



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 5435

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ОЗОНОВОГО РЕТРОПЕРИТОНЕУМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ДЕСТРУКТИВНИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ІНФІКОВАНИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ ТА ЙОГО ГНІЙНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

1

(21) 20040604264

(22) 03.06.2004

(24) 15.03.2005

(46) 15.03.2005, Бюл. № 3, 2005 р

(72) Бондарчук Богдан Григорович, Паламарчук Володимир Іванович, Тарахонич Олександр Іванович, Поночовний Володимир Володимирович

(73) Бондарчук Богдан Григорович, Паламарчук Володимир Іванович, Тарахонич Олександр Іванович, Поночовний Володимир Володимирович

2

(57) Спосіб лікування хворих на важкі форми гострого деструктивного панкреатиту з високим ризиком інфікування та інфікованим панкреонекрозом, який відрізняється тим, що в парапанкреатичній клітковині заочеревинно, для профілактики і лікування гнійно-некротичних ускладнень, створюють ретроперитонеум газовою озono-кисневою сумішшю перед операцією, інтраопераційно та в післяопераційному періоді.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, розділу хірургія, а саме до панкреатології.

Існуючий відомий спосіб загальної озонотерапії при гострому панкреатиті проводиться в формі внутрішньовенних інфузій озонованого фізіологічного розчину з концентрацією озону - 1 мг/л. З моменту поступлення кожен день проводять загальну озонотерапію по 800 мл озонованого фізіологічного розчину з концентрацією озону 1 мг/л на протязі 4-5 діб. Автори спостерігали чіткі антигіпоксичний та дезінтоксикаційний ефекти озону [Старосек В.Н., Хайкин Я.Б., Колбасин П.Н., Фомочкин І.Л., Скоромний А.Н., Власов А.К., Горовець М.Т., Бобков О.В. Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь. Опыт применения озона в хирургической клинике С. 32-37. "Місцеве та парентеральне використання озонотерапії в медицині". Перша міжнародна науково-практична конференція присвячена 10-річчю Незалежності України. 2001р. Збірник наукових робіт].

Недоліком відомого способу є те, що загальна озонотерапія не попереджує розвиток постнекротичних гнійних ускладнень, а низька концентрація озону безпосередньо в некротичних вогнищах підшлункової залози та парапанкреатичній клітковині при внутрішньовенному застосуванні не сприяє зупинці прогресування гнійно-некротичних ускладнень.

Існуючий відомий спосіб санації черевної порожнини, сальникової сумки озонованим фізіологічним розчином з концентрацією озону в рідині

6 мг/л, потребує не менше 8-10 л. озонованого розчину з експозицією 15-20 хв. та потребує частих повторних промивань та санаційних релапаротомій [Васильев І.Т. Патогенетические механизмы озонотерапии при перитоните / кн: Возможности и перспективы диагностики и лечения в клинической практике. Тез. докл. Научно-практической конф. - М., 1992, с.28-29].

Недоліком відомого способу є необхідність приготування великої кількості озонованих розчинів для санації та зниження бактерицидної концентрації озону в промивних розчинах, що призводить до недостатньої ефективності фізичного впливу озонованих розчинів лише для санації інфікованих некротичних вогнищ, тому для стійкого зниження бактеріального забруднення виникає необхідність частих повторних промивань озонованими та іншими дезінфікуючими розчинами в значних об'ємах. Крім того відомо, що при перитоніті, гнійних процесах в заочеревинній клітковині мікроорганізми знаходяться не лише у перитонеальному ексудаті, а також знаходяться в глибині тканин (як наприклад при парапанкреатиті). При цьому ефективність лаважу є досить низькою.

Задачею заявленої корисної моделі є покращення результатів хірургічного лікування хворих з важкими формами гострого деструктивного панкреатиту, з високим ризиком інфікування некротичних вогнищ та інфікованим панкреонекрозом.

