



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61004 (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 ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

1

2

(21) 20021210465

(22) 23 12 2002

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Кльосова Ма-
рія Олександрівна, Криворучко Ігор Андрійович(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ
ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ(57) 1 Спосіб лікування панкреонекрозу, що вклю-
чає лапароскопічне дренування клітковини, заоче-
ревинного простору і ліквідацію гнійно-
некротичних мас при панкреонекрозі, який відріз-няється тим, що ліквідацію гнійно-некротичних
мас здійснюють шляхом введення ліпоекстрактора
з попереднім зрошенням і експозицією заоче-
ревинної клітковини розчином з наступним співвід-
ношенням компонентів, %мас

10% розчин натрію хлориду 98-98

2% розчин лідокаїну 3-1

4,2% розчин натрію гідрокарбонату 0,8-0,9

0,1% розчин епінефрину (мезатону) 0,2-0,1

2 Спосіб по п 1, який відрізняється тим, що експозицію здійснюють протягом 20-30 хвилин

Винахід стосується медицини, а саме - хірургії, і може бути використаний у невідкладній панкреатології

Відомий спосіб оперативного лікування панкреатиту включає лапоротомію і дренування проксимального відділу вивідного протоку підшлункової залози, який розтинається поздовжньо в дистальному відділі, з послідуною аспірацією (див. Лищенко А. Н., Липтєв В. В. Гнійні ускладнення панкреонекрозу // Хірургія - 1995 - №1 - С 62-65)

Відомий спосіб недостатньо забезпечує відведення високотоксичного випоту з продуктами тканинного розпаду. У 76% хворих спостерігається висока частота сепсису після закритого дренажу. Аналіз причин смерті хворих з ускладненнями панкреонекрозу у пізні строки захворювання показує, що основну роль грають не усунені осередки некрозу у підшлунковій залозі, оточуючій панкреатичній та перипанкреатичній тканинах, прогресуюча інтоксикація продуктами тканинного розпаду. Тому стандартні дренуючі операції при панкреонекрозі виявляються малоефективними і не забезпечують одужання при збереженні в зоні підшлункової залози масових некротів і тканинних секвестрів без додаткових оперативних втручань (див. А.с. СРСР №1517946, кл. А61В17/00).

Найбільш близьким до заявляемого способу є введення лапароскопу до підшлункової залози супрагастральним та інфрагастральним доступом (див. Савельєв В. С., Буянов В. М., Лукомський Г. І. Настанова по клінічній ендоскопії - М. Медицина, 1985 - С 78-82).

Однак ефективність цього способу ще недо-

статна, переважно, через ускладнене дренування і можливість пошкодження судин даної зони.

В основу винаходу поставлено задачу підвищення ефективності дренування шляхом розм'якшення некротичного осередку і тим самим забезпечення ефективності лікування внаслідок перешкоди його розповсюдження на близькі органи.

Вказана задача вирішується тим, що у способі лікування панкреатиту, включаючого лапароскопічне дренування клітковини, заочеревинного простору і ліквідації гнійно-некротичних мас при панкреонекрозі, згідно винаходу, ліквідацію гнійно-некротичних мас здійснюють шляхом введення ліпоекстрактора з попереднім зрошенням і експозицією заочеревинної клітковини розчином, який має наступне співвідношення, % мас

10% розчин натрію хлориду 98-98

2% розчин лідокаїну 3-1

4,2% розчин натрію гідрокарбонату 0,8-0,9

0,1% розчин епінефрину (мезатону) 0,2-0,1

Експозицію здійснюють протягом 20-30 хвилин.

Причинно-наслідковий зв'язок пропонуємих відмінностей полягає у наступному.

Проведення ліквідації гнійно-некротичних мас шляхом введення ліпоекстрактора з попереднім зрошенням зазначеним розчином відповідає підвищенню ефективності дренування тим, що покращується здатність евакуації через розм'якшення клітковини і тим самим зменшується ризик травмування судин. Зменшене травмування кровоносних судин і вивідних проток попереджує можливі кровотечі і витікання секрету з пошкоджених

(13) A

(11) 61004

(19) UA

протокових систем і забезпечує найбільш оптимальні умови для дренивання паренхіми і видалення некротизованих ділянок без зайвої травми організму.

Спосіб здійснюють таким чином

Під загальним наркозом хворому в 4-х стандартних точках вводять троакари в черевну порожнину. За допомогою відеокамери здійснюють огляд зони підшлункової залози. В один з троакарів вводять ліпоекстрактор.

Ліпоекстрактор представляє собою трубку з отворами, розташованими ближче до дистального краю. Проксимальний кінець трубки закінчується порожнистою ручкою, до якої з допомогою шланга підключають джерело вакууму. Як джерело вакууму використовують шприц об'ємом 20-50мл. Між трубкою та джерелом вакууму знаходиться приймач для відведення продуктів тканинного розпаду.

Після введення ліпоекстрактора починають зрошення зазначеним розчином, який вводять за допомогою шприца. Проводять експозицію протягом 25-30 хвилин. Розчин має наступне співвідношення, % мас

10% розчин натрію хлориду	96-98
2% розчин лідокаїну	3-1
4,2% розчин натрію гідрокарбонату	0,8-0,9
0,1% розчин епинефрину (мезатону)	0,2-0,1

Дане співвідношення і час експозиції відпра-

цьовані в експерименті і є оптимальними

Завдяки зрошенню підшлункової залози зазначеним розчином забезпечується розм'якшення некротичного осередку, жирової клітковини і скорочуються судини. Після експозиції проводять аспірацію некротичного осередку і жирової клітковини.

Таким чином, після виконання вказаних маніпуляцій некротичний осередок відмежовується від органів вільної черевної порожнини, що дозволяє проводити цілеспрямовану санацію осередку в післяопераційному періоді і запобігати розповсюдженню некротичного процесу на оточуючі органи.

Приклад. Хворий Д., 54р. госпіталізований в клініку з діагнозом: гострий деструктивний панкреатит. Оперований в терміновому порядку. На операції виявлено гострий деструктивний панкреатит з великими осередками геморагічного та жирового некрозу. Некротичні маси видалені по описаній вище методиці. В післяопераційному періоді проведена стандартна консервативна терапія. Виписаний додому в задовільному стані через 2,5 тижні після операції.

Завдяки застосуванню цього способу забезпечуються оптимальні умови для декомпресії та дренивання підшлункової залози, знижуються деструктивні процеси після обробки, якісно та малотравматично видаляються некротичні тканини.