



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3292

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ І КОНТРОЛЮ ЗА ПЕРЕБІГОМ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В САЛЬНИКОВІЙ СУМЦІ ТА В ОТОЧЕННІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

1

2

(21) 20031213318

(22) 31.12.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Костирний Олександр Васильович, Гройзік Кіріло Львович, Старосек Віктор Миколайович

(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. С.І.ГЕОРГІЄВСЬКОГО, Костирний Олександр Васильович, Старосек Віктор Миколайович, Гройзік Кіріло Львович

(57) Спосіб лікування гнійно-некротичних ускладнень деструктивного панкреатиту і контролю за перебігом запального процесу в сальниковій сумці та в оточенні підшлункової залози шляхом видалення секвестрованих тканин підшлункової залози та оточуючих її парапанкреатичних тканин із введенням лікарських препаратів, який **відрізняється** тим, що перед проведенням секвестрэктомії в післяопераційному періоді з використанням лапароскопічної техніки, гнійно-некротична порожнина

дренується поролоново-трубчастою конструкцією з системою очищення просвіту дренажів завдяки лісці з гудзиками і системою зрошення антисептичними розчинами, при цьому поролонова основа сильно просочується мазевою композицією, що має некролітичний ефект на первісно неможливо видалені некротичні тканини підшлункової залози і парапанкреатичної зони, більше того, вся порожнина по окружності дренується трубчастим дренажем, через який вводяться як антисептичні розчини, так і мазеві композиції безпосередньо в осередок ураження, а система ліски з гачком дозволяє при необхідності здійснювати заміну поролоново-трубчастої конструкції для ефективного дренивання гнійно-некротичної порожнини і своєчасного видалення гнійного ексудату і секвестрованих тканин під лапароскопічним візуальним контролем з оцінкою ступеня очищення гнійно-некротичного осередка.

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

Інфікування осередків некрозу в підшлунковій залозі та оточуючих її тканинах в теперішній час є проблемою сучасної панкреатології, що супроводжується високою післяопераційною летальністю до 80% [1,2].

Відомі способи лікування і контролю, запропоновані М.П. Вілявським і О.О. Шалімовим, мають ряд недоліків: перший спосіб виключає адекватний огляд всієї гнійно-некротичної порожнини і введення лікарських препаратів безпосередньо в осередок запалення з урахуванням фази гнійного процесу. Другий - виконані етапні некрсеквестрэктомії пов'язані з ризиком повторного оперативного втручання в повному смислі цього слова і не гарантують від подальшого прогресування (вторинного інфікування) гнійно-некротичного процесу.

Корисною моделлю поставлена задача підвищити ефективність лікування зі зменшенням ускладнень, зумовлених повторними оперативними втручаннями, розширити ступінь візуального

огляду всієї зони гнійно-некротичного осередка, створити ефективний медикаментозний вплив на некротизовані тканини підшлункової залози та оточуючих її тканин.

На фіг.1 і 2 показана схема запропонованого способу.

Поставлена мета досягається тим, що даний спосіб лікування гнійно-некротичних ускладнень деструктивного панкреатиту і контролю за перебігом запального процесу в сальниковій сумці та її оточенні заключається в тому, що після виконаного оперативного втручання з приводу різних проявів деструктивного панкреатиту при наявних підтвердженнях щодо інфікованості осередків некрозу (а одного втручання, як правило при даній патології недостатньо, так запальний процес характеризується етапністю перебігу у вигляді секвеструємості тканин і одним втручанням не вдається зупинити гнійно-некротичне розплавлення тканин залози та оточуючих її тканин). Об'єм першого втручання обмежується «максимальною» доступністю у видаленні некротизованих тканин та наявних секвестрів.

