



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **78010** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 08076	(72) Винахідник(и): Ярешко Володимир Григорович (UA), Рязанов Дмитро Юрійович (UA), Антоневич Віктор Миколайович (UA)
(22) Дата подання заявки: 02.07.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.03.2013	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД "ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ", бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096 (UA), Ярешко Володимир Григорович, вул. Ясна, буд. 1, сел. Сонячне, Запорізький р-н, 69002 (UA), Рязанов Дмитро Юрійович, пр. Леніна, 155, кв. 94, м. Запоріжжя, 69035 (UA), Антоневич Віктор Миколайович, вул. Грязнова, 88, кв. 77, м. Запоріжжя, 69068 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.03.2013, Бюл.№ 5	

(54) СПОСІБ ЗАВЕРШЕННЯ РЕЛАПАРОТОМІЙ У ХВОРИХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

(57) Реферат:

Спосіб завершення релапаротомій у хворих панкреонекрозом включає пошарове ушивання післяопераційної рани вузловим швом. Після ушивання апоневроза додатково виконують ненатяжну герніопластику поліпропіленовим імплантом.

UA 78010 U

Спосіб належить до медицини, а саме до хірургії, і забезпечує профілактику хірургічних ускладнень у віддаленому післяопераційному періоді.

Хірургічне лікування хворих панкреонекрозом припускає виконання повторних релапаротомій. Це обумовлено особливостями перебігу панкреонекрозу, а саме: неможливістю одномоментної санації інфікованих вогнищ панкреонекрозу і заочеревної клітковини і виникненням життєзагрожуючих ускладнень (арозивна кровотеча, зовнішня або внутрішня нориця, гостра злукова тонкокишкова непрохідність, перитоніт).

Завершення релапаротомії у хворих панкреонекрозом може бути виконане відкритим (лапаростомія) або закритим способом.

Відомий відкритий (лапаростомія) спосіб завершення релапаротомії шляхом накладання "утримуючих швів" через усі шари передньої черевної стінки, який ґрунтується на ушиванні рани через усі шари швами на відстані 4-5 см один від одного з використанням гумових трубок як "поплавців" [Шайн М. Здоровий глузд в невідкладній абдомінальній хірургії / Пер. з англ. і ред. Б.Д. Савчука. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003, стор. 198]. Вказаний спосіб дозволяє міцно зіставити края рани, забезпечити швидкий доступ до черевної порожнини, запобігти евентрації, але не зменшує травматизацію і створює надмірне натягнення тканин передньої черевної стінки, що підвищує внутрішньочеревний тиск. Вказаний шов формує неміцний рубець, що призводить до виникнення у віддаленому періоді післяопераційної вентральної киля в усіх хворих.

Найбільш близьким по сукупності ознак до запропонованого способу є закритий спосіб завершення релапаротомії [Літманн І. Черевна хірургія / переклад з німецької і ред. М.Н. Анічков. - Б.: типографія академії наук Венгрії, 1970, стор. 41] шляхом пошарового ушивання післяопераційної рани вузловим швом. При цьому забезпечується добре співставлення країв очеревини, апоневрозу, підшкірножирової клітковини, шкіри.

Вказана методика має наступні недоліки:

1) у хворих на панкреонекроз в умовах повторної травматизації рани виникає ішемія і локальний запальний процес в рані, бактеріальна її контамінація, відбувається ослаблення структур рани, що робить неможливим надійне пошарове співставлення окремих утворень передньої черевної стінки;

2) у хворих, яким виконувалися релапаротомії (з редренуванням черевної порожнини) в місцях проходження трубчастих дренажів і гемостатичних тампонів через серединну рану свідомо формуються стійкі дефекти, які не ушиваються і заживають вторинним натягом. Вказані недоліки є причиною виникнення в віддаленому періоді післяопераційної вентральної киля у всіх хворих.

У основу корисної моделі поставлено задачу створити такий спосіб завершення релапаротомій у хворих на панкреонекроз, який дозволить укріпити передню черевну стінку і уникнути виникнення післяопераційної вентральної киля. Поставлена задача здійснюється завдяки тому, що у вказаному способі при остаточному закритті операційної рани передньої черевної стінки виконують ненатяжну герніопластику поліпропіленовим імплантом.

Спосіб здійснюють таким чином: після ревізії підшлункової залози, черевної порожнини, зачеревного простору і ухвалення рішення про те, що релапаротомія є заключною, виконують виділення апоневротичної площадки шириною не менше 5 см, ретельно очищаючи поверхню апоневрозу від жирової клітковини. Післяопераційна рана ушивається окремими вузловими швами через всі шари без захвату підшкірної жирової клітковини і шкіри. Поліпропіленовий сітчастий імплант, розмір якого має бути на 3 см більшим на всі боки від ушитої серединної рани, укладається без натягнення на апоневроз передньої черевної стінки і фіксується до нього по периметру окремими вузловими швами на відстані 3 см один від одного. Подшкірножирова клітковина і шкіра ушиваються звичайною ниткою вузловим швом. В результаті відбувається зміцнення передньої черевної стінки, що запобігає у віддаленому періоді формуванню післяопераційної вентральної киля.

