



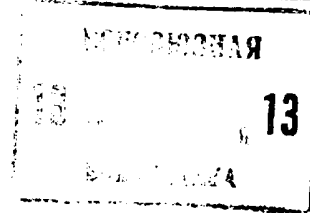
СОЮЗ СОВЕТСКИХ
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ
РЕСПУБЛИК

(19) SU (11) 1251912 A1

(51) 4 A 61 M 27/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ



(21) 3585807/28-14

(22) 27.04.83

(46) 23.08.86. Бюл. № 31

(71) Горьковский государственный медицинский институт им. С. М. Кирова

(72) В. А. Соловьев, В. М. Назаров и В. И. Парохоняк

(53) 611.3-007.253 (088.8)

(56) Эмухвари Н. Т. Наружная тампонада желчных свищей поролоновой губкой. Материалы научной сессии практических врачей Абхазии. Сухуми, 1970, с. 67.

Alexander-Williams J, Jrving M. Intestinal fistulas. Bristol—London—Boston, 1982, 149, 201.

(54)(57) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННЫХ СВИЩЕЙ, включающий обтурацию полости или раны со свищом полимерным материалом и ее дренирование, отличающийся тем, что, с целью снижения осложнений путем уменьшения травматизации раны и обеспечения активно-двигательного режима больных, обтурацию проводят тампоном из поролонa, при этом в него вводят дренаж и проводят аспирацию со степенью разрежения 0,1—0,5 кг/см².

(19) SU (11) 1251912 A1

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, и может быть использовано для лечения свищей гепатопанкреатической и гастродуоденальной зоны.

Целью изобретения является снижение осложнений путем уменьшения травматизации раны и обеспечение активно-двигательного режима больных.

Способ осуществляют следующим образом.

Из поролон, хранящегося в растворе антисептика, ножницами моделируют тампон необходимых размеров и формы, соответствующий объему полости свищевого канала. В поролоновый тампон внедряют и фиксируют одним швом дренажную трубку с несколькими перфорационными отверстиями, которые располагают в толще поролон. В сжатом состоянии тампон вводят в свищевой канал при помощи зажима. Тампон расправляется, адекватно заполняя свищевой канал. Накладывают асептическую повязку. При помощи серийного отсоса проводят активную аспирацию с разрежением 0,1—0,5 кг/см².

Нижняя граница интервала прикладываемого разрежения установлена опытным путем. Как показывают наблюдения, применение активной аспирации в режиме 0,5 кг/см² не оказывает повреждающего действия на органы брюшной полости в том случае, если аспирация осуществляется через поролон. Активная аспирация в режиме 0,1 кг/см² достаточна при чисто панкреатических и желчных свищах в условиях относительно чистых ран, когда исключена возможность адсорбирования на губке большого количества фибрина, некрозов, а общий объем истекающих жидкостей не превышает 1 л. Верхний режим интервала активной аспирации целесообразнее использовать при сочетании истечения биологически активных жидкостей и жидкостей, принимаемых через рот (в случае несостоятельности швов малой кривизны после резекции желудка, недостаточности гастроэнтероанастомоза, гастродуоденоанастомоза, панкреатоеюноанастомоза), когда во время приема жидкостей одномоментное истечение жидкости может превышать 60—80 мл в мин.

Более высокие степени разрежения в указанном интервале следует применять и в самом начале лечения в условиях гнойно-некротических ран. При этом несмотря на то, что часть поверхности поролон может быть закрыта фибрином и некрозами, приложенное разрежение на свободных участках компенсирует «выведенную из строя» часть поролоновой губки. Отсасывание при этом остается адекватным. Применение степеней разрежения более 0,5 кг/см², особенно в условиях чистых ран с истечением небольшого количества жидкостей (до 1 л), нецелесообразно, так как приводит к избыточному врастанию грануляций в поролон и их излиш-

ней травматизации при замене поролоновой модели. Разрежение 0,5 кг/см² является достаточным для аспирации 3 л жидкости в 1 ч.

Интервал отрицательного давления 0,1—0,5 кг/см² является безопасным, и в каждом конкретном случае выбор режима в указанном диапазоне может быть индивидуальным для каждого больного. Коррекция режима аспирации может быть осуществлена в процессе лечения.

Проведение сбора и учет эвакуированной жидкости в процессе лечения облегчают коррекцию проводимой трансфузионной терапии. Ежедневно с целью улучшения репаративных процессов дегидратации тканей свищевой канала и бактерицидного воздействия больным проводят сеанс ультразвуковой терапии на рану. Для этого отключают отсос, через дренажную трубку поролоновый тампон обильно пропитывают антисептиком. С помощью аппарата «Стержень-1» на наконечник подают ультразвук мощностью 0,5 мВт/см² в течение 15 мин. Перевязки проводят 1 раз в 4 дня с целью замены тампона, который моделируют в соответствии с уменьшающимся объемом свищевой канала (полости).

Пример 1. Больной П., 22 года, поступил с диагнозом: недостаточность культи двенадцатиперстной кишки после резекции 2/3 желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной повторным профузным кровотечением. Тяжелая постгеморрагическая анемия.

Из анамнеза установлено, что 29 мая 1983 года у больного возникло повторное профузное кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки. В тот же день в участковой больнице врачом отделения санитарной авиации больному произведена резекция 2/3 желудка с атипичным укрытием культи двенадцатиперстной кишки на высоте кровотечения.

