



(19) KG (11) 1951 (13) C1
(51) A61B 17/00 (2017.01)
A61M 27/00 (2017.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И ИНОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20160022.1

(22) 17.03.2016

(46) 28.04.2017, Бюл. № 4

(76) Иманов Б. М.; Сыргаев Д. Т.; Сопуев А. А.; Урманбетов Ч. Т.; Турдалиев С. А. (KG)

(56) Савельев В. С., Буянов В. М., Огнев Ю. В. Острый панкреатит. - М. Медицина, 1983. - С. 215-216

(54) Способ дренирования сальниковой сумки при остром деструктивном панкреатите

(57) Изобретение относится к области хирургии, конкретно к способам дренирования ложа поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите.

Задачей изобретения является разработка эффективного способа дренирования сальниковой сумки при остром деструктивном панкреатите, создание наилучшей санации и возможности промывания сальниковой сумки в условиях обширного некроза поджелудочной железы.

Поставленная задача решается в способе дренирования сальниковой сумки при остром деструктивном панкреатите, включающем вскрытие сальниковой сумки, абдоминизацию поджелудочной железы, формирование оментобурсостомы, установку дренажной трубки и дренирование сальниковой сумки, где устанавливают две дренажные трубки, которые располагают перекрестно, при этом одну трубку размещают в области головки, а другую в области хвоста поджелудочной железы с последующим выведением их наружу в правом и левом подреберьях через желудочно-ободочную связку, отступив от края оментобурсостомы на 6,0-8,0 см в каждую сторону от срединной линии.

По данному способу было пролечено 50 человек.

Преимуществами нашего изобретения являются: снижение числа интра- и послеоперационных осложнений за счет улучшения условий для промывания ложа поджелудочной железы при панкреонекрозе; сокращение сроков лечения; уменьшение числа послеоперационных осложнений и летальных исходов; создание наилучшей санации и возможности промывания сальниковой сумки в условиях обширного некроза поджелудочной железы.

1 н. п. ф., 1 пр., 1 фиг.

Изобретение относится к области хирургии, конкретно к способам дренирования ложа поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите.

Известны способы дренирования поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите, заключающиеся в осуществлении лапаротомного доступа через поясничный, заднебоковой, переднебоковой, внебрюшинный разрезы к поджелудочной железе, с последующей установкой через эти разрезы дренажного устройства, с использованием трубок с отверстиями (патент RU № 2191608, кл. A61M 27/00, 2002; патент RU № 2257920, кл. A61M 27/00, 2005).

Однако дренирование ложа через лапаротомный доступ не обеспечивает своевременного и полного оттока отделяемого из сальниковой сумки, что в дальнейшем нередко служит причиной возникновения таких осложнений, как аррозивные кровотечения, свищи желудочно-кишечного тракта, абсцессы брюшной полости, вентральные грыжи в послеоперационном периоде. Применяемые дренажи не обеспечивают своевременного оттока тканевого детрита и гноя. Использование в очаге деструкции одного дренажа приводит к формированию замкнутой полости, при этом при создании разрежения происходит окклюзия дренажа либо подсасывание

воздуха из-под повязки, увеличивается риск возникновения гнойных осложнений. При плохой фиксации или при длительном применении дренажи легко выпадают в послеоперационном периоде.

Наиболее близким является способ дренирования ложа поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите одной дренажной трубкой, выводимой через бо-ковую стенку живота по методу Земского (Савельев В. С., Буянов В. М., Огнев Ю. В. Острый панкреатит. - М. Медицина, 1983. - С. 215-216).

Недостатком данного прототипа по опыту оперативных вмешательств на поджелудочной железе является большое число осложнений, возникающих в результате частой окклюзии дренажей, подсасывание воздуха из-под повязки в брюшную полость, а также неадекватная аспирация детрита, образующегося в сальниковой сумке.

Предлагаемый способ дренирования ложа поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите позволяет ликвидировать вышеуказанные недостатки предложенных ранее методов дренирования сальниковой сумки, снизить количество интра- и послеоперационных осложнений, сократить сроки госпитализации.

Задачей изобретения является разработка эффективного способа дренирования сальниковой сумки при остром деструктивном панкреатите, создание наилучшей санации и возможности промывания сальниковой сумки в условиях обширного некроза поджелудочной железы.

Поставленная задача решается в способе дренирования сальниковой сумки при остром деструктивном панкреатите, включающем вскрытие сальниковой сумки, абдоминизацию поджелудочной железы, формирование оментобурсостомы, установку дренажной трубы и дренирование сальниковой сумки, где устанавливают две дренажные трубы, которые располагают перекрестно, при этом одну трубку размещают в области головки, а другую в области хвоста поджелудочной железы с последующим выведением их наружу в правом и левом подреберьях через желудочно-ободочную связку, отступив от края оментобурсостомы на 6,0-8,0 см в каждую сторону от срединной линии.

Способ поясняется фигурой 1, где 1 - двенадцатiperстная кишка; 2 - поджелудочная железа; 3 - селезенка; 4, 5 - дренажные трубы.

Способ осуществляют следующим образом.

Методика оперативного вмешательства состоит из следующих этапов:

1. Лапаротомия, панкреатонекрэктомия.

