



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4785 (13) U

(51) 7 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ У СПОЛУЧЕННІ З КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

1

2

(21) 2004032229

(22) 26.03.2004

(24) 15.02.2005

(46) 15.02.2005, Бюл. № 2, 2005 р.

(72) Ярешко Володимир Григорович, Рязанов Дмитро Юрійович

(73) ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, Ярешко Володимир Григорович, Рязанов Дмитро Юрійович

(57) Спосіб хірургічного лікування панкреонекрозу у сполученні з калькульозним холециститом, що включає лапаротомію, холецистектомію, секвестрнекректомію підшлункової залози, який відрізняється тим, що лікування проводять одномоментно, причому холецистектомію виконують лапароскопічно, а секвестрнекректомію виконують з лапаротомного мінідоступу у проекції локалізації ділянки панкреонекрозу.

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії органів травлення.

Операціями вибору при панкреанекрозі у сполученні з гострим або хронічним калькульозним холециститом вважають відкриті лапаротомні втручання.

Відкриті лапаротомні втручання складаються з лапаротомії, холецистектомії, видалення некротизованих ділянок підшлункової залози (ПЗ) із дренажування її ложа.

Найчастіше застосовується двохоментний спосіб, що складається з широкої середньої лапаротомії, широкого розкриття шлунково-ободової зв'язки, резекції ПЗ у межах здорових тканин, формування локальної лапаростоми, проведення у післяопераційному періоді локального лаважу через встановлені у залишкову порожнину дренажні трубки з наступними програмованими лапаростомами. Після одужання хворого другим етапом у плановому порядку виконують холецистектомію [Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. - Симферополь. Таврида, 1997. - С. 155-156].

Зазначений спосіб дозволяє видалити некротизовані ділянки ПЗ, адекватно дрениувати порожнину гнійника, що залишилася, візуально контролювати некротичний процес в ПЗ, провести холецистектомію, але є травматичним, тривалим, багатоетапним оперативним втручанням, а його виконання не попереджує можливі подальші некротичні зміни у ПЗ, супроводжується значним больовим синдромом, часто призводить до виник-

нення дихальної недостатності у хворого, що збільшує летальність.

Найбільш близьким по сукупності ознак до пропонуваного способу є спосіб, що складається з широкої середньої лапаротомії, холецистектомії, широкого розкриття шлунково-ободової зв'язки, секвестрнекректомії ПЗ шляхом дозованої діптоклазії, наскрізного дрениування порожнини, що утворилася, через додаткові бічні розрізи [Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Цыденжапов Е.Ц. Острый панкреатит: Пособие для врачей / Под редакцией В.С. Савельева. - М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2000. - 60с.].

Зазначена методика має такі недоліки:

1. Висока летальність, тому що виконання широкої лапаротомії часто викликає гостру дихальну недостатність.

2. Необхідність застосування великої дози анальгетиків внаслідок значного больового синдрому.

3. Травматичність та тривалість операції.

В основу корисної моделі поставлена задача створити такий спосіб лікування панкреанекрозу у сполученні з калькульозним холециститом, який би дозволив знизити післяопераційну летальність, зменшити травматичність та тривалість операції, зменшити больовий синдром за рахунок одномоментного комбінованого застосування двох хірургічних способів: для виконання холецистектомії - лапароскопічної холецистектомії, для видалення некротів ПЗ - секвестрнекректомії із лапаротомного мінідоступу у проекції їх локалізації.

(13) U

(11) 4785

(19) UA

Поставлена задача здійснюється за рахунок того, що у способі, який включає лапаротомію, холецистектомію, секвестрнекректомію ПЗ проводиться лікування одномоментно комбіновано: спочатку виконують лапароскопічну холецистектомію, а потім - секвестрнекректомію із лапаротомного мінідоступу у проекції локалізації ділянок панкреанекрозу.

Спосіб показаний на малюнках.

Фіг.1. Лапароскопічна холецистектомія через проколи передньої черевної стінки троакарами 10мм та 5мм.

