

Винахід стосується медицини, а саме - хірургії, і може бути використаний у невідкладній панкреатології.

Відомий спосіб оперативного лікування деструктивного панкреатиту включає лапаротомію і дренування проксимального відділу вивідного протоку підшлункової залози, який розтинається поздовжньо в дистальному відділі, з послідуною аспірацією [1].

Очевидно, що чрезкутанна аспірація є інформативним методом для виявлення інфекції, забезпечує відведення високотоксичного випоту з продуктами тканинного розпаду і дрібними секвестрами. Однак, аналіз післяопераційної летальності виявив, що у 76% хворих спостерігається висока частота сепсису після закритого дренажу, зумовлена, переважно, неадекватним дренуванням. По дренажах важко аспірувати секвестри і некротичні маси через присутність досить крупних фрагментів омертвілих тканин, розповсюдженості ураження залози і заочеревинної клітковини.

Некротичний матеріал не може бути адекватно евакуйований навіть через самі крупні дренажі з використанням закритого методу. Аналіз причин смерті хворих з ускладненнями панкреонекрозу у пізні строки захворювання переконливо показує, що основну роль між них грають неусунені осередки некрозу у підшлунковій залозі, оточуючої панкреатичної та перипанкреатичної тканинах, прогресуюча інтоксикація продуктами тканинного розпаду. Тому стандартні дренуючі операції при панкреонекрозі виявляються малоефективними і не забезпечують одужання при збереженні в зоні підшлункової залози масових некрозів і тканинних секвестрів, без додаткових оперативних втручань [2].

Відомий спосіб оперативного лікування деструктивного панкреатиту, який включає лапаротомію, некректомію, дренування вивідного протоку підшлункової залози, розтинного поздовжньо-поперечно в дистальному відділі, і підшиванням пелюстків шлунково-обідкової зв'язки, з ендоскопічним контролем в післяопераційному періоді та етапними некректоміями до формування панкреатичної нориці [3].

Даний спосіб здається більш ефективним, бо дозволяє знизити летальність, пов'язану з інфікованим панкреонекрозом з 44 - 65 до 14 - 18% шляхом відкритого дренування та проведення етапних некректомій [2]. Некректомія сприяла евакуації некротичного матеріалу (панкреатичної та перипанкреатичної тканин) через лапаростомию, знизилася частота сепсису, дещо затримала прогресуючу інтоксикацію продуктами тканинного розпаду. В послідуючих спостереженнях встановлена перевага великої кількості перехідних та зрілих макрофагів з крупними, добре прокрашеними гематоксиліном ядрами і дрібнозернистою світлою цитоплазмою з численними мікрровиросами, котрі відмежовували ділянки некрозу. В той же період починала формуватися незріла грануляційна тканина, у вигляді дрібнофокусної проліферації, з великою кількістю судин, вистелених плоскими ендотеліальними клітинами, між котрих зустрічались не тільки макрофагально-лімфоїдні елементи, але і фібробласти різної ступені зрілості.

Однак ефективність цього способу ще недостатня, переважно, через неможливість здержування розповсюдження некрозів у вільну черевну порожнину і розташовані в ній органи, відзначені [4] гострі зміни у вигляді відмежованих екстравазатів, некрозів жирової та залозистої тканини, різного ступеню вираженості між- і внутрішньозалозового, перидуктального і периваскулярного склерозу.

Декілька ефективніше в цьому відношенні застосування способу оперативного лікування деструктивного панкреатиту, включаючого лапаротомію, відмежування некротичного осередку від вільної черевної порожнини, некректомію, санацію і дренування, в котрім відмежування некротичного осередку передбачає ізоляцію підшлункової залози від вільної черевної порожнини і заочеревинного простору шляхом підводу смужок з твердої мозгової оболонки та їх фіксації позаду залози, а також виводу їх кінців назовні, з фіксацією до апоневрозу і шкіри [5]. Цим досягається ізоляція підшлункової залози від вільної черевної порожнини і заочеревинного простору.

