



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **12799** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

### ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

#### (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

1

2

(21) 20041109587

(22) 22.11.2004

(24) 15.03.2006

(46) 15.03.2006, Бюл. № 3, 2006 р.

(72) Костирной Олександр Васильович, Гройзик Кирил Львович, Воронков Деніс Євгенійович, Шах Алан Ансари, Аль Масрі Ніхаль Даїфаллах Мох Д, Грінцов Олександр Григорьович

(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. С. І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО

(57) Спосіб лікування інфікованого панкреонекрозу шляхом видалення некротичних тканин підшлункової залози і навколишніх її тканин і введення лікарських препаратів, який **відрізняється** тим,

що після традиційного етапу втручання, гнійно-некротична зона дренується поролоново-трубчатою конструкцією поміщеною в сітчасту оболонку, із системою очищення просвіту дренажів за допомогою лісочки з гудзичками і системою зрошення гнійно-некротичної площі антисептичними розчинами, при цьому поролонова основа просочується великою кількістю мазевої композиції що має некролітичний ефект, а система лісочки з гачком дозволяє при необхідності здійснювати заміну поролоново-трубчатої конструкції для візуального огляду вогнища запалення і введення нової дренажної конструкції.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема, до хірургічної панкреатології.

Інфікування вогнищ некрозу в підшлунковій залозі і навколишніх її тканинах в даний час є грізним ускладненням асептичного панкреонекрозу. Супроводжується високою післяопераційною летальністю до 80%.

Відомі способи лікування і контролю запропоновані М.П. Вілявським і О.О. Шалімовим мають ряд недоліків: перший спосіб виключає адекватний огляд усієї гнійно-некротичної порожнини і введення лікарських препаратів безпосередньо у вогнище запалення, з урахуванням фази гнійного процесу. Другий - виконуваний етапні некр-секвестректомії сполучені з ризиком повторного втручання, не виключають від подальшого прогресування гнійно-некротичного процесу [1, 2].

Корисною моделлю поставлена задача підвищити ступінь огляду всієї зони гнійно-некротичного вогнища, створити ефективний медикаментозний вплив на некротизовані тканини, підвищити ефективність лікування шляхом адекватного дренування гнійно-некротичної зони, зменшуючи можливість до "відшнуровування" і формування додаткової гнійної порожнини.

Поставлена мета досягається тим, що даний спосіб лікування інфікованого панкреонекрозу, полягає в тім, що після виконаного оперативного посібника з приводу інфікованого панкреонекрозу

(а одного втручання, як правило, при даній патології не досить). Обсяг першого втручання обмежується "максимально розумною" тактикою у видаленні некротизованих тканин.

Після чого по верхній і нижній поверхні підшлункової залози укладаються трубчасті дренажі зрошення 1 і 2, що мають, бічні отвори 3. Далі ліворуч по середній паховій лінії формується широка контрапертура довжиною до 10-12 див. Після чого чепцева сумка дренується поролоново-трубчатою конструкцією 4 (при цьому поролонова основа готується індивідуально до кожного гнійного випадку в залежності від поширення гнійно-некротичного процесу з таким розрахунком, щоб поролонова основа цілком, "рихло" заповнила всю гнійно-некротичну площу), поролонова основа перед установкою рясно просочується водорозчинними мазями з урахуванням фази гнійного процесу (нитацид та інш.). У середній частині поролонової основи 4 установлюється трубчастий дренаж евакуації 5 з бічними отворами 6, зовнішня частина якої підключається до джерела зовнішнього відсмоктувача 7.

З огляду на особливість поролонової губки ("усмоктувати" екссудат і при механічному тиску - "віддавати"), для цього поролоново-трубчата конструкція 4 містилася в спеціальний каркас сітчастої оболонки 8, яка мала два "рукави" 9 і 10, що виводяться в протилежних напрямках від гнійно-

(19) **UA** (11) **12799** (13) **U**

некротичної зони вогнища запалення. Додатково встановлюється трубчастий дренаж у чепцеву сумку 11 через який і дренаж 5 проводиться лісочка 12 з гудзиками 13. Уся дренажна конструкція за винятком трубчастого дренажу 11 (виведеного через контрапертуру в епігастральній області) виводиться через розчин по середній пахвовій лінії. Через трубчастий дренаж 11 і 5 також проводиться лісочка 14 з гачком 15. Після чого операційна рана ушивається. На Фіг.1 показана схема пропонованого способу лікування.

