

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії та анестезіології-реаніматології і може бути використаним для профілактики та лікування посттравматичного панкреатиту.

Одним із актуальних питань політравми є торако-абдомінальна травма, в частості, травма підшлункової залози, яка, за даними різних авторів, зустрічається в 9-15% у структурі пошкоджень органів, в 100% випадків носить множинний характер і супроводжується високою летальністю [Р.В.Вашетко, А.Д.Толстой, А.А.Курыгин, Ю.М.Стойко, В.Б.Красногоров. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. Руководство для врачей, Санкт-Петербург. - 2000. - С. 309].

Для травми підшлункової залози у перші години характерним є наявність геморагічного випоту у черевній порожнині та сальниковій сумці, який має високу ферментативну активність, парадуоденальні гематоми, гематома шлунково-ободової кишки та малого сальника, парапанкреатична гематома від малих крапкових крововиливів до великих, пізніше 6-12 годин після травми відмічається наявність вогнищ стеатонекрозу на очеревині, наявність гнійного ексудату в черевній порожнині і сальниковій сумці, наявність парезу кишок, запалення або нагноєння за очеревинної клітковини. Правильна організація та своєчасність лікувальних заходів є залогом успіху у лікуванні та профілактиці посттравматичного панкреатиту [В.И.Филин и др. Травматический панкреатит, Кишинев, «Штиинца». - 1990. - С. 199-200].

Корекція цього стану здійснюється наступними способами.

Обколювання підшлункової залози розчином місцевого анестетика новокаїну з антибіотиком та антиферментом, внутрішньовенне введення інгібіторів протеаз контрикалу та гордоксу, цитостатика 5-фторурацила, спазмолітиків, постійна аспірація шлункового вмісту через зонд в післяопераційному періоді, проведення новокаїнових блокад [О.Е. Бобров, В.И. Зубаль, С.С. Гречаний. Диагностика и лечение острого послеоперационного панкреатита // Проблемы медицины. - 1995. - №5. -С.26]. Даний метод забезпечує профілактику посттравматичного панкреатиту, але при цьому має ряд недоліків: може привести до поліпрагмазії і не забезпечує достатнього знеболювання хворих в післяопераційному періоді.

Під час операції внутрішньовенне введення антиферментних препаратів контрикалу та гордоксу, з перших годин після операції призначення Н<sub>2</sub>-блокаторів, блокаторів протонної помпи, спазмолітиків, аналогів соматостатина, антиоксидантів [Chand B., Walsh R.N., Ponsky J., Brody F. -Pancreatic complications following laparoscopic splenectomy // Surg. Endoscopic, - 2001. - №9. - Р. 14-15]. Даний метод забезпечує профілактику посттравматичного панкреатиту, але він не дозволяє виключити больовий синдром, що створює неадекватні умови для вегетативної саморегуляції та нормалізації гемодинамічних зрушень, що в свою чергу продовжує період реабілітації хворих.

Шляхом введення лікарських препаратів під контролем панкреатичного кровообігу, що здійснюється наступним образом: протягом 5-7 днів проводять пролонговану комбіновану епідуральну анестезію лідокаїном та клофеліном, з моніторингом панкреатичного кровообігу прямою реопанкреатографією, внутрішньовенне капельно вводять 5-фторурацил [Патент №40727, А 61В 17/00, В5/026, В33/16. Спосіб профілактики післяопераційного панкреатиту / Ю.О.Вінник, М.А.Георгіянц, К.Е.Еффунуга. Заявка №98073641 від 08.07.1998 // Промислова власність. -2001, №7, ч.2].

Цей спосіб найбільш близький до заявленого по своїй технічній сутності і по результатам, які можуть бути досягненні, тому ми вибираємо його в якості прототипу.

Не зважаючи на те, що вищевказаний спосіб достатньо ефективний, він має ряд недоліків, головних з яких є обмеження його застосування у кожного хворого у зв'язку із складністю метода.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу винаходу покладено задачу спрощення методу лікування хворих з посттравматичним панкреатитом.

Задача, яку покладено в основу винаходу способу лікування хворих з посттравматичним панкреатитом, вирішується тим, що у відомому способі лікування хворих з посттравматичним панкреатитом, який включає введення місцевого анестетика, згідно з винаходом, введення місцевого анестетика здійснюють у два етапи, при цьому перший етап виконує хірург, інфільтруючи парапанкреатичну клітковину розчином 0,125% бупівакаїну 40-60мл, другий етап здійснює анестезіолог після зупинки кровотечі і стабілізації гемодинаміки шляхом катетеризації епідурального простору на рівні Th<sub>IV</sub>-Th<sub>X</sub> з наступним введенням місцевого анестетика бупівакаїну 0,25% 7-8мл кожні 8-12 годин протягом 10 діб.

Спрощення методу досягається шляхом нівелювання патологічних вегетативних реакцій у ранньому післяопераційному періоді, створенні режиму "охорони" органа за допомогою блоку plexus heraticus та plexus lienalis, що досягається інтраопераційно медикаментозною денервацією органа, яка продовжується до 10 діб за допомогою другого етапу. Також відмічається досягнення адекватного знеболювання в післяопераційному періоді, що повністю виключає застосування наркотичних анальгетиків, значне відновлення об'єму легеневої вентиляції, зменшення виразності артеріальної гіпоксемії та раннє, до кінця першої доби, відновлення моторно-евакуаторної функції кишок і обмеження застосування, упритул до виключення, таких препаратів як антиферменти, цитостатики, аналоги соматостатина, спазмолітики [А.К. Ерамишанцев и др. Травматические повреждения поджелудочной железы // Хирургия. - 1994. - №4. - С. 13-14].

Спосіб виконують наступним чином:

Вводять місцевий анестетик у два етапи. Перший етап виконує хірург після інтраопераційної діагностики характеру пошкодження підшлункової залози, ступеня її анатомічної цілісності з наступною хірургічною корекцією, інфільтруючи парапанкреатичну клітковину розчином 0,125% бупівакаїну 40-60мл, другий етап здійснює анестезіолог після зупинки кровотечі і стабілізації гемодинаміки шляхом катетеризації епідурального простору на рівні Th<sub>IV</sub>-Th<sub>X</sub> з наступним введенням місцевого анестетика бупівакаїну 0,25% 7-8мл кожні 8-12 годин протягом 10 діб.

Спосіб ілюструють наступні приклади:

Хворий Т., 29 років, № історії хвороби 18025, поступив у відділення полі травми ХМКЛШМД 12.03.03. з діагнозом: Закрита абдомінальна травма. Розриви 3 та 4 сегментів печінки. Роздавнення селезінки. Ушиб підшлункової залози. Гемоперітонеум 2-3 ступеня. В операційній хворому було виконано операційне втручання, а саме спленектомію, ушивання печінки, яке завершилось інфільтрацією парапанкреатичної клітковини розчином 0,125% бупівакаїну 50 мл. Після операції та стабілізації параметрів гемодинаміки хворому було катетеризовано епідуральний простір та введено 7мл 0,25% розчину бупівакаїну. Подальші введення місцевого анестетика

бупівакаїну через 10 годин протягом 10 діб. Антиферменти, цитостатики, аналоги соматостатина, спазмолітики, наркотичні анальгетики не застосовувалися. Після видужання хворий виписаний додому у задовільному стані.