



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **110201** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2016 04033</p> <p>(22) Дата подання заявки: 13.04.2016</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 26.09.2016</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 26.09.2016, Бюл.№ 18</p>	<p>(72) Винахідник(и): Леонов Василь Васильович (UA), Ситнік Олександр Леонідович (UA), Чумаков Володимир Миколайович (UA), Перерва Олександр Олександрович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007 (UA)</p>
--	---

(54) СПОСІБ ХІМІЧНОЇ ВАГОТОМІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

(57) Реферат:

Спосіб хімічної ваготомії у хворих на гострий панкреатит полягає у том, що поряд з проведенням лапароскопії та основного етапу оперативного втручання під відеолапароскопічним контролем інфільтрують параезофагеальну клітковину абдомінального відділу стравоходу 30 % розчином етилового спирту у кількості до 60 мл або до "відчуття опору".

UA 110201 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії, і може бути застосована для лікування хворих на гострий панкреатит. Зазначений спосіб є альтернативним щодо традиційних і не викликає постваготомних ускладнень, оскільки хімічна ваготомія забезпечує зворотний некроз блукаючих нервів без порушення цілісності стінки стравоходу та навколишніх тканин.

В останні роки клініцисти все частіше зустрічаються з деструктивним та ускладненим перебігом гострого панкреатиту. Такі хворі часто потребують хірургічного лікування, перевага віддається малотравматичним відеолапароскопічним втручанням. Важливою задачею при гострому панкреатиті є пригнічення секреторної активності підшлункової залози.

Відомий спосіб відеолапароскопічно-асистованої маргінальної невротомії підшлункової залози. Для цього у черевну порожнину встановлюють 5 троакарів. Лапароскопічну систему з 30° оптикою вводять крізь 10-мм порт у параумбілікальній ділянці. 10-мм троакар для роботи оператора встановлюють у правій підреберній ділянці по середньоключичній лінії. 5-мм порти для асистента розташовують під мечоподібним відростком, у лівій підреберній ділянці та мезогастрії зліва. Доступ у чепцеву сумку виконують крізь шлунково-ободову зв'язку. З використанням монополярної діатермокоагуляції проводять розтин очеревини по верхньому та нижньому краям підшлункової залози з виділенням її із парапанкреатичної клітковини [Сусоева Е.С. Миниинвазивные оперативные вмешательства у пациентов с болевой и кистозной формами хронического панкреатита // Лечащий врач. - 2010. - Т. 3, С. 79-81.]. Завдяки денервації підшлункової залози досягається зниження секреторної активності та зменшення болювого синдрому. Але виконання способу технічно складне. По-перше, виділення підшлункової залози за умов вираженої запальної інфільтрації та імбібіції тканин може бути складним і травматичним. По-друге, сприяє інфікуванню ферментативного некрозу парапанкреатичної клітковини.

Як прототип, найближчий по технічній суті, нами вибрано спосіб медикаментозно-термічної селективної проксимальної ваготомії при лікуванні виразкової хвороби [Пат. 2141795 Российская Федерация, МПК А61В 17/00, А61В 17/36, 1999], згідно з яким виконується комбінований медикаментозно-термічний вплив на гілки блукаючого нерва: медикаментозний за рахунок спирт-новокаїнової гіперіонної суміші (25 % розчин етилового спирту, 0,5 % розчин новокаїну, 2 % розчин хлориду натрію) та електротермічний за рахунок електрокоагуляції. Наявність 2 % хлориду натрію у ін'єкційному розчині дозволяла створити в зоні електротермічного впливу гіперіонне середовище, що забезпечувало підвищення електропровідності тканин та появу локальної гіпертермічної реакції. Електротермічний компонент забезпечувався використанням монополярного коагулятора з високопровідним екранованим електродом з модульованим перемінним током частотою 1760 кГц та потужністю на виході 40 Вт при тривалості впливу 10 секунд, що створювало підвищення температури в зоні впливу до 85 °С.

Наведений спосіб менш травматичний при вираженій запальній інфільтрації та імбібіції тканин, але має недоліки, в особливості під час проведення лапароскопічних втручань. По-перше, потребує наявності спеціального обладнання та використання високопровідного екранованого електрода. По-друге, потребує проведення технічно складних активних маніпуляцій в ділянці малого сальника, що може ускладнитись як пошкодженням суміжних структур, так і їх інфікуванням. По-третє, електротермічний вплив може зумовити пошкодження навколишніх тканин та органів з розвитком післяопераційних ускладнень. По-четверте, не впливає на зменшення інтенсивності болювого синдрому. Складність проведення процедури, необхідність додаткового обладнання та загроза виникнення післяопераційних ускладнень є недоліками способу-прототипу.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є застосування малотравматичної лапароскопічної методики для виконання хімічної ваготомії та забезпечення неускладненого післяопераційного періоду у хворих на гострий панкреатит.

