лідокан 20мг+0,9% розчин хлориду натрію до 50мл у режимі тривалої безперервної 8-годинної внутрішньоартеріальної інфузії протягом 7 днів. Післяопераційний період протікав без особливостей, післяопераційних ускладнень у хворого не виявлено, на 14-й добу хворий в задовільному стані виписаний зі стаціонару.

Переваги способу лікування деструктивного панкреатиту в тім, що:

- Створює можливість підведення високих доз антибіотиків й інгібіторів протеолізу безпосередньо до зони підшлункової залози
- Технічно простий для виконання
- Дозволяє зменшити тривалість введення наркотичних анальгетиків післяопераційному періоді на фоні знеболюючого ефекту внутрішньоартеріальної інфузії місцевих анестетиків
- Дозволяє зменшити вартість лікування
- Дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень і летальності.



Фіг.