



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66585 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ПОДВІЙНОГО ЛАПАРОСКОПІЧНО-АСИСТОВАНОГО ЗОВНІШНЬОГО ДРЕНУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

1

2

(21) u201107537

(22) 15.06.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) ЛЕОНОВ ВАСИЛЬ ВАСИЛЬОВИЧ, СИТНИК ОЛЕКСАНДР ЛЕОНІДОВИЧ, ЧАНЦЕВ ВІКТОР АНАТОЛІЙОВИЧ, ХАЧАПУРІДЗЕ ГЕОРГІЙ ВАСИЛЬОВИЧ

(73) СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб подвійного лапароскопічно-асистованого зовнішнього дренивання псевдокіст підшлункової залози великих розмірів, що включає виконання пошарового розрізу передньої черевної стінки під відеолапароскопічним контролем, виве-

дення у рану та розкриття шлунково-ободової зв'язки, який **відрізняється** тим, що у псевдокісту вводять відеолапароскоп з портом, герметизують розріз стінки навколо порту, виконують ревізію порожнини, під відеолапароскопічним контролем намічають проекцію найнижчої точки порожнини на задню черевну стінку, виконують люмботомічний розріз та здійснюють дренивання псевдокісти, після видалення відеолапароскопа передню стінку псевдокісти розсікають відповідно до розмірів рани передньої черевної стінки, краї розсіченої псевдокісти зшивають з краями розрізу передньої черевної стінки та встановлюють додаткові дренажі для наскрізної санації порожнини псевдокісти.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії, і може бути застосована для лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози великих розмірів.

В останні роки клініцисти все частіше зустрічаються з ускладненим перебігом гострого панкреатиту, зокрема з формуванням післянекротичних псевдокіст великих розмірів. Такі утворення потребують невідкладного хірургічного лікування у зв'язку з високим ризиком розриву та перитоніту.

Відомий спосіб зовнішнього дренивання псевдокіст підшлункової залози, який полягає у підшиванні країв розсіченої капсули до країв розрізу передньої черевної стінки [Хірургия поджелудочной железы / Под ред. А.А. Шалимова. - Симферополь: Таврида, 1997. - С. 277]. У післяопераційному періоді порожнина псевдокісти сполучається із зовнішнім середовищем, що полегшує її санацію. Але операція вимагає широкого лапаротомного доступу, супроводжується значною інтраопераційною травмою.

Як прототип, найближчий по технічній суті, нами вибрано спосіб лапароскопічно-асистованого зовнішнього дренивання чепцевої сумки із міні-доступу. [Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита: Пособие для врачей / Под ред. М.И. Прудкова, А.М. Шлутко. - Екатеринбург: «ЭКС-Пресс», 2001. - С. 31-32]. Спосіб здійс-

нюють наступним чином. Під відеолапароскопічним контролем виконують пошаровий розріз передньої черевної стінки довжиною 40-50 мм, шлунково-ободову зв'язку виводять у рану та розкривають, за допомогою стандартного ранорозширювача «Міні-Асистент» виконують санацію та дренивання черевної порожнини.

Наведений спосіб малотравматичний, але має недоліки. По-перше, неможливість адекватного доступу до параколичного простору зліва. По-друге, при положенні хворого лежачи на спині у глибині рани можуть формуватися кишені з утрудненим відтоком вмісту.

Задачею корисної моделі є застосування малотравматичної лапароскопічно-асистованої методики для адекватного дренивання післянекротичної порожнини, що утворилася, та евакуації відторгнених тканин.

Технічний результат полягає у запобіганні післяопераційних гнійно-септичних ускладнень та покращенні результатів лікування хворих на гострий некротичний панкреатит.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі подвійного лапароскопічно-асистованого зовнішнього дренивання псевдокіст підшлункової залози великих розмірів, що включає виконання пошарового розрізу передньої черевної стінки під відеолапароскопічним контролем, виведення у

(19) UA (11) 66585 (13) U

рану та розкриття шлунково-ободової зв'язки, згідно з корисною моделлю, у псевдокісту вводять відеолапароскоп з портом, герметизують розріз стінки навколо порта, виконують ревізію порожнини, під відеолапароскопічним контролем намічають проекцію найнижчої точки порожнини на задню черевну стінку, виконують люмботомічний розріз та здійснюють дренажування псевдокісти, після видалення відеолапароскопа передню стінку псевдокісти розсікають відповідно до розмірів рани передньої черевної стінки, краї розсіченої псевдокісти зшивають з краями розрізу передньої черевної стінки, та встановлюють додаткові дренажі для наскрізної санації порожнини псевдокісти.

