



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ,
ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21)(22) Заявка: **2009145910/14**, **11.12.2009**

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
11.12.2009

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: **11.12.2009**

(45) Опубликовано: **10.09.2011** Бюл. № 25

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: **RU 2183477 C1**, 20.06.2002. **CN 2915121 Y**, 27.06.2007. **ДАНИЛОВ М.В.** и др. Хирургия поджелудочной железы. - М.: «Медицина», 1995, с.368-371. **SIKORA S.S. et al.** External pancreatic fistula as a sequel to management of acute severe necrotizing pancreatitis. *Dig Surg.* 2005; 22(6):446-52 (Abstract).

Адрес для переписки:

**119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр.2,
ГОУВПО ММА им. И.М. Сеченова, отдел
интеллектуальной собственности**

(72) Автор(ы):

**Гальперин Эдуард Израилевич (RU),
Дюжева Татьяна Геннадьевна (RU),
Джус Евгений Владимирович (RU),
Шефер Александр Валерьевич (RU)**

(73) Патентообладатель(и):

**Государственное образовательное
учреждение высшего профессионального
образования Первый Московский
государственный медицинский университет
им.И.М.Сеченова Министерства
здравоохранения и социального развития
(ГОУВПО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова
Минздравсоцразвития России) (RU)**

(54) СПОСОБ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПАРАПАНКРЕОНЕКРОЗА

(57) Реферат:

Изобретение относится к хирургии и может быть применимо для предупреждения распространенного парапанкреонекроза при остром деструктивном панкреатите. Проводят на 1-3 сутки заболевания проводят компьютерную томографию с болюсным контрастированием. При выявлении полного поперечного некроза поджелудочной железы на всю ее глубину, при наличии за ним

неповрежденной паренхимы, автономно секретирующей панкреатический сок, формируют наружный панкреатический свищ для отведения панкреатического сока от парапанкреатической клетчатки. Способ позволяет обеспечить раннее выявление условий для формирования внутреннего панкреатического свища и предупредить его развитие.



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY,
PATENTS AND TRADEMARKS

(12) ABSTRACT OF INVENTION

(21)(22) Application: **2009145910/14, 11.12.2009**

(24) Effective date for property rights:
11.12.2009

Priority:

(22) Date of filing: **11.12.2009**

(45) Date of publication: **10.09.2011 Bull. 25**

Mail address:

**119991, Moskva, ul. Trubetskaja, 8, str.2,
GOUVPO MMA im. I.M. Sechenova, otdel
intelektual'noj sobstvennosti**

(72) Inventor(s):

**Gal'perin Ehduard Izrailevich (RU),
Djuzheva Tat'jana Gennad'evna (RU),
Dzhus Evgenij Vladimirovich (RU),
Shefer Aleksandr Valer'evich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Gosudarstvennoe obrazovatel'noe uchrezhdenie
vysshego professional'nogo obrazovanija Pervyj
Moskovskij gosudarstvennyj meditsinskij
universitet im.I.M.Sechenova Ministerstva
zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitija
(GOUVPO Pervyj MG MU im.I.M.Sechenova
Minzdravsotsrazvitija Rossii) (RU)**

(54) METHOD OF PREVENTING DIFFUSED PARAPANCREONECROSIS

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention relates to surgery and can be applied for prevention of diffused parapancreonecrosis in case of acute destructive pancreatitis. On 1-3 day of disease computer tomography with bolus contrasting is performed. If complete transverse necrosis of pancreas on its entire depth with presence behind it of unaffected

parenchyma, secreting pancreatic juice autonomously, is detected, external pancreatic fistula is formed for discharge of pancreatic juice from parapancreatic cellular tissue.

EFFECT: method makes it possible to ensure early detection of conditions for formation of internal pancreatic fistula and prevent its development.

1 ex

RU 2 428 126 C1

RU 2 428 126 C1

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии, и может быть использовано при оперативном лечении острого деструктивного панкреатита (ОДП).

ОДП - тяжелое заболевание, вызванное некрозом поджелудочной железы (ПЖ), сопровождающееся высокой летальностью: на стадии стерильного панкреонекроза - 10-20%, на стадии инфицированного - 45% (Isaji S., Tokada T., Kawarada Y. et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: surgical managements. J. Hepatobiliary Pancreatic Surg. 2006, v.13, p.48-55).