2. Наложение холецистостомы или дренирование холедоха по Мамакееву М. М. или по Пиковскому.

3. Создание оментобурсостомы.

4. Перекрестное дренирование сальниковой сумки.

Перекрестное дренирование сальниковой сумки включает следующие моменты: производят вскрытие сальниковой сумки, проводят абдоминизацию поджелудочной железы 2, затем дренирование паракольальных клечаточных пространств справа и слева, при необходимости наложение холецистостомии (в случае, когда в полости желчного пузыря нет конкрементов и отсутствие признаков деструкции желчного пузыря), при наличии холецистолитиаза выполняется холецистэктомия с последующим дренированием холедоха по Мамакееву М. М. или по Пиковскому с целью декомпрессии общего желчного протока. Формируют оментобурсостому. Далее сальниковую сумку дренируют, для этого дренажные трубы 4, 5 устанавливают перекрестным способом: одна трубка 4 в области головки, а другая 5 в область хвоста поджелудочной железы с последующим выведением наружу в правом и левом подреберьях через желудочно-ободочную связку, отступив от края оментобурсостомы на 6,0-8,0 см в каждую сторону. В конце операции малый таз дренируют, контрапертурным разрезом в левой подвздошной области.

Пример: Больной В., 42 года, поступил с типичной клинической картиной острого деструктивного панкреатита. Сахарный диабет II типа средней степени тяжести. Двухсторонний пиелонефрит в стадии обострения.

Больной взят на операцию. При ревизии: желчный пузырь увеличен в размере, напряженный. Гепатодуоденальная связка, малый сальник - резко инфильтрированные, покрыты жировыми бляшками. Двенадцатiperстная кишка мобилизована по Кохеру, при этом головка поджелудочной железы увеличена в размере, инфильтрирована, местами покрыты жировыми бляшками и мелкими геморрагическими некрозами. При мобилизации двенадцатiperстной кишки из парапанкреатической клетчатки выделилась серозная жидкость. Провели перекрестное

дренирование сальниковой сумки по вышеуказанному способу, произвели дренирование подпеченочного пространства, парапанкреатической клетчатки в области головки поджелудочной железы и правого брыжеечного синуса с помощью резиновых полосок и микроирригаторами и вывели их наружу отдельными разрезами в правой и левой боковой области живота. С целью декомпрессии желчевыводящих путей произвели холецистостомию, при этом выделилась застойная желчь черного цвета. Провели контроль на гемостаз. Ушили все слои и нанесли асептическую повязку.

Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений, больной выписан из стационара на 36 сутки. Был осмотрен через 6 месяцев. При этом жалоб нет.

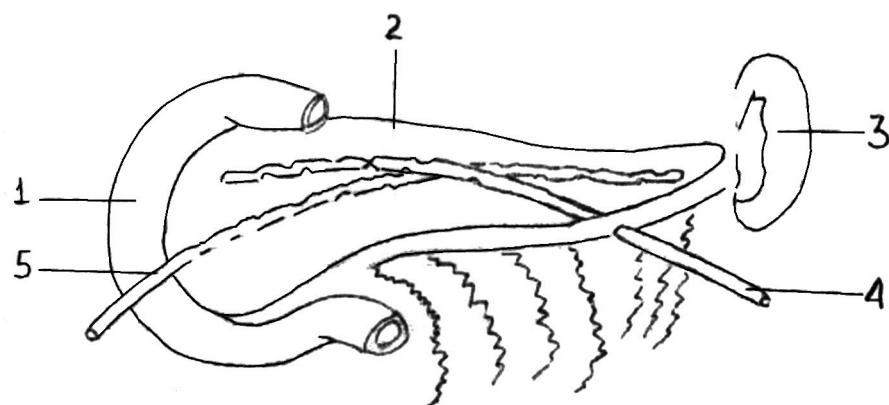
Предлагаемый нами способ позволяет максимально увеличить эффективность дренажной функции, обеспечить адекватный отток детрита и гноя из сальниковой сумки в условиях обширного некроза из сальниковой сумки. Также, данный способ позволяет исключить окклюзию дренажей и вести мониторинг процесса поджелудочной железы в течение длительного времени.

Преимуществами нашего изобретения являются: снижение числа интра- и послеоперационных осложнений за счет улучшения условий для промывания ложа поджелудочной железы при панкреонекрозе; сокращение сроков лечения; уменьшение числа послеоперационных осложнений и летальных исходов; создание наилучшей санации и возможности промывания сальниковой сумки в условиях обширного некроза поджелудочной железы.

Ф о р м у л а изобретения

Способ дренирования сальниковой сумки при остром деструктивном панкреатите, включающий вскрытие сальниковой сумки, абдоминизацию поджелудочной железы, формирование оментобурсостомы, установку дренажной трубы и дренирование сальниковой сумки, отличающийся тем, что устанавливают две дренажные трубы, которые располагают перекрестно, при этом одну трубку размещают в области головки, а другую в области хвоста поджелудочной железы с последующим выведением их наружу в правом и левом подреберьях через желудочно-ободочную связку, отступив от края оментобурсостомы на 6,0-8,0 см в каждую сторону от срединной линии.

Способ дренирования сальниковой сумки
при остром деструктивном панкреатите



Фиг. 1

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03