

Винахід стосується хірургії і може бути використаний при лікуванні абсцесу підшлункової залози.

Відомий спосіб лікування панкреатичного абсцесу у відповідності з а.с. СССР №1 616 619A1 (5A61B 17/00, пр. 17.02.88, публ. 30.12.90). Він складається з мобілізації підшлункової залози, дренивання сальникової сумки і заочеревинного клітковинного простору. Парієтальну очеревину і позадибодову фасцію розтинають в правому брижовому синусі по нижньому краю нижньої горизонтальної гілки дванадцятипалої кишки, проходять крізь колокишковий простір між власною фасцією дванадцятипалої кишки з підшлунковою залозою і переднирковою фасцією. Після цього єдиним блоком тупо відокремлюють дванадцятипалу кишку з підшлунковою залозою і печінковим вигином ободової кишки і зміщують догори. Дренажі заочеревинного клітковинного простору справа розміщують проміж внутрішньоочеревинною і переднирковою фасціями на рівні вільного кінця дванадцятого ребра.

Цей спосіб дозволяє скоротити терміни лікування за рахунок зниження травматичності операції, але він пов'язаний з можливістю потрапляння вмісту абсцесу в очеревинну порожнину.

З відомих способів лікування деструктивного панкреатиту найбільш близьким до винаходу по суті і результату, що досягається, є спосіб, який описано у книзі В.К.Гостищева «Оперативная гнойная хирургия» (М., «Медицина», 1996, с.178-179), а також в а.с. №1 517 946 A1 (СРСР, 4A61B 17/00, пр. 24.12.86, публ. 30.10.89). Цей спосіб включає під час операції верхньо-серединну лапаротомію, ревізію органів очеревинної порожнини, розтин шлунково-ободової зв'язки у центральній її частині по всій довжині великої кривизни шлунку. Підшлункову залозу в зоні деструкції розсікають поперечним розрізом на всю її довжину з розтином головної протоки. На другу, четверту, шосту і подальші доби післяопераційного періоду проводять огляд підшлункової залози і під візуальним контролем видаляють некротичні ділянки до утворення грануляційної тканини і хронічної панкреатичної нориці. При цьому розтинання підшлункової залози в зоні деструкції здійснюють клиноподібним розрізом, а в сторони від поперечного клиноподібного розрізу головну протоку розтинають вздовж. Розмір основи подовжніх клиноподібних розрізів повинен складати коло третини довжини поперечного клиноподібного розрізу. Потім з верхньої частини розсіченої шлунково-ободової зв'язки формують складку-дублікатуру, нижній край верхньої частини сформованої складки-дублікатури підшивають до задньої стінки початкового відділку дванадцятипалої кишки і шлунку, тим самим закриваючи винснів отвір і сполучення між бурсооментостомаю і загальною очеревинною порожниною. Нижній край нижньої частини розсіченої шлунково-ободової зв'язки підшивають до парієтальної очеревини. Верхню і нижню сформовані складки підшивають до країв шкіри лапаротомної рани.

Виконання способу подібним чином попереджує генералізацію процесу, але при цьому формують хронічну панкреатичну норицю, що пов'язане зі значним збільшенням термінів лікування задля наступного закривання цієї нориці.

В основу винаходу поставлене завдання створення способу лікування гострого деструктивного панкреатиту, в якому покращення результатів лікування забезпечується зовнішнім дрениванням кісти підшлункової залози, черездренажною санацією осередку у післяопераційному періоді і за рахунок цього зниженням термінів лікування хворих з абсцесами підшлункової залози.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі, який включає під час операції верхньо-серединну лапаротомію і ревізію очеревинної порожнини, широкий розтин шлунково-ободової зв'язки у центральній її частині, розтин підшлункової залози в зоні абсцесу поперечним розрізом на всю довжину зони деструкції і внутрішньопорожнинну санацію абсцесу, дренивання патологічного осередку і в післяопераційному періоді етапні видалення некротичних ділянок під візуальним контролем до утворення грануляційної тканини, згідно з винаходом дренивання патологічного осередку здійснюють трубчастим дренажем, який виводять на передню черевну стінку через окремий порт в підребер'ї. В післяопераційному періоді санацію патологічного осередку здійснюють шляхом введення крізь дренаж мазі на водорозчинній основі, яка підігріта до 41-42°C, з наступною пневмокомпресією залишкової порожнини. Об'єм мазі рівний об'єму залишкової порожнини. В післяопераційному періоді здійснюють огляд абсцесу і етапні ендоскопічні некрсеквестректомії здійснюють крізь дренажні трубки.

Дренивання в підребер'я і санація підігрітою маззю на водорозчинній основі сприяють більш швидкому очищенню осередку за рахунок осмоларних явищ. Введення нових операцій дозволяє покращити результати лікування хворих з абсцесами підшлункової залози, а їх послідовність забезпечує скорочення строків лікування.

Наявність санації порожнини абсцесу підігрітою маззю на водорозчинній основі з наступною пневмокомпресією залишкової порожнини і етапних некрсеквестректомій у сукупності дозволяють забезпечити якісно нові характеристики самого процесу очищення порожнини панкреатичного абсцесу, а останнє скорочує терміни лікування. Наявність комплексної обробки порожнини абсцесу включає різноманітні механізми впливу на патологічний осередок.

Заявнику невідоме введення у склад схеми післяопераційного лікування поєднання санації порожнини абсцесу підігрітою маззю на водорозчинній основі з наступною пневмокомпресією залишкової порожнини і етапними некрсеквестректоміями, а також забезпечення за рахунок цього скорочення строків лікування хворих.

Спосіб може бути реалізований наступним чином. Після верхньо-серединної лапаротомії і ревізії органів черевної порожнини здійснюють широкий розтин шлунково-ободової зв'язки в центральній її частині, розтин підшлункової залози в зоні абсцесу поперечним розрізом на всю його довжину, внутрішньопорожнинну санацію абсцесу, дренивання патологічного осередку трубчастим дренажем, який виводиться на передню очеревинну стінку через окремий порт в підребер'ї. У післяопераційному періоді санацію патологічного осередку здійснюють шляхом введення крізь дренажну трубку підігрітої до 41-42°C мазі на водорозчинній основі (наприклад, «Левоміколь») в об'ємі, який рівний об'єму залишкової порожнини з наступною пневмокомпресією залишкової порожнини. Крім того, на другу, четверту, шосту і наступні післяопераційні доби здійснюють огляд порожнини абсцесу стерильним ендоскопом, а етапні ендоскопічні некрсеквестректомії здійснюють біопсійними щипцями до очищення порожнини і утворення грануляційної тканини.

Приклад.

Хворий Г. 30 років, оперований з приводу постнекротичної кісти підшлункової залози, яка нагноїлася. Здійснена верхньо-серединна лапаротомія, розсічена шлунково-ободова зв'язка. В зоні тіла підшлункової залози виявлено абсцес 5х5см, його розітнуто, здійснена його санація. Порожнина дренована силіконовим трубчастим дренажем, який виведений на передню очеревинну стінку в лівому підребер'ї. В післяопераційному періоді під час перев'язувань після санації порожнини абсцесу туди вводилася підігріта до 41-42°C мазь «Левомеколь» з

наступною пневмокомпресією залишкової порожнини. На другу, четверту і шосту добу здійснювалися етапні ендоскопічні некрсеквестрэктомії. Хворого виписано на 16 добу у задовільному стані.

Таким чином використання рішення, що заявляється, у порівнянні зі всіма засобами аналогічного призначення дозволяє покращити результати лікування абсцесів підшлункової залози.