



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **66673** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) u201108144

(22) 29.06.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) ПОЛЯНСЬКИЙ ІГОР ЮЛІЙОВИЧ, МАКСИМ'ЮК ВІТАЛІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, ХАРАБАРА ОЛЕГ ГАВРИЛОВИЧ, АНДРІЄЦЬ ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ

(73) БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОЗ УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування деструктивного панкреатиту шляхом місцевого підведення до підшлункової залози та оточуючих її тканин медикаментозних

засобів, який **відрізняється** тим, що під час оперативного втручання - розтин та дренивання чепцевої сумки, санації очеревинної порожнини у товщу брижі поперечно ободової кишки заводять тонкий катетер, один кінець якого підводять до кореня брижі, яка утворює нижню стінку чепцевої сумки, а протилежний виводять на передню черевну стінку і через нього у післяопераційному періоді вводять у товщу брижі препарати, що мають антиферментні властивості, регулюють процеси запалення, антиагрегантні та антимікробні препарати.

Корисна модель належить до медицини і, більш конкретно, до лікування деструктивних форм гострого панкреатиту. Може бути широко використаний для адекватної корекції та попередження прогресування запального процесу в підшлунковій залозі та парапанкреатичній клітковині, профілактики розвитку ускладнень гострого панкреатиту.

Даний винахід направлено на пригнічення прогресування гнійно-некротичного процесу в підшлунковій залозі та оточуючій парапанкреатичній клітковині шляхом безпосереднього підведення медикаментозних препаратів до зони враження.

Прототипом вибрано спосіб оперативного лікування деструктивних форм гострого панкреатиту, описаний у статті "Лікування некротичного панкреатиту" (Шевчук І. М. - Шпитальна хірургія - 2000. - № 2. - ст. 35-39.). Спосіб використовується при некротичному панкреатиті, коли після некрсеквестректомії та санації, чепцеву сумку дренивали. Авторами запропоновано введення в чепцеву сумку еферентної тонкої трубки, через ушиту шлунково-ободову зв'язку, з метою промивання через неї, в післяопераційному періоді, зони враження антисептичними розчинами.

Однак прототипу притаманні певні недоліки:

Підведення трубки безпосередньо до зони гнійного ураження та некрозу створює передумови неефективності дії препаратів при прогресуванні гнійно-некротичного процесу, оскільки в зоні нек-

розу антисептичні препарати, що вводяться, є не ефективними.

Зважаючи на те, що клітковина брижі ободової кишки сполучається з парапанкреатичною клітковиною, створюється можливість насичення вводимими препаратами парапанкреатичної клітковини, яка є основним об'єктом дії панкреатичних ферментів та мікроорганізмів. Створення у цих тканинах високої концентрації означених препаратів шляхом внутрішньовенного чи внутрішньом'язового їх введення не є можливим із-за порушення кровопостачання цієї зони внаслідок запального процесу, для якого характерне гіперкоагуляція, стаз, слидг та тромбоз - які є основою для розвитку деструктивних процесів.

Поставлена задача вирішується наступним чином.

Наприкінці оперативного втручання при деструктивному панкреатиті, після некр- та секвестректомії, санації чепцевої сумки та її дренивання, виконується марсупіалізація чепцевої сумки шляхом підшивання розсіченої шлунково-ободової зв'язки до парієтальної очеревини та апоневрозів прямих м'язів живота. Далі в товщу брижі поперечно-ободової кишки заводять тонкий катетер (Фіг.), один кінець якого підводять до кореня брижі, яка утворює нижню стінку чепцевої сумки, а протилежний виводять на передню черевну стінку і через нього у післяопераційному періоді вводять у товщу брижі препарати, що мають антиферментні

(19) **UA** (11) **66673** (13) **U**

властивості, регулюють процеси запалення, антиагрегантні та антимікробні препарати.

Термін використання розробленого способу відповідає терміну ліквідації проявів гнійно-деструктивного процесу в підшлунковій залозі.

Таким чином, головними відмінними (від прототипу) ознаками є:

1. Введення мікроіригатора проводиться в брижу поперековоободової кишки, яка сполучається з парапанкреатичною клітковиною і знаходиться безпосередньо поза зоною гнійно-некротичного враження.

2. Використання вказаного способу дає можливість використовувати не тільки антисептичні препарати, але і препарати що мають антиферментні властивості, регулюють процеси запалення, антиагрегантні та антимікробні препарати.

Спосіб пояснюється кресленням, на якому схематично зображено метод підведення мікроі-

ригатора в товщу брижі поперековоободової кишки, який виведений назовні для введення препаратів в післяопераційному періоді, де: 1 - підшлункова залоза; 2 - парапанкреатична клітковина; 3 - брижа поперековоободової кишки; 4 - мікроіригатор; 5 - поперековоободова кишка; 6 - шлунок.

Технічний результат:

Нами проведено експериментальні (20 білих щурів) та клінічні (4 хворих) дослідження ефективності використання запропонованого способу лікування деструктивного панкреатиту. В результаті досліджень встановлено, що за умов використання розробленого способу, відмічається вірогідне зниження ферментативної активності. Це дає змогу попередити прогресування гнійно-деструктивного процесу в підшлунковій залозі, досягнути більш швидкої його ліквідації, зменшити прояви ендотоксикозу та ферментемії, підвищити ефективність лікування таких хворих.