Задача досягається тим, що в парапанкреатичній клітковині створюють ретроперитонеум газовою озono-кисневою сумішшю перед операцією,

(13) U

(11) 5435

(19) UA

інтраопераційно та в післяопераційному періоді. Озоно-киснева суміш з концентрацією озону 5-6мг/л застосовують для накладення парапанкреатичного ретроперитонеуму (з розрахунку лікувальної дози озону 80мкг на 1кг маси тіла хворого)

Спосіб виконують таким чином - з першого дня госпіталізації хворого з гострим деструктивним панкреатитом за методикою по Роману виконують ін'єкції озоно-кисневої суміші з концентрацією озону в суміші 4мг/л (з метою профілактики інфікування панкреонекрозу) в заочеревинну парапанкреатичну клітковину по 100см<sup>3</sup> в обидві поперекові ділянки. Під час операції з приводу інфікованого панкреонекрозу ретроперитонеум створюють ін'єкціями озоно-кисневої суміші з концентрацією озону 5-6мг/л, через задню парієтальну очеревину в місцях поширення процесу. В залежності від локалізації гнійно-некротичного ураження підшлункової залози, характеру розповсюдження процесу по клітковині заочеревинного простору після операції даний метод виконують через день на протязі 4-5 діб з концентрацією озону в озоно-кисневій суміші 5-6мг/л

Приготування озоно-кисневої суміші здійснювали з допомогою установки "Медозонс 95-2" Вказаний метод озонотерапії розроблений з врахуванням методичних рекомендацій, затверджених Міністерством охорони здоров'я України (2001р.).

Прикладом застосування даного способу є історія хвороби №0740201300/36 Хворий Ж. 1958 року народження, стать чоловіча поступив 12.02.03. з діагнозом інфікований панкреонекроз інфільтративно-некротичний парапанкреатит. На фоні загальноприйнятої консервативної інфузійної терапії інтраопераційно та після операції застосували запропонований метод парапанкреатичного озонованого ретроперитонеуму.

При застосуванні даної методики відмітили швидку нормалізацію основних лабораторних показників, зменшення контамінованості некротичних вогнищ в парапанкреатичній клітковині. Доброякісне протікання захворювання підтвердили більш

раннім зниженням молекул середньої маси та інших показників ендогенної інтоксикації. При проведенні методу окрім позитивної динаміки основних клініко-лабораторних показників, достовірно покращились показники всіх основних ланок імунітету, значно активізувались системи окислювального і антирадикального захисту. Через 14 діб стан хворого нормалізувався. Після лише однієї операції хворий був виписаний із стаціонару в задовільному стані.

Таким чином, експериментально-клінічна апробація заявленого способу на кафедрі хірургії КМАПО більш ніж в 17 випадках дозволяє зробити висновки, що запропонований спосіб лікування важких форм гострого деструктивного панкреатиту з високим ризиком інфікування та інфікованого панкреонекрозу є високоефективним і найбільш оптимальним при цій патології. Він дозволяє уникнути недоліків попередніх методик, а саме: недостатньої антибактеріальної дії при внутрішньовенному застосуванні; недостатньої ефективності (фізичного впливу) озонованих розчинів, що використовують для санації гнійно-некротичних вогнищ підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини. Серед переваг цього методу є те, що при даному способі застосування озон проявляє як місцеву антибактеріальну дію, так і системний вплив з вираженим дезінтоксикаційним, антигіпоксантичним, та неспецифічним імуномодуючим ефектами. Метод дозволяє потенціювати дію озону, крім того, є ефективним профілактичним засобом попередження розвитку постнекротичних гнійних ускладнень, що значно перевищує по ефективності попередні методики. Наш досвід свідчить про доцільність включення методу озонотерапії в комплекс лікування хворих з важким протіканням гострого деструктивного панкреатиту з високим ризиком інфікування та інфікованим панкреонекрозом в якості методу профілактики і лікування інфікованих форм гострого деструктивного панкреатиту.