Технічний результат полягає у пригніченні секреторної активності підшлункової залози, зменшенні інтенсивності болювого синдрому та покращенні результатів лікування хворих на гострий панкреатит.

Поставлена задача вирішується за рахунок того, що в способі хімічної ваготомії у хворих на гострий панкреатит поряд з проведенням лапароскопії та здійсненням основного етапу оперативного втручання з приводу гострого панкреатиту під відеолапароскопічним контролем інфільтрують параезофагеальну клітковину абдомінального відділу стравоходу 30 % розчином етилового спирту у кількості до 60 мл., або до "відчуття опору".

Використання способу з усіма суттєвими ознаками, включаючи відмінні, забезпечує пригнічення секреторної активності підшлункової залози, зменшення інтенсивності болювого синдрому та покращення результатів лікування хворих на гострий панкреатит.

5 Використання 30 % концентрації етилового спирту у кількості до 60 мл., або до "відчуття опору", забезпечує зворотній некроз блукаючих нервів без порушення цілісності стінки стравоходу та навколишніх тканин та не викликає розвитку постваготомних ускладнень.

Спосіб виконують наступним чином.

10 Після встановлення діагнозу гострого панкреатиту з перитонеальним ексудатом виконують лапароскопію. Встановлюють 10-мм порт для оптичної системи по середній лінії вище чи нижче пупка. Встановлюють 5-мм порти у обох підребер'ях та здухвинних ділянках. Видаляють ексудат. Після здійснення основного етапу оперативного втручання з приводу гострого панкреатиту, під відеолапароскопічним контролем визначають найбільш зручну проекцію для проколу черевної стінки, пункційною голкою інфільтрують параезофагеальну клітковину абдомінального відділу стравоходу 30 % розчином етилового спирту у кількості до 60 мл., або до "відчуття опору". Черевну порожнину дреноують контрольними дренажами. Післяопераційні рани зашивають пошарово.

Приклад клінічного застосування.

Спосіб апробовано в комунальній установі "Сумська міська клінічна лікарня № 5".

20 Пацієнт К., історія хвороби № 3699, 47 років, госпіталізований у хірургічне відділення № 2 комунальної установи "Сумська міська клінічна лікарня № 5" 01.04.2014 р. через 16 годин після початку захворювання з діагнозом гострого панкреатиту. На 4 добу перебування у стаціонарі діагностовано панкреатогенний перитоніт.

25 Виконано інтубаційний наркоз. Встановлено 10-мм порт для оптичної системи по середній лінії вище пупка. В усіх відділах черевної порожнини виявлено до 2 літрів геморагічного ексудату. Встановлено 4 порти у обох підребер'ях та здухвинних ділянках. Видалено ексудат, черевну порожнину промито розчинами антисептика, рідину аспіровано. Під відеолапароскопічним контролем вибрано точку для зручного проколу черевної стінки в епігастральній ділянці зліва. Пункційною голкою здійснено хімічну ваготомію за заявленою методикою шляхом інфільтрації параезофагеальної клітковини абдомінального відділу стравоходу 30 % розчином етилового спирту до "відчуття опору" - введено 50 мл розчину. Черевну порожнину дреновано за Петровим.

30 Тривалість операції - 40 хвилин. Післяопераційний період проходив без ускладнень. На 6-ту добу видалено всі дренажі з черевної порожнини. На 11 добу виписаний з відділення в задовільному стані під амбулаторне спостереження. В віддаленому післяопераційному періоді, через 6 місяців після оперативного втручання, шляхом проведення рН-метрії виявлено нормаоцидні значення шлункової кислотності у хворого, що констатує ефективність виконаної хімічної ваготомії.

40 Запропонована корисна модель забезпечує неускладнений післяопераційний період та не викликає розвитку постваготомних ускладнень. Таким чином, використання запропонованого способу із застосуванням малоінвазивної технології дозволяє сприяти зниженню секреторної активності підшлункової залози та зменшенню болювого синдрому у хворих на гострий панкреатит.

45 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хімічної ваготомії у хворих на гострий панкреатит, який **відрізняється** тим, що поряд з проведенням лапароскопії та основного етапу оперативного втручання під відеолапароскопічним контролем інфільтрують параезофагеальну клітковину абдомінального відділу стравоходу 30 % розчином етилового спирту у кількості до 60 мл або до "відчуття опору".

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

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