



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 62346

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МОБІЛІЗАЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) 2003032078

(22) 11 03 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Криворучко Ігор Андрійович, Іванова Юлія Вікторівна, Сейдаметов Решат Ріфатович, Песоцький Олег Миколайович

(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ І НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб мобілізації підшлункової залози, який включає під час операції серединну лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини, доступ і мобілізацію підшлункової залози, некректомію патологічного осередку, дренування заочеревинної клітковини трубчастим дренажем позаду підшлункової

залози крізь люмботомічний отвір нижче XII ребра і санацію у післяопераційному періоді, який відрізняється тим, що доступ до підшлункової залози здійснюється крізь брижу ободової кишки у позасудинному просторі, мобілізацію підшлункової залози проводять повну, з обох боків, трубчасті дренажі заочеревинної клітковини позаду підшлункової залози виводять сумісно, праворуч і ліворуч, крізь люмботомічні розрізи нижче XII-х ребер незалежно від локалізації патологічного процесу, ізоляцію заочеревинного простору від вільної черевної порожнини здійснюють шляхом підшивання пасм великого сальника (до дренажів) до парієтальної очеревини, а санацію у післяопераційному періоді здійснюють з обох боків

Винахід стосується хірургії і може бути використаний при лікуванні хвороб підшлункової залози, наприклад, деструктивного панкреатиту

Відомий спосіб мобілізації підшлункової залози згідно з а с СРСР №1616619А1 (М кл. 5А61В17/00, пр. 18.12.87). Він включає доступ до підшлункової залози крізь правий брижовий синус по нижньому краю нижньої горизонтальної гілки дванадцятипалої кишки, після чого проходять крізь околичковий простір проміж дванадцятипалою кишкою, підшлунковою залозою і поперечною фасцією. Єдиним блоком тупо відокремлюють дванадцятипалу кишку з підшлунковою залозою і печінковим вигином ободової кишки. Дренування здійснюють трубчастим дренажем на рівні вільного кінця XII ребра по задній паховій лінії. Відроджують цілісність очеревини правого брижового синуса.

Цей спосіб дозволяє здійснювати маніпуляцію без зайвої травматичності, але не забезпечує адекватної ревізії і санації заочеревинного простору і достатнього дренування.

З відомих способів мобілізації підшлункової залози найбільш близьким до винаходу по суті і результату, який досягається, є спосіб, який описано у а с СРСР №1581284 А1 (М кл. 5А61В17/00, пр. 18.12.87). Він включає серединну лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини, розтин сальникової сумки шляхом розсікання шлунково-ободової зв'язки. Потім розтинають парієтальну очеревину по

лівій перехідній складці латеральніше низхідного відділу товстої кишки і мобілізують низхідну кишку. Пальці правої кисті проводять позаду товстої і дванадцятипалої кишки, виділяють тіло та хвіст підшлункової залози з заочеревинної клітковини. Дренування заочеревинної клітковини здійснюють позаду мобілізованої підшлункової залози і низхідної ободової кишки, дренують сальникову сумку дренажними трубками крізь люмботомічний отвір ліворуч нижче XII ребра. При деструктивному процесі в зоні головки підшлункової залози здійснюють її мобілізацію разом з дванадцятипалою кишкою по Кохеру з дренуванням заочеревинного простору крізь поперековий розріз праворуч.

Недоліком цього способу є те, що розтин сальникової сумки пов'язаний з імовірністю травмування порожнистих органів і судин в умовах можливої запальної інфільтрації тканин малого сальника і сальникової сумки. До того ж, локальний доступ до заочеревинної клітковини (у залежності від локалізації патологічного осередку) не забезпечує повної ревізії, некректомії і санації паранкреатичної клітковини. Дренування заочеревинної клітковини у правій або лівій поперековій ділянках (у залежності від локалізації патологічного осередку) не забезпечує також адекватної санації у післяопераційному періоді. Можливе потрапляння патологічного вмісту у черевну порожнину.

В основу винаходу поставлене завдання ство-

(13) A

(11) 62346

(19) UA

рення способу мобілізації підшлункової залози, у якому при невеликій травматичності забезпечується можливість повної мобілізації підшлункової залози під час операції, адекватна ревізія, некректомія і найкращі умови санації парапанкреатичного простору у післяопераційному періоді.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі мобілізації підшлункової залози, який включає під час операції серединну лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини, доступ і мобілізацію підшлункової залози, некректомію патологічного осередку, дренування заочеревинної клітковини трубчастим дренажем позаду підшлункової залози крізь люмботомічний отвір нижче XII ребра і санацію у післяопераційному періоді згідно з винаходом доступ до підшлункової залози здійснюється крізь брижу ободової кишки у позасудинному просторі, мобілізацію підшлункової залози проводять повну, з обох боків. Трубочасті дренажі заочеревинної клітковини позаду підшлункової залози виводять сумісно, праворуч і ліворуч крізь люмботомічні розрізи нижче XII-х ребер незалежно від локалізації патологічного процесу, ізоляцію заочеревинного простору від вільної черевної порожнини здійснюють шляхом підшивання паєм великого сальника (до дренажів) до парієтальної очеревини, а санацію у післяопераційному періоді здійснюють з обох боків.

