

(19) **KG** (11) **1046** (13) **C1** (46) **30.06.2008**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ(51) *A61B 17/00* (2006.01)**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ****к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20060105.1

(22) 29.09.2006

(46) 30.06.2008, Бюл. №6

(76) Акрамов Э.Х., Васильева О.И., Габитов В.Х., Головнев В.А., Штофин С.Г. (KG)

(56) Патент KG №221, кл. A61B 17/00, 1998.

(54) Способ комплексной эндозокологической санации при остром деструктивном панкреатите

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургическому лечению деструктивных форм острого панкреатита. Задачей изобретения является разработка способа эндозокологической санации региона поджелудочной железы для ускорения ликвидации отека интерстициальной ткани и ограничения распространения гнойно-некротического процесса в забрюшинном пространстве. Поставленная задача решается способом комплексной эндозокологической санации при остром деструктивном панкреатите, включающем декомпрессию интерстиция поджелудочной железы, активную сорбцию гипертоническим раствором и углеродминеральным сорбентом, постоянное обильное орошение для снижения ферментативного прессинга, где изолированный диализ осуществляют через микроиригатор и четыре дренажных комплекса. 1 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургическому лечению деструктивных форм острого панкреатита.

Известен способ лечения панкреонекроза, направленный на декомпрессию поджелудочной железы, который осуществляют следующим образом: после верхнесрединной лапаротомии, на значительном протяжении рассекают желудочно-ободочную связку для доступа к поджелудочной железе и после констатации наличия некроза, по всей площади передней поверхности железы производят прокалывание капсул её долек на всю толщу тонкими иглами длиной до 3,5 см рядами на расстоянии 5 мм друг от друга. Следующим этапом, на переднюю поверхность поджелудочной железы на трое суток укладывают сорбционные дренажи, представляющие емкости, заполненные углеродминеральным сорбентом СУМС-1, которые выполняют разблокирование дренажной функции лимфатических коллекторов (Патент RU №2173565, кл. A61M 27/00, 20.09.2001).

Однако данный метод имеет ряд недостатков. Во-первых, задняя поверхность поджелудочной железы остается без внимания, а именно некротические очаги дорзальной локализации являются источником развития парапанкреонекроза, что приводит к полиорганной недостаточности и летальному исходу. Во-вторых, длительное пребывание (до трех суток) в области поджелудочной железы емкостей с сорбентом может явиться причиной интоксикации и перехода процесса в полость брюшины. В-третьих, не используется активный изолированный диализ девитализированных тканей поджелудочной железы и окружающей клетчатки препятствующий развитию осложнений.

(19) **KG** (11) **1046** (13) **C1** (46) **30.06.2008**

Известен способ дренирования забрюшинного пространства при остром деструктивном панкреатите, который проводится с использованием полной мобилизации поджелудочной железы, а для ограничения распространения гнойно-некротического процесса, кроме проведения дренажных трубок к ложу поджелудочной железы с обеих сторон через пространство между фасцией Тольдта и предпочечной фасцией, дополнительно вводят дренажи через пространство между фасцией Тольдта и париетальной брюшиной, позадибрюшинной фасцией и в полость малого таза. При этом дренажи справа и слева в околоободочное пространство проводят на двух уровнях по три дренажные трубки и после чего осуществляют изолированный диализ по верхнему полюсу поджелудочной железы (Патент KG №221, кл. A61B 17/00, 1998).

Однако данный метод также имеет ряд недостатков. Во-первых, не проводится декомпрессия ткани самой железы, направленная на снижение внутрипротоковой гипертензии, а продолжительная гипоксия является причиной некроза ацинарных клеток. Во-вторых, не используются препараты, выполняющие «протезную» функцию регионарных лимфатических коллекторов, направленные на снятие интерстициального отека тканей оперируемой области.

Задачей изобретения является разработка способа эндоэкологической санации региона поджелудочной железы для ускорения ликвидации отека интерстициальной ткани и ограничения распространения гнойно-некротического процесса в забрюшинном пространстве.

Поставленная задача решается способом комплексной эндоэкологической санации при остром деструктивном панкреатите, включающем декомпрессию интерстиция поджелудочной железы, активную сорбцию гипертоническим раствором и углеродминеральным сорбентом, постоянное обильное орошение для снижения ферментативного прессинга, где изолированный диализ осуществляют через микроирригатор и четыре дренажных комплекса.

