УКРАЇНА

(19) UA (11) 24108 (13) U

(51) МПК (2006)
A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ

ОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під відповідальність власника патенту

(54) СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

(21) u200612065
(22) 16.11.2006
(24) 25.06.2007
(46) 25.06.2007, Бюл. № 9, 2007 р.
(72) Шлапак Ігор Порфирович, Дацюк Олександр Іванович, Титаренко Наталія Василівна, Чешенчук Сергій Анатолійович
(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб місцевого лікування гострого деструктивного панкреатиту, що передбачає пункцію та катетеризацію судин і введення антимікробних засобів та інгібіторів протеолітичних ферментів за допомогою інфузомату, який **відрізняється** тим, що здійснюють пункцію та катетеризацію стегнової артерії, катетер проводять в черевний стовбур та вводять препарати через черевний стовбур в тканини підшлункової залози протягом 5-9 діб.

1

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до інтенсивної терапії та реанімації і може бути використана для місцевого лікування гострого деструктивного панкреатиту.

Відомо, що для лікування гострого деструктивного панкреатиту здійснюють пункцію та катетеризацію венозних судин та вводять лікарські засоби, антимікробні препарати та інгібітори протеолізу тощо. [Толстой А.Д., др. Парапанкреатит: етіологія, патогенез, діагностика, лікування. - С.Петербург, 2003. - С.146-149]. Однак існуючий спосіб введення лікарських засобів може не дати бажаного результату, навіть при використання антимікробних засобів з урахуванням ступеня пенетрації (проникності) препаратів в тканину залози та визначенням чутливості патогенів.

Сучасні експериментальні та клінічні дані вказують на те, що у виникненні та прогресуванні гострого деструктивного панкреатиту важливу роль відіграє блокада артеріального кровопостачання («перфузійний блок») та порушення кровообігу в підшлунковій залозі. Причинами перфузійного блоку є стиснення артерій залози парапанкреатичним інфільтратом, спазм та тромбоз дистального судинного русла, які в свою чергу спричинюють формування вогнищ некрозу. Все перераховане значно знижує проникнення в тканину залози лікарських засобів, які були введені внутрішньовенним шляхом (прототип). Таким чином, відновлення та підтримання органного кровообігу в підшлунковій залозі має бути важливим завданням комплексної терапії гострого деструктивного панкреатиту.

В основу корисної моделі «Спосіб місцевого лікування гострого деструктивного панкреатиту» 2

поставлене завдання оптимізувати лікування хворих на гострий деструктивний панкреатит шляхом відновлення перфузії та мікро циркуляції в підшлунковій залозі, що покращує доступ лікарських засобів до залози та забезпечує вищу концентрацію медикаментів як у паренхімі самого органа, так і в парапанкреатичних тканинах.

Поставлене завдання досягається способом, що передбачає пункцію та катетеризацію судин і введення антимікробних засобів та інгібіторів протеолітичних ферментів за допомогою інфузомату, в якому згідно корисної моделі здійснюють пункцію та катетеризацію стегнової артерії, катетер проводять в черевний стовбур та вводять препарати через черевний стовбур в тканини підшлункової залози протягом 5-9 діб.

Спосіб здійснюється таким чином. Після підготовки ангіографічної апаратуру та інструментарія, шкіру в місці пункції обробляють 2% розчином йоду, після - 70% розчином етанолу. Операційне поле обкладають стерильними рушниками. Під місцевим знеболенням 0,5% розчином новокаїну проводять пункцію та катетеризацію стегнової артерії. Під рентген-контролем проводять катетер в черевний стовбур за методикою Сельдингера. Катетер фіксують до шкіри. До катетера під'єднують інфузомат. Інфузію лікарських засобів в черевний стовбур здійснюють безперервно протягом 5-9 діб, швидкість введення інфузійних середовищ - 25-50мл протягом години. Об'єм внутрішньоартеріальної інфузії 800-1200мл протягом доби. Після видалення катетера на місце пункції накладають асептичну давлячу пов'язку.

Приклад . Хворий Пронюк О.М., 1977р.н. Діаг-

(19) UA (11) 24108 (13) U

ноз: Гострий деструктивний панкреатит. Панкреонекроз. Двобічний реактивний плеврит. Знаходився на лікуванні в відділенні інтенсивної терапії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова. Історія хвороби №14088. При обстеженні хворого виявлено: загальний стан важкий, свідомість сплутана, тенденція до гіпотензії (АТ 90-100/60-70мм рт.ст.), тахікардія, інфільтрат в верхніх відділах черевної порожнини, температура тіла 37,5ºС, лейкоцити крові - 16,4г/л, рівень діастази - 256од., сечовина - 17,6ммоль/л. УЗД черевної порожнини - інфільтрат попереду підшлункової залози в чепцевій сумці, розмірами 93х34х100, переважно неехогенний, з ділянками гіперехогенності.

Хворому здійснена рентген-катетеризація черевного стовбура з подальшим введенням антимікробних засобів та інгібіторів протеолітичних ферментів в загальноприйнятих дозах протягом 9 діб.

Через 9 діб лікування спостерігається клінічна стабілізація стану хворого, нормалізація температури тіла - 36,9ºС, швидке покращення лабораторних показників (лейкоцити крові - 8,2г/л, рівень діастази - 16од., сечовина - 6,6ммоль/л), корекція патологічного процесу без оперативного втручання. Введення лікарських засобів продовжено традиційним (внутрішньовенним) шляхом. Через 12 діб хворий переведений у хірургічне відділення лікарні в задовільному стані.

Комп'ютерна верстка В. Мацело Підписне Тираж 26 прим.

Міністерство освіти і науки України

Державний департамент інтелектуальної власності, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

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