



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 5531

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) ПРОЦЕС КОРЕКЦІЇ КРОВООБІГУ ПРИ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ І УШКОДЖЕННЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ**

1

2

(21) 20040705211

(22) 01.07.2004

(24) 15.03.2005

(46) 15.03.2005, Бюл. № 3, 2005 р.

(72) Криворучко Ігор Андрійович, Бойко Валерій Володимирович, Іванова Юлія Вікторівна, Тесленко Сергій Миколайович, Шевченко Ростислав Станіславович

(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ І НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) 1. Процес корекції кровообігу при гнійно-некротичних захворюваннях і ушкодженнях органів гепатопанкреатодуоденальної зони, який включає системну гемоділюцію сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1 і введення добутамину до системного кровотоку в дозі 3 мг/кг/хв.,

який відрізняється тим, що корекцію здійснюють комплексно - як інтраопераційно, так і в післяопераційному періоді, при цьому інтраопераційно катетеризують одну з гілок ворітної вени, а в післяопераційному періоді додатково проводять внутрішньопортальну гемоділюцію сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1, а також додатково вводять добутамін в спланхнічний кровотік.

2. Процес за п 1, який відрізняється тим, що дозу добутамину вибирають із розрахунку 2 мг/кг/хв.

3. Процес за п 2, який відрізняється тим, що додатково вводять в портальний кровотік апротинінін.

4. Процес за п.3, який відрізняється тим, що дозу апротинінінів вибирають 50000 Од/кг до досягнення клініко-лабораторної ремісії.

Корисна модель стосується хірургії і може бути використаний для лікування гнійно-некротичних захворювань і ушкоджень органів гепатопанкреатодуоденальної області.

Розвиток поліорганних розладів у хворих на гнійно-некротичні захворювання і ушкодження органів гепатопанкреатодуоденальної зони супроводжується не тільки ураженням респіраторної, серцево-судинної систем, нирковою, печінковою недостатністю, а і порушеннями згортуючої системи крові, що значно погіршує системну і спланхнічну доставку кисню до тканин. Адекватна корекція порушень цієї системи в післяопераційному періоді сприяє покращенню результатів хірургічного лікування цієї категорії хворих.

Відомий процес корекції кровообігу, що його описано [в монографії Я.П. Сольського, В.Н. Івченко, Г.Ю. Богданова "Инфекционно-токсический шок" Киев - "Здоров'я", - 1990 - С 112]. Він полягає у введенні в системний кровообіг сольових і колоїдних розчинів.

Але цей процес не забезпечує корекції усіх ланок кровообігу і вибіркової корекції порушень спланхнічної мікроциркуляції.

З відомих рішень найбільш близьким до корисної моделі за суттю і результатами є процес корекції кровообігу, який описано [в монографії "Интенсивная терапия угрожающих состояний" под Ред. В.А. Корячкина и В.И. Страшнова Санкт-Петербургское медицинское издательство.- 2002.- С.95-96]. Він включає проведення керованої системної гемоділюції шляхом введення в системний кровообіг сольових і колоїдних розчинів у співвідношенні 1:1, а також введення добутаміну із розрахунку 3мг/кг/хв.

Спосіб покращує реологічні показники крові і створює сприятливі умови для доставки кисню до тканин, але не забезпечує достатньої корекції спланхнічного кровообігу, що має велике значення при гнійно-некротичних захворюваннях і ушкодженнях органів гепатопанкреатодуоденальної зони

В основу корисної моделі поставлене завдання удосконалення процесу корекції кровообігу при гнійно-некротичних захворюваннях і ушкодженнях органів гепатопанкреатодуоденальної зони, у якій корекція здійснюється за рахунок посилення

(13) U

(11) 5531

(19) UA

спланхнічного кровообігу, а це сприяє покращенню результатів лікування таких хворих.

Поставлене завдання вирішується тим, що у процесі корекції кровообігу при гнійно-некротичних захворюваннях і ушкодженнях органів гепатопанкреатодуоденальної зони, який включає системну гемоділюцію сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1 і введення добутаміна до системного кровотоку в дозі 3мг/кг/хв, згідно з корисною моделлю, корекцію здійснюють комплексно - як інтраопераційно, так і в післяопераційному періоді. При цьому інтраопераційно катетеризують одну з гілок ворітної вени, а в післяопераційному періоді додатково проводять внутрішньопортальну гемоділюцію сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1, а також додатково вводять добутамін в спланхнічний кровотік.

Оптимальною є доза добутаміна із розрахунка 2мг/кг/хв.

В ряді випадків, а саме при коагулопатії, доцільно додатково вводити в портальний кровотік аprotиніни

Оптимальною є доза аprotинінів 50000Од/кг.

Введення нових операцій (катетеризація одної з гілок ворітної вени під час операції, проведення в післяопераційному періоді портальної гемоділюції сольовими і колоїдними розчинами в співвідношенні 1:1 і добутаміна із розрахунка 2мг/кг/хв і при діагностиці коагулопатії - 50000Од/кг аprotинінів до досягнення клініко-лабораторної ремісії) дозволяє покращити результати лікування хворих на гнійно-некротичні захворювання і ушкодження органів гепатопанкреатодуоденальної зони за рахунок покращення кровообігу в спланхнічній зоні.

Невідомі приклади сукупного проведення системної і внутрішньопортальної гемоділюції сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1, введення добутаміна в системний кровообіг із розрахунка 3мг/кг/хв, а в портальний - 2мг/кг/хв, а також при діагностиці коагулопатії введення в пор-

тальний кровообіг 50000Од/кг аprotинінів до досягнення клініко-лабораторної ремісії.

Згадані дози добутаміна і аprotинінів введені внаслідок оригінального дослідження авторів і вважаються оптимальними.

Процес може бути виконаний наступним чином.

До операції проводять катетеризацію підключичної вени, а під час оперативного втручання - катетеризацію одної з гілок ворітної вени. В післяопераційному періоді діагностують наявність або відсутність коагулопатії. Проводять системну і портальну гемоділюцію сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1 і введення добутаміна в системний кровообіг із розрахунка 3мг/кг/хв, а в спланхнічний - 2мг/кг/хв. При наявності коагулопатії в спланхнічний кровообіг додатково вводять 50000Од/кг аprotинінів до досягнення клініко-лабораторної ремісії.

Приклад.

Хвора С. 38 років, оперована в клініці Інститута з приводу інфікованого панкреонекроза. До операції проведено катетеризацію підключичної вени. Після виконання основних етапів операції канюльовано пупову вену. В післяопераційному періоді поряд з інтенсивною терапією і місцевим лікуванням проводилась системна і спланхнічна гемоділюція через катетери розчином Рінгера і Реополіглюкіном у співвідношенні 1:1, а також в системний кровообіг вводили добутамін із розрахунка 3мг/кг/хв, а в катетер пупової вени - добутамін із розрахунка 2мг/кг/хв на протязі 5 діб. Плин післяопераційного періода звичайний. Хвора у задовільному стані виписана на 20 добу.

Таким чином, виконання процесу корекції спланхнічного кровообігу при гнійно-некротичних захворюваннях і ушкодженнях органів гепатопанкреатодуоденальної зони дозволяє значно покращити спланхнічний кровообіг і результати лікування такої категорії хворих.