

(19) **KG** (11) **941** (13) **C1** (46) **30.04.2007**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)(51) **A61B 17/00** (2006.1)**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ****к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20050041.1

(22) 03.05.2005

(46) 30.04.2007, Бюл. №4

(76) Джоробеков А.Д., Оморов Р.А., Сулайманов Б.С., Кутманбеков Э.А., Калыбеков Т.А. (KG)

(56) Патент KG №268, кл. A61B 17/00, 1998

(54) Способ хирургического лечения панкреонекроза

(57) Изобретение относится к области медицины и может быть использовано при хирургическом лечении панкреонекроза. Задачей данного изобретения является обеспечение условий для полноценной ревизии полости сальниковой сумки с оценкой состояния поджелудочной железы и паранкреатической клетчатки, и адекватного оттока воспалительного экссудата и секвестров поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Поставленная задача решается в способе хирургического лечения панкреонекроза, включающего, после абдоминализации поджелудочной железы, дренирование забрюшинного ретропанкреатического пространства дренажем большого диаметра в сочетании с марлево-перчаточным дренажем (дренаж Пенроза), проводимым в третьем слое забрюшинной клетчатки между фасцией Тольдта спереди и предпочечной фасцией сзади и выводимым через дополнительный разрез в левой поясничной области, введение в полость сальниковой сумки через Винслово отверстие дренажа большого диаметра, выводимого через дополнительный разрез в правой боковой области живота, причем формирование оментопанкреатобурсостомы производится путем Т-образного расширения операционной раны влево от средней трети верхнесрединного разреза в проекции поджелудочной железы на протяжении 10-12 см, а срединная рана ушивается наглухо. 1 пр., 2 ил.

Изобретение относится к области медицины и может быть использовано при хирургическом лечении панкреонекроза.

Известен способ дренирования ложа поджелудочной железы (патент KG №268, кл. A61B 17/00, 1998). Способ заключается в том, что после верхнесрединной лапаротомии вскрывается сальниковая сумка путем рассечения желудочно-ободочной связки. Из полости сальниковой сумки удаляется воспалительный экссудат, производится секвестрэктомия, санация сальниковой сумки раствором антисептиков. Далее производят париетальную деперитонизацию и абдоминализацию поджелудочной железы путем выделения ее тела и хвоста из забрюшинного пространства. Освободившуюся зону ретропанкреатического пространства дренируют широкой резиновой полоской и двумя микроирригаторами, установленными снаружи и изнутри для промывания растворами антисептиков в послеоперационном периоде. Дренажная система укладывается позади поджелудочной железы и выводится в полость сальниковой сумки над и под железой. В последующем накладывают оментобурсостому путем подшивания в верхней трети лапаротомной раны пересеченного участка желудочно-ободочной связки.

(19) **KG** (11) **941** (13) **C1** (46) **30.04.2007**

Недостатки: способ не обеспечивает полноценную ревизию полости сальниковой сумки для оценки состояния поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки; оментобурсостома, сформированная классическим образом, имеет склонность к быстрому уменьшению в размерах, что затрудняет свободное отхождение воспалительного экссудата и секвестров забрюшинной клетчатки и поджелудочной железы; особенности дренажной системы препятствуют адекватному оттоку воспалительного экссудата и секвестров забрюшинной клетчатки и поджелудочной железы в промежутках между промываниями растворами антисептиков. Это приводит к развитию осложнений (забрюшинная флегмона, перитонит, эвентрация кишечника, аррозивное кровотечение и др.).

Задачей данного изобретения является обеспечение условий для полноценной ревизии полости сальниковой сумки с оценкой состояния поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, и адекватного оттока воспалительного экссудата и секвестров поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения панкреонекроза, включающего, после абдоминализации поджелудочной железы, дренирование забрюшинного ретропанкреатического пространства дренажем большого диаметра в сочетании с марлево-перчаточным дренажем (дренаж Пенроза), проводимым в третьем слое забрюшинной клетчатки между фасцией Тольдта спереди и предпочечной фасцией сзади и выводимым через дополнительный разрез в левой поясничной области, введение в полость сальниковой сумки через Винслово отверстие дренажа большого диаметра, выводимого через дополнительный разрез в правой боковой области живота, причем формирование оментопанкреатобурсостомы производится путем Т-образного расширения операционной раны влево от средней трети верхнесрединного разреза в проекции поджелудочной железы на протяжении 10-12 см, а срединная рана ушивается наглухо.

На фиг. 1 показана схема расположения дренажей в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве, где 1 – дренаж, проведенный в полость сальниковой сумки через Винслово отверстие и выведенный через дополнительный разрез в правый боковой области живота; 2 – дренаж ретропанкреатического пространства, проведенный в третьем слое забрюшинной клетчатки между фасцией Тольдта спереди и предпочечной фасцией сзади и выведенный через дополнительный разрез в левой поясничной области живота; 3 – поджелудочная железа; на фиг. 2 – вид сформированной оментопанкреатобурсостомы, где 1 – ушитая срединная рана; 2 – оментопанкреатобурсостома.

