



(19) **KG** (11) **2091** (13) **C1**
(51) **A61B 17/00** (2018.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

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

(21) 20180003.1

(22) 10.01.2018

(46) 28.09.2018, Бюл. № 9

(76) Ниязов А. К.; Бейшеналиев А. С.; Осмонбекова Н. С. (KG)

(56) Патент RU № 2492527 C2, кл. G09B 23/28, 2013

(54) Способ хирургического лечения деструктивных форм панкреатита

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии, и может применяться для лечения деструктивных форм панкреатита.

Задачей изобретения является разработка способа хирургического лечения больных панкреонекрозом, обеспечивающего минилапаротомный доступ, адекватное вскрытие и дренирование, минимальный риск инфицирования брюшной полости, забрюшинного пространства, минимальный риск вторичного инфицирования.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения деструктивных форм панкреатита путем широкой лапаротомии, создания оментобурсостомы, мобилизации поджелудочной железы по Кохеру, дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, где проводят мини-лапаротомию, декапсуляцию поджелудочной железы в пределах сальниковой сумки, устанавливают перчаточный дренаж на 7 суток в сальниковую сумку, дренируют брюшную полость, малый таз, надпеченочное, подпеченочное пространства, селезеночный угол, в сальниковую сумку дополнительно устанавливают дренажную трубку через оментобурсостому.

Главные преимущества предлагаемого способа - это хорошая визуализация, малоинвазивное вмешательство, малотравматичность, снижение процентов летальности.

1 н. п. ф., 1 пр., 3 фиг.

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии, и может применяться для лечения деструктивных форм панкреатита.

Известен традиционный способ хирургического лечения при деструктивных формах панкреатита, который заключается в широкой лапаротомии, создании оментобурсостомы, мобилизации поджелудочной железы по Кохеру, одномоментной некрэктомии, секвестрэктомии и дренировании брюшной полости и забрюшинного пространства (Патент RU № 2492527 C2, кл. G09B 23/28, 2013).

Недостатками операции являются длительное пребывание в стационаре, высокая травматичность, летальность, возникновение в раннем послеоперационном периоде таких осложнений как дуоденальные свищи, толсто-кишечные свищи, аррозивные кровотечения, инфицирование брюшной полости, забрюшинного пространства и эвентрация. В отдаленных результатах у этих больных чаще развивается грыжа передней брюшной стенки, причиной появления которой является широкая лапаротомия.

Задачей изобретения является разработка способа хирургического лечения больных панкреонекрозом, обеспечивающего минилапаротомный доступ, адекватное вскрытие и дренирование, минимальный риск инфицирования брюшной полости, забрюшинного пространства, минимальный риск вторичного инфицирования.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения деструктивных форм панкреатита путем широкой лапаротомии, создания оментобурсостомы, мобилизации поджелудоч-

ной железы по Кохеру, дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, где проводят мини-лапаротомию, декапсуляцию поджелудочной железы в пределах сальниковой сумки, устанавливают перчаточный дренаж на 7 суток в сальниковую сумку, дренируют брюшную полость, малый таз, надпеченочное, подпеченочное пространства, селезеночный угол, в сальниковую сумку дополнительно устанавливают дренажную трубку через оментобурсостому.

Техническим результатом изобретения является обеспечение малотравматичности, адекватное вскрытие и дренирование, минилапаротомный доступ, минимальный риск инфицирования брюшной полости, забрюшинного пространства, минимальный риск вторичного инфицирования, сниженный уровень болевых ощущений, пареза в послеоперационном периоде, минимальное пребывание больного в стационаре. Способ не требует материальных затрат и рекомендуется к широкому применению в практической деятельности здравоохранения.

Способ апробирован на 38 больных.

С 2007 по 2017 годы в отделении абдоминальной хирургии Объединенной территориальной больницы Чуйской области г. Кара-Балта прооперировано 38 больных с деструктивными формами панкреатита. Средний возраст больных составил $48,5 \pm 4,7$ лет. Летальный исход наблюдался в 5 (13,1 %) случаях.

Больные деструктивными формами панкреатита, перенесшие оперативное лечение, находились на стационарном лечении $20,2 \pm 2,5$ койко-дней. В отдаленном периоде у 1 больного был рецидив в виде псевдокисты поджелудочной железы. В остальных случаях рецидива не было.

