



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **55794** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ПОПЕРЕЧНОГО ДОСТУПУ ДО ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

1

2

(21) u201007245

(22) 11.06.2010

(24) 27.12.2010

(46) 27.12.2010, Бюл. № 24, 2010 р.

(72) ВОРОНОВ ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ,  
УСЕІНОВ АХТЕМ ШЕВКЕТОВИЧ(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "КРИМСЬКИЙ ДЕР-  
ЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ С.І.ГЕОРГІЄВСЬКОГО", ВОРОНОВ ОЛЕКСАНДР МИ-  
КОЛАЙОВИЧ(57) Спосіб поперечного доступу до підшлункової  
залози, що включає пересікання прямих м'язів  
живота, задньої стінки їх піхви разом з поперечною  
фасцією та очеревиною, розсікання і розділення  
косих м'язів живота, який **відрізняється** тим, що  
виконують розсікання одного або обох прямих м'я-  
зів живота по їх сухожильних перемичках.

Корисна модель належить до області медици-  
ни, зокрема, до хірургії, і може бути використана  
для хірургічного лікування панкреонекрозу та його  
ускладнень, локалізованих, перш за все, в сальни-  
ковій сумці і парапанкреатичній клітковині.

Як прототип вибраний спосіб поперечного до-  
ступу до підшлункової залози (поперечний розріз  
О.К. Sprengel, Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В.  
Михайлуков Диагностика и лечение деструктивно-  
го панкреатита. - М: «Бином-Пресс», 2004. -  
304с.), який заключається в тому, що між пупком і  
мечовидним відростком розсікають послідовно  
шкіру, підшкірну жирову клітковину, передній лис-  
ток піхви прямих м'язів живота та обидва або одне  
із їх черевців, слідом за цим - задній листок піхви  
цих м'язів, разом з поперечною фасцією і очере-  
виною, за необхідності виконують розсікання зов-  
нішнього косого м'язу живота та розділення по  
ходу волокон внутрішнього косого і поперечного  
м'язів.

Ознаками, що співпадають із суттєвими озна-  
ками корисної моделі, є: пересікання прямих м'язів  
живота, задньої стінки їх піхви разом з поперечною  
фасцією та очеревиною, розсікання і розділення  
косих м'язів живота.

Причинами, які перешкоджають досягненню  
очікуваного технічного результату (підвищення  
ефективності хірургічного лікування), є: пересікан-  
ня власно черевців прямих м'язів живота з наступ-  
ним їх зшиванням підвищує травматичність досту-  
пу, призводить до ненадійності накладених швів,  
збільшуючи ймовірність неспроможності їх у ран-  
ньому післяопераційному періоді, а також до по-  
ступової атрофії зшитих м'язових частин, що, в

свою чергу, підвищує ймовірність формування  
рубцевих гриж в пізні строки.

В основу корисної моделі поставлена задача  
удосконалення способу поперечного доступу до  
підшлункової залози шляхом пересікання одного  
або обох прямих м'язів живота через сухожильні  
перемички, що знижує травматичність доступу і  
підвищує надійність ранового шва в ранньому і  
віддаленому післяопераційних періодах.

Поставлена задача рішається тим, що в спо-  
собі поперечного доступу до підшлункової залози,  
який включає пересікання прямих м'язів живота,  
задньої стінки їх піхви разом з поперечною фасці-  
єю та очеревиною, розсікання і розділення косих  
м'язів живота, згідно корисної моделі, виконують  
розсікання одного або обох прямих м'язів живота  
по їх сухожильних перемичках.

Між сукупністю суттєвих ознак заявляемого  
способу та технічним результатом, який може бути  
досягнутий, проявляється наступний причинно-  
слідчий зв'язок: пересікання одного або обох пря-  
мих м'язів живота по їх сухожильним перемичкам  
виключає травматизацію м'язових волокон і рясну  
кровоточивість ранових поверхонь, забезпечуючи  
зручний доступ до підшлункової залози, який ви-  
ключає відкриття нижнього поверху черевної по-  
рожнини і можливе інфікування останнього, крім  
того накладення швів на сухожильні, а не на м'я-  
зові частини при ушиванні рани знижує травмати-  
чність доступу, не призводить до атрофії м'язових  
волокон, що зводить до мінімуму ймовірність не-  
спроможності швів у ранньому і формування руб-  
цевих гриж в пізньому післяопераційному періоді;  
так і сам рубець після його формування локалізу-

(13) **U**  
(11) **55794**  
(19) **UA**

ється не в місці м'язового черевця, але в області сухожилля, тим самим зберігаючи фізіологію самого м'язу.

Спосіб поперечного доступу до підшлункової залози здійснюють наступним чином.

Перед операцією за допомогою УЗД проекційно безпосередньо над відповідними сухожильними перемичками, виконують маркування шкіри.

Під час виконання оперативного втручання у хворого з панкреонекрозом та його ускладненнями, локалізованими, перш за все, в сальниковій сумці парапанкреатично, згідно УЗ розмітки розсікають шкіру і підшкірну жирову клітковину, пересікають один або ж обидва прямі м'язи по їх сухожильних перемичках, задню стінку одної або обох піхв відповідно, зовнішній косий м'яз живота і далі розділяють по ходу волокон внутрішній косий і поперечний м'яз до необхідного розміру доступу, далі пересікають поперечну фасцію і очеревину.

Запропонований спосіб ілюструється наступним клінічним прикладом.

Приклад.

Хворий Є., 43 роки. Поступив у стаціонар з діагнозом: хронічний панкреатит, загострення, парапанкреатичний абсцес, цукровий діабет II тип.

Хворий прооперований з виконанням хірургічного доступу до підшлункової залози запропонованим способом.

Післяопераційний період протікав без місцевих і системних ускладнень. Хворий виписаний. Оглянутий через 3 місяці: ознак наявності пізніх ранових ускладнень немає.

Використання запропонованого способу дозволило підвищити ефективність оперативного лікування хворого і добитися позитивного результату при його хірургічному лікуванні, який заключається в забезпеченні малотравматичного хірургічного доступу до підшлункової залози, досягненні неускладненого перебігу післяопераційного періоду, зниженні тривалості строків лікування.

Запропонований спосіб володіє простотою, надійністю і виключає недоліки прототипу.