



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **79878** (13) **U**

(51) МПК (2013.01)

A61B 17/00

A61B 1/313 (2006.01)

A61B 8/12 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 10075	(72) Винахідник(и): Русин Василь Іванович (UA), Філіп Степан Степанович (UA), Румянцев Костянтин Євгенієвич (UA)
(22) Дата подання заявки: 22.08.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 13.05.2013	(73) Власник(и): Русин Василь Іванович, вул. Капушанська, 22, м. Ужгород, 88000 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 13.05.2013, Бюл.№ 9	

(54) СПОСІБ ЛІКВІДАЦІЇ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ ПРИ ЇХ ПОЗАОЧЕРЕВИННІЙ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

(57) Реферат:

Спосіб ліквідації обмежених рідинних скупчень при їх позаочеревинній локалізації при гострому панкреатиті включає визначення локалізації рідинних скупчень за допомогою УЗД. При цьому після створення пневмоперитонеуму кишечник відводять убік та створюють акустичне вікно, і під візуальним контролем лапароскопом виконують пункцію позаочеревинного скупчення рідини до повної аспірації.

UA 79878 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до хірургії з застосуванням міні-інвазивних методів, і може бути використаний при лікуванні гострого панкреатиту (ГП)

протягом останніх десятиліть проблема покращення результатів лікування залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії. Хворі з ГП складають 5-10 % від загального числа пацієнтів хірургічного профілю. У 15-20 % спостережень розвиток ГП носить деструктивний характер. Найбільша кількість випадків такої патології припадає на працездатний вік 30-50 років, при цьому превалюють форми, які не піддаються консервативному лікуванню і вимагають оперативних втручань.

Прогресивне зростання захворюваності, висока летальність за наявності деструктивних форм ГП, труднощі, що виникають при діагностиці, та суперечні думки щодо тактики лікування визначають гостроту проблеми, яка розглядається.

Відомо, що ГП протікає як двох етапний процес. Для першої фази характерно симптоми панкреатичної токсемії, які проявляються у вигляді панкреатогенного шоку, поліорганної недостатності, друга фаза - варіантами еволюції вогнищ деструктивного панкреатиту: ферментативний перитоніт, утворення рідинних скупчень як в черевній порожнині, так і в парапанкреатичній клітковині, інфікування останніх з формуванням абсцесів [1].

Вільна рідина в черевній порожнині (ВРЧП) при ГП являє собою внутрішньочеревне накопичення гострих рідинних утворень.

На цей час існують тенденції та перспективи лікування ГП з застосуванням міні-інвазивних методів, лапароскопії та лапаротомії.

Відомий спосіб [2] включає в себе лапароскопічні втручання за допомогою лапароскопічного обладнання "STORZ" (Німеччина) та стандартного набору лапароскопічних інструментів. Для тренування використовували поліхлорвінілові трубки діаметром 5 мм (одно- або двопросвітні).

При проведенні лапароскопічних санаційних втручань використовували загальне знеболення. Лапароскоп вводився в черевну порожнину по однопрокольній методиці, коли лапаропентез виконується без попереднього пневмоперитонеуму через голку Вереша. Ускладнень при її використанні не було. Як при звичайних діагностичних лапароскопіях, так і при відеолапароскопічних втручаннях для пневмоперитонеуму використовували вуглекислий газ.

Під час лікувальних відеолапароскопічних втручань виконували аспірацію ексудату та дренування черевної порожнини. Дренажні трубки розміщували в обидва піддіафрагмальні, підпечінковий простори, бокові канали та порожнину малого таза. Дренування сальникової сумки виконували через вінсловий отвір або шлунково-ободову зв'язку.

Відомий спосіб достатньо ефективний для внутрішньочеревного розташування рідинних скупчень. Однак недоліком цього способу є значна травматичність та неможливість виконання адекватного дренування рідинних скупчень, які розміщені у позачеревному просторі.

Відомими є способи, в яких дренування під ультразвуковим наведенням застосовувалось з приводу гострого некротичного панкреатиту, ранніх несформованих псевдокіст, абсцесів. Вирішальним фактором при виборі дренування, як основного методу лікування, була наявність капсули, що попереджувало розповсюдження інфекції. Другим важливим фактором була наявність секвестрів і їх розміри, - при відсутності секвестрів або при наявності „зависі“ дрібних секвестрів розраховували на дренування як на кінцевий і радикальний метод лікування. При великих секвестрах, які неможливо евакуювати через дренаж, метод розглядався як паліативне втручання, яке направлене на видалення рідкої частини і зменшення інтоксикації, як підготовки до основного етапу втручання. Застосовувалась та ж ультразвукова апаратура, датчики і голки, що і для пункції під ультразвуковим наведенням, а також стилет-катетери типу „Pig tail“, маніпуляція виконувалася по стандартній методиці [3].

У випадку, коли рідинні сполучення локалізовані в позачеревному просторі, імовірність перфорації кишки дуже велика, та як наслідок інфікування обмежених гострих панкреатичних рідинних скупчень.

Обмежені гострі скупчення панкреатогенної рідини (ОСПР) являють собою внутрішньоочеревинні та позаочеревинні скопичення рідини, які спостерігаються в перші три тижні захворювання, відмежовані в якому-небудь із відділів черевної порожнини або в позаочеревинній клітковині і не змінюють свого об'єму локалізації при зміні положення тіла пацієнта.

ОСПР спостерігались у 216 із усіх 1150 (18,9 %) хворих на ГП у 216 із 407 (53,1 %) хворих ускладненим ГП і у 209 із 351 (59,5 %) хворих важким ГП.

