



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61371 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ГОСТРОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) 2003010229

(22) 09 01 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р

(72) Єфетова Тетяна Сергіївна

(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. С.І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО

(57) Спосіб профілактики гострого післяопераційного панкреатиту, який включає проведення блокади аферентних ноцицептивних та еферентних симпатичних імпульсів, який відрізняється тим, що зразу ж після лапаротомії вводять спирто-новокаїновий розчин в заочеревинний клітковинний простір на рівні L₁ між аортою і нижньою порожнистою веною в область сонячного сплетіння

Винахід відноситься до медицини, а саме, до абдомінальної хірургії, і може бути використаний для профілактики гострого післяопераційного панкреатиту при радикальних операціях з приводу рака шлунка, виразкової хвороби, а також інших захворювань гастропанкреатодуоденальної зони.

В якості прототипу обрано спосіб профілактики гострого післяопераційного панкреатиту (Вінник Ю.О. Хірургічне та комбіноване лікування хворих на рак шлунка з урахуванням гормонального статусу панкреатичного кровотоку. Автореф. дис. докт. мед. наук - Донецьк, 1996 - 42с.), який заключається в пролонгованій епідуральній анестезії, тобто в епідуральний простір вводять місцевий анестетик.

Ознаками, що співпадають з основними ознаками запропонованого методу, є проведення блокади аферентних ноцицептивних та еферентних симпатичних імпульсів.

Ознаками, які перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату, є виникнення багатьох побічних ефектів та ускладнень - зниження артеріального тиску, можливість виникнення менінгіту, гематом, абсцесу в епідуральному просторі, складність катетеризації і необхідність тривалого перебування катетера в епідуральному просторі, строгого спостереження за хворим протягом всього періоду ішемії в підшлунковій залозі, введення анестетика кожні 2 години, що призводить до необхідності введення високих доз анестетика, крім того, в зв'язку з гіпотензивними реакціями, вона має протипоказання при не коригованій гіповолемії.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення прототипу шляхом проведення анестезії

черевних нервів за рахунок введення комбінації розчину новокаїну з етиловим спиртом в заочеревинний клітковинний простір, анестезуючи область сонячного сплетіння, що дозволяє добитися попередження ішемії в підшлунковій залозі та органах верхнього поверху черевної порожнини, досягти зменшення післяопераційних панкреатитів і панкреонекрозів, а, отже, і післяопераційної летальності при операціях на органах панкреатодуоденальної зони, а також знеболювання післяопераційного періоду.

Поставлена задача вирішується тим, що в спосіб профілактики гострого післяопераційного панкреатиту, який включає проведення блокади аферентних ноцицептивних та еферентних симпатичних імпульсів, згідно винаходу, зразу ж після лапаротомії вводять спирто-новокаїновий розчин в заочеревинний клітковинний простір на рівні L₁ між аортою і нижньою порожнистою веною в область сонячного сплетіння.

Між сукупністю суттєвих ознак та очікуваним технічним результатом, проявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: введення спирто-новокаїнового розчину в область сонячного сплетіння дозволяє блокувати патологічні больові імпульси, в результаті яких відбуваються всі порушення мікроциркуляції, що йдуть від локалізації наносимого подразнення, до їх попадання в спинний і головний мозок -інтрацептивно, і назад - до органів, іннервованих сонячним сплетінням і черевними нервами - екстрацептивно, до яких відноситься, в першу чергу, підшлункова залоза, оскільки вона найбільш чутлива до ішемії.

Проведені клінічні випробування запропонованого способу профілактики гострого післяопера-

(13) A

(11) 61371

(19) UA

ційного панкреатиту у 245 хворих досліджуємої групи показали високу його ефективність. Частота гострого післяопераційного панкреатиту, в порівнянні з контрольною групою, знизилась в 3, 4 рази, тяжких форм не спостерігалось, і гострий післяопераційний панкреатит не послужив причиною ні одного летального наслідку. В той же час у контрольній групі, яка складалась із 446 хворих з таким же обсягом операцій, відсоток летальних наслідків від гострого післяопераційного панкреатиту склав 2,24%.

Проведені реопанкреатографічні дослідження панкреатичної гемодинаміки показали виражене покращення мікроциркуляції в підшлунковій залозі, яке попереджало її ішемію.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Довгою голкою пунктують заочеревинний клітковинний простір на рівні L_1 між аортою і нижньою полою веною і вводять 100мл 33% розчину етилового спирту на 0,5% розчині новокаїну, зразу ж після лапаротомії.

Використання способу проілюстровано наступними прикладами.

Приклад 1. Хвора Т. 1930р.н. № історії хвороби 0608, яка перебувала на лікуванні в Кримському республіканському клінічному онкологічному диспансері з діагнозом Рак шлунка IIIст. T3N2M0, виконана гастректомія з розширеною лімфаденектомією, застосовуючи запропонований спосіб. В інтраопераційному і післяопераційному періодах виконувалась пряма контактна біполярна реопанкреатографія, що дозволило виявити значне по-

кращення кровообігу в підшлунковій залозі, яке зберігалось протягом всього післяопераційного періоду, що тривав 7-10 днів. Крім того відсутність будь-якого прояву післяопераційного панкреатиту, яка заключалась у збільшенні рівня амілази крові і діастази сечі, підтверджено нормальними показниками даного фермента протягом всього післяопераційного періоду.

Приклад 2. Хвора К. 1941р.н. № історії хвороби 4519, яка перебувала на лікуванні в Кримському республіканському клінічному онкологічному диспансері з діагнозом Рак шлунка II ст. T3N0M0, виконана гастректомія з холецистектомією, під час операції, застосовуючи спосіб профілактики гострого післяопераційного панкреатиту, алкоголізацією черевних нервів. В інтраопераційному і післяопераційному періодах виконувалась пряма контактна біполярна реопанкреатографія, що дозволило виявити деяке покращення кровообігу в підшлунковій залозі, яке зберігається протягом 1-5 днів післяопераційного періоду, після чого показники гемодинаміки знаходились в межах норми. Будь-яких даних клінічних або лабораторних показників, характерних для гострого післяопераційного панкреатиту, не спостерігалось.

Перевагами цього способу є простота виконання, тривалість блокади завдяки алкоголізації черевних нервів та області сонячного сплетіння, протягом 2-3 місяців післяопераційного періоду, відсутність ппотензії та інших ускладнень, властивих епідуральній анестезії.