Считают, что тяжесть заболевания определяется объемом некроза ПЖ (Emil J. Balthazar. Acute Pancreatitis: Assesment of Severity with Clinical and CT Evaluation. Radiology, 2002, v.223, N.3, p.603-613).

Однако данных за связь локализации некроза в различных отделах железы (головка, перешеек, тело, хвост) и глубины некроза с развитием распространенных форм поражения забрюшинной клетчатки нет.

Одной из задач лечения ОДП является профилактика распространенного поражения забрюшинной клетчатки и его инфицирования (М.В.Данилов. Хирургическое лечение острого некротического панкреатита. Анналы хирургической гепатологии, 2005, т.10, №3, с.62-66).

На данный момент эта задача решается путем использования антибактериальных препаратов (Б.Р.Гельфанд, С.З.Бурневич, А.Н.Брюхов. Антибиотикопрофилактика и терапия при панкреонекрозе. Университеты практического врача, 2003 г., т.2, с.46-58). Однако, несмотря на комплексную консервативную терапию, у 20% больных развиваются инфицированные формы заболевания: абсцессы, инфицированные некрозы забрюшинной клетчатки.

Наиболее близким к предложению является способ хирургического лечения ОДП, заключающийся в том, что на ранних сроках заболевания производят лапароскопическую декомпрессию забрюшинной клетчатки вдоль нисходящей и восходящей ободочной кишки в зонах максимального поражения забрюшинной клетчатки, которое определяют по геморрагическому пропитыванию последней (С.Ф.Багненко, А.Д.Толстой, В.Б.Краснорогов и др. Острый панкреатит. (Протоколы диагностики и лечения). Анналы хирургической гепатологии, 2006 г., т.11, №1, с.60-66).

Однако известный способ имеет существенные недостатки, заключающиеся в дренировании зон забрюшинной клетчатки, отдаленных от расположения ПЖ. При этом характер некрозов в ПЖ не учитывается. Это приводит к большой травматизации забрюшинной клетчатки и создает условия для ее последующего инфицирования.

Задачей изобретения является создание способа предупреждения распространенного парапанкреонекроза путем раннего выявления условий для формирования внутреннего панкреатического свища и предупреждения его развития.

Поставленная задача решается способом, заключающимся в проведении компьютерной томографии с болюсным контрастированием на 1-3 сутки от начала заболевания. При выявлении полного поперечного некроза поджелудочной железы на всю ее глубину при наличии за ним неповрежденной паренхимы, автономно секретирующей панкреатический сок, формируют наружный панкреатический свищ для отведения панкреатического сока.

Отличительными признаками предложения является раннее выявление полного поперечного некроза ПЖ на всю ее глубину, наличия неповрежденной паренхимы железы дистальнее места некроза и локальное дренирование забрюшинной клетчатки в зоне внутреннего панкреатического свища вблизи ПЖ.

В литературе не найдено технических решений, сходных с отличительными признаками заявленного объекта, что позволяет сделать вывод о соответствии предложения критерию «новизна».

Показанием к выполнению предложенной нами операции служат больные с 5 полным поперечным некрозом ПЖ на всю ее глубину, дистальнее которого имеется сохраненная паренхима ПЖ.

Способ осуществляется следующим образом.

Больному, поступившему в клинику на 2-3 день от начала заболевания, проводят 10 компьютерную томографию (КТ) с болюсным контрастированием (омнипак 100 мл, 350 мг/мл, коллимация среза 1,25 мм, эффективная ширина среза/интервал реконструкции 3/2). При выявлении полного поперечного некроза в области головки, перешейка или тела поджелудочной железы, за которым дистальнее расположена 15 сохраненная ткань ПЖ, нормально накапливающая контрастное вещество, наличии признаков парапанкреатита (инфильтративно-жидкостные изменения в парапанкреатической клетчатке) ставят показания к операции. Под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) производят верхнесрединную лапаротомию, пересечением 20 желудочноободочной связки осуществляют доступ в сальниковую сумку, идентифицируют поджелудочную железу, визуально подтверждают зону некроза. Осуществляют доступ в забрюшинное пространство по верхнему и нижнему краю ПЖ в зоне некроза (в том числе и в ретропанкреатическое пространство), в забрюшинное пространство устанавливают 1 или 2 дренажа, противоположные концы 25 которых выводят через контрапертуры на переднебоковую стенку живота. При необходимости производят санацию и дренирование брюшной полости. Рану передней брюшной стенки послойно ушивают наглухо.