Приклад 1. Хвора Р., 58 років (історія хвороби №941), 08.12.2009 р. була прийнята зі скаргами на біль в епігастрії і правому підребер'ї, нудоту, блювоту, слабкість. Захворіла гостро 07.12.2009 г., коли після погрішності в дієті виникли вищезгадані скарги. Об'єктивно: стан вкрай важкий. Шкіра бліда, дихання часте поверхневе. Рс=102 за хвилину, АД= 100/70 мм.рт.ст. Живіт роздутый, обмежено бере участь в акті дихання, при пальпації болючий у всіх відділах, симптоми перитоніту негативні. Висновок УЗД від 10.12.2009 р.: сонографічна картина панкреонекрозу. Вільна рідина у всіх відділах черевної порожнини. Комп'ютерна томографія від 18.12.2009 р.: ознаки гострого тотального інфільтративно-некротичного панкреатиту (панкреонекроз, стадія Е). Діагноз: Тотальний інфікований панкреонекроз. Абдомінальний сепсис. Розповсюджений перитоніт. 10.12.2009 р. операція - лапароскопічне дренування черевної порожнини. 15.12.2009 р. операція - лапаротомія, холецистектомія, розтин і

дренування флегмони заочеревинного простору, дренування сальникової сумки, черевної порожнини, інтубація тонкого кишечника. 29.12.2009 р. операція - релапаротомія, панкреатсеквестрнекректомія, редренування заочеревинного простору і сальникової сумки. 04.01.2010 р. операція - релапаротомія, панкреатсеквестрнекректомія, спленектомія, санація і

5 редренування заочеревинного простору і сальникової сумки. 12.01.2010 р. операція - релапаротомія, панкреатсеквестрнекректомія, санація заочеревинного простору і сальникової сумки, ненатяжна герніопластика проленовим сітчастим імплантом.

20.01.2010р. хвора виписана. Контрольний огляд через 9 міс.: на передній черевній стінці окріплий післяопераційний рубець, килового випинання немає.

10 Приклад 2. Хворий С., 57 років (історія хвороби №1336), 01.03.2010 р. був прийнятий із скаргами на біль в епігастрії і лівому підребер'ї, нудоту, блювоту, жовтяничність шкіри і склер. Захворів гостро 26.02.2010 р., коли після погіршності в дієті виникли вищезгадані скарги. Об'єктивно: стан середнього ступеня важкості. Шкіра, склери жовтяничні. Рз=86/хвилину, АД=120/70 мм.рт.ст. Живіт здутий, болючий при пальпації в епігастрії і лівому підребер'ї. Висновок

15 УЗД від 26.02.2010 р: сонографічна картина панкреонекрозу. Вільна рідина черевної порожнини. Комп'ютерна томографія від 10.03.2010 р.: ознаки гострого субтотального інфільтративно-некротичного панкреатиту (стадія Д-Е).

Діагноз: Панкреонекроз. Поліорганна недостатність. Сепсис. Перитоніт з в'ялим перебігом. Некроз дванадцятипалої кишки. 11.03.2010 р. операція - лапаротомія, розтин і дренування абсцесів сальникової сумки. Абдомінізація підшлункової залози. 12.03.2010 р. операція

20 релапаротомія панкреатсеквестрнекректомія, редренування сальникової сумки. 15.03.2010 р. операція - релапаротомія, панкреатсеквестрнекректомія, редренування сальникової сумки. 30.03.2010р. операція - релапаротомія, спленектомія, редренування сальникової сумки. 06.04.2010р. операція - релапаротомія, холецистектомія, дуоденостомія, ненатяжна

25 герніопластика поліпропіленовим є імплантом.

08.04.2010 р. хворий виписаний в задовільному стані. Контрольний огляд через 12 міс.: на передній черевній стінці окріплий післяопераційний рубець, килового випинання немає.

Таким чином, спосіб, який пропонується, зменшує травматизацію, дозволяє надійно укріпити передню черевну стінку, що запобігає виникненню у віддаленому періоді післяопераційної

30 вентральної кири.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб завершення релапаротомій у хворих панкреонекрозом, що включає поширене ушивання післяопераційної рани вузловим швом, який **відрізняється** тим, що після ушивання апоневрозу додатково виконують ненатяжну герніопластику поліпропіленовим імплантом.

35

Комп'ютерна верстка Л.Литвиненко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601