

Винахід стосується хірургії і може бути використаний при лікуванні важких абдомінальних інфекцій, особливо перитоніту і панкреонекрозу.

За останні роки було запропоновано різні методики і підходи до хірургічного лікування важких абдомінальних інфекцій, особливо гнійного перитоніту та панкреонекрозу, які мають ціллю зниження внутрішньочеревного тиску. Зниження внутрішньочеревного тиску відіграє важливу роль в попередженні "абдомінал компартмент синдром", головними проявами якого є вздутий і напружений живіт, олігурія, прогіршення легеневої вентиляції, в наслідок чого розвиваються системні реперфузійні ушкодження з ісходом в поліорганну недостатність.

До таких способів належать перитонеальний лаваж, відчинене неуривне промивання (дорзовентральний лаваж), планові програмовані релапаротомії з етапним лаважем. Найбільше поширення одержали останні. Їх називають напіввідкритими. Для виконання напіввідкритих способів розроблено різні шинуючі пов'язки у вигляді застібок-"блискавок", а також більш складні пристрої, основним завданням яких є захищення петель кишечника, зниження втрат рідини, а також зменшення внутрішньочеревного тиску.

Відомий спосіб відкритого лікування розлитого гнійного перитоніту, який описано в журналі «Хирургия» (1984-№8.-С.124-127). Він складається у тому, що після виконання основного етапу операції лапаротомну рану не зачиняють, а залишають відкритою, великою двохшаровою марлевою серветкою накривають найбільш змінену частину кишечника, а край серветки виводять назовні. У бокові кишені уводять 6-8 марлевих тампонів, над ними укладають марлеву серветку. У післяопераційному періоді через 24 години міняють марлеві серветки і видаляють 3-4 тампони, на 2-3 добу видаляють решту тампонів, а на їх місце пухо уводять тампони, які менші за розміром. При відновленні функції кишечника, нормалізації температури тіла видаляють серветки і зашивають рану.

Цей спосіб лікування забезпечує профілактику розвитку «абдомінал компартмент синдром», однак підвищений ризик реінфікування черевної порожнини, розвитку кишкових нориць, евентрації, проростання тампонів грануляціями.

З відомих способів лікування «абдомінал компартмент синдром» найбільш близьким до винаходу за сутністю і результатами є спосіб, описаний в журналі The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care (Desember, 2001; 51: 1204-1206). Цей спосіб включає те, що закриття лапаротомної рани після виконання оперативного втручання здійснюється шляхом ушивання її вузловими швами на прокладках з полівінілхлориду, що накладають кризь усі шари черевної стінки на усьому протязі лапаротомної рани з наступним дозованим зведенням її країв.

Виконання способу подібним чином дозволяє здійснювати ефективну контролюєму санацію очеревинної порожнини після операції, але воно пов'язане з ризиком виникнення кишкових нориць, реінфікування очеревинної порожнини, а також не забезпечує декомпресії заочеревинного простору.

У основу винаходу поставлене завдання зниження кількості вторинних ускладнень шляхом декомпресії очеревинної порожнини і травного каналу.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі профілактики і лікування «абдомінал компартмент синдром», який включає ушивання лапаротомної рани на прокладках з полівінілхлориду із наступним дозованим зведенням країв лапаротомної рани, згідно з винаходом додатково проводять декомпресію заочеревинного простору і внутрішньочеревну фасціотомію, а прокладки із полівінілхлориду виконують П-образними і проводять їх з обох її боків без захвату парієтальної очеревини.

Введення нових операцій (мобілізація заочеревинного простору, внутрішньочеревна фасціотомія, ушивання лапаротомної рани на П-образних прокладках з двох боків від лапаротомної рани без захвату очеревини) дозволяє покращити декомпресію органів очеревинної порожнини та заочеревинного простору, зменшити ризик виникнення кишкових нориць, а також реінфікування очеревинної порожнини, і таким чином зменшити кількість вторинних ускладнень.

Заявнику невідомі введення сукупної мобілізації заочеревинного простору, внутрішньочеревної фасціотомії та ушивання лапаротомної рани на П-образних прокладках паралельно лапаротомній рані з обох її боків без захвату парієтальної очеревини і таким чином зниження кількості вторинних ускладнень.

Приклад виконання способу ілюструється кресленнями, на яких зображено:

Фиг.1 - внутрішньоочеревенна фасціотомія, вигляд спереду;

Фиг.2 - теж саме, поперечний переріз;

Фиг.3 - накладення П-образних швів, вигляд спереду;

Фиг.4 - теж саме, поперечний переріз.

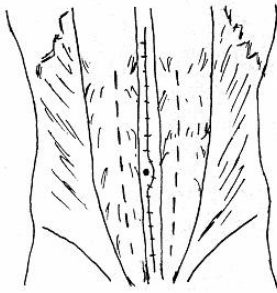
Спосіб може бути реалізовано наступним чином.

Після виконання оперативного втручання створюють декомпресію заочеревинного простору шляхом розтину парієтальної очеревини по лівій та правій перехідній складці, після чого пальцями кисті мобілізують нисхідний та висхідний відділи товстої кишки та заочеревинну клітковину. Крім того, додатково гострим шляхом розтинають уздовж внутрішній листок пихви прямого м'язу живота. Очеревинну порожнину ушивають на П-образних прокладках без захвату парієтальної очеревини. П-образні прокладки проводять з двох боків і паралельно лапаротомній рані на усьому її протязі з наступним дозованим зведенням її країв.

Приклад.

Хворий Н., 33 років, оперований в клініці інституту з приводу колото-різаного поранення живота з ушкодженням тонкої кишки, підшлункової залози. Хворому виконано ушивання поранень тонкої кишки і підшлункової залози, трансназальну інтубацію тонкої кишки. На 7-му добу післяопераційного періоду стан хворого погіршився, з'явилося здуття живота, погіршилися лабораторні показники. Його оперовано вдруге, виявлено некроз підшлункової залози, флегмону заочеревинного простору, піддіафрагмальний абсцес ліворуч. Після виконання основного етапу оперативного втручання мобілізовано заочеревинний простір по правим і лівим перехідним складкам, виконано інтраабдомінальну фасціотомію, лапаротомну рану ушити П-образними швами на прокладках із полівінілхлориду. Тиск в очеревинній порожнині складав 350мм вод. ст. В післяопераційному періоді за мірою зниження ознак внутрішньоочеревинної гіпертензії виконували дозоване зведення країв лапаротомної рани до повного їх зведення. Рана загоїлася. Хворого виписано на 52 добу в задовільному стані.

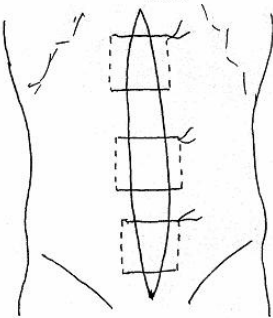
Таким чином, виконання способу профілактики і лікування «абдомінал компартмент синдром» дозволяє здійснювати декомпресію очеревинної порожнини та заочеревинного простору і тим самим призводить до зниження кількості вторинних післяопераційних ускладнень.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4