



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66586 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61M 25/01 (2006.01)  
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ ДЕСТРУКТИВНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

1

2

(21) u201107540

(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 корекції ентеральної недостатності при гострому деструктивному панкреатиті, що включає виконання пацієнтові лапароскопії, проведення лапароскопічної санації та дренивання черевної порожнини, який **відрізняється** тим, що під відео-

лапароскопічним контролем вибирають петлю тонкої кишки на відстані 300 - 400 мм від зв'язки Трейца, фіксують її м'яким затискачем та визначають оптимальну проекцію на передню черевну стінку, в місті проекції виконують мікролапаротомію 40-50 мм довжиною, виводять вибрану петлю у рану, у просвіт петлі через канал передньої стінки петлі, сформований за Вітцелем, та єюнотомічний отвір, ізоперистальтично вводять зонд, петлю тонкої кишки пристінково фіксують до вісцеральної очеревини окремими швами "без натягу", мікролапаротомну рану зашивають, зонд додатково фіксують швом до шкіри.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії, і може бути застосована для профілактики ентеральної недостатності при гострому деструктивному панкреатиті.

Встановлено, що інфікування зон панкреатичного некрозу відбувається внаслідок порушення бар'єрної функції слизової оболонки кишечника та транслокації патогенної та умовно патогенної мікрофлори. Наявність перитонеального панкреатогенного ексудату сприяє транслокації мікрофлори. Сучасні комплексні методи запобігання інфікуванню вогнищ панкреатичного некрозу включають зондове ентеральне харчування, яке нормалізує моторну функцію кишечника, активізує місцевий імунітет слизової оболонки, допомагає корекції порушень гомеостазу та відновленню енергетичних витрат.

Відомий спосіб лікування парезу кишечника (та корекції ентеральної недостатності) при гострому деструктивному панкреатиті [Патент України на корисну модель № 45681, МПК А61В17/00, А61М25/01, 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 Вітцелем та гастростомічний отвір. Проксимальний відділ зонда виводять на передню черевну стінку для декомпресії, дис-

тальний - у тонку кишку для харчування. Передню стінку шлунка підшивають до парієтальної очеревини.

Незважаючи на те, що спосіб зменшує парез кишечника, його виконання досить складне. По-перше, потребує лапаротомного доступу. По-друге, виконання гастростомії сприяє інфікуванню черевної порожнини. По-третє, проведення зонда крізь дванадцятипалу кишку в умовах запальної інфільтрації та імбібіції тканин може бути складним і травматичним. По-четверте, фіксація передньої стінки шлунка до парієтальної очеревини при натяжінні тканини може ускладнитися прорізанням швів та післяопераційним перитонітом.

Як прототип, найближчий по технічній суті, нами вибрано спосіб профілактики інфікування панкреатичного некрозу [Патент України на корисну модель № 45895, МПК А61В17/00, публ. 25.11.2009], згідно з яким крім системного призначення антибіотиків, пацієнтові протягом перших 72 годин від моменту захворювання виконують лапароскопію, проводять лапароскопічну санацію черевної порожнини, видаляють токсичний ексудат і дрениують черевну порожнину.

Наведений спосіб мало-травматичний, знижує прояви ендогенної інтоксикації, але не враховує можливість проведення раннього ентерального харчування.

(19) UA (11) 66586 (13) U

Задачею корисної моделі, що заявляється, є вдосконалення способу корекції ентеральної недостатності при деструктивному панкреатиті шляхом поєднання лапароскопічної санації черевної порожнини та єюностомії.

Технічний результат полягає у видаленні токсичного ексудату із черевної порожнини, корекції моторно-евакуаторних порушень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та налагодженні раннього ентерального харчування, що забезпечує зменшення ступеня тяжкості ендогенної інтоксикації.

