



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **110202** (13) **U**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2016 04035</b>	(72) Винахідник(и): <b>Ситнік Олександр Леонідович (UA), Леонов Василь Васильович (UA), Чумаков Володимир Миколайович (UA), Перерва Олександр Олександрович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>13.04.2016</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>26.09.2016</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>26.09.2016, Бюл.№ 18</b>	(73) Власник(и): <b>СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007 (UA)</b>

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ПЕРИТОНІТУ В ПОЄДНАННІ З СИНДРОМОМ ПІДВИЩЕННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ

### (57) Реферат:

Спосіб лікування панкреатогенного перитоніту в поєднанні з синдромом підвищення внутрішньочеревного тиску включає проведення малоінвазивного втручання під місцевою анестезією для дренування черевної порожнини широкопросвітним дренажем. Косими доступами у лівій та правій здухвинних ділянках виконують мінілапаротомні доступи 60-80 мм довжиною, крізь які дренують порожнину малого таза та бокові канали, з подальшим формуванням лапаростом із мінілапаротомних доступів.

UA 110202 U



Корисна модель належить до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії, і може бути застосована для лікування ферментативного перитоніту при гострому деструктивному панкреатиті.

Встановлено, що при гострому деструктивному панкреатиті внутрішньочеревний тиск збільшується у 30 % хворих, при цьому у 8 % пацієнтів стійке підвищення внутрішньочеревого тиску призводить до маніфестації поліорганної недостатності. Наявність перитонеального панкреатогенного ексудату сприяє транслокації мікрофлори та прогресуванню інтоксикації.

Для зниження внутрішньочеревого тиску шляхом видалення вмісту верхніх відділів шлунково-кишкового тракту застосовують відомий спосіб лікування парезу кишечника при гострому деструктивному панкреатиті [Патент України на корисну модель № 45681, МПК А61В 17/00, А61М 25/01, публ. 25.11.2009], згідно з яким декомпресія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту включає встановлення двоканального зонда у просвіт тонкої кишки через канал передньої стінки шлунка, сформований за Вітцелом, та гастротомічний отвір. Незважаючи на те, що спосіб зменшує парез кишечника, його виконання досить складне. По-перше, виконання гастротомії сприяє інфікуванню черевної порожнини та розвитку післяопераційного перитоніту. По-друге, проведення зонда крізь дванадцятипалу кишку в умовах запальної інфільтрації та імбібіції тканин може бути складним і травматичним.

Фактично єдиним ефективним способом лікування синдрому підвищення внутрішньочеревого тиску є хірургічна декомпресія, одним з варіантів якого є накладання лапаростоми. Це дозволяє одночасно корегувати внутрішньочеревний тиск та адекватно санувати черевну порожнину. Проте серединна лапаротомія для санації та дренивання черевної порожнини при панкреатогенному перитоніті важко переноситься хворими і корелює з високою - до 50 % - летальністю.

Як прототип, найближчий по технічній суті, нами вибрано спосіб лікування ферментативного перитоніту при гострому панкреатиті [Патент РФ №2457793, МПК А61В 17/00, публ. 10.08.2012], згідно з яким під місцевою анестезією крізьшкірною пункцією встановлюють тонкопросвітний катетер у правий боковий канал з наступною інфузією фізіологічного розчину в кількості, достатній для безпечного введення троакару (2000-2500 мл.), потім встановлюють широкопросвітний дренаж у малий таз та проводять перитонеальний лаваж до купування інтоксикаційного синдрому.

Наведений спосіб малотравматичний, не погребує спеціальної підготовки для проведення операції, знижує прояви ендогенної інтоксикації. Але проведення крізьшкірної пункції черевної порожнини у хворих з підвищеним внутрішньочеревним тиском пов'язане з ризиком пошкодження порожнистого органу. Крім того, введення в черевну порожнину 2000-2500 мл фізіологічного розчину додатково підвищує внутрішньочеревний тиск, що небезпечно розвитком гострої серцево-судинної та гострої легеневої недостатності. Таким чином, наведений спосіб не може бути застосований для лікування хворих з панкреатогенним перитонітом в поєднанні з підвищеним внутрішньочеревним тиском.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є вдосконалення способу лікування панкреатогенного перитоніту поєданого з синдромом підвищення внутрішньочеревого тиску шляхом двобічної лапаростомії в здухвинних ділянках та дренивання черевної порожнини широкопросвітними дренажами.