Клинический пример. Больная М., 62 года (и. б. № 11510) поступила с жалобами на боли в области правого подреберья, тошноту, рвоту, сухость во рту, общую слабость. Из анамнеза: начало заболевания связывает с погрешностью в диете. Больная госпитализирована в отделение хирургии для наблюдения и лечения. В течение двух дней больная наблюдалась, обследовалась и проводилась консервативная терапия. При поступлении по данным УЗИ поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры нечеткие, структура неоднородная, эхогенность повышена. Конкременты в желчном пузыре. В малом тазу, в межпетлевом пространстве жидкость. В ходе наблюдения проводимая терапия практически не дала эффекта. УЗИ выявило камни в желчном пузыре. Острый панкреатит. Жидкость в брюшной полости. В связи с неэффективностью проводимого лечения, выявлением признаков панкреонекроза без тенденции к улучшению, установлены показания к «открытому» хирургическому лечению.

17.10.2015 г произведено оперативное вмешательство по предлагаемому методу. Произведена верхне-срединная лапаротомия и вскрыта брюшная полость. В брюшной полости мутный геморрагический выпот, множественные бляшки стеатонекроза, вздутие и расширение петель тонкой кишки, желчный пузырь увеличен, напряжен, в полости конкременты. Верхний этаж брюшной полости занимает инфильтрат, клетчатка левого и правого забрюшинных пространств инфильтрирована, через брюшину, покрытую бляшками некроза, просвечивает грязногеморрагическое содержимое. Вскрыта сальниковая сумка, в ней мутный геморрагический выпот, фибрин, поджелудочная железа на всем протяжении увеличена, отечна и местами черного цвета. Выполнена холецистэктомия из-за наличия конкрементов, также произведена холедохотомия и ревизия холедоха, выделилась густая желчь, холедох проходим и дренирован по Мамакееву. Далее произведена декапсуляция поджелудочной железы в пределах сальниковой сумки. Из обоих отделов брюшной полости удалено до 1000 мл грязно-коричневой жидкости. Удалены свободно лежащие секвестры поджелудочной железы. Наложена оментобурсостома, оставлен перчаточный дренаж и дренажная трубка. Правый и левый боковые каналы, малый таз дренированы. Наложены послойные швы на рану. Асептическая повязка. В послеоперационном периоде состояние больной было стабильное, находилась в отделении хирургии, получала инфузионную, массивную антибактериальную, патогенетическую терапию. Ежедневно проводились перевязки, перчаточный дренаж удален на 7-е сутки после операции, выделялись секвестры из оментобурсостомы. Рана сальниковой сумки очистилась от некротических тканей и секвестров. После стабилизации состояния больная на 11 сутки выписана из стационара. В ходе амбулаторного наблюдения рана зажила вторичным натяжением.

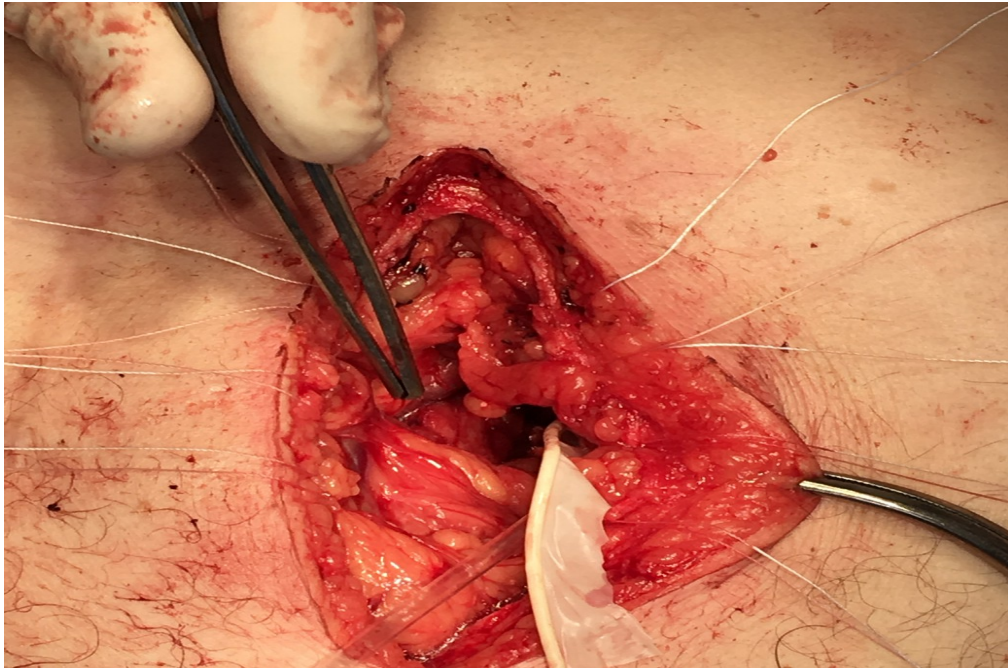
Главные преимущества предлагаемого способа - это хорошая визуализация, малоинвазивное вмешательство, малотравматичность, снижение процентов летальности.