Введення нових операцій (доступ крізь mesocolon, повна мобілізація підшлункової залози, дренування заочеревинної клітковини крізь люмботомічні розрізи праворуч і ліворуч і перитонізація пасмами великого сальника), а також їх послідовність дозволяють покращити результати і скоротити строки лікування хворих з деструктивним панкреатитом.

При здійсненні доступу до заочеревинної клітковини крізь mesocolon (у позасудинному просторі) зменшується ризик травмування порожнистих органів і судин, стає можливою повна ревізія під час операції. Повна мобілізація підшлункової залози дозволяє здійснити адекватну некректомію. Дренування парапанкреатичного простору крізь люмботомічні отвори ліворуч і праворуч забезпечує можливість більш повної санації у післяопераційному періоді. Запобігання потрапляння патологічного вмісту з заочеревинного простору у черевну порожнину здійснюється шляхом підшивання великого сальника до очеревини бокової і задньої стінок черевної порожнини. Все це надає ясно нові характеристики процесу очищення парапанкреатичного простору і дозволяє скоротити строки лікування хворих.

Заявнику невідоме сумісне введення доступу до парапанкреатичного простору крізь mesocolon, повної мобілізації підшлункової залози і дренування парапанкреатичного простору праворуч і ліворуч, його перитонізація пасмами великого сальника і за

рахунок цього покращення наслідків лікування хворих деструктивним панкреатитом.

Спосіб може бути реалізований наступним чином. Після верхньо-серединної лапаротомії і ревізії органів черевної порожнини доступ до підшлункової залози здійснюється крізь брижу ободової кишки у позасудинному просторі, потім розтинають парієтальну очеревину по лівій перехідній складці латеральніше низхідного відділку ободової кишки, мобілізують низхідну кишку, позаду товстої кишки тупо виділяють хвіст і тіло підшлункової залози. Після цього дванадцятипалу кишку і головку підшлункової залози мобілізують по Кохеру, просувають пальці правої кисті доверху і позаду дванадцятипалої кишки і виділяють головку підшлункової залози з заочеревинної клітковини. Обидва утворені канали тупо з'єднують проміж собою, після чого видаляють некротичні маси, зупиняють кровотечу, санують парапанкреатичну клітковину розчинами антисептиків. Трубочасті дренажі заочеревинної клітковини позаду підшлункової залози праворуч і ліворуч виводять крізь люмботомічні розрізи нижче XII-х ребер. Пасми великого сальника праворуч і ліворуч фіксують (до дренажів) до парієтальної очеревини побічний і задній поверхні черевної порожнини.

Приклад

Хвора Ш., 52 років, оперована з приводу деструктивного панкреатиту. Здійснена верхньо-серединна лапаротомія, виявлені некрози у ділянках тіла і хвоста підшлункової залози. Розсічена брижа ободової кишки у позасудинному просторі. Парієтальна очеревина розсічена по лівій перехідній складці латеральніше низхідного відділку ободової кишки, мобілізована низхідна ободова кишка, позаду товстої кишки тупо виділено хвіст і тіло підшлункової залози. Дванадцятипала кишка і головка підшлункової залози мобілізовані по Кохеру, виділена головка підшлункової залози з заочеревинної клітковини. Виявлені множинні парапанкреатичні абсцеси. Обидва утворені канали тупо поєднані проміж собою, видалені некротичні маси, зупинена кровотеча, парапанкреатична клітковина санована розчинами антисептиків. Трубочасті дренажі заочеревинної клітковини позаду підшлункової залози праворуч і ліворуч виведені крізь люмботомічні розрізи нижче XII-х ребер. Пасми великого сальника праворуч і ліворуч фіксовані (до дренажів) до парієтальної очеревини бічної і задньої поверхні черевної порожнини. У післяопераційному періоді здійснювалася санація парапанкреатичної клітковини розчинами антисептиків. Хвора виписана у задовільному стані на 30 добу.

Використання рішення, яке заявляється, у порівнянні зі всіма відомими засобами аналогічного призначення дозволяє покращити результати лікування хворих деструктивним панкреатитом.