



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **109593** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00
A61M 1/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2016 02572	(72) Винахідник(и):	Чаплинський Ростислав Петрович (UA), Федак Богдан Степанович (UA), Вовк Валерій Анатолійович (UA), Вовк Анна Валеріївна (UA)
(22) Дата подання заявки:	16.03.2016	(73) Власник(и):	ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	25.08.2016	(74) Представник:	Євтушенко Тамара Григорівна
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	25.08.2016, Бюл.№ 16		

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ**(57) Реферат:**

Спосіб лікування деструктивного панкреатиту включає місцеве підведення до підшлункової залози та оточуючих її тканин лікарських засобів, зокрема місцевого анестетика. При відкритому або лапароскопічному втручанні після виконання основних маніпуляцій в чепцевій сумці та черевній порожнині в заочеревинний простір в проекції верхнього контуру підшлункової залози на рівні Th12 - L1 заводять тонкий катетер на глибину 5-6 см, який фіксують вузловими швами до навколишніх тканин. До парієтальної очеревини, катетер вводять через чепцеву сумку після розсічення шлунково-ободової зв'язки або, при неможливості доступу до заочеревинного простору в проекції верхнього краю підшлункової залози після розсічення малого чіпця. Протилежний кінець катетера виводять на передню черевну стінку та фіксують традиційним способом, через нього вводять місцеві анестетики методом інфузії з керованою швидкістю.

UA 109593 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, та може бути використана для лікування деструктивного панкреатиту.

Деструктивний панкреатит або, як його ще називають у медицині, панкреонекроз - це одна з найбільш тяжких хвороб черевної порожнини.

5 При цій патології порушуються обмінні процеси в організмі, робота клітин підшлункової залози, і в підсумку вона починає перетравлювати саму себе. Цей процес викликає відмирання клітин органу. У занедбаному стані дане захворювання може призвести до смертельного результату.

10 В даний час панкреонекроз прийнято вважати одним з найбільш небезпечних захворювань черевної порожнини. При його розвитку уражається не тільки підшлункова залоза, а й інші органи травлення. У міру розвитку хвороби підшлункова залоза набрякає, після чого в ній утворюються ділянки некрозу. Якщо своєчасно не поставити правильний діагноз і не розпочати лікування, можливий смертельний результат.

15 Традиційне лікування панкреатиту передбачає призначення ферментативних та спазмолітичних засобів при дотриманні строгої дієти [Мишалов В.Г. Результаты лечения пациентов с острым панкреатитом / В.Г. Мишалов, Л.Ю. Маркулан, Р.Н. Матвеев // Хирургия Украины. - 2015. - № 1 (53). - С. 84-89; Современные подходы в лечении деструктивных форм панкреатита, пути снижения летальности / Н.А. Бородин, О.В. Мальцева, Б.К. Гиберт, Е.Ю. Зайцев // Медицинская наука и образование Урала. - 2015. - Т. 16, № 2-1(82).-С. 70-73].

20 Хірургічне лікування деструктивного панкреатиту включає, як правило, одну із наступних операцій: дренування та тампонаду чепцевої сумки із розтином або без розтину капсули підшлункової залози; дренування заочеревинного простору через люботомію, оментопанкреатопексію з глухим швом черевної порожнини або резекцію некротизованих ділянок підшлункової залози [Острый деструктивный панкреатит: современное хирургическое лечение / В.В. Дарвин, СВ. Онищенко, Е.А. Краснов и др. // Анналы хирургической гепатологии. - 2014. - Т. 19, № 4. - С. 76-82; Зайнутдинов А.М. Сравнительная характеристика различных хирургических подходов в лечении острого деструктивного панкреатита / А.М. Зайнутдинов, И.С. Малков // Практическая медицина. - 2014. - № 5 (81). - С. 54-57].

30 Технологія виконання цих операцій викликає постійні дискусії, що обумовлює створення їх модифікованих варіантів. Особливо це стосується такого етапу хірургічного лікування, як дренування та способу внутрішньочеревного введення лікарських засобів, що направлено на ефективну аспірацію відокремлюваного із черевної порожнини та якісне лікування больового синдрому, попередження інфікування та корекцію порушень обміну.

35 Так, наприклад, відомий спосіб лікування деструктивного панкреатиту, коли під час оперативного втручання - розтину та дренування 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, 40 антиагрегантні та антимікробні препарати [Пат. № 66673, UA, МПК А61В 17/00. / Буковинський державний медичний університет МОЗ України, Полянський І.Ю., Максим'юк В.В., Харабара О.Г., Андрієць В.В. - 3. № u201108144; заявл. 29.06.2011; опубл. 10.01.2012. Спосіб лікування деструктивного панкреатиту].

45 Даний спосіб лікування деструктивного панкреатиту є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його вибрано за прототип.

Однак прототипу притаманні певні недоліки: він недостатньо ефективний в пригніченні больового синдрому, а також патологічних аспектів симпатичної та парасимпатичної іннервації, які є однією із складових розвитку панкреатиту. При вказаній техніці введення препаратів через 50 катетер до кореня брижі, яка утворює нижню стінку чепцевої сумки (тобто в проекції нижнього контуру підшлункової залози), неможливо забезпечити дію препарату на нервові парапанкреатичні сплетіння, а також його розповсюдження до верхнього контуру підшлункової залози і парапанкреатичну клітковину. Крім цього при деструктивному панкреатиті в брижі поперечно-ободової кишки виникає запальний процес з формуванням абсцесів та флегмони, 55 що перешкоджає дії лікарських засобів у цій ділянці, розповсюдженню препаратів у заочеревинному просторі.