Поміж ОСПР тільки внутрішньоочеревинні були у 7 (3,2 %), тільки в сальниковій сумці у 78 (36,1 %), тільки позаочеревинні у 48 (22,2 %). Комбінація ОСПР в сальниковій сумці і в позаочеревинній клітковині спостерігалась у 83 (38,4 %) пацієнтів. Одне рідинне скупчення було

у 119 (55,1 %); два - у 82 (37,96 %); три - у 4 (1,9 %); чотири - у 7 (3,2 %); п'ять - у 4 (1,9 %) пацієнтів. Всього спостерігали 343 ОСПР у 216 хворих, із них скупчення вперше верифіковані: при ультразвуковому обстеженні (УЗО) в 294 спостереженнях, при комп'ютерній томографії (КТ) в 38 спостереженнях, при відеолапароскопії (ВЛСК) в 7, при операції - в 4 спостереженнях.

5 Консервативне лікування позаочеревинних скупчень рідини при ГП неефективне.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є удосконалення способу ліквідації ОСПР в позаочеревинному просторі шляхом виконання особливих хірургічних дій під контролем УЗД та лапароскопії, в результаті чого досягається максимальне зменшення травматичності та побічних ефектів, які з нею пов'язані. Поставлена задача вирішується тим, що у способі ліквідації ОСПР при їх позаочеревинній локалізації при ГП, згідно з корисною моделлю, локалізацію рідинних скупчень визначають за допомогою УЗД та після створення пневмоперитонеуму кишечник відводять убік та створюють акустичне вікно і під візуальним контролем лапароскопом виконують пункцію позаочеревинного рідинного скупчення до повної аспірації.

15 Крім того, корисною моделлю, що заявляється, передбачено додатково дренування позаочеревинної порожнини, в якій розміщені рідинні скупчення.

Через шкірне дренування під УЗ-наведенням було ефективним і привело до резорбції ОСПР, лише в 5 (13,5 %) спостереженнях із 38. В 33 (86,8 %) випадках воно було неефективним, в тому числі в зв'язку з: інфікуванням і розвитком гнійних ускладнень в 26 спостереженнях (флегмона в 22, абсцес в 4 випадках); розвитком псевдокісти в 5 спостереженнях; рецидивом ОСПР після видалення дренажу в 2 спостереженнях. Нечисленні спостереження успішного дренування ОСПР, як самостійного радикального методу лікування, в 3 із 5 випадків відмічені при внутрішньоочеревинному розташуванні ОСПР, в 2 - при локалізації ОСПР в сальниковій сумці.

В зв'язку з тим, що позаочеревинний доступ прикритий практично на всьому протязі кишечника, шлунком та паренхіматозними органами (печінка, селезінка), авторами запропоновано спосіб пункції і дренування позаочеревинних скупчень рідини при ГП під контролем відеолапароскопа.

При способі, що заявляється, після створення пневмоперитонеуму, кишечник в зоні ультразвукового підтвердження скупчення рідини відводиться в бік, і під візуальним контролем, за допомогою лапароскопа, виконується пункція позаочеревинного скупчення рідини до повної аспірації і/або виконується дренування позаочеревинного простору (у випадку великого об'єму та відсутності інфікування) по струні поліхлорвініловим катетером за методикою Сельдінгера.

Подібна процедура попереджує пошкодження порожнистого або паренхіматозного органа на відміну від тільки ехоконтрольованої черезшкірної пункції рідинних скупчень позаочеревинного простору.

Корисна модель пояснюється прикладом конкретного виконання.

Приклад.

Хворий К., 1963 року народження госпіталізований до хірургічного відділення № 1 ОКЛ м. Ужгороду з діагнозом: ГП. Хворому було виконано необхідний комплекс обстеження.

40 У відповідності із заявлюваним рішенням хворому проведена малоінвазивна операція: лапароскопія. Пункція і дренування позаочеревинного скупчення рідини під контролем УЗД.

Хворому проводилася базова інтенсивна консервативна терапія. Дренаж видалено на п'яту добу. Загальний стан хворого покращився. Явища ГП ліквідовані, про що свідчать результати УЗД та КТ, а біохімічні показники крові підтвердили покращення функції підшлункової залози. Хворий знаходився на диспансерному обліку. При контрольному огляді через 1 рік рецидиву захворювання не відмічено.

Таким чином, заявлюваний спосіб має ряд переваг, які характеризують його високоефективним, і дозволяють рекомендувати для лікування гострого панкреатиту.

Джерела інформації:

50 1. Десятерик В.І. Міні-інвазивні втручання під контролем ультразвуку на етапах розвитку ускладнень панкреатиту / В.І. Десятерик, О.В. Котов // Український журнал хірургії. - 2009. - № 3. - С. 55-57.

2. Копчак В.М. Сучасна тактика хірургічного лікування тяжких форм панкреатиту / В.М. Копчак // Клінічна хірургія. - 2011. - № 5 (818). - С. 25-26.

55 3. Кондратюк Ю.К. Тактичні підходи до лікування деструктивних форм гострого панкреатиту з використанням міні-інвазивних технологій та ендоскопічних втручань. / Український журнал хірургії. - 2010 - № 2 - С. 39-41.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

1. Спосіб ліквідації обмежених рідинних скупчень при їх позаочеревинній локалізації при
5 гострому панкреатиті, який **відрізняється** тим, що локалізацію рідинних скупчень визначають
за допомогою УЗД, та після створення пневмоперитонеуму кишечник відводять убік та
створюють акустичне вікно, і під візуальним контролем лапароскопом виконують пункцію
позаочеревинного скупчення рідини до повної аспірації.
2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що додатково виконують дренування
10 позаочеревинного простору.

Комп'ютерна верстка С. Чулій

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