Однак звісне рішення проблеми є ще недостатньо ефективним, так як при локалізації осередків в брижі поперечно-обідкової кишки, задньої стінки черевної порожнини, кореня брижі тонкої кишки - дренування є технічно важким або нездійснимим. Ізоляція підшлункової залози від вільної черевної порожнини і заочеревинного простору шляхом підводу смужок з твердої мозгової оболонки та їх фіксації позаду залози, а також виводу їх кінців назовні, з фіксацією до апоневрозу і шкіри звичайно незадовільна, через те, що некротичні осередки в більшості випадків розташовані не в самій підшлунковій залозі, а в оточуючій її парапанкреатичній клітковині і некрсеквестректомія самої підшлункової залози не є адекватним втручанням і не позбавляє хворого від інтоксикації та сепсису, що продовжуються за рахунок гнійнонекротичних парапанкреатичних осередків. Крім того, застосування методу потребує наявності твердої мозгової оболонки, що в практиці невідкладної хірургії не завжди здійснимим. В основу способу оперативного лікування деструктивного панкреатиту поставлена задача підвищення ефективності лікування шляхом відмежування некротичного осередку і перешкода його розповсюдження на поблизуки органи.

Вказана задача вирішується тим, що у способі оперативного лікування деструктивного панкреатиту, включаючий лапаротомію, некректомію, санацію, відмежування некротичного осередку від вільної черевної порожнини та дренування, згідно з пропозицією, після некректомії та санації некротичного осередку перед його дренуванням, здійснюють його відмежування від вільної черевної порожнини шляхом підшивання великого сальника до парієтальної очеревини задньої черевної стінки навколо некротичного осередку, при цьому дренування виконують через контрапертуру передньої черевної стінки та поперекової області.

Причинно-наслідковий зв'язок пропонуємих відмінностей з побаченим заявником позитивним результатом полягає у наступному.

Одночасність проведення дренування некротичного осередку та відмежування останнього від вільної черевної порожнини відповідає підвищенню ефективності оперативного лікування деструктивного панкреатиту тим, що прогноз захворювання в основному обумовлюється тим, чи вдасться запобігти подальшому прогресуванню некротичного процесу і обмежити його поширення.

Поряд з цим, виконання згаданого відмежування шляхом підшивання великого сальника до парієтальної очеревини задньої черевної стінки навколо некротичного осередку забезпечує в порівнянні з прототипом [5], більш високі можливості, пов'язані з можливістю відмежування некротичного осередку не тільки в сальниковій сумці, але і в місцях, де звичайне дренування виконати неможливо, що також відповідає підвищенню ефективності оперативного лікування.

Разом з цим виконання санації після відмежування некротичної області може здійснюватися і в післяопераційному періоді без загрози деструктивних змін у поблизуких органах черевної порожнини через те, що відмежування останніх від гнійно-некротичного осередку великим сальником.

Проведення дренажу через розтин в поперековій області і передньої черевної стінки характеризується більш високою результативністю, пов'язаною з кращою евакуацією гнійно-некротичного детриту і діалізату, які накопичуються у відмежованій області, можливість здійснення більш ефективного проточного дренування без

загрози затікання діалізату у вільну черевну порожнину.

Отже, кожний з пропонуємих ознак має причинно-наслідковий зв'язок з досягаємим позитивним результатом і є необхідним, відсутність будь-якого з них не дозволить підвищити ефективність оперативного лікування деструктивного панкреатиту.

Проведений заявником аналіз рівня техніки і медицини по джерелам патентної та науково-технічної інформації, які містять знання щодо представлених аналогів, дозволив встановити відсутність джерел, які характеризуються ознаками, тотожними істотним ознакам заявляемого винаходу, узятими як окремо, так і в сукупності. Визначення прототипу [5], як найбільш близького по сукупності ознак аналога та об'єкта того ж функціонального призначення, дозволило встановити сукупність істотних відмінних ознак по відношенню до убачаемого заявником позитивного результату, викладених у формулі пропонуємого винаходу.

