



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 5436

(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) ПРИСТРІЙ ДЛЯ ДРЕНУВАННЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗІ ТА ПЕРИТОНІТАХ

1

2

(21) 20040604265

(22) 03.06.2004

(24) 15.03.2005

(46) 15.03.2005, Бюл. № 3, 2005 р

(72) Бондарчук Богдан Григорович, Паламарчук Володимир Іванович, Зінченко Володимир Григорович, Тарахонич Олександр Іванович, Бондаренко Олександр Миколаєвич

(73) Бондарчук Богдан Григорович, Паламарчук Володимир Іванович, Зінченко Володимир Григорович, Тарахонич Олександр Іванович, Бондаренко Олександр Миколаєвич

(57) Пристрій для дренивання гнійно-некротичних вогнищ при панкреонекрозі, який відрізняється тим, що має двоконтурну активну аспіраційну трубку та іригаційний канал, що проходить спіралеподібно по поверхні зовнішнього контуру.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, розділу хірургії, безпосередньо до дренажів для відведення патологічного ексудату і може бути використана при оперативних втручаннях в абдомінальний хірургії, а саме на підшлунковій залозі.

Існуючий відомий пристрій - іригоаспіратор [А.с. СССР кл. А61М27/00 І1049068. 1981], який представляє собою дві паралельно з'єднані трубки: аспіраційної та іригаційної. Отвори в аспіраційній трубці знаходяться по лінії з'єднання обох трубок.

Недоліком відомого іригоаспіратора є те, що іригаційна трубка знаходиться збоку аспіраційної, тому при санації промивання порожнини буде проводитись тільки з однієї сторони. Наявність отворів в аспіраційній трубці тільки зі сторони з'єднання двох трубок призводить до того, що значна частина промивної рідини спрямовується з іригуючої в аспіраційну трубку. Інша частина порожнини зі сторони аспіраційної трубки, практично не промивається, а якщо рідина в цю частину і потрапила, то не може звідти бути евакуйованою, так як там немає отворів. До того ж іригоаспіратор в такому виконанні є більш травматичним, бо не має рівномірної округлої поверхні.

Іншим відомим пристроєм, що являється аналогом - є іригоаспіратор [Пат. України №29870 А61М27/00 Бюл. №6, 2000. - Хімич С.Д., Вендичанська Н.М.), який включає трубку зовнішньої аспірації та трубку внутрішньої іригації. Робочий кінець трубки внутрішньої іригації запаяний, порожнина її через капіляри між стінками обох трубок з'єднується з зовнішнім середовищем, трубка зовнішньої аспірації має овальної форми отвори для з'єднан-

ня зовнішнього середовища і каналу між двома трубками, а вивідний кінець трубки внутрішньої іригації виходить окремо через боковий отвір

Недоліком даного відомого іригоаспіратора є часта обтурація дренажів та неспроможність їх забезпечити адекватне відходження секвестрів та некротичних тканин, згустків фібрину із-за капілярних з'єднань внутрішньої іригаційної трубки з зовнішнім середовищем які зменшують аспіраційний канал.

Задачею заявленої корисної моделі є покращення ефективності дренивання і санації гнійно-некротичних вогнищ та одночасно підвищення ефективності аспірації їх патологічного вмісту.

Задача досягається тим, що запропонована дренажна конструкція має двоконтурну активну аспіраційну трубку та іригаційний канал, що дає можливість проведення повноцінної санації гнійно-некротичних вогнищ та одночасно ефективно евакуювати патологічний вміст

Конструкція іригоаспіраційного дренажу представлена двоконтурною силіконовою трубкою 1, 2 з отворами (два активних канали 6, 7 для аспірації патологічного вмісту) та дренажем для іригації 3, який проходить спіралеподібно по поверхні зовнішнього контуру 1 (використовується для подачі діалізату). Зовнішній контур дренажу  $d=2\text{см}$ , має множинні перфорації овальної форми діаметром  $0,5\text{см}$  Внутрішній контур  $d=1\text{см}$  представлений другою трубкою, також з множинними перфораціями  $d=0,3\text{см}$ . Її перфорації не співпадають з перфораціями зовнішньої трубки. По зовнішньому контуру спіралеподібно, не перекриваючи його отвори, проходить іригаційна трубка 3 ( $d=0,6\text{см}$ ) з

(13) U

(11) 5436

(19) UA

перфораціями ( $d=0,2\text{см}$ ) для подачі діалізату під тиском. Дистальні кінці обох трубок аспіраційного та іригаційного дренажів запаєні. Будова аспіраційного дренажу забезпечує замкнутість системи і постійний від'ємний тиск в ній, що максимально виключає можливість екзогенного інфікування (висхідної інфекції). Постійний від'ємний тиск в дренажах створюється підключенням електроаспіратора (активна аспірація).

Іригоаспіраційний дренаж використовують таким чином. Під час операції через контрапертуру по задній аксиллярній лінії нижче Х11 ребра робочий кінець дренажу встановлюють вздовж задньої поверхні підшлункової залози по нижньому або верхньому її контуру. В післяопераційному періоді через іригаційний канал 3 фракційно (шприцом типу Жане), або постійно (краплинним методом) вводять діалізат. Після санації гнійно-некротичного вогнища промивну рідину аспірують через отвори 4, 5 в канали 6, 7. Зовнішній контур аспіраційної трубки 1 попереджує обтурацію внутрішньої: активної аспіраційної трубки 2 до якої підключають електроаспіратор або інші аналогічні конструкції (аспіраційна "гармошка"). Наявність іригаційного дренажу сприяє проведенню ефективного рівномірного лаважу патологічного вогнища.

Прикладом застосування даного способу є історія хвороби №0740201301/46. Хворий Б. 1963 року народження, поступив в хірургічне відділення КОКП 11.02.94, з діагнозом інфікований панкреонекроз, інфільтративно-некротичний парапанкреатит, абсцес заочеревинної клітковини. Після об-

стеження, проведення передопераційної підготовки хворий прооперований. Під час операції, після етапу некрсеквестрэктомії, абдомінізації підшлункової залози для дренивання зони гнійно-некротичного вогнища застосований іригоаспіраційний дренаж. Після операції на фоні інтенсивної консервативної терапії та санації гнійно-некротичного вогнища через імплантований іригоаспіраційний дренаж - стан хворого покращився, регресували прояви ендотоксикозу, нормалізувалися клініко-лабораторні показники. На протязі двох тижнів відмітили зменшення розмірів інфільтрату, порожнини абсцесу по даним абсцесофістулографії та УЗО. Післяопераційний перебіг протікав без ускладнень, не було потреби виконання повторних оперативних втручань, 3.03.04 хворий був виписаний в задовільному стані.

Таким чином експериментально-клінічна апробація заявленої дренажної конструкції, що проводилась на базі кафедри хірургії КМАПО більш ніж в 23 випадках дозволяє зробити висновки, що запропонований іригоаспіраційний дренаж дозволив ефективно провести санацію гнійно-некротичних вогнищ та одночасно евакуювати промивну рідину. Запропонований іригоаспіраційний дренаж є високоефективним та найбільш оптимальною конструкцією для дренивання при даній патології. Він дозволив уникнути недоліків попередніх конструкцій, покращити ефективність дренивання і санації гнійно-некротичних вогнищ сальникової сумки та заочеревинного простору

