



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **78209** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 10845	(72) Винахідник(и): Рязанов Дмитро Юрійович (UA), Антоневич Віктор Миколайович (UA)
(22) Дата подання заявки: 17.09.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.03.2013	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД "ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ", бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя-96, 69096 (UA), Рязанов Дмитро Юрійович, пр. Леніна, 155, кв. 94, м. Запоріжжя, 69035 (UA), Антоневич Віктор Миколайович, вул. Грязнова, 88, кв. 77, м. Запоріжжя, 69068 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.03.2013, Бюл.№ 5	

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ У ДРУГОМУ ПЕРІОДІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

(57) Реферат:

Спосіб лікування хворих у другому періоді гострого панкреатиту включає проведення комп'ютерної томографії та хірургічне втручання. Додатково визначають розміри та локалізацію рідинних утворень і стан природних фасцій та при руйнуванні природних фасцій виконують лапаротомну операцію. При рідинних утвореннях більше 100 мм виконують закрите зовнішнє пункційне дренивання під ультразвуковим контролем, а при утвореннях менше 100 мм консервативне лікування.

UA 78209 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для вибору способу операції у хворих з гострим панкреатитом.

Загальнови́знано, що в структурі причин летальності у хворих на гострий панкреатит пізні ускладнення у вигляді інфікування підшлункової залози і/або навколишніх клітковинних просторів складають до 80 %.

В теперішній час основними способами хірургічного лікування пізніх локальних гнійно-некротичних ускладнень у хворих на гострий панкреатит є закрите зовнішнє пункційне дренивання під ультразвуковим контролем і лапаротомні операції.

Відомий спосіб лікування хворих в другому періоді гострого панкреатиту шляхом закритого зовнішнього пункційного дренивання під ультразвуковим контролем, що виконують таким чином: використовуючи ультразвукове наведення, під внутрішньовенною анестезією голкою виконують пункцію рідинного утворення черевної порожнини і/або заочеревинного простору з подальшим зовнішнім його дрениванням [Тимошин А. Малоінвазивні втручання в абдомінальній хірургії. - М.: Тріада - Х, 2003. - с. 216].

Вказаний метод лікування не завжди є адекватним, показання до його застосування обмежені. Частіше за все його застосування призводить лише до прогресу гнійно-некротичного процесу і його локальному розповсюдженню. Це є причиною виникнення флегмони заочеревинного простору, сепсису, арозивної кровотечі.

Найбільш близькою по сукупності ознак до запропонованого способу є лапаротомна операція, яку виконують наступним чином: під загальним наркозом роблять розтин усіх шарів передньої черевної стінки, ревізію органів черевної порожнини і заочеревинного простору, за показаннями виконують панкреатсеквестнекректомію, розкриття і дренивання рідинних утворень або флегмони заочеревинного простору [Літтманн І. Черевна хірургія / переклад з німецької і ред. М.Н. Анічков. - Б.: типографія академії наук Венгрії, 1970 - С. 41]. Операція травматична, а у хворих стерильним панкреонекрозом супроводжується вторинним інфікуванням. До того ж операція нездійснима у хворих з важким загальним станом, обумовленим поліорганною недостатністю.

У основу корисної моделі поставлено задачу розробити найбільш ефективний спосіб вибору методу лікування гострого панкреатиту у другому періоді захворювання. Це дозволить виконувати адекватну санацію інфікованих вогнищ підшлункової залози і заочеревинної клітковини, попередити вторинне інфікування стерильних некротів, що дозволить мінімізувати кількість релапаротомій, локальних і системних ускладнень, знизити післяопераційну летальність, а у ряда хворих - уникнути операції.

Поставлена задача вирішується тим, що виконання хворому гострим панкреатитом в другому періоді захворювання до операції комп'ютерної томографії підшлункової залози і заочеревинного простору та визначення стану природних фасціальних структур і розміру та локалізації рідинних утворень в заочеревинному просторі.

Спосіб виконують таким чином: хворим виконують комп'ютерну томографію, потім визначають локалізацію та розміри рідинного утворення, а також встановлюють наявність руйнування природних фасцій заочеревинного простору - фасції Фріде, Тольда, Трейца, Героти. Показання і вибір способу операції визначають, виходячи з трьох можливих варіантів інтерпретації отриманих даних:

- 1) якщо виявлено руйнування природних фасцій, то виконується лапаротомна операція з подальшими відкритими релапаротоміями за необхідністю;
- 2) за відсутності руйнування природних фасцій, але з об'ємом рідинного утворення більше 100 мм, виконують закрите зовнішнє пункційне дренивання під ультразвуковим контролем;
- 3) якщо рідинне утворення черевної порожнини менше 100 мм - проводять консервативну терапію.

В результаті запропонований спосіб дозволить визначити тактику лікування, встановити показання до вибору способу операції за даними об'єктивного обстеження, виконати адекватну санацію інфікованих вогнищ, підшлункової залози та заочеревинної клітковини, попередити вторинне інфікування стерильних некротів, що, у свою чергу, дозволяє зменшити кількість релапаротомій, локальних і системних ускладнень, знизити післяопераційну летальність, а у ряду хворих - уникнути операції.