Формула изобретения

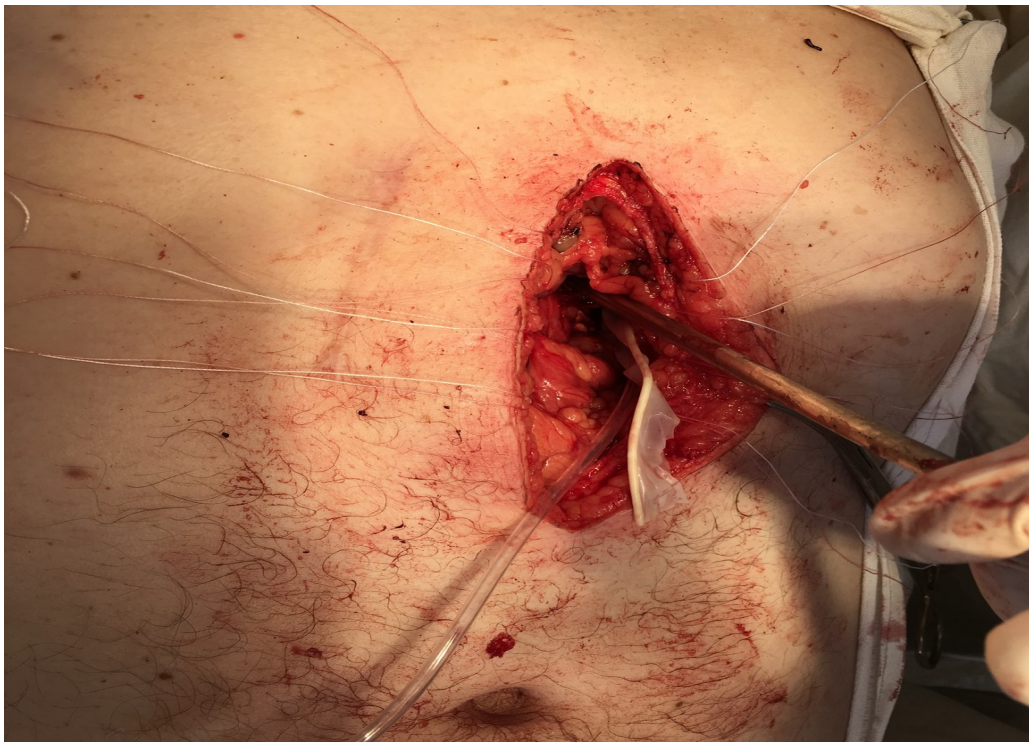
Способ хирургического лечения деструктивных форм панкреатита путем широкой лапаротомии, создания оментобурсостомы, мобилизации поджелудочной железы по Кохеру, дрениро-

вания брюшной полости и забрюшинного пространства, отличающийся тем, что проводят мини-лапаротомию, декапсуляцию поджелудочной железы в пределах сальниковой сумки, устанавливают перчаточно-тампоновый дренаж на 7 суток в сальниковую сумку, дренируют брюшную полость, малый таз, надпеченочное, подпеченочное пространства, селезеночный угол, в сальниковую сумку дополнительно устанавливают дренажную трубку через оментобурсостому.