Перевагою пропонованого способу є те, що він дозволяє в післяопераційному періоді контролювати плин гнійно-некротичного процесу в чепцевій сумці (вогнище запалення) використовуючи для цього лапароскоп (після видалення поролоново-трубчастої конструкції) 4; поролонова основа просочена багатокомпонентною маззю (нитацид) яка володіє протизапальною, адсорбуючою, протимікробною і некролітичною активністю впливаючи на невилучені некротичні тканини при першому втручанні сприяють перекладу їх у секвеструючі тканини, більш того заповнюючи усю гнійно-некротичну площу, поролонова основа не дозволяє відграничитися (спастися) гнійної порожнини і дати можливість сформувати додатковий гнійник, система зрошення 1 і 2 антисептичними розчинами чепцевої сумки і система прочищення 12 і 13 просвіту дренажу 5 і відсмоктувач 7 дозволяють вчасно евакуювати гнійно-некротичний екссудат; каркасна сітчаста оболонка 8 дозволяє на всьому протязі зжати поролонову основу 4 шляхом потягування за "рукави" 9 і 10 і підготувати її до нового введен-

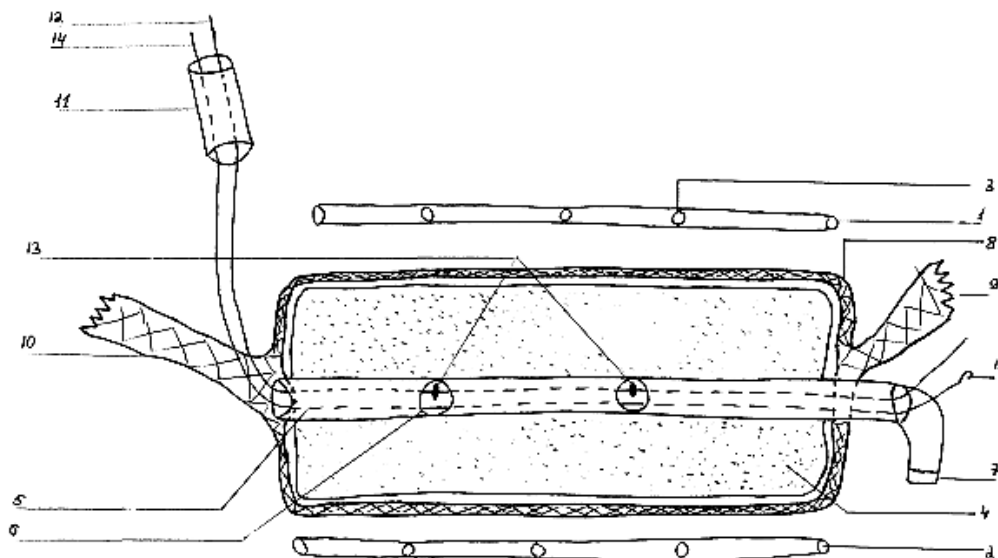
ня мазевої композиції. Система проведеної лісочки з гачком 14 і 15 дозволяє при видаленні "старої" поролоново-трубчастої конструкції 4 здійснити її заміну на "нову", як правило меншого розміру. Більш того даний спосіб може бути виконаний практично в будь-якого хворого без проведення загального наркозу, що спрощує введення післяопераційного періоду, виключає перевитрату медикаментів, тому що використовуються ті, котрі мають найбільшу ефективність з урахуванням фази гнійного процесу при візуальному контролі.

Пропонований спосіб не складний і може бути виконаний у технічному виконанні в будь-якому хірургічному стаціонарі.

- 1 - трубчастий дренаж зрошення;
- 2 - трубчастий дренаж зрошення;
- 3 - бічні отвори в дренажах 1 і 2;
- 4 - поролоново-трубчата конструкція;
- 5 - трубчастий дренаж евакуації;
- 6 - бічні отвори дренажу 5;
- 7 - відсмоктувач;
- 8 - сітчаста оболонка поролонової основи;
- 9 - рукав сітчастої оболонки;
- 10 - рукав сітчастої оболонки;
- 11 - додатковий трубчастий дренаж;
- 12 - лісочка з гудзиками 13;
- 14 - лісочка з гачком 15.

Джерело інформації:

- 1. М.П. Вилявский та інш. Актуальні питання хірургії підшлункової залози. -1988.- стр.15.
- 2. О.О. Шалімов та інш. Гострий панкреатит та його ускладнення. -1990. -290с.



Фіг.