Приклад 1. Хворий П. 47 років (історія хвороби №1442) був госпіталізований 03.02.2012 р. із скаргами на біль в епігастрії, мезогастрії, підвищення температури тіла до 38 °С. Об'єктивно: стан важкий, живіт хворобливий в епігастральній і мезогастральній ділянках, там же пальпується інфільтрат. Висновок ультразвукового дослідження від 23.02.2012 р.: сонографічна картина панкреонекрозу, рідина в сальниковій сумці і черевній порожнині. Комп'ютерна томографія від 23.02.2012 р.: Підшлункова залоза збільшена, контур нерівний нечіткий,

інфільтративний процес за типом рідинних колекторів розповсюджується на сальникову сумку, мезоколон, по лівому латеральному каналу в порожнину малого тазу. Висновок: ознаки гострого субтотального інфільтративно-некротичного панкреатиту (панкреонекроз ст.Е).

Результати даних комп'ютерної томографії: початок процесу - задня поверхня голівки підшлункової залози з поразкою субмезоколічної фасції Фреде, про що свідчить рідинне скупчення в мезоколон. Потім процес поширився по лівій лінії Тольда вниз з розгерметизацією фасції Тольда і досягненням малого тазу, сечового міхура.

Враховуючи інфікованість процесу, поразку фасціальних структур заочеревинного простору було прийнято рішення виконати лапаротомну операцію. Операція 24.02.2012 р. - Лапаротомія, панкреатнекрсеквестрэктомія, розкриття і дренування флегмони заочеревинного простору.

Післяопераційний період протікав без ускладнень, повторні оперативні втручання хворому не виконувалися. У задовільному стані виписаний із стаціонару.

Приклад 2. Хворий Т. 30 років (Історія хвороби № 5039), був госпіталізований 27.08.2009 р. із скаргами на біль в епігастрії, слабкість. Об'єктивно: стан середнього ступеня тяжкості, живіт хворобливий при пальпації в епігастрії і лівому підребер'ї, там же пальпується інфільтрат. Висновок ультразвукового дослідження від 28.08.2009 р.: сонографічна картина гострого панкреатиту. Комп'ютерна томографія від 31.08.2009 р.: Підшлункова залоза збільшена, дольчатість згладжена, контур нерівний. У проекції голівки підшлункової залози рідинне утворення розміром до 110 мм в діаметрі. Висновок: ознаки гострого субтотального інфільтративно-некротичного панкреатиту (панкреонекроз ст.С).

Результати комп'ютерної томографії: руйнування природних фасцій заочеревинного простору не виявлене. Враховуючи розміри рідинного утворення більше 100 мм, прийнято рішення про закрите зовнішнє пункційне дренування під контролем УЗК. Післяопераційний період протікав без ускладнень, повторні втручання не виконувалися. У задовільному стані виписаний із стаціонару.

Приклад 3. Хвора П. 58 років (історія хвороби № 6183), була госпіталізована 10.10.2005 р. із скаргами на біль в епігастрії і лівому підребер'ї. Об'єктивно: стан середнього ступеня тяжкості, живіт хворобливий в усіх відділах. Висновок ультразвукового дослідження від 13.10.2005р.: ехо-ознаки гострого панкреатиту. Комп'ютерна томографія від 26.10.2005 р.: Підшлункова залоза збільшена, контур нерівний нечіткий. Вогнище до 30 мм в області голівки підшлункової залози. Висновок: ознаки інфільтративно-некротичного панкреатиту (панкреонекроз ст.С).

Результати даних комп'ютерної томографії: природні фасціальні структури заочеревинного простору не зруйновані, ознак інфікування немає. Враховуючи діаметр утворень до 100 мм прийнято рішення лікувати хвору консервативно. Після проведеної антибактеріальної, інфузійної терапії стан хворої з позитивною динамікою, оперативні втручання не виконувалися. Виписана в задовільному стані.

Таким чином, спосіб, який пропонується, вирішує найбільш важливі завдання лікування хворих гострим панкреатитом в другому періоді захворювання: 1) визначення тактики лікування (консервативна терапія або операція); 2) вибір способу операції (закрите зовнішнє пункційне дренування під ультразвуковим контролем або лапаротомна операція); 3) адекватна санація гнійно-некротичних утворень; 4) мінімізація частоти виконання релапаротомії; 5) зниження післяопераційної летальності.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування хворих у другому періоді гострого панкреатиту, що включає проведення комп'ютерної томографії та хірургічне втручання, який **відрізняється** тим, що додатково визначають розміри та локалізацію рідинних утворень і стан природних фасцій та при руйнуванні природних фасцій виконують лапаротомну операцію, при рідинних утвореннях більше 100 мм виконують закрите зовнішнє пункційне дренування під ультразвуковим контролем, а при утвореннях менше 100 мм консервативне лікування.

Комп'ютерна верстка М. Мацело

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601