1 - проколи передньої черевної стінки троакарами 10мм;

2 - проколи передньої черевної стінки троакарами 5мм.

Фіг.2. Локальний селективний лапаротомний мінідоступ довжиною до 5см у проекції локалізації ділянки панкреанекрозу.

1 - підшлункова залоза;

2 - локальний селективний лапаротомний мінідоступ довжиною до 5 см;

3 - ділянка панкреанекрозу.

Спосіб здійснюється таким чином: виконується лапароскопічна холецистектомія за стандартною методикою через проколи передньої черевної стінки троакарами діаметром 10мм по серединній лінії під мечоподібним відростком і над пупком та троакарами діаметром 5мм у правому підреб'ї по передній та середній пахвовим лініями (Фіг.1). Потім виконується локальний селективний лапаротомний мінідоступ довжиною до 5см у проекції локалізації ділянки панкреанекрозу (Фіг.2). Далі виконують вузький розтин шлунково-ободової зв'язки по великій кривизні шлунку з метою розтину малої сальникової сумки. Секвестрнекректомія виконується інструментальне шляхом застосування зажиму Люера з наступним дрениванням залишкової порожнини для проведення у післяопераційному періоді локального лаважу. Рана черевної стінки ушивається до дренажів.

Це дозволяє виконати холецистектомію та видалити некроз ПЗ, уникнути виконання широкого серединного лапаротомного доступу, видалення некротичне незміненої ПЗ, що попереджує виникнення гострої дихальної недостатності, зменшує у післяопераційному періоді больовий синдром, знижує загальну дозу анальгетиків, зменшує травматичність та тривалість операції.

Приклад 1

Хвора С., 55 років (історія хвороби №2255), 08.04.2002р. надійшла зі скаргами на інтенсивний біль у верхніх відділах живота, нудоту, багаторазову блювоту, підвищення температури тіла до 38°C.

Об'єктивно: стан важкий. Живіт роздутий, м'який, хворобливий у верхніх відділах, де відзначається щільний інфільтрат з нечіткими контурами. Симптомів роздратування очеревини немає. Помірно запальна гемограма, амілаза крові 224г/г-л, амілаза сечі 1024од. Із анамнезу відомо, що за останні 4 місяці перенесла п'ять приступів гострого панкреатиту.

Висновок ультразвукового дослідження: Гострий деструктивний панкреатит. ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит.

Клінічний діагноз: Панкреанекроз. ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит.

19.04.2002р. виконана операція (Ярешко В.Г., Рязанов Д.Ю.) - лапароскопічна холецистектомія, секвестрнекректомія із мінідоступу, дренивання сальникової сумки та черевної порожнини. Через проколи передньої черевної стінки троакарами діаметром 10мм по серединній лінії під мечоподібним відростком і над пупком та троакарами діаметром 5мм у правому підреб'ї по передній та середній пахвовим лініями виконана лапароскопічна холецистектомія за стандартною методикою. Потім по лівій параректальній лінії передньої черевної стінки у проекції локалізації ділянки панкреанекрозу виконаний локальний селективний лапаротомний мінідоступ довжиною до 5см. Далі виконаний вузький розтин шлунково-ободової зв'язки по великій кривизні шлунку. Зажимом Люера виконана секвестрнекректомія з наступним дрениванням залишкової порожнини для проведення у післяопераційному періоді локального лаважу. Рана черевної стінки ушита до дренажів.

Тривалість операції 40 хвилин.

Післяопераційний діагноз: Панкреанекроз. ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит.

У післяопераційному періоді проводився локальний лаваж розчинами антисептиків. Дренажі видалені 12.05.2002р.

Виписана у задовільному стані 13.05.2002р..

Приклад 2

Хворий К., 63 років (історія хвороби №3406), 05.06.2002р. надійшов зі скаргами на біль у епігастрії та лівому підреб'ї, нудоту, підвищення температури тіла до 38,5°C.