Способ осуществляют следующим образом:

После срединной лапаротомии пересекают желудочно-ободочную связку, затем проводят полную мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру и мобилизацию поджелудочной железы. После констатации наличия некроза поджелудочной железы по всей площади передней и задней поверхности производят декомпрессию интерстиция путем прокалывания капсул её долек на всю толщу железы устройством, представляющим пластину размером 2,5 x 3,5 см с закрепленными на ней тонкими иглами длиной до 3,5 см рядами на расстоянии 5 мм друг от друга. После чего на обе поверхности поджелудочной железы укладывают салфетки с гипертоническим раствором с экспозицией на 30 минут, а затем сорбционные тампон-дренажи, заполненные углеродминеральным сорбентом СУМС-1 с экспозицией до 4-х часов. Далее к задней и передней поверхности справа, позади восходящего отдела ободочной кишки экстраперитонеально подводят 4 дренажных комплекса, расположенных в двух параллельных плоскостях между задним листком париетальной брюшины и позади брюшинной и предпочечной фасции, включающих по две перфорированные силиконовые трубки диаметром до 10 мм и резиновые полоски. Дополнительно дренируют и сальниковое отверстие. На поверхность тела пациента дренажные комплексы выводят по задней акселярной линии. Далее изолированный диализ осуществляют через микроирригатор, введенный через верхний угол лапаротомной раны и малый сальник в забрюшинное пространство к верхнему полюсу поджелудочной железы для постоянного обильного орошения (до 20 л в сутки) дезинфицирующими антисептическими растворами через дренажные комплексы для отмывания девитализированных тканей и снижения концентрации ферментного прессинга. Целостность брюшины также восстанавливают полностью. Операцию заканчивают оментопанкреатопексией и восстановлением желудочно-ободочной связки.

Кроме того, для снижения давления в системе желчных путей накладывают холецистостому. Брюшную полость ушивают наглухо.

Послеоперационное ведение больных стандартное, микроирригатор и дренажи извлекают по мере очищения отделяемого.

Пример. Больная В., 56 лет, поступила в Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии МЗ КР 04.01.2005 г. с жалобами на острые боли в эпигастральной области и левом подреберье, многократную рвоту.

Из анамнеза: С 2000 г. болеет сахарным диабетом.

Объективно: состояние тяжелое, выраженная интоксикация, акроцианоз. АД – 200/130 мм рт.ст., пульс 120 уд. в мин. Живот вздут, при пальпации резкая болезненность выше пупка. Пульсация аорты в эпигастрии не определяется, перистальтика кишечника не выслушивается. Анализ крови: Эр. 3,2 млн, лейкоциты $1,8 \times 10^{10}$, Нб – 102 г/л, СОЭ 31 мм в час; остаточный азот – 19,6

ммоль/л, сахар – 11 ммоль/л, мочевина – 12,6 ммоль/л. Анализ мочи: уд. вес – 1022 г/л, белок – 0,132 г/л, сахар – 2%, ацетон +, диастаза – 2024 ед., лейкоцитов – 8 в п/зр.

В течение 10 часов проводили интенсивную дезинтоксикационную терапию без заметного эффекта.

Больной по экстренным показаниям произведена верхнесрединная лапаротомия. Интраоперационно: некротические участки на всем протяжении поджелудочной железы, парапанкреатическая клетчатка инфильтрирована, обширные участки стеатонекроза. После вскрытия эвакуировано более 500 мл гнойно-геморрагического выпота из брюшной полости и около 250 мл из забрюшинного пространства. Рассечена желудочно-ободочная связка, поджелудочная железа на всем протяжении багрово-черного цвета.

Произведена мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру с последующим выделением передней и задней поверхности поджелудочной железы. С помощью игл произведена пункционная декомпрессия паренхимы железы на всем её протяжении. На железу уложены салфетки с гипертоническим раствором с экспозицией на 30 минут, а затем сорбционные тампонажные дренажи заполненные углеродминеральным сорбентом СУМС-1 и последующим введением комплекса дренажных трубок по предложенному методу. В течение первых суток произведен диализ по передней и задней поверхности поджелудочной железы антисептическим раствором до 15 л, с последующим уменьшением до 3-5 л. Минимальный срок диализа 2 недели. Состояние больной улучшилось уже на 3-е сутки. Показатели анализа крови на 7-ой день нормализовались. Больная выписана на 16-й день в удовлетворительном состоянии. Способ использован у 32 больных, наблюдение за которыми в течение года после операции показало – осложнений нет.

Предлагаемый способ лечения панкреонекроза является надежным и простым в техническом выполнении. Преимуществами его являются сохранение большей части ткани поджелудочной железы и значительное ускорение процесса детоксикации организма.

Формула изобретения

Способ комплексной эндоэкологической санации при остром деструктивном панкреатите, включающий декомпрессию интерстициальной ткани поджелудочной железы, активную сорбцию углеродминеральным сорбентом, диализ через микроиригатор и сорбционные дренажи, отличающийся тем, что на этапе активной сорбции используют гипертонический раствор и последующий диализ осуществляют через четыре дренажных комплекса экстраперитонеально.

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Нургазиева А.С.
Чекиров А.Ч.