Способ хирургического лечения деструктивных форм панкреатита

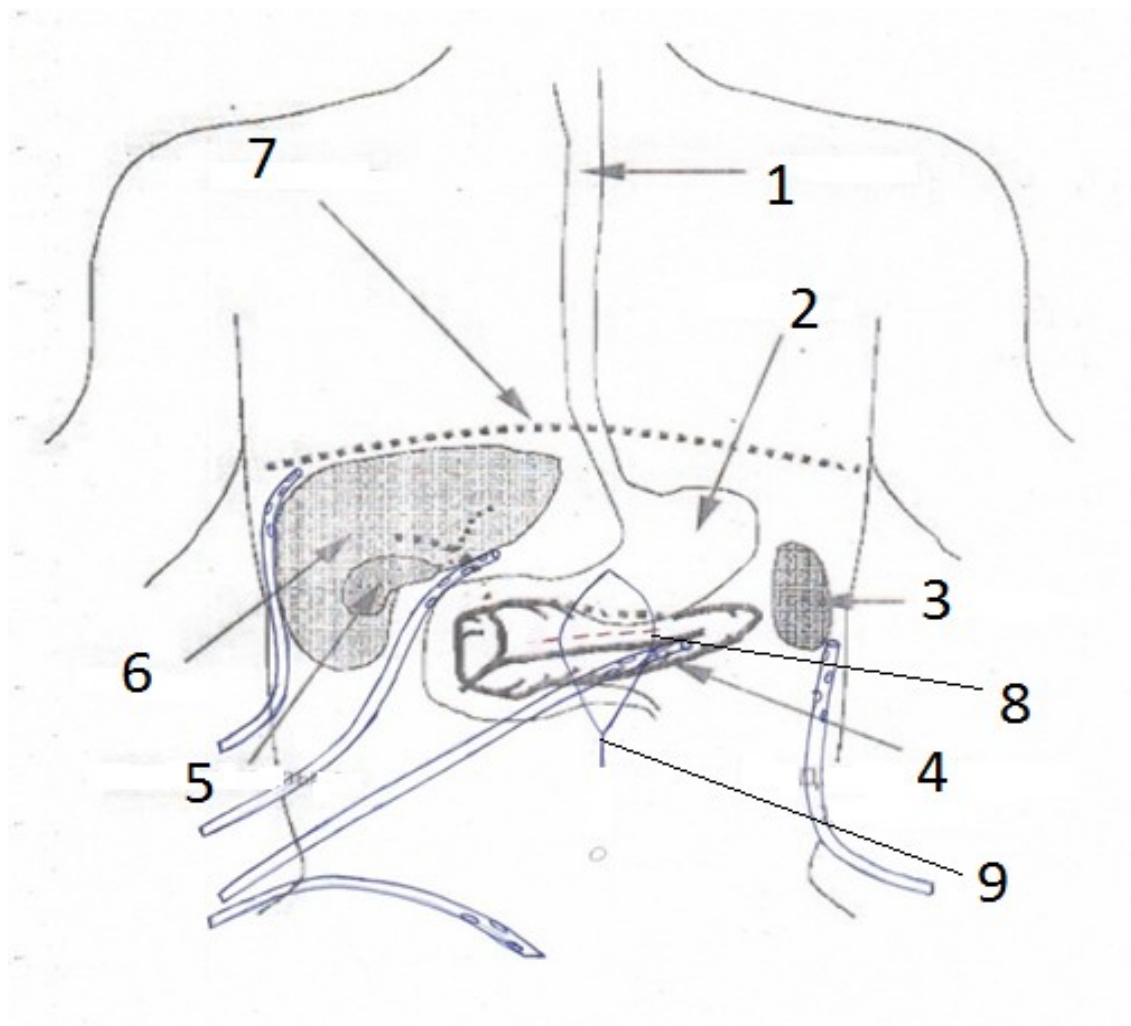


Фиг. 1. Момент установки резиновой полоски и дренажной трубки



Фиг. 2. Момент наложения оментобурсостомы

Способ хирургического лечения деструктивных форм панкреатита



Фиг. 3

1. Пищевод; 2. Желудок; 3. Селезенка; 4. Поджелудочная железа; 5. Желчный пузырь;
 6. Печень; 7. Диафрагма; 8. Место декапсуляции поджелудочной железы; 9. Мини-доступ
 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