Об'єктивно: стан важкий. Живіт роздутий, хворобливий і напружений у верхніх відділах, симптомів роздратування очеревини немає. Різка запальна гемограма, амілаза крові 188г/г-л, амілаза сечі 2048од. Із анамнезу відомо, що хворіє 8 місяців, переніс три приступи гострого панкреатиту.

Висновок ультразвукового дослідження: Гострий деструктивний панкреатит. ЖКХ. Гострий калькульозний холецистит.

Клінічний діагноз: Панкреанекроз. ЖКХ. Гострий калькульозний холецистит.

06.05.2002р. виконана операція (Ярешко В.Г., Рязанов Д.Ю.) - лапароскопічна холецистектомія, секвестрнекректомія із мінідоступу, дренивання сальникової сумки та черевної порожнини. Через проколи передньої черевної стінки троакарами діаметром 10мм по серединній лінії під мечоподібним відростком і над пупком та троакарами діаметром 5мм у правому підреб'ї по передній та середній пахвовим лініями виконана лапароскопічна холецистектомія за стандартною методикою. Потім у середній третині серединної лінії передньої черевної стінки у проекції локалізації ділянки панкреанекрозу виконаний локальний селективний лапаротомний мінідоступ довжиною до 5см. Далі виконаний вузький розтин шлунково-ободової зв'язки по великій кривизні шлунку. Зажимом Люера виконана секвестрнекректомія з наступним дрениванням залишкової порожнини для проведення у післяопераційному періоді локального лаважу. Рана черевної стінки ушита до дренажів.

Тривалість операції 45 хвилин.

Післяопераційний діагноз: Панкреанекроз. ЖКХ. Гострий калькульозний холецистит.

У післяопераційному періоді проводився локальний лаваж розчинами антисептиків. Дренажі видалені 27.05.2002р.

Виписаний у задовільному стані 28.05.2002р.

Отже, спосіб, що пропонується, дозволяє знизити післяопераційну летальність, зменшити бо-

льовий синдром, травматичність та тривалість операції при панкреанекрозі у сполученні з калькульозним холециститом за рахунок того, що замість широкої серединної лапаротомії, секвестрнекректомії шляхом дігітоклазії, виконуються комбіновані малотравматичні оперативні втручання: лапароскопічна холецистектомія з одномоментною секвестрнекректомією ПЗ із локального селективного мінідоступу у проекції локалізації секвестрів.

