



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42863 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМУ У ХВОРИХ ЗАГАЛЬНОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

1

2

(21) u200901512

(22) 23.02.2009

(24) 27.07.2009

(46) 27.07.2009, Бюл.№ 14, 2009 р.

(72) ШАНО ВАЛЕНТИНА ПЕТРІВНА, СТРУКОВА ІРИНА ВІТАЛІЙВНА, ГЛАДКА СВІТЛАНА ВІКТОРІВНА, ДЕМЧУК ОЛЕГ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЗАЯЦЬ ВІКТОР ЮРІЙОВИЧ, ГУМЕНЮК ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ

(73) ШАНО ВАЛЕНТИНА ПЕТРІВНА, СТРУКОВА ІРИНА ВІТАЛІЙВНА, ГЛАДКА СВІТЛАНА ВІКТОРІВНА, ДЕМЧУК ОЛЕГ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЗАЯЦЬ

ВІКТОР ЮРІЙОВИЧ, ГУМЕНЮК ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ

(57) Спосіб профілактики та лікування абдомінального компартмент-синдрому у хворих загальнохірургічного профілю, який включає назогастральне дренування травного тракту, який відрізняється тим, що в післяопераційному періоді досліджують показники кисневого бюджету (DO₂, VO₂) і при DO₂<600мл/хв., VO₂<180 мл/хв., у комплекс інтенсивної терапії включають антигіпоксанти - реамбірину дозою 7мл/кг/добу внутрішньовенно-краплинно протягом 7-10 днів.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до анестезіології та інтенсивної терапії, та може бути використана для своєчасного проведення комплексу інтенсивного лікування, спрямованого на нормалізацію внутрішньочеревного тиску з метою попередження поліорганичних порушень у хворих загальнохірургічного профілю.

Існують різні методики профілактики та лікування абдомінального компартмент-синдрому при операціях на органах черевної порожнини. Зубрицький В.Ф. і співавтори (2006р.) пропонують використовувати сквозні мобільні дренажі як оптимальний варіант при проведенні етапної некрсеквестректомії в зоні панкреонекрозу. [1].

Спосібом, вибраним як прототип є робота Бутрова А.В. і співавторів (2007), які з метою корекції внутрішньочеревної гіпертензії пропонують раціональну інфузійну терапію, епідуральну аналгезію, декомпресію клішківника. Дана методика дозволяє уникнути зниження ОЦК, поліпшити перфузію в спланхнічному регіоні і тим самим знизити внутрішньочеревний тиск. [2].

Недоліком цих методів є те, що кожне додаткове дренування черевної порожнини може приводити до збільшення ризику інфікування з подальшим розвитком гнійно-септичних ускладнень. Також не враховуються функціональні передумовні фактори розвитку абдомінального компартмент-синдрому, які забезпечують кровотік на постійному рівні завдяки збалансованому вмісту цілого ряду

біологічно-активних речовин, серед яких головним є кисень. Під впливом таких чинників, як гіпоксія, ацидоз, алотрансфузія, масивна кровотеча, гіперволемія порушуються споживання і доставка кисню тканинами, і не усувається гіпоксія тканин, що сприяє зниженню перфузійного тиску і це все створює умови для розвитку синдрому поліорганичних порушень.

У основу корисної моделі, спосіб профілактики та лікування абдомінального компартмент-синдрому у хворих загальнохірургічного профілю, покладено задачу скоротити тривалість перебування в відділенні інтенсивної терапії, скоротити тривалість післяопераційної штучної вентиляції легень, знизити частоту післяопераційних дихальних розладів (пневмонія, бронхообтураційний синдром), зменшити рівень гнійно-септичних ускладнень шляхом своєчасного проведення комплексу інтенсивного лікування з використанням антигіпоксанта - реамбірину, спрямованого на нормалізацію внутрішньочеревного тиску у хворих загальнохірургічного профілю. Спосіб дає можливість контролювати порушення кисневого бюджету: доставку кисню (DO₂), та споживання кисню (VO₂), своєчасно їх корегувати, завдяки чому знижується розвиток абдомінального компартмент-синдрому та післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що хворим після оперативного втручання на органах черевної порожнини проводять моніторингування внут-

(13) U

(11) 42863

(19) UA

рішньочеревного тиску, досліджують показники кисневого бюджету (DO₂, VO₂), проводять комплексне інтенсивне лікування (назогастральне дренування травного тракту з використанням диференційного вибору препаратів для встановлення евакуаторно-моторної функції, інфузійна терапія, ендотеліопротектори) з обов'язковим включенням антигіпоксantu - реамбірину.

Наслідком післяопераційного визначення DO₂ і VO₂ є контроль порушень кисневого бюджету, наслідком контролю порушень кисневого бюджету є сучасне корегування цих порушень, наслідком сучасної корекції порушень кисневого бюджету є попередження розвитку гіпоксії, абдомінального компартмент - синдрому, знижується відсоток післяопераційних ускладнень та поліорганних порушень серед хворих загальнохірургічного профілю.

Спосіб застосовують таким чином: після операції визначають DO₂, VO₂ і при показниках DO₂ < 600мл/хв., VO₂ < 180мл/хв., у комплекс інтенсивної терапії включають антигіпоксant - реамбірину дозою 7мл/кг/добу внутрішньовенно-краплинно протягом 7 - 10 днів.

Приклад.

Хвора Коробка Г.Н., 60 років, ІХ №13078, надійшла у відділення Інтенсивної терапії ДУ «ІНВХ ім. В.К. Гусака АМНУ» 07.11.08. після оперативного втручання: герніотомія, герніопластика з використанням сітчастого трансплантату з приводу післяопераційної вентральної киля. При надходженні: артеріальний тиск складав 160/100мм.рт.ст., пульс 96уд./хв., внутрішньочеревний тиск складав 25мм.рт.ст. (норма 3-

5мм.рт.ст.), в аналізі крові: гемоглобін 160г/л, гематокрит 50%, еритроцити 5,1 Т/л, показники кисневого бюджету: DO₂ 520мл/хв.. (норма 650±15мл/хв.), VO₂ 160мл/хв.. (норма 200±5мл/хв..).

З першої доби у комплекс Інтенсивної терапії було призначено реамбірину 400мл внутрішньовенно-краплинно. При повторному обстеженні (09.11.08.) виявлено: артеріальний тиск 140/80мм.рт.ст., пульс 82 / хв., в аналізі крові: гемоглобін 134г/л, еритроцити 3,7 Т/л, гематокрит 39%; внутрішньочеревний тиск 10мм.рт.ст., підвищення доставки кисню (DO₂) до 650мл/хв.. та споживання (VO₂) до 200мл/хв.. В післяопераційному періоді ускладнень не було. На 4 добу в стані середньої важкості для подальшого лікування хвора була переведена в хірургічне відділення.

Джерела інформації

1. Зубрицкий В.Ф., Жиленков В.А., Кандиба С.И.

Выбор лечебной тактики при инфицированном панкреонекрозе // Материаль международной научно-практической конференции, посвященной 300-летию ГВКГ им. Н.Н. Бурденко: Ведущий многопрофильный госпиталь страны: основные функции, достижения и направления развития. - М., 2006. - С.48.

2. Бугров А.В., Губайдулин Р.Р. Кафедра анестезиологии и реаниматологии РУДН, г.Москва.

Общие закономерности гемодинамических реакций на быстрое изменение внутрибрюшного давления // Специализированный научно-практический журнал: Медицина неотложных состояний. - №5 (18) 2008г.- С. 66-69.