Отже, пропонуємий винахід задовольняє критерію винаходу "новизна", через те, що є невідомим з існуючого рівня медицини.

Для перевірки відповідності заявляемого винаходу умові "винахідницький рівень" були додатково досліджені відомі рішення по виявленню ознак, що збігаються з ознаками, відмінними від прототипу. Результати досліджень показали, що пропонуємий винахід не виникає явно з рівня медицини, встановленого заявником, оскільки у ньому не встановлено впливу на досягнення позитивного результату, що убачається, з боку перетворень істотними ознаками заявленого об'єкта.

Отже, винахід, що заявляється, відповідає умові "винахідницький рівень".

Сутність винаходу пояснюється рисунками, на котрих зображені розтини черевної порожнини при оперативному втручанні з приводу деструктивного панкреатиту по загальноприйнятій методиці (фіг.1) та при операції по новій методиці у прямій (фіг.2) і боковій (фіг.3) проєкціях.

На фігурах зображені: центральний розміщений некротичний осередок 1 у кореня брижі тонкого кишечника 5; дренажі, введені по загальноприйнятій методиці 2; дренаж, введений по новій методиці 3, шви 4, що фіксують великий сальник 6 до задньої черевної стінки і до передньої черевної стінки 9; підшлункова залоза 7 і шлунок 8.

Засіб при використанні може бути застосований у такій послідовності.

Після виконання лапаротомії оцінюється ступінь розповсюдженості некрозів в підшлунковій залозі і парапанкреатичній клітковині. При виявленні осередків некрозу в місцях, недоступних для звичайного дренирування (задня черевна стінка 4 у кореня брижі тонкого кишечника), провадиться: 1) некрсеквестректомія осередку 1 методом дігітоклазії; 2) гемостаз; 3) відмежування некротичного осередку від вільної черевної порожнини шляхом фіксації швами 4 великого сальника 6 навколо осередку і до передньої черевної стінки 9; 4) наскрізне дренирування осередку через передню черевну стінку 9 і контрапертуру в поперековій області; 5) налагодження проточної санації осередку через дренаж (3). Таким чином, після виконання вказаних маніпуляцій некротичний осередок відмежується від органів вільної черевної порожнини, що дозволяє проводити цілеспрямовану санацію осередку в післяопераційному періоді і запобігає розповсюдженню некротичного процесу на оточуючі органи.

Приклад. Пропонуємий спосіб був реалізований у хворой Ш., госпіталізованої в хірургічне відділення №18 міськ. клініч. лік. 06.07.96, через 6 діб після початку захворювання з діагнозом: деструктивний панкреатит (історія хвороби №184/1087). Через 1 добу після проведення інтенсивної консервативної терапії здійснено оперативне втручання: лапаротомія, холецистостомія, некрсеквестректомія, дренирування заочеревинного простору і черевної порожнини. Післяопераційний діагноз: тотальний геморагічний панкреонекроз, гнійно-некротичний парапанкреатит, двусторонній гнійно-некротичний параколіт. Інтраопераційно виявлено гнійно-некротичний осередок медіально від брижі тонкого кишечника діаметром до 6см. Дренувати його повноцінно по загальноприйнятій методиці неможливо. Проведена некрсеквестректомія, великий сальник підшито вузловими швами навколо вказаного осередку і до передньої черевної стінки. Враховуючи гнійно-некротичний параколіт, висхідна обідкова кишка мобілізована, через контрапертуру в поперековій області згаданий некротичний осередок і передню черевну стінку проведений перчаточо-трубчатий дренаж. В післяопераційному періоді разом з загальноприйнятною консервативною терапією виконувалась регулярна санація некротичного осередку, видалялись дрібні секвестри. Дренажі з некротичної порожнини видалені після припинення гнійно-некротичного виділення через 50 діб після операції. Хвора виписана одужалою 10.12.96р.

Таким чином, після проведення клінічного випробування запропонованого способу лікування деструктивного панкреатиту, заявником встановлено, що підвищення його ефективності обумовлено відмежуванням некротичного осередку від вільної черевної порожнини за допомогою великого сальника та дренажу через контрапертуру передньої черевної стінки та поперекової області. Додатково перевагою способу, що пропонується є зменшення кількості оперативних втручань та обмеження генералізації процесу.