Використання способу подвійного лапароскопічно-асистованого зовнішнього дренажування псевдокіст підшлункової залози великих розмірів в сукупності з усіма суттєвими ознаками включаючи відмінні дозволяє запровадити адекватне дренажування псевдокіст підшлункової залози, та евакуацію відторгнутих тканин, що забезпечує запобігання післяопераційним гнійно-септичним ускладненням та покращує результати лікування хворих на гострий некротичний панкреатит.

Спосіб виконують наступним чином.

Встановлюють порт для оптичної системи по середній лінії вище чи нижче пупка (в залежності від локалізації та розмірів псевдокісти). Визначають найбільш зручну проекцію для міні-доступу. Виконують пошаровий розріз передньої черевної стінки довжиною 40-50 мм. Стінку псевдокісти за потреби фіксують затискачем, обмежують операційне поле серветками, виконують пункцію псевдокісти та евакуацію вмісту. Крізь розріз стінки псевдокісти довжиною 10 мм в порожнину вводять 10 мм порт з відеолапароскопом. Розріз стінки псевдокісти навколо порту герметизують кисетним швом. Під відеолапароскопічним контролем після ревізії намічають проекцію найнижчої точки порожнини на задню черевну стінку. Виконують люмботомічний розріз та здійснюють дренажування псевдокісти. Після видалення відеолапароскопа передню стінку псевдокісти розсікають відповідно до розмірів рани передньої черевної стінки, краї розсіченої псевдокісти зшивають з краями розрізу передньої черевної стінки, та встановлюють додаткові дренажі для наскрізної санації порожнини псевдокісти.

Спосіб випробувано в КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5».

Приклад клінічного застосування.

Пацієнт Ш., історія хвороби № 1211, 48 років, був прийнятий у хірургічне відділення № 2 КУ СМКЛ № 5 06.01.2011 р. з діагнозом гострого панкреатиту. На 10 добу перебування у стаціонарі сформувалася напружена післянекротична псевдокіста 250\*180 мм, локалізована в епігастральній ділянці та по лівому флангу.

Інтубаційний наркоз, лапароскопія. Встановлюють порт для оптичної системи по середній лінії на 40 мм нижче пупка. Рідинне утворення розташоване в проекції тіла та хвоста залози, параколічному просторі зліва. Найбільш зручна проекція для міні-доступу - по середній лінії під мечовидним відростком. Виконано пошаровий розріз передньої черевної стінки довжиною 50 мм. Операційне поле обмежене серветками. Стінку псевдокісти пунктовано, евакуйовано 3000 мл рідини коричневого кольору. Крізь розріз стінки утворення довжиною 10 мм в порожнину введено 10 мм порт з оптичною системою. Розріз стінки псевдокісти навколо порту герметизовано кисетним швом. Під відеолапароскопічним контролем після ревізії намічено проекцію найнижчої точки порожнини на задню черевну стінку. Виконано люмботомію довжиною до 60 мм, у після-некротичну порожнину встановлено 3 гумові трубки діаметром 10 мм. Після видалення оптичної системи передню стінку псевдокісти розсічено до 50 мм, виконано марсупілізацію. Додатково встановлено 3 гумові трубки діаметром 10 мм у лапаростомний отвір для наскрізної санації порожнини псевдокісти.

Температурна реакція нормалізувалась на 5 добу. Відділення вмісту по дренажах - через 3 тижні. Виписаний у задовільному стані.

При використанні запропонованого способу інтра- та післяопераційних ускладнень не спостерігали.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє проводити адекватну санацію післянекротичних псевдокіст у хворих на гострий некротичний панкреатит із застосуванням малоінвазивної технології.