



УКРАЇНА

(19) UA (11) 28575 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/03
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ТИМЧАСОВОГО ЗАКРИТТЯ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ З ГНІЙНИМ НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

1

(21) u200709924

(22) 05.09.2007

(24) 10.12.2007

(72) ДРОНОВ ОЛЕКСІЙ ІВАНОВИЧ, UA,
КОВАЛЬСЬКА ІННА ОЛЕКСАНДРІВНА, UA,
ДИЧАКОВСЬКИЙ ЄВГЕН ВАЛЕНТИНОВИЧ, UA,
КОВАЛЕНКО АНДРІЙ ПЕТРОВИЧ, UA

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(56)

(57) Спосіб тимчасового закриття черевної стінки у хворих з гнійним некротичним панкреатитом, що включає встановлення інтраабдомінально

2

синтетичної пластинки для закриття черевної стінки, яку розміщують під черевною стінкою між парієтальною очеревиною і внутрішніми органами, та її фіксацію, який відрізняється тим, що як пластинку для тимчасового закриття черевної стінки використовують пластинку із силіконового гелю MedGel, а фіксацію проводять з однієї сторони швами через всю товщу черевної стінки, а з інших трьох сторін через всю товщу черевної стінки по периметру фіксують клапоть у вигляді зав'язок, при цьому зі сторони шкіри під нитки встановлюють прокладки із такого ж матеріалу.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії і може бути використана при етапному лікуванню некротичного панкреатиту.

Актуальність даної патології зумовлена щорічним зростанням частоти деструктивних форм гострого панкреатиту [1] та високою летальністю 30% та більше [2] саме в період виникнення гнійних ускладнень. Процес некробіозу в пошкоджених автолізом тканинах протікає довго тривало і не завжди закінчується навіть через місяць від початку захворювання.

Значна кількість летальних випадків пов'язана із нагноєнням та секвестрацією підшлункової залози та заочеревинної клітковини, розвитком інтоксикації, ерозивних кровотеч, кишкових нориць.

При загальноприйнятих методах хірургічного лікування гнійного некротичного панкреатиту в період гнійних ускладнень є необхідність проведення повторних лапаротомій, кожен наступний раз (програмована санація).

Внаслідок поєднання інтоксикації, переважання процесів катаболізму, виникнення гнійних інтраабдомінальних ускладнень при некротичному панкреатиті, розвитку компартмент-синдрому та проведення багаторазових санаційних лапаротомій виникають дистрофічні зміни м'язово-апоневротичного комплексу черевної стінки, що призводить до ретракції

фасціальних шарів. Внаслідок цих процесів виникає дефект черевної стінки (лапаростома). [3]

Відомим способом тимчасового закриття черевної стінки є мішок Богота, який представляє собою прозорий листок із полівінілхлору чи поліпропілену. Останній розміщують інтраабдомінально під черевною стінкою між очеревиною і органами черевної порожнини та фіксують по периметру вузловими швами. Таким чином створюється штучне покриття дефекту черевної стінки, яке відокремлює органи черевної порожнини від навколишнього середовища, а також дає можливість проведення візуального контролю інтраабдомінального вмісту. [4]

Найближчим аналогом (прототипом) є використання армованого нейлоном силіконового еластомера (Silastic) при травмах та розривах аортальних аневризм для тимчасового закриття черевної стінки. [5]

Недоліками цих способів є підвищення адгезії органів черевної порожнини, внаслідок реактогенності матеріалу з якого виготовляють клапоть, виникнення «парникового» ефекту, виникнення пролежнів і кишкових нориць при контакті із пластинкою, щоденна заміна останньої для обробки антисептиками. Крім того, щоденна заміна пластинки викликає значний больовий синдром у хворих, що потребує введення додатково наркотичних анагетиків.

(13) U

(11) 28575

(19) UA

Задачею корисної моделі є мінімізація ускладнень, що виникають при використанні мішка Богота з боку внутрішніх органів та післяопераційної рани, шляхом заміни ПВХ (поліхлорвінілового) чи поліпропіленового листка на клапоть із силіконового гелю, зменшення потреби в наркотичних знеболюючих.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі буде полягати у підвищенні ефективності хірургічного лікування гнійного некротичного панкреатиту, скорочення строків реабілітації та виконування хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що включає встановлення інтраабдомінально синтетичної пластинки для закриття черевної стінки, яку розміщують під черевну стінку між парієтальною очеревиною і внутрішніми органами та її фіксацію, згідно корисної моделі в якості пластинки для тимчасового закриття черевної стінки використовують пластинку із силіконового гелю MedGel, а фіксацію проводять з однієї сторони швами через всю товщу черевної стінки, а з інших трьох сторін через всю товщу черевної стінки по периметру фіксують клапоть у вигляді зав'язок, при цьому зі сторони шкіри під нитки встановлюють прокладки із такого ж матеріалу.

