



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **32747** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/22**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

1

2

(21) u200801070

(22) 29.01.2008

(24) 26.05.2008

(46) 26.05.2008, Бюл.№ 10, 2008 р.

(72) ЛОБАНОВА ОКСАНА МИХАЙЛІВНА, UA,  
ТКАЧЕНКО ОЛЕКСАНДР АНАТОЛІЙОВИЧ, UA,  
СУСАК ЯРОСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ, UA

(73) ЛОБАНОВА ОКСАНА МИХАЙЛІВНА, UA

(57) 1. Спосіб лікування інфікованого некротичного  
панкреатиту, що включає виконання некректомії зодночасною санацією розчином антисептика, який  
**відрізняється** тим, що некректомію здійснюють  
шляхом безперервного впливу ультразвуку часто-  
тою 25-35 кГц і інтенсивністю 200-1000 мВт/мм<sup>2</sup>.2. Спосіб лікування інфікованого некротичного  
панкреатиту за п. 1, який **відрізняється** тим, що  
як антисептик використовують декасан у загаль-  
ноприйнятих дозуваннях.

Корисна модель належить до способів ліку-  
вання інфікованого некротичного панкреатиту і  
може бути використана під час операційного втру-  
чання.

Відомий спосіб лікування інфікованого некро-  
тичного панкреатиту, що передбачає виконання  
некректомії з одночасною санацією розчином  
антисептика, наприклад бетадину. Причому,  
некректомію здійснюють шляхом впливу на  
згадане вогнище лазерного випромінювання  
щільністю 20Вт/мм<sup>2</sup>, завдяки чому некротичні  
тканини випаровуються. ("Верхулецкий И. Е., Мед-  
веденко А. Ф. и др. Комбинированное применение  
лазеров в комплексном лечении деструктивного  
панкреатита" // Харківська хірургічна школа. -  
2007. - №4(27). - с.36-39).

Спосіб не дозволяє повною мірою видалити  
некротичні тканини. Крім того, внаслідок викорис-  
тання способу пошкоджуються судини, нерви і  
протокова система, що негативно впливає на про-  
цеси регенерації підшлункової залози, призводить  
до недостатності ендокринної і екзокринної функції  
залози, арозивних кровотеч.

В основу корисної моделі поставлена задача  
створення способу лікування інфікованого некро-  
тичного панкреатиту, який в значній мірі був би  
позбавлений згаданих недоліків відомого способу.

Поставлена задача вирішується тим, що в  
способі лікування інфікованого некротичного пан-  
креатиту, що передбачає виконання некректомії з  
одночасною санацією розчином антисептика, від-  
повідно до корисної моделі некректомію здійсню-  
ють шляхом безперервного впливу ультразвуку  
частотою 25-35кГц і інтенсивністю 200-

1000мВт/мм<sup>2</sup>.

Крім того, як антисептик переважно викорис-  
товують декасан у загальноприйнятих дозуваннях.

Спосіб лікування інфікованого некротичного  
панкреатиту здійснюють таким чином. Виконують  
лапаротомію із ревізією органів черевної порожни-  
ни та заочеревинного простору. Під час операції  
після розкриття абсцесу та „пальцевого” видален-  
ня некротизованих тканин безперервно обробля-  
ють „видимі” ділянки некрозу підшлункової залози  
ультразвуковим дисектором в поєднанні із санаці-  
єю вогнищ некрозу розчином декасану.

Режим роботи ультразвукового дисектора: ча-  
стота 35кГц, інтенсивність 500мВт/мм<sup>2</sup>. Маніпуля-  
цію виконували до візуального очищення ділянок  
підшлункової залози від некротизованих тканин.  
Після операції в усіх хворих застосований „закри-  
тий” спосіб ведення з адекватним дренажуванням  
ділянок некрозу.

Було прооперовано 8 хворих. Під час здійс-  
нення ультразвукової дисекції з аспірацією пошко-  
дження судин з кровотечею не спостерігали. Візу-  
ально поверхня пошкодженої підшлункової залози  
(далі - ПЗ) після обробки була „чистою”. Після  
проведення некректомії „підтікання” секрету ПЗ не  
спостерігали. В одного з хворих з біліарним пан-  
креонекрозом виявлене підтікання по дренажам з  
підпечинковим заглибленням до 300мл жовчі  
впродовж 8 днів, яке самостійно припинилося. По-  
вторна некректомія здійснена у 2 хворих. Вогнища  
некрозу у них виявлені у місцях, де під час першо-  
го втручання ультразвукову дисекцію не проводи-  
ли. Померло двоє хворих: один від прогресуючої  
дихальної недостатності, один - від сепсису з

(13) **U**(11) **32747**(19) **UA**

ознаками печінкове - ниркової. Тривалість лікування цих пацієнтів після операції становила в середньому  $(21 \pm 3)$  дні.

За даними гістологічного дослідження матеріалу, видаленого під час операції, виявлені наступні морфологічні зміни. Незмінена або мінімально змінена (набряк, повнокров'я капілярів) тканина ПЗ повністю або майже повністю очищена від тканинного детриту. Ділянки некротичних змін верифікували по мінімальних залишках еозинофільних мас та поодиноким дезорганізованим колагеновим волокнам.

Пре- та пост капіляри вивчені форменими елементами крові в зонах, визначених як вогнище детриту в максимальній близькості до незміненої тканини ПЗ, збережена морфологічна структура.

Нервові волокна, сполучнотканинний каркас у зазначених зонах некрозу також мінімально пошкоджені або не змінені.

Таким чином, виявлені морфологічні особливості свідчать, що ультразвукова дисекція з аспірацією щадною як для неуражених тканин ПЗ, так і для її строми у вогнищах некрозу при гострому інфікованому некротичному панкреатиті поблизу непошкоджених тканин. Можна вважати, що збереження сполучнотканинного каркасу у вогнищах некрозу є однією з передумов для подальшої регенерації тканини ПЗ.

Досвід використання способу, що заявляється, показав безпечність та перспективність методу. Основною його перевагою є повнота видалення некротизованих тканин та адекватна глибина дисекції тканин у вогнищі некрозу. Збереження сполучнотканинного каркасу створює сприятливі умови для регенерації клітинних елементів в уражених ділянках ПЗ. Недоліком ультразвукової дисекції є можливість її повноцінного застосування тільки у ділянках „видимого” некрозу.