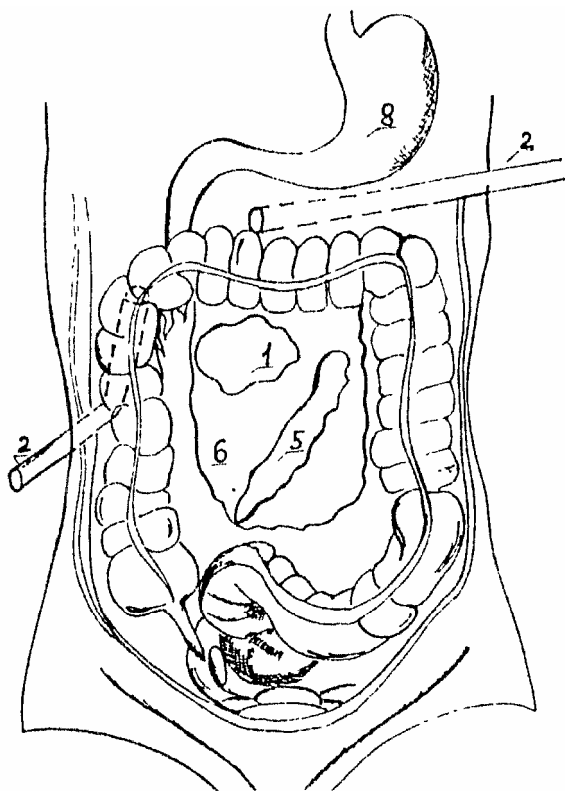
Вищезгадані відомості свідчать про виконання слідуєщої сукупності умов:

заявлений спосіб при його виконанні може бути використаний в невідкладній панкреатології;

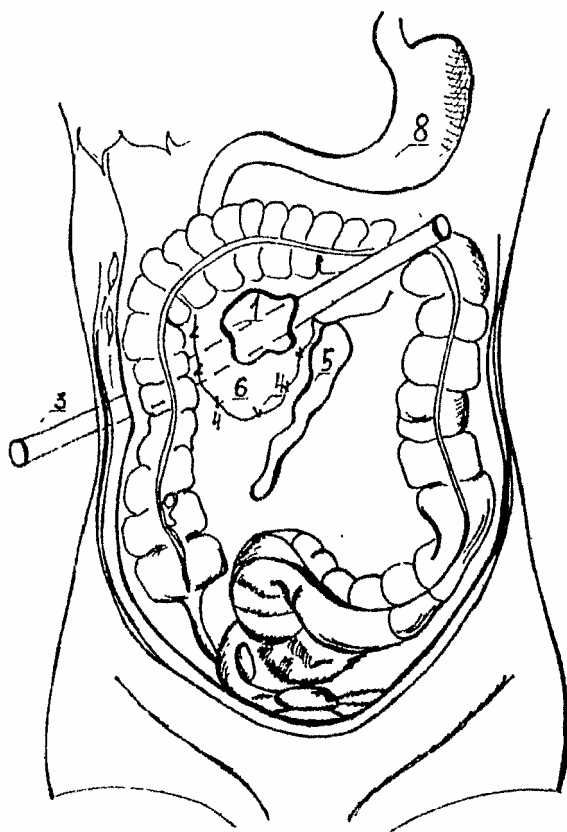
для заявляемого об'єкта у тому вигляді, як він схарактеризований у незалежному пункті викладеної формули, підтверджена можливість його здійснення, за допомогою вказаних у заявці або відомих до дати пріоритету засобів та методів;

спосіб, що втілює заявляємий винахід при його реалізації, забезпечує досягнення позитивного результату, який убачає заявник.

Отже, розроблений винахід відповідає умові "промислова придатність" і може бути рекомендований для клінічного застосування.



Фиг. 1



Фиг. 2



Fig. 3