



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **85185** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61M 19/00
A61P 1/18 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 06554	(72) Винахідник(и): Іващук Сергій Іванович (UA)
(22) Дата подання заявки: 27.05.2013	(73) Власник(и): БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОЗ УКРАЇНИ, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58002 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.11.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.11.2013, Бюл.№ 21	

(54) СПОСІБ ТОПОМЕТРИЧНО-ОБҐРУНТОВАНОЇ ПАРАПАНКРЕАТИЧНОЇ БЛОКАДИ

(57) Реферат:

Спосіб топометрично-обґрунтованої парапанкреатичної блокади включає введення медикаментозної суміші в парапанкреатичну клітковину. Пункційну голку вводять на глибину, що визначається сумою відстаней "по прямій" від мечеподібного відростка до остистого відростка XII грудного хребця та від мечеподібного відростка до переднього кінця XII ребра поділеною на 4.

UA 85185 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а зокрема, методів консервативного лікування гострого панкреатиту з використанням локального підведення ліків.

В останні роки досягнуто певного успіху в лікуванні гострого панкреатиту, проте ця патологія залишається однією з найсерйозніших хірургічних проблем. Застосування новокаїнових заочеревинних блокад за гострого панкреатиту є анатомічно та патофізіологічно обґрунтованим методом лікування. Навіть одноразове виконання блокади забезпечує зменшення прояву больового синдрому, пригнічує панкреатичну секрецію. У хірургічній практиці, за лікування гострого панкреатиту, для підведення новокаїну до парапанкреатичної клітковини використовують різні способи: паранефральна блокада за А.В. Вишневським, заочеревинна блокада за Л.І. Романом і В.Ф. Столяром, подовження ефекту блокади за Л.І. Романом і В.Ф. Столяром за допомогою тривалого вливання за Поповим-Найдюновим за рахунок використання катетеризації заочеревинної клітковини; тривалі регіонарні блокади органних нервів черевного сплетіння (автореферат дисертації "Лечение острого панкреатита с применением длительных регионарных блокад органных нервов чревного сплетения в сочетании с внутриаортальной интенсивной лекарственной терапией", Яцин О.М., 2004).

Проте методики новокаїнових блокад, що застосовуються в лікарській практиці, мають недоліки: не завжди ефективні, супроводжуються такими ускладненнями, як ушкодженням прилеглих органів та структур, залежні від анатомічної варіабельності кожного пацієнта.

Так, паранефральна новокаїнова блокада за А.В. Вишневським більше зорієнтована на введення анестетика в навколонишкову клітковину і не забезпечує повне купування больового синдрому. Хоча, цей недолік переважно усувається за виконання заочеревинної новокаїнової блокади за Л.І. Романом і В.Ф. Столяром, коли після проколу внутрішньочеревної фасції голка опиняється у парапанкреатичній клітковині. Слід зауважити, що обидва способи виконання блокад залишаються небезпечними в плані пошкодження нирки.

На сьогоднішній день для лікування гострого панкреатиту використовується спосіб заочеревинної поперекової блокади за Л.І. Романом і В.Ф. Столяром, який і вибраний за найближчий аналог (Роман Л.І., Столяр В.Ф. Анатомическое обоснование поясничной новокаиновой медикаментозной блокады поджелудочной железы у больных панкреатитом // Гастроэнтерология. - Киев: Здоровье, 1973. - С. 134-136), за якого новокаїнова медикаментозна суміш підводиться білатерально, черезшкірно в області трикутника Лесгафта-Грюнфельда в заочеревинний простір поперекової ділянки.

Суть найближчого аналога "Спосіб заочеревинної поперекової блокади за Л.І. Романом і В.Ф. Столяром" полягає в наступному: у точці пересічення довгого розгинача спини та 12-го ребра, тонкою голкою, дотримуючись принципів асептики та антисептики, виконують анестезію шкіри та підшкірної клітковини; далі, змінивши голку на довшу (100-150 мл), її проводять до упору в 12-те ребро; зісковзнувши з нижнього краю ребра, обережно просовують голку, посилаючи попереду неї порцію новокаїну, на глибину 5-8 мм. Після чого, голка опиняється в товщі парапанкреатичної клітковини, куди повільно вводять від 200-300 мл теплої 0,25 % -го розчину новокаїну. Найбільш ефективна двобічна блокада, тоді вищевказаний об'єм вводиться в половинній дозі з кожного боку. Наведена блокада є ефективною за гострого панкреатиту, оскільки забезпечує безпосереднє введення ліків та їх прямий вплив на парапанкреатичну клітковину.