Відмінність способу, що заявляється полягає в тому, що для мішка Богота використовують силіконову гелеву пластинку, яка є біологічно інертною, «дихаючою», безпечною, а також завдяки мінімальному коефіцієнту тертя матеріалу з якого виготовлена пластинка не відбувається її мікробне обсіменіння. Це дає змогу для багаторазового і довготривалого використання і запобігає розвитку «парникового» ефекту та виникненню масивного інтраабдомінального злукового процесу, мінімізує виникнення кишкових пролежнів і нориць, виключає щоденну заміну пластинки на нову, при цьому зменшення використання наркотичних знеболюючих для пацієнта, зменшення больового синдрому та покращення самопочуття пацієнта, проведення постійного візуального контролю за інтраабдомінальним вмістом, відокремлення тканин черевної стінки від внутрішніх органів та черевного випоту, що знижує рівень ускладнень з боку післяопераційної рани.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Хворому під час оперативного втручання встановлюють силіконову гелеву пластинку товщиною 3мм під черевну стінку між парієтальною очеревиною та внутрішніми органами, при цьому з однієї сторони пластинку фіксують швами через всю товщу черевної стінки. З інших трьох сторін по периметру клапоть фіксують у вигляді зав'язок через всю товщу черевної стінки, що дає змогу при повторних хірургічних втручаннях, послабляючи зав'язки відводити пластинку в сторону. При цьому зі сторони шкіри під нитки встановлюють прокладки із такого ж матеріалу для запобігання прорізування швів.

Приклади конкретного використання способу.

Приклад 1. Хворий П, історія хвороби №23645, 1963 року народження, поступив в клініку через 4

добу від початку захворювання. Госпіталізований в відділення реанімації, де проводилась інтенсивна панкреатична терапія, дренування під контролем УЗД рідинних скупчень навколо панкреатичної клітковини. На 21 добу від початку захворювання виконана лапаротомія, некрсеквестректомія, дренування заочеревинного простору широкими силіконовими дренажами. В подальшому при формуванні нових секвестрів, що супроводжувалось наростанням інтоксикації, підйомом температури виконувались програмовані некрсеквестректомії. Виконано 6 програмованих секвестректомій. У хворого сформувалась лапаростома розмірами 15х17см. Для тимчасового закриття черевної стінки використовували силіконову гелеву пластинку за вище наведеному способі. Виписаний зі стаціонару на шістдесятую добу у задовільному стані, без післяопераційних ускладнень.

Приклад 2. Хворий М., історія хвороби №25549, 1941 року народження, потупив в клініку через 5 днів від початку захворювання. Госпіталізований в відділення реанімації, де проводилась інтенсивна панкреатична терапія, дренування під контролем УЗД рідинних скупчень навколо панкреатичної клітковини. На 21 добу від початку захворювання виконана середина лапаротомія, некрсеквестректомія, санація і дренування заочеревинного простору широкими силіконовими дренажами. В подальшому при формуванні нових секвестрів, що супроводжувалось наростанням інтоксикації, підйомом температури виконувались програмовані лапароскопічні секвестректомії. Виконано 8 програмованих секвестректомій. Сформовану лапаростому розмірами 12х15см закривали силіконовою гелевою пластинкою за вище наведеним способом. Виписаний зі стаціонару на сімдесятую добу у задовільному стані, без післяопераційних ускладнень.

За способом, що пропонується, проліковано 4 хворих з некротичним панкреатитом. Жодного випадку ускладнень з боку післяопераційної рани не спостерігалось. Таким чином, використання запропонованого способу забезпечує безпечність, простоту і легкість використання, зменшення числа ускладнень зі сторони внутрішніх органів та післяопераційної рани, адекватний візуальний контроль інтраопераційного вмісту, ранні строки реабілітації та видужування хворих.

Джерела інформації:

1. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Соболев П.А. Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита.// Анналы хир. гепатол. 1996. Т.1. С.58-61.

2. Kriwanek S., Armbruster C., Beckerhinn P., Dittrich K., Redl E. Improved results after aggressive treatment of colonic involvement in necrotizing pancreatitis// Hepatogastroenterology. 1997. V.44. N.13. P.274-278.

3. Саєнко В.Ф., Белянський Л.С., Лизун І.В. Сучасні підходи до проблеми тимчасового закриття черевної порожнини.// Клін. Хір. 2005 №3. С.5-11.

4. Aydin C, Aytekin FO., Yenisey C. The effect of different temporary closure techniques on fascial wound healing and postoperative adhesions in experimental secondary peritonitis. // Langenbecks Arch Surg. V.26. N.5. P.234-237.

5. Foy HM, Nathens AB, Maser B, Mathur S, Jurkovich GJ. Reinforced silicone elastomer sheeting, an improved method of temporary abdominal closure in damage control laparotomy.//Am J Surg. 2003 V.185. №5. P.498-501.