В основу корисної моделі поставлено задачу підвищення ефективності лікування деструктивного панкреатиту шляхом пригнічення больового синдрому, попередження запальних процесів та забезпечення повноцінної дії лікарського препарату.

Задачу, яку поставлено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі лікування деструктивного панкреатиту, який включає місцеве підведення до підшлункової залози та оточуючих її тканин лікарських засобів, зокрема місцевого анестетика, згідно з корисною моделлю, при відкритому або лапароскопічному втручанні після виконання основних маніпуляцій в чепцевій сумці та черевній порожнині в заочеревинний простір в проекції верхнього контуру підшлункової залози на рівні Th12-L1 заводять тонкий катетер на глибину 5-6 см, який фіксують вузловими швами до навколишніх тканин, частіше всього до парієтальної очеревини, катетер вводять через чепцеву сумку після розсічення шлунково-ободової зв'язки або, при неможливості доступу до заочеревинного простору в проекції верхнього краю підшлункової залози після розсічення малого чіпця, протилежний кінець катетера виводять на передню черевну стінку та фіксують традиційним способом, через нього вводять місцеві анестетики методом інфузії з керованою швидкістю.

Технічний ефект корисної моделі, а саме підвищення ефективності способу лікування деструктивного панкреатиту шляхом пригнічення больового синдрому, попередження запальних процесів та забезпечення повноцінної дії лікарського препарату, обумовлений синергізмом заходів та засобів, які заявляються. Головними відмінними (від прототипу) ознаками є: можливість використання способу не тільки для лікування гострого, але і для хірургічного лікування хронічного панкреатиту; введення катетера виконують безпосередньо в проекції верхнього контуру підшлункової залози, що забезпечує доступ препаратів, зокрема місцевих анестетиків, насамперед до черевного сплетіння та інших основних нервових утворень підшлункової залози; введення катетера таким способом дозволяє проведення місцевої протизапальної терапії у вказаній проекції, при цьому препарати розповсюджуються на весь заочеревинний простір.

Спосіб виконують наступним чином: При відкритому або лапароскопічному втручанні з приводу гострого або хронічного панкреатиту, після виконання основних маніпуляцій в чепцевій сумці та черевній порожнині в заочеревинний простір в проекції верхнього контуру підшлункової залози, який знаходиться на рівні Th12-L1, заводять тонкий катетер на глибину 5-6 см, який фіксують вузловими швами до навколишніх тканин, здебільшого до парієтальної очеревини. Даний катетер вводять через чепцеву сумку після розсічення шлунково-ободової зв'язки або, при неможливості доступу до заочеревинного простору в проекції верхнього краю підшлункової залози у такий спосіб: катетер заводять після розсічення малого чіпця. Протилежний кінець виводять на передню черевну стінку та фіксують традиційним способом і через нього вводять місцеві анестетики (лонгокаїн, бупівокаїн 0,125 % та інші методом інфузії з допомогою мікроінфузійної еласто-помпи з керованою швидкістю) та інші препарати, які використовують при гострому панкреатиті згідно Наказу МОЗ України № 297 від 02.04.2010 "Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності "Хірургія". Термін інфузії відповідає термінам ліквідації проявів запального процесу у підшлунковій залозі.

Ефективність способу доведена клінічними дослідженнями:

В дослідженні брали участь 11 хворих. З них 8 хворим спосіб, який заявляється, застосовано при гострому деструктивному панкреатиті, 3 хворим - при хронічному деструктивному панкреатиті. Встановлено, що за умов використання розробленого способу, відмічається вірогідне зниження больового синдрому та виключається необхідність застосування знеболюючих засобів. Також виявлено швидке зниження рівнів інтоксикації та ферментативної активності підшлункової залози. Це дає змогу попередити прогресування деструктивного процесу в підшлунковій залозі, досягти більш швидкої його ліквідації, зменшити прояви ендотоксикозу та ферментемії, підвищити ефективність лікування таких хворих.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування деструктивного панкреатиту, який включає місцеве підведення до підшлункової залози та оточуючих її тканин лікарських засобів, зокрема місцевого анестетика, який **відрізняється** тим, що при відкритому або лапароскопічному втручанні після виконання основних маніпуляцій в чепцевій сумці та черевній порожнині в заочеревинний простір в проекції верхнього контуру підшлункової залози на рівні Th12 - L1 заводять тонкий катетер на глибину 5-6 см, який фіксують вузловими швами до навколишніх тканин, до парієтальної очеревини, катетер вводять через чепцеву сумку після розсічення шлунково-ободової зв'язки або, при неможливості доступу до заочеревинного простору в проекції верхнього краю підшлункової залози після розсічення малого чіпця, протилежний кінець катетера виводять на передню черевну стінку та фіксують традиційним способом, через нього вводять місцеві анестетики методом інфузії з керованою швидкістю.

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601