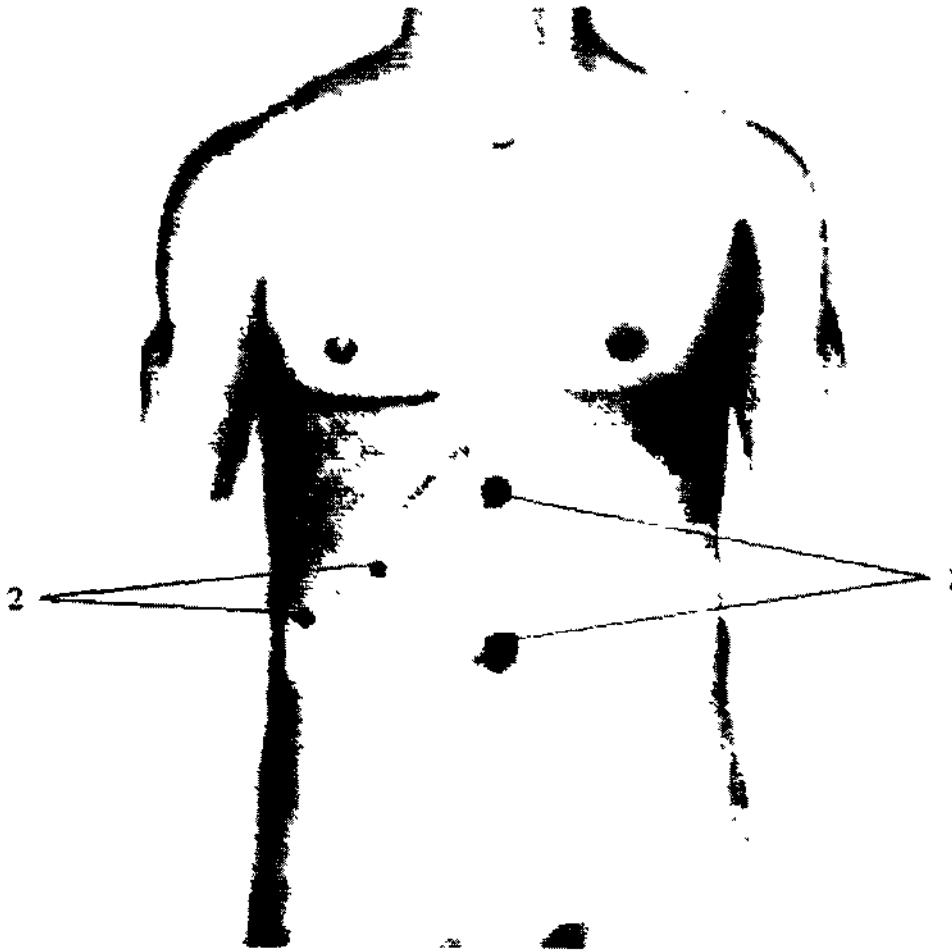
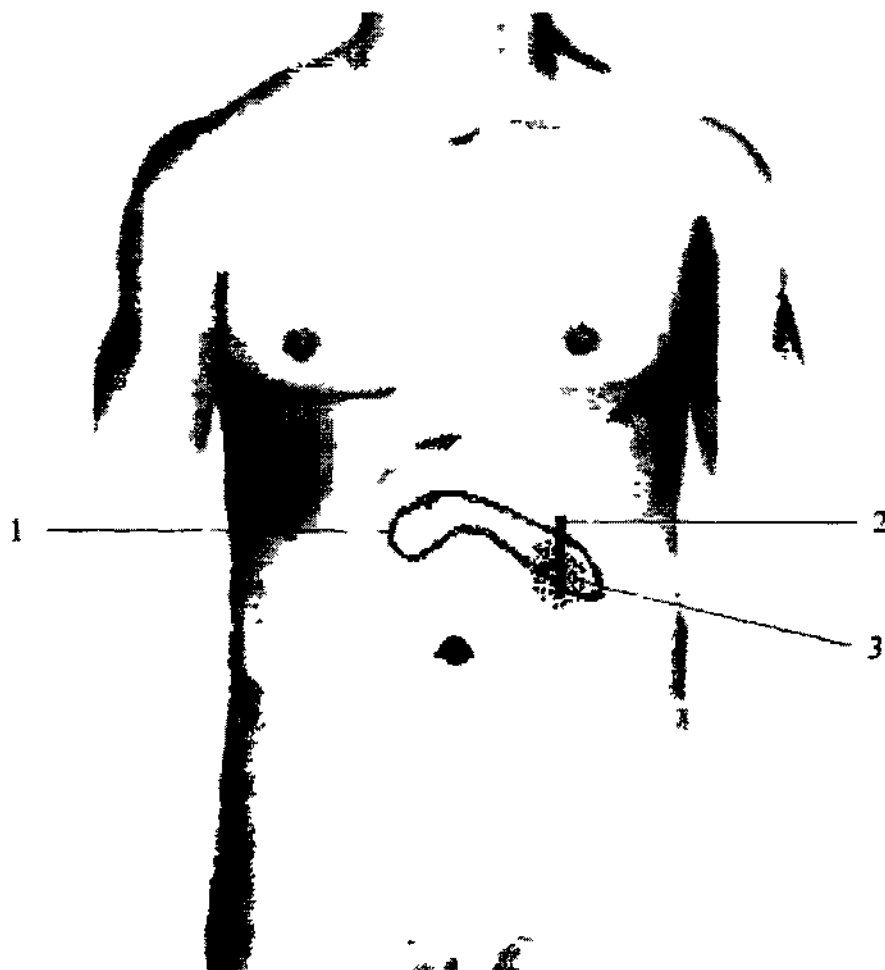


Fig. 1



Фіг. 2