



(19) KG (11) 221 (13) C1

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 960409.1

(22) 18.07.1996

(46) 30.06.1998, Бюл. №2, 1998

(76) Габитов В.Х., Акрамов Э.Х., Васильева О.И. (KG)

(56) А.с. SU, №1292741, кл. A61B 17/00, 1985

(54) Способ дренирования забрюшинного пространства при остром деструктивном панкреатите

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, и может быть использовано при лечении поджелудочной железы. Для ограничения распространения гнойно-некротического процесса, кроме проведения дренажных трубок к ложу поджелудочной железы с обеих сторон через пространство между фасцией Тольдта и предпеченочной фасцией, дополнительно вводят дренажи через пространство между фасцией Тольдта и париетальной брюшиной, позадибрюшинной фасцией и в полость малого таза, а дренажи справа и слева в околоободочное пространство проводят на двух уровнях по три дренажные трубки, на первом уровне в проекции второго поясничного позвонка, на втором уровне в проекции четвертого - пятого позвонков, с их выведением на поверхность тела по линии Лесгафта, после чего осуществляют изолированный диализ по верхнему полюсу поджелудочной железы через малый сальник. 1 пр.

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, и может быть использовано при лечении заболевания поджелудочной железы.

Известен способ дренирования забрюшинного пространства при остром деструктивном панкреатите, включающий забрюшинное проведение дренажных трубок к ложу поджелудочной железы с обеих сторон через пространство между фасцией Тольдта и ободочной кишкой, а также справа и слева в околоободочное пространство, ограниченное фасцией Тольдта и подпеченочной фасцией, с целью ограничения распространения гнойно-некротического процесса и создания эффективного оттока экссудата.

Однако данный способ не предупреждает распространение гнойно-некротического процесса в забрюшинное пространство, в брюшные карманы малого таза. Он не предусматривает диализ девитализированных тканей поджелудочной железы, что может привести к осложнениям (перитониту, абсцессам брюшной полости, свищам желудочно-

кишечного тракта).

Задача изобретения - ограничение распространения гнойно-некротического процесса путем ускоренного оттока экссудата на всем протяжении забрюшинного пространства.

Задача решалась тем, что 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, а дренажи справа и слева в околоободочное пространство проводят на 2-х уровнях по три дренажные трубки, на первом уровне в проекции 2 поясничного позвонка, на втором уровне в проекции 4-5 позвонков, после чего осуществляют изолированный диализ по верхнему полюсу поджелудочной железы через малый сальник.

Способ осуществляется следующим образом:

После срединной лапаротомии, пересекается желудочно-ободочная связка. Затем проводится полная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру и мобилизация поджелудочной железы. К задней и передней поверхности справа позади восходящего отдела ободочной кишки экстраперитонеально подводят 2 дренажных комплекса, включающих по две перфорированные силиконовые трубы диаметром 10 мм и более и перчаточные резиновые полоски. Передний дренажный комплекс располагают между фасцией Тольдта и париетальной брюшиной, а задний - между фасцией Тольдта и позадибрюшинной фасцией. Дополнительно дренируется и сальниковое отверстие. Целостность брюшины также восстанавливается. На поверхность тела больного дренажные комплексы выводятся по линии Лесгафта, то есть на границе переднебоковой стенки живота и поясничной области. Это гидродинамически более обоснованно с учетом расположения первого клетчаточного слоя забрюшинного пространства и не создает функциональные неудобства больному. Слева, после широкого, начиная от селезеночного угла, отслоения париетальной брюшины от передней поверхности поджелудочной железы к нижнему ее краю на всем протяжении подводится третий дренажный комплекс, который располагается позади нисходящего отдела ободочной кишки и выводится по левой линии Лесгафта. Целостность брюшины также восстанавливается полностью. Дополнительно проводится страховочное дренирование полости малого таза. Через верхний угол лапаротомной раны и малый сальник в забрюшинное пространство к верхнему полюсу поджелудочной железы подводится микроирригатор для постоянного обильного орошения (до 20 л в сутки) дезинфицирующими антисептическими растворами для отмывания девитализированных тканей и снижения концентрации ферментного прессинга. Операция заканчивается оментопанкреопексией (восстановление кровоснабжения остатков железы, сальниковая антиаррозивная защита задней стенки желудка) и восстановлением желудочно-ободочной связки. Кроме того, для снижения давления в системе желчных путей, накладывается холецистостома. Брюшная полость ушивается наглухо.

Послеоперационное ведение больных стандартное, дренажи извлекаются по мере очищения отделяемого.

Пример. Больной Шайлиев С., 34 года. Поступил с диагнозом: Острый, панкреонекроз. Флегмона забрюшинного пространства. Разлитой ферментативный перитонит. Клинически выраженные явления: состояние тяжелое, выраженная интоксикация, акроцианоз, сильные боли в эпигастрии, вздутие живота, перистальтика кишечника вялая, при пальпации резкая болезненность выше пупка. Интраоперационно: Некротические участки на всем протяжении поджелудочной железы, парапанкреатическая клетчатка инфильтрирована, обширные участки стеатонекроза. Эритроциты 3.3 млн, лейкоциты 17.7×10^9 г/л, СОЭ 31, остаточный азот 19.6 ммоль/л, мочевина 5.9 ммоль/л.

Больному по экстренным показаниям произведена верхне-срединная лапаротомия.

После вскрытия брюшной полости эвакуировано 500 мл гнойногеморрагического выпота и около 250 мл из забрюшинного пространства. Произведена мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру с последующим выделением передней и задней поверхности поджелудочной железы и введением комплекса дренажных трубок по предложенному методу. В течение первых суток произведен диализ из передней и задней поверхности поджелудочной железы антисептическим раствором до 15 л, с последующим уменьшением до 5-3 л. Минимальный срок диализации 2 недели. Состояние больного улучшилось уже на 3 сутки. Показатели анализа крови на 6-ой день нормализовались: эритроциты 4.4 млн, СОЭ 15, лейкоциты 6.5×10^9 г/л, остаточный азот 11.3 ммоль/л.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 15 день. Результаты показали, что двухуровневое расположение дренажных трубок ускоряет процесс оттока некротизированных масс практически на всем протяжении забрюшинного пространства. Активный диализ предотвращает повышенную концентрацию панкреатических соков, действующих на близлежащие живые ткани и, таким образом, ускоряют как процесс удаления девитализированных тканей, так и регенерацию.

По данной методике прооперировано 5 больных с панкреонекрозом. Все выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальности нет.

При других методах летальность наблюдалась в 95 % случаях. Способ в 2.4 раза ускоряет процесс детоксикации организма.

Формула изобретения

Способ дренирования забрюшинного пространства при остром деструктивном панкреатите, включающий проведение дренажных трубок к ложу поджелудочной железы с обеих сторон через пространство между фасцией Тольдта и ободочной кишкой, а также введение дополнительных дренажей справа и слева в околоободочное пространство, ограниченное фасцией Тольдта и предпочечной фасцией, отличающейся тем, что дополнительно осуществляют проведение дренажных трубок через пространство между фасцией Тольдта и париетальной брюшиной, позадибрюшинной фасцией и в полости малого таза, а дренажи справа и слева в околоободочное пространство вводят на двух уровнях по три дренажные трубки, на первом уровне в проекции второго поясничного позвонка, на втором уровне в проекции четвертого-пятого позвонка, с их выведением на поверхность тела по линии Лесгафта, после чего осуществляют изолированный диализ по верхнему полюсу поджелудочной железы через малый сальник.

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Кожомкулова Г.А.
Авилов С.К.