Поставлена задача вирішується за рахунок того, що у способі корекції ентеральної недостатності при гострому деструктивному панкреатиті, що включає виконання пацієнтові лапароскопії, проведення лапароскопічної санації та дренивання черевної порожнини, згідно з корисною моделлю, під відеолапароскопічним контролем обирають петлю тонкої кишки на відстані 300-400 мм від зв'язки Трейца, фіксують її м'яким затискачем та визначають оптимальну проекцію на передню черевну стінку, виконують мікролапаротомію 40-50 мм довжиною, виводять обрану петлю у рану, у просвіт петлі через канал передньої стінки петлі, сформований за Вітцелем, та єюнотомічний отвір, ізоперистальтично вводять зонд, петлю тонкої кишки пристінково фіксують до вісцеральної очеревини окремими швами «без натягу», мікролапаротомну рану зашивають, зонд додатково фіксують швом до шкіри.

Використання запропонованого способу з усіма суттєвими ознаками, включаючи відмінні дозволяє проводити адекватну корекцію ентеральної недостатності шляхом раннього зондового ентерального харчування у поєднанні з усуненням панкреатогенного перитоніту у хворих на гострий некротичний панкреатит.

Спосіб виконують наступним чином.

Після встановлення діагнозу гострого некротичного панкреатиту з перитонеальним ексудатом виконують лапароскопію. Встановлюють порти у обох підребер'ях та обох здухвинних ділянках. Видаляють ексудат, черевну порожнину дрениують за Петровим. Під відеолапароскопічним контролем обирають петлю тонкої кишки на відстані 300-400 мм від зв'язки Трейца, фіксують її м'яким затискачем та визначають оптимальну проекцію на пе-

редню черевну стінку. В місті проекції виконують мікролапаротомію 40-50 мм довжиною, виводять обрану петлю у рану. У просвіт кишки через канал передньої стінки петлі, сформований за Вітцелем, та єюнотомічний отвір ізоперистальтично вводять зонд, петлю тонкої кишки пристінково фіксують окремими швами до вісцеральної очеревини «без натягу». Мікролапаротомну рану зашивають, зонд додатково фіксують швом до шкіри.

Спосіб випробовано у КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5».

Приклад клінічного застосування.

Пацієнт П., історія хвороби № 1324, 52 років, поступив у хірургічне відділення № 2 КУ СМКЛ № 5 14.01.2011 р. з діагнозом гострого панкреатиту. Оперативне втручання проведено після появи ознак панкреатогенного перитоніту.

Інтубаційний наркоз, лапароскопія. В усіх відділах черевної порожнини до 2 літрів геморагічного ексудату. Встановлено 4 порти у обох підребер'ях та обох здухвинних ділянках. Видалено ексудат, черевну порожнину дреновано за Петровим. Під відеолапароскопічним контролем обрано петлю тонкої кишки на відстані 400 мм від зв'язки Трейца, фіксовано м'яким затискачем та визначено оптимальну проекцію на передню черевну стінку. В місті проекції, параректально, зліва від середньої лінії, виконано мікролапаротомію 40-50 мм довжиною. Петлю тонкої кишки виведено у рану. Крізь канал передньої стінки петлі, сформований за Вітцелем, та єюнотомічний отвір (до 5 мм у діаметрі), ізоперистальтично введено зонд, петлю тонкої кишки пристінково фіксовано 2 окремими швами до вісцеральної очеревини «без натягу». Мікролапаротомну рану зшито, зонд додатково фіксують швом до шкіри, порти видалено, рани зшиті.

Протягом 12-24 післяопераційної години хворому крізь зонд крапельно (швидкість 40 крапель за 1 хвилину) введено 800 мл розчину Рінгера - Локка. З другої операційної доби налагоджено ентеральне харчування в обсязі 2000 - 2500 мл щодоби. Тривалість ентерального зондового харчування склала 10 діб. Виписаний у задовільному стані.

При використанні запропонованого способу випадків неспроможності мікроеюностоміями чи інфікування серединної рани не спостерігали.