



УКРАЇНА

(19) UA (11) 53061 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00
A61B 5/03

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИБОРУ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ОРГАНІВ ГЕПАТОПАНКРЕАТО-ДУОДЕНАЛЬНОЇ ОБЛАСТІ

1

(21) u201002441

(22) 04.03.2010

(24) 27.09.2010

(46) 27.09.2010, Бюл.№ 18, 2010 р.

(72) КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, СИВОЖЕЛІЗОВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ТЕСЛЕНКО СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ВОВК ВАЛЕРІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ, СВІРЕПО ПАВЛО ВАСИЛЬОВИЧ, ПЛАХОТНИЙ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, ГОНЧАРОВА НАТАЛЯ МИКОЛАЇВНА

(73) КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, СИВОЖЕЛІЗОВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ТЕСЛЕНКО СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ВОВК ВАЛЕРІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ, СВІРЕПО ПАВЛО ВАСИЛЬОВИЧ, ПЛАХОТНИЙ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, ГОНЧАРОВА НАТАЛЯ МИКОЛАЇВНА

(57) Спосіб вибору лікувальної тактики при пошкодженнях органів гепатопанкреатодуоденальної області, що включає визначення внутрішньочеревного тиску і проведення в післяопераційному пе-

2

ріоді консервативної терапії або хірургічної декомпресії черевної порожнини, який **відрізняється** тим, що при стабільності постраждалого і внутрішньочеревному тиску до 1,47кПа без асоціації з органною дисфункцією проводять первинну корекцію виявлених пошкоджень, при внутрішньочеревному тиску 1,47-2,45кПа без асоціації з органною дисфункцією і стабільності постраждалого проводять первинну корекцію виявлених пошкоджень та декомпресію заочеревинного простору, а при внутрішньочеревному тиску більше 2,45кПа і наявності органної дисфункції, обумовленою внутрішньочеревною кровотечею, проводять гемостаз і тампонаду джерела кровотечі, декомпресію заочеревинного простору з формуванням лапаростоми, при цьому повторне втручання для кінцевої корекції здійснюють при стабілізації постраждалого через 24-48 годин після виконання первинної операції.

Корисна модель стосується хірургії і може бути використана при лікуванні важких множинних травм черевної порожнини, а також панкреонекрозу та перитоніту.

Виявлено, що значущими несприятливими факторами у розвитку післяопераційних ускладнень є підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ).

За останні роки було запропоновано різні методи і підходи до хірургічного лікування важких абдомінальних інфекцій, особливо гнійного перитоніту та панкреонекрозу, які мають ціллі зниження внутрішньочеревного тиску.

Відомий спосіб прогнозування післяопераційних ускладнень при пошкодженнях органів гепатопанкреатодуоденальної області (див. журнал "Dowder Health Media", 2002, Vol. 58, №5, P.227-229). Він включає установлення в післяопераційному періоді у сечовий міхур пацієнта катетера Фолея, введення в нього 50-60мл стерильного розчину і визначення величини ВЧТ по височині

водного стовпчика. При тиску 0см водного стовпчика діагностують норму, ВЧТ до 25см водного стовпчика розвиток внутрішньочеревної гіпертензії, а вище 30см - розвиток синдрому підвищеного ВЧТ.

Описаний спосіб дозволяє виявляти значення ВЧТ в даний конкретний момент післяопераційного періоду і діагностувати внутрішньочеревну гіпертензію або розвиток синдрому підвищеного ВЧТ. Але за його допомогою неможливо відстежувати стан хворого в динаміці і коригувати ускладнення післяопераційного періоду.

Відомий також спосіб вибору лікувальної тактики при пошкодженнях органів черевної порожнини (див. патент України №72112, МПК А61В5/03). Відомий спосіб передбачає визначення ВЧТ і проведення в післяопераційному періоді консервативної терапії або хірургічну декомпресію черевної порожнини.

Однак, згідно з відомим способом не проводиться вимірювання ВЧТ в доопераційному періоді

(13) U

(11) 53061

(19) UA

і неможливо чітко визначитись з динамікою розвитку ВЧТ, внаслідок чого визначитись з хірургічною тактикою та строками її виконання.

В основу корисної моделі поставлено задачу в способі вибору лікувальної тактики шляхом індивідуалізації діагностики, контролю внутрішньочеревного тиску на всіх етапах втручання забезпечити ефективність лікування і зменшення післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача забезпечується тим, що в способі вибору лікувальної тактики при пошкодженнях органів гепатопанкреатодуоденальної області, що включає визначення внутрішньочеревного тиску і проведення в післяопераційному періоді консервативної терапії або хірургічної декомпресії черевної порожнини, згідно з корисною моделлю, при стабільності постраждалого і внутрішньочеревному тиску до 1,47кПа без асоціації з органною дисфункцією проводять первинну корекцію виявлених пошкоджень, при внутрішньочеревному тиску 1,47-2,45кПа без асоціації з органною дисфункцією і стабільності постраждалого проводять первинну корекцію виявлених пошкоджень та декомпресію за очеревинного простору, а при внутрішньочеревному тиску більше 2,45кПа і наявності органної дисфункції, обумовленою внутрішньочеревною кровотечею, проводять гемостаз і тампонаду джерела кровотечі, декомпресію за очеревинного простору з формуванням лапоростоми, при цьому повторне втручання для кінцевої корекції здійснюють при стабілізації постраждалого через 24-48 годин після виконання первинної операції.

Завдяки виконанню такого способу дозволяє більш ретельно слідкувати за динамікою плин timer післяопераційного процесу і вибирати лікувальну тактику індивідуально для кожного постраждалого.

Спосіб здійснюють таким чином.

Вимірюють внутрішньочеревний тиск до операції та після її виконання. Поряд з цим у постраждалих визначають наявність або відсутність полі

органної недостатності. При стабільності постраждалого і внутрішньочеревному тиску до 1,47кПа без асоціації з органною дисфункцією проводять первинну корекцію виявлених пошкоджень, при внутрішньочеревному тиску 1,47-2,45кПа без асоціації з органною дисфункцією і стабільності постраждалого проводять первинну корекцію виявлених пошкоджень та декомпресію за очеревинного простору, а при внутрішньочеревному тиску більше 2,45кПа і наявності органної дисфункції, обумовленою внутрішньочеревною кровотечею, проводять гемостаз і тампонаду джерела кровотечі, декомпресію за очеревинного простору з формуванням лапоростоми, при цьому повторне втручання для кінцевої корекції здійснюють при стабілізації постраждалого через 24-48 годин після виконання первинної операції.

Приклад.

Хворий М., 27 років поступив в клініку після дорожньо-транспортної пригоди в тяжкому стані. Шкірні покрови бліді. Виконано лапароцентез, поступає червона кров. Виміряли ВЧТ, який склав 2,0кПа. Терміново провели лапоротомию.

Розрізаний та ревізований заочеревинний простір, виявлено забій підшлункової залози, розрив селезінки з гематомою заочеревинного простору.

Після виконання основного етапу оперативного втручання виконано декомпресію заочеревинного простору.

Хворий виписаний на 27 день з клініки в задовільному стані. В післяопераційному періоді розвилася нориця підшлункової залози, яка самостійно закрилася через 1 місяць. Хворий був оглянутий через 3 місяці. Стан задовільний.

Таким чином, виконання запропонованого способу шляхом уведення чітких діагностичних критеріїв для виконання консервативного лікування або хірургічного втручання в післяопераційному періоді дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень.