



УКРАЇНА

(19) UA (11) 53592 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

1

2

(21) u201004605

(22) 19.04.2010

(24) 11.10.2010

(46) 11.10.2010, Бюл.№ 19, 2010 р.

(72) КОСТИРНОЙ ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬЙОВИЧ,
ШЕСТОПАЛОВ ДМИТРО ВИКТОРОВИЧ, КУТЕ-
ПОВ МИКОЛА В'ЯЧЕСЛАВОВИЧ, КАРАКУРСАКОВ
НАРИМАН ЕСКЕНДЕРОВИЧ, ІГНАТЕНКО ДЕНІС
ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) КОСТИРНОЙ ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬЙОВИЧ,
ШЕСТОПАЛОВ ДМИТРО ВИКТОРОВИЧ, КУТЕ-
ПОВ МИКОЛА В'ЯЧЕСЛАВОВИЧ, КАРАКУРСАКОВ

НАРИМАН ЕСКЕНДЕРОВИЧ, ІГНАТЕНКО ДЕНІС
ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(57) Спосіб лікування інфікованого панкреонекро-
зу, який **відрізняється** тим, що після виконання
етапу некрсеквестректомії в чепцеву сумку вста-
новлюють змінну поліуретаново-дренажну конс-
трукцію, яка "утримує" у функціональному стані
гнійно-некротичну порожнину від злипання і тим
самим формування нових гнійних порожнин, замі-
на конструкції здійснюється з наступним виконан-
ням етапних секвестректомій під лапароскопічним
контролем.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до хірургічної панкреатології.

В даний час актуальність проблеми не викли-
кає сумніву - відзначається ріст захворюваності
гострим панкреатитом на Україні до 24 000-25 000
щорічно. При цьому в 20% випадків відзначаються
важкі форми захворювання (1,2).

Інфікування панкреонекрозу звичайно розви-
вається протягом другої фази захворювання (зви-
чайно на 2-й і 3-й тижневі після появи симптомів) і
відзначається у 40-70% пацієнтів з панкреонекро-
зом. Інфікування панкреонекрозу - залишається
головним фактором ризику при важкому панкреа-
титі, оскільки сепсис-асоційована органна недо-
статність - головне небезпечне для життя усклад-
нення зі смертністю 20-50% (2,3).

Сучасні методики оперативного посібника при
інфікованому панкреонекрозі не можуть задоволь-
нити практикуючого хірурга, у силу необхідності
виконання багатоетапних некрсеквестектомій. Ная-
вне в арсеналі хірурга безліч методик дренування
зон некрозу не відповідає сучасним вимогам так,
як практично будь-яка дренажна конструкція пере-
стає адекватно функціонувати в силу того, що за-
бивається просвіт трубчастого дренажу; гнійно-
некротична порожнина "спадається" після її спо-
рожнювання, у ній формуються нові кишені, що
сприяє подальшому прогресуванню некротичного
процесу (2,3).

Поставлена задача корисної моделі оптимізу-
вати спосіб лікування інфікованого панкреонекро-
зу.

На фіг. 1 показана схема пропонованого спо-
собу лікування інфікованого панкреонекрозу.

Після виконання етапу оперативного посібника
- лапаротомії, санація черевної порожнини, мобілі-
зації шлунково-ободочної зв'язки, некрсеквестрек-
томія; у чепцеву сумку 1 на передній черевній стін-
ці Г устанавлюються 2-і гільзи: одна робоча 2,
друга оглядова лапароскопічна 2 а. Перед віднов-
ленням шлунково-ободочної зв'язки в чепцеву
сумку 1 (гнійно-некротичне вогнище) устанавлю-
ється змінна поліуретаново-дренажна конструкція,
що складається - з 2-х частин поліуретанового
пласту 5 і трубчастого дренажу 6, що має бічні
отвори 7. При цьому трубчасті дренажі з'єднані
між собою "розпірками" 8, що розсовуються за-
вдяки кулястим механізмам 9. Через устанавлені
на передній черевній стінці Г в чепцеву сумку гіль-
зи - робоча 2, через неї і трубчастий дренаж 6
проводиться наскрізна волосін 11 з гудзиками
12. Призначені для очищення просвіту дренажу 6.
Лісочка 3 з гачком 4 прикріплюється до кулястого
механізму і призначена для переведу в робоче
положення поліуретано-дренажної конструкції 5 і
6. Уся дренажна конструкція виводиться з чепце-
вої сумки через сформований канал В по серед-
ньо-пахвовій лінії 13 ліворуч.

Пропонований спосіб не складний у технічно-
му виконанні, не травматичний, ефективний для

(19) UA (11) 53592 (13) U

адекватного відтоку гнійного ексудата і секвеструючих тканин, не потребуючий багатоетапних секвестректомій під загальним знеболюванням, можливий у виконанні в мініінвазивних варіантах. Може бути виконаний у будь-якому хірургічному стаціонарі.

Джерела літератури:

1. Евстифеев Л.К., Силаев В.Н., Ломоносов А.Л. Хирургическое лечение ложных кист поджелудочной железы // Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. Мат. Российско-Германского симпозиума. Москва, 2000.-С.50-52.

2. Запороженко Б.С., Бородаев И.Е., Урядов В.В. Применение малоинвазивных хирургических методик в комплексном лечении деструктивных форм острого панкреатита // Вісник морської медицини. -2001.- №2(14).-С.145-148.

3. Копчак В.М., Тодуров И.М., Дронов А.И., Хомяк И.В. Лечение осложненных форм панкреатита // Клінічна хірургія. - 2002. - №5. - С.36.

На графічних матеріалах прийняті наступні позначення:

А - верхня сторона чепцевої сумки;
Б - нижня сторона чепцевої сумки;
В - канал для виведення дренажної конструкції;
Г - передня стінка черевної порожнини.

1 - чепцева сумка;
2 - робоча гільза;
2а - оглядова лапароскопічна гільза;
3 - лісочка з гачком 4;
5 - поліуретановий пласт;
6 - дренажна трубка;
7 - бічні отвори;
8 - "розпірки", що розсовуються;
9 - кулястий механізм;
10 - лісочка;
11 - лісочка з гудзичками 12;
13 - канал для виведення дренажної конструкції.