Технічний результат полягає у видаленні токсичного ексудату із черевної порожнини, зниженні внутрішньочеревого тиску завдяки лапаростомам, сформованих із мінідоступів у здухвинних ділянках, що забезпечує зменшення ступеня тяжкості ендогенної інтоксикації, запобігає дихальній та серцево-судинній недостатності.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування ферментативного перитоніту, що включає проведення малоінвазивного втручання під місцевою анестезією для дренивання черевної порожнини широкопросвітним дренажем, згідно з корисною моделлю, косими доступами у лівій та правій здухвинних ділянках виконують мінілапаротомні доступи 60-80 мм довжиною, крізь які дрениють порожнину малого тазу та бокові канали, потім не зшиваючи мінілапаротомні доступи формують лапаростоми.

Виконання способу лікування панкреатогенного перитоніту в поєднанні з синдромом підвищення внутрішньочеревого тиску в сукупності з усіма суттєвими ознаками, включаючи відмінні, дозволяє забезпечити адекватний відтік токсичного ексудату з черевної порожнини, знизити внутрішньочеревний тиск, що сприяє зменшенню ендогенної інтоксикації і в результаті підвищує ефективність лікування хворих.

Спосіб виконують наступним чином.

Під місцевою анестезією косим доступом 60-80 мм. довжиною у правій здухвинній ділянці розсікають шкіру, підшкірну жирову клітковину, апоневроз зовнішнього косого м'язу живота,

внутрішній косий та поперечний м'язи розводять, розкривають черевну порожнину. Рана черевної стінки максимально розширюється шляхом розтягування. Видаляється екссудат. Вздовж правого бокового каналу та у порожнину малого таза встановлюють 2 широкопросвітних дренажі. Такий самий доступ здійснюється у лівій здухвинній ділянці, широкопросвітний дренаж встановлюють вздовж лівого бокового каналу. Рани черевної стінки не зашивають, формуючи лапаростоми, дренажі фіксуються швами до шкіри.

Дренування бокових каналів та порожнини малого таза забезпечує адекватний відтік токсичного екссудату із черевної порожнини, наявність лапаростом у здухвинних ділянках зменшує внутрішньочеревний тиск та підвищує якість дренування черевної порожнини.

Спосіб апробовано у комунальній установі "Сумська міська клінічна лікарня №5".

Приклад клінічного застосування.

Пацієнт Б., історія хвороби № 9658, 34 роки, був прийнятий у хірургічне відділення КУ СМКЛ №5 17.11.2014 р. з діагнозом гострого панкреатиту, важкий перебіг. На 9 добу після госпіталізації з'явилися ознаки панкреатогенного перитоніту, виражене здуття живота, внутрішньочеревний тиск 29 мм водного стовпчика.

Під місцевою анестезією косим доступом 80 мм довжиною у правій здухвинній ділянці розсічено шкіру, підшкірну жирову клітковину, апоневроз зовнішнього косого м'язу живота, внутрішній косий та поперечний м'язи розведено, розкрито черевну порожнину. Евакуйовано до 400 мл геморагічного екссудату. Рану черевної стінки максимально розширено шляхом розтягування. Вздовж правого бокового каналу та у порожнину малого таза встановлено поліхлорвінілові дренажі. Сформовано лапаростому. Під місцевою анестезією косим доступом 80 мм довжиною у лівій здухвинній ділянці також сформовано лапаростому, поліхлорвінілову дренажну трубку встановлено вздовж лівого бокового каналу. Дренажі фіксовано швами до шкіри.

Після операції стан хворого покращився, внутрішньочеревний тиск знизився до безпечного рівня - 12 мм водного стовпчика. На 8-му післяопераційну добу пацієнта оперовано повторно з приводу інфікованого обмеженого рідинного утвору чепцевої сумки. Після лапаротомії: екссудат у вільній черевній порожнині не виявлено, тонка кишка не дилатована, звичайного кольору, спайковий процес відсутній, на великому чепці та очеревині - стеатонекрози. Таким чином, стан черевної порожнини свідчить про ефективне лікування панкреатогенного перитоніту при запропонованому способі. Проведено секвестректомію, оментобурсостомію. Одування.

Таким чином, запропонований спосіб є малоінвазивним втручанням та дозволяє проводити лікування панкреатогенного перитоніту в поєднанні із синдромом підвищення внутрішньочеревного тиску у хворих на гострий деструктивний панкреатит.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування панкреатогенного перитоніту в поєднанні з синдромом підвищення внутрішньочеревного тиску, що включає проведення малоінвазивного втручання під місцевою анестезією для дренування черевної порожнини широкопросвітним дренажем, який **відрізняється** тим, що косими доступами у лівій та правій здухвинних ділянках виконують мінілапаротомні доступи 60-80 мм довжиною, крізь які дренують порожнину малого таза та бокові канали, з подальшим формуванням лапаростом із мінілапаротомних доступів.