



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37741 (13) A

(51) 6 A61B17/00, A61M37/00, A61N1/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ ПРИ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

(21) 2000042043

(22) 10.04.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Павловський Михайло Петрович, Попик Михайло Петрович, Іванків Тарас Миронович

(73) Павловський Михайло Петрович, Попик Михайло Петрович, Іванків Тарас Миронович

(57) Спосіб профілактики післяопераційного панкреатиту при холецистектомії, який включає холецистектомію, судинне введення сольових розчинів, антибіотиків та інгібіторів протеаз в поєднанні з гальванізацією епігастральної ділянки, який **відрізняється** тим, що розчини вводять в truncus caeliacus або в аорту на рівні 11 грудного хребця.

Винахід відноситься до медицини, а саме - до хірургії і післяопераційної терапії і може бути використаний при операціях на позапечінкових жовчовивідних шляхах.

Відомі способи профілактики післяопераційного панкреатиту, які включають холецистектомію та поєднання інфузійної доведеної терапії з фізичними методами дії [1].

Недоліком цих способів є низька ефективність лікування.

Найбільш близьким по технічній суті і прийнятим за прототип являється спосіб профілактики післяопераційного панкреатиту при холецистектомії, який включає холецистектомію, судинне введення сольових розчинів, антибіотиків та інгібіторів протеаз в поєднанні з гальванізацією епігастральної ділянки [2].

Завданням винаходу є розробка такого способу профілактики післяопераційного панкреатиту при холецистектомії, який за рахунок внутрішньоартеріального введення розчинів підвищував би ефективність лікування.

Поставлене завдання вирішується тим, що в спосіб профілактики післяопераційного панкреатиту при холецистектомії, який включає холецистектомію, судинне введення сольових розчинів, антибіотиків та інгібіторів протеаз в поєднанні з гальванізацією епігастральної ділянки, згідно з винаходом розчини вводять в truncus caeliacus або в аорту на рівні 11 грудного хребця.

Введення розчинів в truncus caeliacus або в аорту на рівні 11 грудного хребця дозволяє підвищити ефективність лікування, так як внутрішньоартеріальна інфузія підвищує концентрацію медикamentів епігастральної ділянки в 6-12 разів.

Внутрішньоартеріальна інфузія в поєднанні з гальванізацією дозволяє в 6-12 разів і більше збі-

льшити концентрацію препаратів в заданій зоні, ніж при доведеному введенні, а також за рахунок постійного струму поширює свій вплив на органи і тканини, які іннервуються відповідним сегментом спинного мозку.

Спосіб здійснюють наступним чином. Якщо після холецистектомії виникають ознаки панкреатиту, то на епігастральну ділянку накладають електроди з вологою фланелевою прокладкою, площею 200-300 см² і під'єднують до апарату "Поток-1" (попередньо апарат на протязі 10 хвилин прогрівають). Катетеризують стегнову артерію по Сельдінгеру, катетер встановлюють в черевний стовбур, або аорту на рівні 11 грудного хребця. Вводять сольові розчини, антибіотики та інгібітори протеаз в терапевтичних дозах. Одночасно проводять гальванізацію на протязі 15-20 хвилин при силі струму 0,03-0,05 мА/см² і загальною площею електродів 200-300 см². Катетер можна утримувати на протязі значного терміну, з метою запобігання тромбування катетера в просвіт вводять 2500-5000 ОД гепарину на ізотонічному розчині в період між інфузіями. Сеанси повторюють кожен день, до затухання процесу. Як правило достатньо 2-3 сеанси.

Приклад: Хворий К., 1933 р.н., поступив в хірургічний відділ 12.01.1997 р. через 48 годин від початку захворювання з скаргами на приступоподібні болі в епігастральній ділянці, правому підребер'ї, які віддавали в спину, блювоту, загальну слабкість. Захворювання пов'язує з порушенням дієти (жирна їжа, алкоголь).

Загальний стан середньої важкості. Шкірні покриви бліді. Язик сухий, обкладений коричневим налетом. Живіт піддутий, передня черевна стінка відстає в акті дихання. При пальпації болючість в епігастральній ділянці правому підребер'ї. Позити-

вні симптоми Керте, Мейо-Робсона, Воскресенського. Пульс 100 ударів на хвилину, слабкого наповнення. АТ 90/60 мм рт. ст. Тони серця ритмічні. В легенях везикулярне дихання.