Способ осуществляется следующим образом.

После верхнесрединной лапаротомии производится вскрытие сальниковой сумки рассечением желудочно-ободочной связки. Далее удаляется воспалительный экссудат из сальниковой сумки, производится секвестрэктомия и санация сальниковой сумки антисептическим раствором. Производится мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру. Следующим этапом производятся париетальные деперитонизация и абдоминализация поджелудочной железы путем рассечения брюшины по верхнему и нижнему контуру поджелудочной железы на протяжении ее тела и хвоста с последующим выделением органа из забрюшинной клетчатки. Производится дренирование забрюшинного ретропанкреатического пространства дренажем большого диаметра в сочетании с марлево-перчаточным дренажем (дренаж Пенроза), проводимым в третьем слое забрюшинной клетчатки между фасцией Тольдта спереди и предпочечной фасцией сзади и выводимым через дополнительный люмботомический разрез в левой поясничной области. В полость сальниковой сумки через Винслово отверстие вводится дренаж большого диаметра, выводимый через дополнительный разрез в правой боковой области живота (фиг. 1). Через указанные дренажи в послеоперационном периоде производится орошение сальниковой сумки и забрюшинного пространства растворами антисептиков. После выполнения полостного этапа операции формируется оментопанкреатобурсостома путем Т-образного расширения операционной раны влево от средней трети верхнесрединного разреза в проекции поджелудочной железы на протяжении 10-12 см. Участки рассеченной желудочно-ободочной связки фиксируются к краям поперечного разреза брюшной стенки по типу операции марсупиализации. Срединная рана ушивается наглухо (фиг. 2).

Преимуществами способа являются:

Создание условия для полноценной ревизии полости сальниковой сумки с оценкой состояния поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки в динамике; обеспечиваются необходимый размер оментопанкреатобурсостомы и условия достаточного дренирования и орошения сальниковой сумки и забрюшинного пространства с адекватным оттоком воспалительного экссудата и секвестров забрюшинной клетчатки и поджелудочной железы во время орошения раство-

рами антисептиков и в промежутках между ними. Это позволяет предотвратить прогрессирование деструктивного процесса, быстро купировать воспалительный процесс в поджелудочной железе и забрюшинном пространстве, уменьшить явления эндотоксемии и снизить частоту развития гнойно-септических осложнений.

Пример.

Больной Неведров А., 1987 г.р., поступил с диагнозом: Острый тотальный смешанный панкреонекроз. Геморрагический парапанкреатит. Диффузный геморрагический перитонит. Панкреатогенная токсемия. У больного клинически отмечается тяжелое состояние, имеются явления интоксикации, кожные покровы бледноватые, пульс – 110 ударов в минуту, язык сухой, живот поддут, больше в верхних отделах, отмечается резкая болезненность в эпигастрии, где по ходу проекции поджелудочной железы имеется напряжение брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. На УЗИ отмечается увеличение размеров поджелудочной железы, головка – 3.2 см, тело – 3.0 см, хвост – 3.5 см. Контуры железы нечеткие, неровные. Эхоструктура неоднородная, повышенной эхоплотности. По переднему краю имеется небольшое количество свободной жидкости. Вирсунгов проток расширен. Заключение: признаки острого панкреатита. Интраоперационно: в отложих местах живота до 400 мл геморрагической жидкости. В сальниковой сумке, гепатодуоденальной связке, на брыжейке толстой кишки и в забрюшинной клетчатке имеется геморрагическое пропитывание. Вскрыта сальниковая сумка путем рассечения желудочно-ободочной связки, где имелось до 200 мл экссудата и детрит поджелудочной железы. Произведена абдоминализация поджелудочной железы по ее верхнему и нижнему контурам. Мобилизация 12-перстной кишки и головки поджелудочной железы по Кохеру. Через левосторонний люмботомический разрез введены в ретропанкреатическую клетчатку дренажная трубка и широкий марлево-перчаточный дренаж с выведением конца первой в полость сальниковой сумки. В сальниковую сумку через Винслово отверстие введена дренажная трубка. Далее сформирована оментопанкреатобурсостома путем Т-образного расширения разреза от срединной линии влево на протяжении 10-12 см в проекции поджелудочной железы. В послеоперационный период производилось орошение забрюшинного пространства и сальниковой сумки растворами антисептиков, проводилась регулярная ревизия сальниковой сумки, поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, которая в связи с достаточными размерами оментопанкреатобурсостомы была полноценной. Состояние больного быстро улучшилось, отмечался адекватный отток отделяемого из сальниковой сумки и забрюшинного пространства, что позволило предупредить секвестрацию поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Показатели крови нормализовались на 4-е сутки: Нб – 135 г/л, лейкоциты – 5.8×10^9 /л, СОЭ – 15 мм/ч, э0 – %, п – 4%, с – 71%, л – 22%, м – 3%.