Предлагаемый способ иллюстрируется нижеследующим примером.

Больная Л., 30 лет, поступила в клинику 18.10.2009 г. на 1 сутки от начала 30 заболевания с жалобами на боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, которые появились после приема алкоголя, тошноту, рвоту. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, частота пульса - 110 уд. в мин, АД 130 и 70 мм рт.ст., частота дыхания - 20 в мин. Язык подсушен. Живот умеренно вздут, болезненный и напряженный в верхних отделах. Симптомов раздражения 35 брюшины нет. Лейкоциты крови 12×10^9 /л, гемоглобин 121 г/л, активность α -амилазы крови - 1790 ед/л. УЗИ - печень не увеличена, однородная, желчный пузырь не увеличен, содержимое однородное, признаков желчной гипертензии нет. Поджелудочная железа с размытыми контурами, головка увеличена до 34 мм, тело - 40 24 мм, диффузно неоднородная, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Температура тела 38°C. Проводилась комплексная консервативная терапия. 19.10.2009 г. на 2 сутки от начала заболевания проведена КТ с болюсным контрастированием. В области перешейка выявлены признаки поперечного некроза, дистально расположенные отделы ПЖ (тело, хвост) равномерно накапливают 45 контрастное вещество. Отмечаются инфильтративные и жидкостные изменения в парапанкреатическом пространстве, в области брыжейки поперечной ободочной кишки, которые достигают начального отдела переднего листка параренальных фасций. Наличие поперечного некроза в перешейке с сохраненной тканью ПЖ в 50 области тела и хвоста создает условия для нарушения проходимости главного панкреатического протока в зоне некроза и автономной секреции сока поджелудочной железы в забрюшинное пространство. Наличие условий для внутреннего панкреатического свища явилось показанием к операции. 19 октября

больная оперирована под эндотрахеальным наркозом. Произведена верхнесрединная лапаротомия, осуществлен доступ в сальниковую сумку, идентифицирована зона некроза ПЖ в области перешейка с выраженной инфильтрацией забрюшинной клетчатки в зоне некроза. Произведено вскрытие забрюшинного

5 парапанкреатического пространства по верхнему и нижнему краям ПЖ. Из забрюшинного пространства выделилась прозрачная опалесцирующая жидкость (активность α -амилазы составила 3900 ед/л, что соответствует данным

10 панкреатического сока) в количестве 70 мл. В забрюшинную клетчатку установлен дренаж, выведенный через контрапертуру на боковую поверхность передней брюшной стенки, установлен дренаж в малый таз. Рана передней брюшной стенки послойно ушита наглухо. Течение послеоперационного периода без осложнений. Дренаж из малого таза удален на 3 сутки после операции. По дренажу из

15 забрюшинного пространства выделялось от 100 до 20 мл опалесцирующей жидкости, активность амилазы в которой снизилась в процессе лечения до 300 ед/л. 6 ноября 2009 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендацией

20 амбулаторного осмотра через 10 дней для решения вопроса об удалении дренажа из забрюшинного пространства. Динамическое КТ исследование, проведенное 25 октября и 4 ноября, констатировало сохранение изменений в области перешейка ПЖ и уменьшение проявлений парапанкреонекроза.

Способ позволяет предупредить развитие распространенного парапанкреонекроза, прост и доступен широкому кругу хирургов. Существенным достоинством его является малая травматичность, непродолжительность операции (1 час 20 мин).

25 Использование целенаправленного локального доступа в забрюшинную клетчатку позволяет значительно сократить риск кровотечения и инфицирования тканей при ОДП.

Формула изобретения

30 Способ предупреждения распространенного парапанкреонекроза при остром деструктивном панкреатите, заключающийся в том, что на 1-3 сутки заболевания проводят компьютерную томографию с болюсным контрастированием, и при выявлении полного поперечного некроза поджелудочной железы на всю ее глубину,

35 при наличии за ним неповрежденной паренхимы, автономно секретирующей панкреатический сок, формируют наружный панкреатический свищ для отведения панкреатического сока от парапанкреатической клетчатки.