



УКРАЇНА

(19) UA (11) 56785 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61K 45/06 (2006.01)
A61B 17/00
A61P 9/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ПРОЦЕС КОРЕКЦІЇ КРОВОООБІГУ ПРИ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ І УШКОДЖЕННЯХ ОРГАНІВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

1

2

(21) u201008701

(22) 12.07.2010

(24) 25.01.2011

(46) 25.01.2011, Бюл.№ 2, 2011 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, ІВАНОВА ЮЛІЯ ВІКТОРІВНА, ТЕСЛЕНКО СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ

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

(57) 1. Процес корекції кровообігу при гнійно-некротичних захворюваннях і ушкодженнях органів гепатопанкреатодуоденальної зони, що включає системну гемодилію сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1 і введення добу-

таміну 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 воротної вени, а в післяопераційному періоді додатково проводять внутрішньопортальну гемодилію 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 добутаміну вибирають із розрахунку 2 мг/кг/хв.

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

Корисна модель стосується хірургії і може бути використана для лікування гнійно-некротичних захворювань і ушкодження 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" (Київ. - "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 найближчим до корисної моделі за суттю і результатами є процес ко-

рекції кровообігу, який описано в монографії "Интенсивная терапия угрожающих состояний" под. Ред. В.А. Корякина и В.И. Страшнова (Санкт-Петербургское медицинское издательство. -2002.- С. 95-96). Він включає проведення керованої системної гемодилію шляхом введення в системний кровообіг сольових і колоїдних розчинів у співвідношенні 1:1, а також введення добутаміну із розрахунку 3 мг/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 якому корекція здійснюється за рахунок посилення 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 гепатопанк-

(19) UA (11) 56785 (13) U

реатодуоденальної зони, що включає системну гемодилуцію сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1 і введення добутаміну до системного кровотоку в дозі 3 мг/кг/хв., згідно з корисною моделлю, корекцію здійснюють комплексно - як інтраопераційно, так і в післяопераційному періоді. При цьому інтраопераційно катетеризують одну з гілок воротної вени, а в післяопераційному періоді додатково проводять внутрішньопортальну гемодилуцію сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1, а також додатково вводять добутамін в спланхнічний кровотік.

Оптимальною є доза добутаміну із розрахунку 2 мг/кг/хв.

В ряді випадків, а саме - при коагулопатії, доцільно додатково вводити в портальний кровотік апротиніни.

Оптимальною є доза апротинінів 50000 Од/кг.

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

Заявнику невідомі приклади сукупного проведення системної і внутрішньопортальної гемодилуції сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1, введення добутаміну в системний кровообіг із розрахунку 3 мг/кг/хв., а в портальний - 2 мг/кг/хв., а також при діагностиці коагулопатії введення в портальний кровообіг 50000 Од/кг апротинінів до досягнення клініко-лабораторної ремісії.

Згадані дози добутаміну і апротинінів 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 воротної вени. В післяопераційному періоді діагностують наявність або відсутність коагулопатії. Проводять системну і портальну гемодилуцію сольовими і колоїдними розчинами у співвідношенні 1:1 і введення добутаміну в системний кровообіг із розрахунку 3 мг/кг/хв., а в спланхнічний - 2 мг/кг/хв. При наявності коагулопатії в спланхнічний кровообіг додатково вводять 50000 Од/кг апротинінів до досягнення клініко-лабораторної ремісії.

Приклад.

Хвора С. 38 років, оперована в клініці Інституту з приводу інфікованого панкреонекрозу. 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 гемодилуція через катетери розчином Рінгера і Реополіглюкіном у співвідношенні 1:1, а також в системний кровообіг вводили добутамін із розрахунку 3 мг/кг/хв., а в катетер пупової вени - добутамін із розрахунку 2 мг/кг/хв. на протязі 5 діб. Плин післяопераційного періоду 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 покращати спланхнічний кровообіг і результати лікування такої категорії хворих.