Аналіз крові: еритроцити - $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін - 135 г/л, гематокрит - 0,43 г/л, лейкоцити - $14 \cdot 10^9$ /л, е - 2%, п - 12%, с - 63%, л - 20%, м - 3%, ШОЕ - 12 мм/год.

Аналіз сечі: кількість - 100,0, реакція - кисла, питома вага - 1020, білок - 0,33%, лейкоцити - на все поле зору, циліндри - гіалінові 3-4 в полі зору.

Білірубін - 32 мкмоль/л, прямий - 18,6 мкмоль/л, цукор крові - 6,6 ммоль/л, загальний білок - 74 г/л, АлАТ - 0,28 ммоль/год·л, АсАТ - 0,20 ммоль/год·л, амілаза крові - 58 г (г·л), діастаза сечі - 60 г (г·л).

УЗД - гострий деструктивний калькульозний холецистит. Гострий панкреатит. Призначено лікування: голод, холод на живіт, промивання шлунку, папаверін, платифілін, глюкозо-новокаїнову суміш, реополіглюкін контрікал, вітаміни В₁, В₆, С, корглюкон, ампіцилін.

Від проведеної терапії вираженого позитивного ефекту не було. 13.01.97 р. о 12³⁰ - лапаротомія. При ревізії: незначна кількість жовтого випоту, жовчний міхур збільшений в об'ємі, сіро-вишневого кольору, при пункції отримано 120 мл сірого, із запахом вмісту, в просвіті конкременти - 1,5-2,0 см, міхурова протока в діаметрі - 0,6 см, загальна жовчна протока до 1,0 см. Проведена холецистектомія від шийки, санація холедоуху через міхурову протоку розчином фурациліну. Кукса міхурової протоки перев'язана. Видалений жовчний міхур, ложе зашито кетгуттом. Підпечінковий простір дреновано двома трубками і рукавицею і через контрапертуру в правому підребер'ї виведено на передню черевну стінку, операційна рана пошарово зашита. Через добу після операції стан хворого погіршав, заявила блювота, вздуття живота, підвищилась температура до 38,6°C, посилюва-

біль в епігастрії, збільшилась діастаза сечі до 180 г (г·л) і амілаза крові до 82 г (г·л). У хворого клініка панкреатиту. Катетеризована стегнова артерія за Сельдінгером. Катетер встановлювали в аорту на рівні 11 грудного хребця. На епігастральну ділянку накладували електроди загальною площею 300 см² і під'єднували до апарату "Поток-1", прогрівши протягом 10 хвилин. Проводили адресну терапію: глюкоза 5% - 500,0+інсулін 6 ОД+контрікал 100000 ОД, реополіглюкін 500,0, церукал 2,0, анальгін 50%-2,0, ношпу 2,0, 5-фторурацил 250 мг, NaCl 0,9%-1000,0+віт. С 5%-5,0, пентоксифілін 5,0, метрогіл 100,0. Одночасно на протязі 20 хвилин проводилась гальванізація при силі струму 0,03-0,05 мА/см². Проведено 3 сеанси адресної терапії в поєднанні з гальванізацією. Вартує відмітити, що вже після першої внутрішньоартеріальної інфузії пацієнт відмічав суттєве поліпшення загального стану, що підтверджувалось лабораторними дослідженнями.

Хворий виписаний на 14 добу. Оглянутий через 1, 2, 6, 12 місяців. Скарг немає.

За запропонованим способом проліковано 4 хворих у яких в післяопераційному періоді були ознаки панкреатиту, що дозволило уникнути гнійно-септичних ускладнень.

В той час із 4 хворих, яких лікували по способу-прототипу, у одного хворого післяопераційний панкреатит привів до гнійно-септичних ускладнень, які вимагали повторних оперативних втручань.

Таким чином, порівняння з прототипом показує, що запропонований спосіб дозволяє підвищити ефективність лікування.

Джерела інформації

1. Никитин Л.Ф., Попик М.П. Клинические лекции по рентгеноэндovasкулярной хирургии. - Львов: Кобзар, 1996. - 191 с.

2. Алексеенко А.В. Внутритканевый электрофорез. - Черновцы, 1991 г. - 88 с. - прототип.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