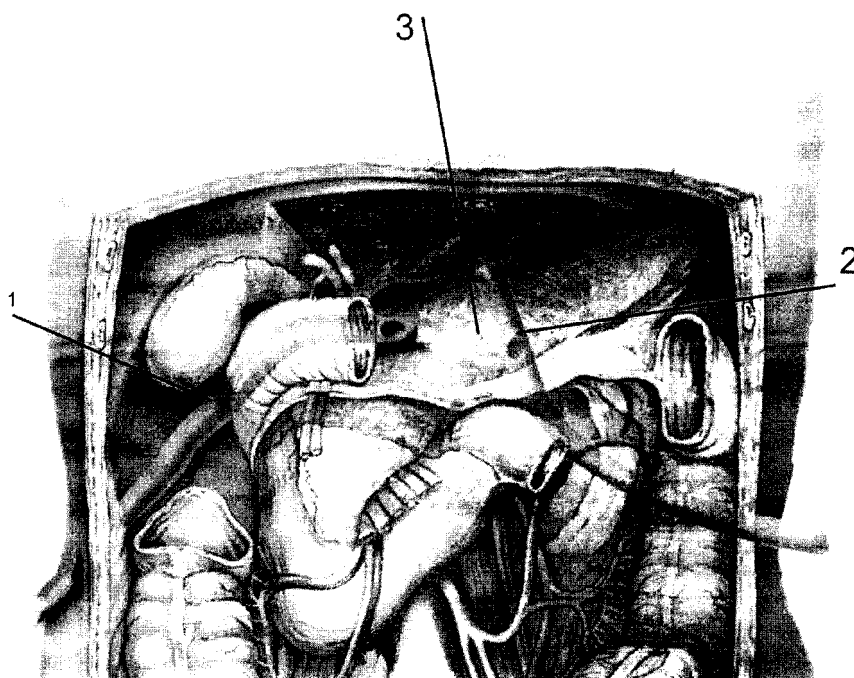
Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 33-и сутки.

Результаты показали, что предлагаемый способ дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства и формирования оментопанкреатобурсостомы по предложенной методике позволяет обеспечить адекватный отток экссудата и секвесторов из сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Полноценную ревизию сальниковой сумки с оценкой состояния поджелудочной железы и панкреатической клетчатки. Активное орошение предупреждает повышение концентрации панкреатических ферментов, разрушающих близлежащие жизнеспособные структуры. Это позволяет ускорить отхождение некротических тканей, предупредить дальнейшее прогрессирование деструктивно-воспалительного процесса в поджелудочной железе и забрюшинном пространстве.

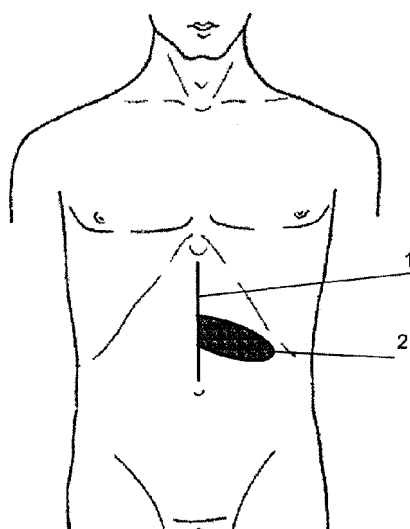
По предложенному способу было прооперированно 8 больных – все они выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было.

Формула изобретения

Способ хирургического лечения панкреонекроза, включающий, после абдоминализации поджелудочной железы, дренирование забрюшинного ретропанкреатического пространства дренажем большого диаметра в сочетании с марлево-перчаточным дренажем (дренаж Пенроза), проводимым в третьем слое забрюшинной клетчатки между фасцией Тольдта спереди и предпочечной фасцией сзади и выводимым через дополнительный разрез в левой поясничной области, введение в полость сальниковой сумки через Винслово отверстие дренажа большого диаметра, выводимого через дополнительный разрез в правой боковой области живота, отличающийся тем, что формирование оментопанкреатобурсостомы производится путем Т-образного расширения операционной раны влево от средней трети верхнесрединного разреза в проекции поджелудочной железы на протяжении 10-12 см, а срединная рана ушивается наглухо.



Фиг. 1. Схема расположения дренажей в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве



Фиг. 2. Вид сформированной оментопанкреатобурсостомы

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Усубакунова З.К.
Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03