Послеоперационный период на 5 день осложнился недостаточностью культи двенадцатиперстной кишки. На протяжении суток после операции истечение желчи по дренажу прекратилось, она стала поступать мимо дренажа через рану в повязку. За сутки проводилось 18 перевязок. Несмотря на это, стала бурно прогрессировать мацерация кожи на передней брюшной стенке. Швы на ране начали прорезаться. Нарастало обезвоживание. Проводимое парентеральное питание затруднено из-за выраженных аллергических реакций (трансфузионные лихорадки).

При осмотре установлено следующее: на всей передней брюшной стенке и особенно в подложечной области, где имеется рана после верхнего срединного чревосечения, кожа сильно мацерирована, обильно мокнет, малейшее прикосновение к ней вызывает резкие боли. В центре послеоперационной

раны стоит резиновый дренаж, который не функционирует. Помимо дренажа через рану обильно истекает желчь. Истечение желчи усиливается при малейшем изменении положения или движении больного, что указывает на явную недостаточность оттока желчи. Держится высокая лихорадка (до 39°C). Нижние отделы живота интактные. В анализах крови картина анемии и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Больной взят в перевязочную. С раны снято 4 шва (с кожи и апоневроза), дренаж удален. Рана частично разведена. При этом установлено, что в подпеченочном пространстве справа имеется ограниченная петлями кишок и салынком полость, содержащая около 200,0 мутной желчи с хлопьями фибрина. Желчь удалена, полость осушена. На дне полости имеется масса фибриновых налетов и обильное наложение некрозов, среди которых определяется дефект в культе двенадцатиперстной кишки до 0,4x0,4 см, из которого непрерывно истекает желчь. Размеры полости 10x8x6 см.

Соответственно размерам полости изготовлена поролоновая модель, в которую внедрен полихлорвиниловый перфорированный дренаж и фиксирован к поролону одним швом. В сжатом состоянии модель введена в полость, располагающуюся в подпеченочном пространстве. Начата активная аспирация в режиме 0,1 кг/см². Аспирация адекватна, попадания желчи на кожу нет. Рана оставлена без повязки, ведется открытым способом. За сутки эвакуировано 1200,0 желчи. Однако в последующие 12 ч отмечено вновь попадание желчи на кожу, и одновременно резко уменьшилось количество истекающей желчи в отсос (за 12 ч 200,0). Произведена коррекция разрежения в сторону его увеличения до 0,5 кг/см². Аспирация опять стала адекватной. Количество истекающей за сутки желчи 1200,0.

На 3 сутки во время замены поролоновой модели стала ясна причина нарушения адекватности улавливания желчи. Вся поролоновая губка была обильно покрыта фибрином и некрозами, что привело к нарушению ее всасывающей способности в режиме 0,1 кг/см². Увеличение степени разрежения до 0,5 кг/см² вновь создало адекватность аспирации. Улавливаемую и фильтруемую желчь давали больному пить через рот. Через две недели до начала аспирации состояние больного значительно улучшилось, он стал транспортабельным, мацерация кожи исчезла, и больной был переведен в областную больницу, где активная аспирация продолжалась в режиме 0,5 кг/см² еще 8 дней. За этот период количество истекающей желчи уменьшилось до 200,0. Полость в подпеченочном пространстве уменьшилась в 2 раза, хорошо выполнялась сочными гра-

нуляциями. При замене поролоновой модели, работавшей с приложенным отрицательным давлением 0,5 кг/см² в течение 4 суток, отмечено повышенное вращение грануляционной ткани в поролон, что приводит к излишней кровоточивости из грануляций при замене поролона и их травматизации. Поэтому режим активной аспирации уменьшен до 0,1 кг/см². Вращение грануляций в поролон практически исчезло, кровоточивость грануляций во время перевязок стала незначительной, а в соответствии с уменьшением количества истекающей желчи режим улавливания остался полным. В таком режиме аспирирующая система работала еще 7 дней, после чего отделение желчи прекратилось. Поролоновый тампон из раны удален, аспирация прекращена. В рану введена небольшая марлевая турунда, пропитанная вазелиновым маслом. 18 июля после полного заживления раны больной выписан домой. Осмотрен через год, работает шофером, жалоб нет. Рецидива свища не отмечено.

Пример 2. Больной Ш., 1940 года рождения, находился в клинике с 10.11.82 по 27.01.83 г.

04.12.82 произведена панкреатодуоденальная резекция по поводу псевдоопухолевого панкреатита. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью панкреатоеюноанастомоза, что привело к образованию наружного панкреатического свища. В течение 8 дней проводилось пассивное дренирование, в связи с неэффективностью которого начато лечение по предлагаемому способу.

Под местной анестезией произведено расширение послеоперационной раны по ходу удаленного дренажа до 2 см в длину и 15 см в ширину. В брюшной полости обнаружена ограниченная полость, стенками которой являются петли тонкой кишки. Поступление панкреатического сока происходит между петлями кишки на дне полости. Произведена obturация раны смоделированным поролоновым тампоном, начата аспирация при разрежении 0,1 кг/см², за сутки эвакуировано 600 мл панкреатического сока. На третий день расширен двигательный режим, разрешено сидеть, ходить по палате. Ежедневно проводились сеансы ультразвуковой терапии. После сеансов возобновлялась активная аспирация. Перевязки 1 раз в 4 дня, рана очистилась, выполнялась грануляциями. На 17 день количество панкреатического сока снизилось до 30 мл, свищевой канал значительно уменьшился. Активная аспирация прекращена, наложена сухая асептическая повязка. На 28 день больной выписан с полным заживлением раны.

Способ прошел успешные клинические испытания, рекомендован в хирургическую практику.