



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 32748

(13) U

(51) МПК (2006)  
A61B 17/22МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

1

2

(21) u200801071

(22) 29.01.2008

(24) 26.05.2008

(46) 26.05.2008, Бюл. № 10, 2008 р.

(72) ЛОБАНОВА ОКСАНА МИХАЙЛІВНА, UA,  
ТКАЧЕНКО ОЛЕКСАНДР АНАТОЛІЙОВИЧ, UA,  
СУСАК ЯРОСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ, UA

(73) ЛОБАНОВА ОКСАНА МИХАЙЛІВНА, UA

(57) 1. Спосіб лікування панкреонекрозу, що  
включає очищення вогнища некрозу від  
некротичних тканин з одночасною санацією

вогнища некрозу, який **відрізняється** тим, що  
очищення вогнища некрозу від некротичних тканин  
здійснюють шляхом безперервного впливу на  
згадане вогнище ультразвуку частотою 25-35кГц і  
інтенсивністю 200-1000мВт/мм<sup>2</sup>, а санацію  
здійснюють розчином антибактеріального засобу.

2. Спосіб лікування панкреонекрозу за п.1, який  
**відрізняється** тим, що як антибактеріальний засіб  
використовують метронідазол у  
загальноприйнятих дозуваннях.

Корисна модель належить до способів  
лікування панкреонекрозу і може бути використана  
під час інфікованого некротичного панкреатиту,  
який призводить до інвалідності хворих, а в деяких  
випадках до летальності.

Відомий спосіб лікування панкреонекрозу, що  
передбачає очищення вогнища некрозу від  
некротичних тканин з одночасною санацією  
вогнища некрозу. Причому, очищення вогнищу  
некрозу від некротичних тканин здійснюють  
шляхом впливу на згадане вогнище лазерного  
випромінювання щільністю 20Вт/мм<sup>2</sup>, завдяки чому  
некротичні тканини випаровуються, а санацію  
здійснюють розчином антисептика, наприклад,  
бетадину. ["Верхулецкий И.Е., Медведев А.Ф. и  
др. Комбинированное применение лазера в  
комплексном лечении деструктивного  
панкреатита" // Харьковская хирургическая школа. -  
2007. С. 146-147].

Спосіб (27) дозволяє повною мірою видалити  
некротичні тканини. Крім того, внаслідок  
використання способу пошкоджуються судини,  
нерви і протокова система, що негативно впливає  
на процеси регенерації підшлункової залози,  
призводить до недостатності ендокринної і  
екзокринної функції залози, арозивних кровотеч.

В основу корисної моделі поставлена задача  
створення способу лікування панкреонекрозу, який  
в значній мірі був би позбавлений згаданих  
недоліків відомого способу.

Поставлена задача вирішується тим, що в  
способі лікування панкреонекрозу, що передбачає  
очищення вогнища некрозу від некротичних тканин

з одночасною санацією вогнища некрозу,  
відповідно до корисної моделі очищення вогнищу  
некрозу від некротичних тканин здійснюють  
шляхом безперервного впливу на згадане вогнище  
ультразвуку частотою 25-35кГц і інтенсивністю  
200-1000мВт/мм<sup>2</sup>, а санацію здійснюють розчином  
антибактеріального засобу.

Крім того, як антибактеріальний засіб  
переважно використовують метронідазол у  
загальноприйнятих дозуваннях, який підсилює  
свою бактерицидність і розширює спектр  
активності під впливом ультразвуку нетеплової  
інтенсивності лікування панкреонекрозу здійснюють  
таким чином.

Виконують лапаротомію із ревізією органів  
черевної порожнини та заочеревинного простору.  
Під час операції після розкриття абсцесів та  
ручного видалення некротичних тканин  
безперервно обробляють вогнище некрозу  
ультразвуком за допомогою ультразвукового  
дисектора в режимі: частота 35кГц, інтенсивність -  
500мВт/мм<sup>2</sup>. Обробку здійснюють до візуального  
очищення пошкоджених ділянок підшлункової  
залози від некротичних тканин. Одночасно з  
ультразвуковою обробкою гідратовані фрагменти  
некротичної тканини, що утворювалися під час  
такої обробки, видаляли за допомогою санації  
вогнища некрозу розчином метронідазолу.

Було прооперовано 8 хворих. Під час  
виконання способу пошкодження судин з  
кровотечею не виникало. Візуально поверхня  
ушкодженої підшлункової залози після обробки

(13) U

(11) 32748

(19) UA

була чистою із наявність судинних структур та дрібних проток. Після проведення нефректомії в післяопераційному періоді підтікання секрету підшлункової залози не спостерігали. В одного з хворих з біліарним панкреонекрозом було виділення до 300мл жовчі впродовж 8 днів, яке

потім самостійно припинилося. Повторні нефректомії виконані у 2 хворих, у яких вогнище некрозу знаходили у місцях, де при першому операційному втручанні не проводили ультразвукової дисекції.