Проте, даний спосіб заочеревинної поперекової блокади за Л.І. Романом і В.Ф. Столяром, за застосування його в лікуванні гострого панкреатиту має певні недоліки:

а) відсутність об'єктивних критеріїв необхідної глибини введення голки за різних анатомічно-топометричних даних хворого (товщина м'язового шару, кісткового скелету та заочеревинної (парапанкреатичної) клітковини);

б) не враховується конституційний тип хворого та форма грудної клітки;

в) за такої глибини введення голки анестетик не завжди досягає парапанкреатичної клітковини навіть за двобічного введення.

В основу корисної моделі поставлено задачу розробити "Спосіб топометрично-обґрунтованої парапанкреатичної блокади" шляхом удосконалення "Способу заочеревинної поперекової блокади за Л.І. Романом і В.Ф. Столяром" для підвищення дієвості лікування гострого панкреатиту, запропонувавши топометрично-обґрунтовану пункцію з введення медикаментозної суміші в парапанкреатичну клітковину.

Поставлена задача вирішується завдяки топометрично-обґрунтованій глибині черезшкірної пункції парапанкреатичної (заочеревинної) клітковини в області трикутника Лесгафта-Грюнфельда на підставі топометричного визначення глибини розташування підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини.

Новизна та суттєві відмінності полягають в топометрично-обґрунтованій глибині черезшкірної пункції парапанкреатичної (заочеревинної) клітковини.

Запропонований спосіб топометрично-обґрунтованої парапанкреатичної блокади полягає у наступному: хворому у вертикальному положенні тіла (сидячи) вимірюють акушерським циркулем відстань "по прямій" від мече-подібного відростка до остистого відростка XII грудного хребця та від мече-подібного відростка до переднього кінця XII ребра. Обидві відстані в сантиметрах додаються і діляться на 4 - це буде глибина на яку слід увести голку при виконанні топометрично-обґрунтованої парапанкреатичної блокади. Далі хворого вкладають на правий бік, під попереки підкладають валик, верхня (ліва) нога випростана, нижня (права) - зігнута і підтягнута до живота. Після обробки шкіри в місці пересічення довгого розгинача спини та 12-го ребра виконують анестезію шкіри 0,25 % розчином новокаїну. Після чого беруть голку G-18 чи G-20 і проколюють шкіру перпендикулярно шкірі, в медіально-краніальному куті трикутника Лесгафта-Грюнфельда, безпосередньо в точці пересічення довгого розгинача спини та 12-го ребра і проводять її вглиб паралельно сагітальній площині на глибину, що попередньо визначена топометрично, посилаючи попередню розчин анестетика, після чого вводять 100 мл 0,25 % розчину новокаїну.

Запропонована топометрично-обґрунтована глибина пункції парапанкреатичної клітковини забезпечує попадання медикаментозної суміші безпосередньо в парапанкреатичну клітковину, до задньої поверхні підшлункової залози.

Запропоноване лікування здійснюється, за потреби, протягом 5-7 діб.

Зауважимо, що лікуванні запропонованим способом може бути затребуваним та широко застосовуватися в наданні невідкладної допомоги в лікарнях різного рівня та, особливо, за відсутності можливості сонографічного супроводу виконання парапанкреатичної блокади.

Запропонований спосіб парапанкреатичної блокади показав високу клінічну ефективність і не має протипоказів. Його використання забезпечить безпосередню доставку ліків до парапанкреатичної клітковини, підвищить ефективність лікування та сприятиме скороченню тривалості перебування хворого в хірургічному стаціонарі.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб топометрично-обґрунтованої парапанкреатичної блокади, що включає введення медикаментозної суміші в парапанкреатичну клітковину, який **відрізняється** тим, що пункційну голку вводять на глибину, що визначається сумою відстаней "по прямій" від мечеподібного відростка до остистого відростка XII грудного хребця та від мечеподібного відростка до переднього кінця XII ребра поділеною на 4.