(13) U

(11) 3292

(19) UA

Після чого по окружності підшлункової залози укладається трубчастий дренаж 1, який має бокові отвори 2 для введення в післяопераційному періоді мазевих композицій з урахуванням фази гнійного процесу. Далі зліва між середньою і задньою паховою лініями формується широка контрапертура довжиною до 10 см і сальникова сумка дренируется поролоново-трубчастою конструкцією 3 (при цьому поролонова основа готується індивідуально для кожного конкретного випадка в залежності від поширеності гнійно-некротичного процесу з таким розрахунком, щоб поролонова основа повністю «пукхо» заповнила всю гнійно-некротичну площу), поролонова основа перед установкою сильно просочується водорозчинними мазями з урахуванням фази гнійного процесу (нітацид, пантестин тощо). В середній частині поролонової основи 3 встановлюється трубчаста система евакуації 4, зовнішня частина якої підключається до джерела зовнішнього розрідження відсмоктувача 5.

Далі з боку передньої черевної стінки встановлюється дренаж зрошення 6, через його просвіт і просвіт трубки 4 проводиться ліска 7 з «гудзиками» 8 (для очищення просвіту дренажа від секвеструємих тканин) та ще одна ліска 9 з «гачком» 10 (для зміни поролоново-трубчастої конструкції). Додатково в сальникову сумку встановлюється фторопластова лапароскопічна двоканальна гільза 11 А - для здійснення лапароскопічного контролю в сальниковій сумці, Б - для лапароскопічних маніпуляцій секвестректомії), після чого операційна рана ушивається шарами.

Перевагою запропонованого способу є те, що він дозволяє в післяопераційному періоді контролювати перебіг гнійно-некротичного процесу в сальниковій сумці та її оточенні, використовуючи для цього лапароскопічну гільзу 11 А; поролонова основа просочена водорозчинною мазевою основою (нітацид), що має в певній мірі некролітичний вплив на некротичні тканини, переводячи їх в секвеструємі (що легко удаляються), крім того заповнюючи всю гнійно-некротичну площу поролонова основа не дозволяє обмежуватися гнійною порожниною і сформувати додаткові нові «гнійники», система зрошення 6 антисептичними розчинами сальникової сумки і система очищення просвіту

дренажа 7 і 8 та вакуум-відсмоктувач дозволяють своєчасно евакуювати гнійно-некротичні маси; система проведеної ліски з гачком 9 і 10 дозволяє при видаленні «старої» поролоново-трубчастої конструкції здійснити її заміну на «нову», як правило меншого розміру під лапароскопічним контролем і після лапароскопічної секвестректомії з обов'язковим зрошенням усієї гнійно-некротичної порожнини антисептичними розчинами і введення мазевих композицій основаних на водорозчинній основі з урахуванням фази гнійного процесу. Більш того, даний спосіб може бути виконаний практично у будь-якого хворого в післяопераційному періоді без проведення загального наркозу, що спрощує ведення післяопераційного періоду, виключає перевитрату медикаментів, оскільки використовуються лише ті, які мають найбільшу ефективність з урахуванням фази гнійного процесу при візуальному контролі.

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

Позначення до фіг. Та фіг.2:

- 1 - трубчастий дренаж для введення антисептичних розчинів і мазевих композицій;
- 2 - бокові отвори;
- 3 - поролонова основа;
- 4 - трубчаста система евакуації;
- 5 - зовнішнє джерело розрідження (відсмоктувач);
- 6 - дренаж зрошення;
- 7 - ліска;
- 8 - гудзик для очищення просвіту дренажа;
- 9 - ліска;
- 10 - гачок для заміни поролоново-трубчастої конструкції;
- 11 - двоканальна лапароскопічна гільза: А - предназначена для контролю за перебігом запального процесу, Б - для лапароскопічних маніпуляцій - секвестректомії в післяопераційному періоді.

Джерело інформації:

- 1. М.П. Вилявский и др. Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы. - 1988. - С.15.
- 2. А.А. Шалимов и др. Острый панкреатит и его осложнения. - 1990. - 290 с.

