



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58279

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

1

2

(21) 2002118933

(22) 11 11 2002

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. №7, 2003 р.

(72) Копчак Володимир Михайлович, Дронов
Олексій Іванович, Хомяк Ігор Васильович, Тодуров
Іван Михайлович(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування панкреонекрозу, який включає панкреатонексеквестректомію з зовнішнім дрениванням, який відрізняється тим, що після панкреатонексеквестректомії на кордоні ураженої ділянки надсікають паренхіму залози до виділення головної панкреатичної протоки і вводять у її просвіт кінець зовнішнього дренажу, а після зникнення запального процесу дренаж видаляють

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний при лікуванні панкреонекрозу

Відомі способи хірургічного лікування панкреонекрозу, які включають дренивання малого сальнику та черевної порожнини [1]

Недоліком цих способів є низька ефективність лікування та велике число післяопераційних ускладнень

Найближчим аналогом є спосіб хірургічного лікування панкреонекрозу, який включає панкреатонексеквестректомію із зовнішнім дрениванням [2]

Недоліком аналогу є велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді заочеревинних запалів, ерозивних кровотеч і т. ін.

Задачею винаходу є розробка такого способу хірургічного лікування панкреонекрозу, який за рахунок зовнішнього дренивання головної панкреатичної протоки забезпечував би зниження кількості післяопераційних ускладнень

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі хірургічного лікування панкреонекрозу, який включає панкреатонексеквестректомію з зовнішнім дрениванням, згідно винаходу, після панкреатонексеквестректомії на кордоні ураженої ділянки надсікають паренхіму залози до виділення головної панкреатичної протоки і вводять в її просвіт кінець зовнішнього дренажу, а після зникнення запального процесу дренаж видаляють

Надсікання паренхіми залози до виділення головної панкреатичної протоки і введення в її просвіт кінця зовнішнього дренажу забезпечує відведення агресивного соку підшлункової залози, що і дозволяє знизити число післяопераційних усклад-

нень

Спосіб виконують наступним чином

Проводять верхньосерединну лапаротомію, ревізую органи черевної порожнини. З метою огляду головки підшлункової залози дванадцятипалу кишку мобілізують за Кохером. Шлунковоободову зв'язку розкривають, видаляють випіт. При ревізії підшлункової залози виявляють вогнища некрозу, секвестри. Виконують панкреатонексеквестректомію. Візуалізують кордон здорових тканин на межі тіла залози. В цьому місці надсікають залозу до головної панкреатичної протоки. В просвіт протоки вводять кінець дренажу і дрениють її назовні поліхлорвініловою трубкою діаметром відповідно до діаметру протоки. При цьому головну панкреатичну протоку герметизують атравматичною ниткою П-подібним швом навколо дренажу. Проводять санацію малого сальнику, виконують дренивання за Бегером. Рану зашивають, накладають асептичну пов'язку.

Приклад. Хворий, К., поступив у III відділення Інституту хірургії та трансплантології АМН України зі скаргами на постійну помірну біль в епігастральній ділянці, нудоту, загальну слабкість, нездужання. Хворіє протягом тижня, коли відзначив сильну біль у верхніх ділянках живота, в проекції підшлункової залози, здуття черевної порожнини, нудоту, блювоту. Лікувався в стаціонарі за місцем проживання, покращення загального стану не відбувалося. Для подальшого лікування переведений в III відділення Інституту хірургії та трансплантології. При об'єктивному обстеженні стан хворого важкий. Конституція - гіперстенік. Шкіра та видимі слизові блідуватого кольору. Пульс - 96уд в хвилину, АТ -

(13) A

(11) 58279

(19) UA

140/100мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, де-що піддутий, болючий в проекції підшлункової залози. Печінка біля краю реберної дуги, селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення без особливостей, переважно пронос.

Загальний аналіз крові при поступленні - Ер - 3,4 10¹²/л, Гем - 114г/л, Лейк - 13,9 10%, ШОЕ - 28мм/год. Біохімія крові заг. Білок - 69,4г/л, білірубін загальний - 19,7мкмоль/л, білірубін прямий - 7,1мкмоль/л, К - 3,6ммоль/л, Na - 136ммоль/л, цукор крові - 7,2ммоль/л. УЗД - Печінка біля краю реберної дуги. Жовчний міхур містить "замазку", конкрементів немає. Холедох 0,8см у діаметрі. Підшлункова залоза збільшена у розмірах на всьому протязі, в ділянці голівки, тіла розмита, визначаються секвестри, рідина в малому сальнику. Хвіст залози гідрофільний, збільшений. Вірсунгова протока 3-4мм. Кишківник роздутий, по флангам черевної порожнини рідина, до 200,0мл. Селезінка, нирки - без особливостей.

Встановлено діагноз: Гострий деструктивний панкреатит. Парапанкреатичне скупчення рідини. Хронічний холецистит. Хронічний гастродуоденіт.

Проведена інтенсивна інфузійна терапія, що включала знеболювання, корекцію порушень центральної гемодинаміки та периферичного кровообігу, пригнічення секреторної активності підшлункової залози, ферментотерапію, антибіотикотерапію, дезінтоксикаційну терапію, гепатопротектори, профілактику виникнення стресових виразок.

Під контролем ультрасонографії в динаміці через добу, дві проводилась пункція черевної порожнини, малого сальнику, евакуйовували виліт, проводили неодноразову санацію.

На 12 добу після госпіталізації при наростанні явищ інтоксикації, підвищеній гектичній температурі тіла, хворий "відкрито" оперований. Виконана верхньосередина лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини виявлено скупчення ріди-

ни в малому сальнику. Розкрита шлунковоободова зв'язка, видалено виліт. Засів випоту відправлено на бактеріологічне дослідження. В ділянці голівки тіла підшлункової залози виявлені секвестри, вогнища некрозу залози. Виконали панкреатонексеквестректомію. На кордоні здорових тканин в тілі залози надсічена паренхіма до візуалізації головної панкреатичної протоки. В просвіт протоки ввели кінець дренажу і дренивали її назовні поліхлорвініловою трубкою діаметром 3мм. Вірсунгову протоку герметизували атравматичною ниткою. Підібним швом навколо дренажу. Малий сальник дренивали за Бегером.

Післяопераційний період середньої важкості. Дренаж з протоки підшлункової залози видалили на 14 добу, на 16 добу після операції видалили дренажі з малого сальнику. Хворий в задовільному стані виписаний через 18 діб після операції. Оглянутий через 6 місяців, 1 рік після оперативного лікування. Скарг немає.

За запропонованим способом оперовані 2-е хворих. У цих хворих не спостерігалось заочеревинних запливів, флегмон, ерозивних кровотеч, дифузного перитоніту, тоді як у 2 хворих, оперованих за найближчим аналогом, у 1 випадку відзначена ерозивна кровотеча, а у обох заочеревинні запливи, дифузний перитоніт, для усунення яких цим хворим додатково були проведені релапаротомії.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє зменшити число післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації

- 1 Золлингер Р., Золлингер Р. Атлас хирургических операций - Москва, 1996 - 436с (184-231)
- 2 Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы - Симферополь Таврида, 1997 - 560с (156-159) - найближчий аналог