



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **30930** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00
A61K 31/695
A61M 27/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

(21) а200506859
(22) 11.07.2005
(24) 25.03.2008
(46) 25.03.2008, Бюл. № 6, 2008 рік
(72) ПОЛЯНСЬКИЙ ІГОР ЮЛІЙОВИЧ, UA,
МАКСИМ'ЮК ВІТАЛІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, UA,
ХАРАБАРА ОЛЕГ ГАВРИЛОВИЧ, UA, АНДРІЄЦЬ
ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ГИРЛА ЯН
ВІКТОРОВИЧ, UA
(73) ПОЛЯНСЬКИЙ ІГОР ЮЛІЙОВИЧ, UA,
МАКСИМ'ЮК ВІТАЛІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, UA,
ХАРАБАРА ОЛЕГ ГАВРИЛОВИЧ, UA, АНДРІЄЦЬ

2

ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ГИРЛА ЯН
ВІКТОРОВИЧ, UA

(56)

(57) Спосіб лікування деструктивних форм
гострого панкреатиту шляхом місцевого
підведення до підшлункової залози резервуара з
сорбентом, який **відрізняється** тим, що до
передньої поверхні підшлункової залози підводять
пористий біоінертний контейнер, який містить
сорбент з іммобілізованими на його поверхні
інгібітором протеолітичних ферментів та
антисептиком широкого спектра дії.

Корисна модель відноситься 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 навколишніх тканинах,
профілактики розвитку ускладнень гострого
панкреатиту.

Дана корисна модель направлена на
ліквідацію гнійно-некротичного процесу в
підшлунковій залозі, активну елімінацію і
знешкодження активованих ферментів та
мікроорганізмів, які, при деструктивному
панкреатиті, містяться в її некротизованих
тканинах та перитонеальному ексудаті.

Найближчий аналог обрано спосіб лікування
деструктивних форм гострого панкреатиту,
описаний у книзі "Хирургия
поджелудочной железы" [Шалимов А.А., Шалимов
С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. / Под
ред. А.А. Шалимова. - Симферополь: Таврида,
1997. - 560с.]. Спосіб використовується в тих
випадках, коли оперативне втручання при
деструктивних формах гострого панкреатиту
завершується одним з "відкритих" методів
місцевого пролонгованого впливу на підшлункову
залозу (марсупіалізація чепцевої сумки,
програмована санація чепцевої сумки). Суть його
полягає в тому, що при деструктивних формах
гострого панкреатиту до ділянок видалення

некротизованих тканин підшлункової залози
місцеве підводяться спеціальні мішечки, які
заповнюються гігроскопічною марлею з сорбентом
- поліметилсилоксаном, на поверхні якого
іммобілізується антибіотик - гентаміцин.

Одначе найближчому аналогу притаманні
певні недоліки:

Недостатньо виражені антибактеріальні
властивості сорбенту, що не дозволяє в повному
об'ємі впливати на широкий спектр
мікроорганізмів, які містяться у некротизованих
тканинах підшлункової залози та перитонеальному
ексудаті.

Сорбент не володіє антиферментними
властивостями, що не дозволяє попереджувати
аутоліз тканин підшлункової залози, так як не
виключає дії панкреатичних ферментів на
навколишні тканини.

Марля, з якої виготовляються мішечки, не є
біоінертним матеріалом, що, посилює місцеві
прояви запалення і при її тривалому контакті з
тканинами підшлункової залози, може стати
причиною прогресування гнійно-деструктивного
процесу.

При розробці способу лікування деструктивних
форм гострого панкреатиту поставлені наступні
вимоги.

1. Розробити такий спосіб лікування
деструктивних форм гострого панкреатиту,
використання якого дало б змогу в повному об'ємі

(13) **U**

(11) **30930**

(19) **UA**

попереджувати пошкоджуючий вплив активованих ферментів підшлункової залози та мікроорганізмів, які містяться в її некротизованих тканинах і перитонеальному ексудаті на навколишні тканини.

2. Виключити контакт поверхні підшлункової залози з матеріалами, які не володіють біоінертними властивостями.

Поставлена задача досягається наступним чином.

Наприкінці оперативного втручання при деструктивному панкреатиті, після некр- та секвестректомії, санації чепцевої сумки та її дренивання, виконується марсупіалізація чепцевої сумки 2 (Фіг.) шляхом підшивання розсіченої шлунково-ободової зв'язки до парієтальної очеревини та апоневрозів прямих м'язів живота. Далі до передньої поверхні підшлункової залози 1 підводиться пористий біоінертний контейнер, що містить сорбент з наданими антиферментними та антибактеріальними властивостями 3. До одного з полюсів контейнеру попередньо фіксується капронова лігатура, яка виводиться назовні 4. Після цього над поверхнею штучно створеного отвору (марсупіалізації) зверху до шкіри передньої черевної стінки фіксується стерильна марлева пов'язка 5.

Контейнер виготовляється з пористої біоінертної капронової сітки у вигляді видовженої пластини, форма якої відповідає контуру передньої поверхні підшлункової залози. Розміри контейнеру, в залежності від індивідуальних розмірів підшлункової залози у кожного конкретного пацієнта, можуть бути варіабельними (довжина, всередньому, може коливатись від 12 до 25см, ширина - від 3 до 10см, товщина від 7 до 10мм).

Всередині контейнера розміщується сорбент - ентеросгель (гідрогель метилкремнієвої кислоти). Для надання сорбенту антиферментних та антибактеріальних властивостей на його поверхні відповідно іммобілізують інгібітор протеолітичних ферментів та поверхнево-активний антисептик широкого спектру дії, шляхом послідовної експозиції в розчинах, що містять антиферменти! препарати (апрокал) та антисептик (декасан).

В післяопераційному періоді кожні 24год проводяться систематичні заміни контейнеру з сорбентом. Для цього стерильна марлева пов'язка знімається, проводиться обробка країв рани антисептичним розчином, після чого використаний контейнер видаляється назовні шляхом тракції за вільний кінець капронової лігатури, яка фіксована до контейнеру. Далі за допомогою довгого затискача в чепцеву сумку підводиться новий контейнер. Вільний кінець капронової лігатури виводиться назовні. Зверху накладається стерильна марлева пов'язка, яка фіксується до шкіри передньої черевної стінки.

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

Таким чином, головними відмінними (від найближчого аналога) ознаками є:

1. Сорбент (ентеросгель) з іммобілізованими на його поверхні інгібітором протеолітичних ферментів та поверхнево-активним антисептиком

широкого спектру володіє антиферментними та антибактеріальними властивостями.

2. Використання для виготовлення контейнеру пористої біоінертної капронової сітки попереджає виникнення негативного впливу на тканини підшлункової залози.

Перелік фігур креслення.

Фігура. Схема розташування пористого біоінертного контейнеру, який містить сорбент з наданими антиферментними та антибактеріальними властивостями, в чепцевій сумці.

Схематично зображено марсупіалізацію чепцевої сумки. На передній поверхні підшлункової залози розташовується пористий біоінертний контейнер, що містить сорбент з наданими антиферментними та антибактеріальними властивостями. До одного з полюсів контейнеру фіксована капронова лігатура, вільний кінець якої виведений назовні. Зверху розташовується стерильна марлева пов'язка, яка фіксована до шкіри передньої черевної стінки.

Нами проведено експериментальні (28 білих щурів) та клінічні (6 хворих) дослідження ефективності використання запропонованого способу лікування деструктивного панкреатиту. В результаті досліджень встановлено, що, за умов використання розробленого способу, відмічається вірогідне зниження ферментативної активності та рівня бактеріальної забрудненості тканин підшлункової залози і перитонеального ексудату. Це дає змогу попередити прогресування гнійно-деструктивного процесу в підшлунковій залозі, досягнути більш швидкої його ліквідації, знизити всмоктування ферментів і токсинів, зменшити прояви ендотоксикозу та ферментемії, підвищити ефективність лікування таких хворих.

