

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способу лікування гострого біліарного панкреатиту. Може бути використаний як для профілактики гнійних ускладнень, так і для їх лікування при гострому біліарному панкреатиті.

Інфікування некрозів підшлункової залози при гострому біліарному панкреатиті здійснюється не лише через транслокацію флори з кишківника, але й через розповсюдження патогенної флори з біліарного тракту, особливо враховуючи на переважно латентний перебіг супутнього холангіту. Патологічні зміни в біліарній системі, які потребують ранньої хірургічної санації (деструктивний холецистит), виявляють у 33% хворих на гострий біліарний панкреатит, яким після холецистектомії проводять зовнішнє дренування холедоха по одній з існуючих методик, за інтактного жовчного міхура виконують холецистостомію з послідовним проведенням в післяопераційному періоді інтрахоледохеальної терапії, що є важливим компонентом профілактики гнійних ускладнень гострого панкреатиту в зв'язку з наявністю тісного анатомо-функціонального зв'язку і єдиного джерела гістогенетичного розвитку жовчних шляхів та панкреатичної протокової системи, яка включає введення антибіотиків, антисептиків (діоксидин, йодопірон) відповідно до результатів бактеріологічного дослідження, спазмолітиків, геларину, сорбентів, глюкокортикостероїдів, імуномодуляторів (І.О.Ковальська, Є.А.Крючина, Р.С.Цимбалюк Хірургічне лікування хворих на гострий біліарний панкреатит //Шпитальна хірургія. -2002.- №3.- С.17-20; Зюбрицький М.М., Арсенюк В.В., Бойко Д.І. Хірургічне лікування жовчокам'яної хвороби, ускладненої гострим біліарним панкреатитом //Шпитальна хірургія. -2002. -№3. -С.27-29.; Даценко Б.М., Тамм Т.І., Крамаренко К.О. Ендоскопічна діагностика та лікування гнійного холангіту //Практична медицина. -2003. -№1. -С.27-28).

Однак, наведені способи інтрахоледохеальної терапії передбачають введення лікарських речовин безпосередньо в холедох після його дренування під час холецистектомії, яка сприятиме розповсюдженню інфекції з біліарного тракту на оточуючі тканини, що може призвести до виникнення небажаних гнійно-септичних ускладнень; не створюють умов до пригнічення запального процесу в стінці жовчного міхура при початкових його формах; не враховуючи можливість персистенції мікроорганізмів в стінці міхура, в конкрементах; не враховують важкість операційного втручання при важкому загальному стані, ускладненому супутньою патологією, особливо у хворих старшої вікової групи, що значно збільшує важкість операційної травми; не створюють можливість проведення одночасної дозованої декомпресії біліарного тракту та місцевої медикаментозної терапії; не застосовують електрофоретичний направлений рух іонів медикаментозних речовин в стінку жовчних протоків, в оточуючі тканини, особливо парапанкреатичну клітковину та підшлункову залозу.

В основу винаходу "Спосіб профілактики ускладненого перебігу гострого біліарного панкреатиту" поставлена задача зменшити об'єм оперативного втручання у хворих на гострий біліарний панкреатит важкого ступеня перебігу при наявності супутньої соматичної патології, особливо у хворих старшої вікової групи, створити умови до пригнічення запального процесу на початкових його формах, виключити можливість персистенції мікрофлори в стінці жовчного міхура, в стінках біліарної протокової системи, в наявних конкрементах, створити умови для проведення одночасної дозованої декомпресії та місцевої медикаментозної терапії, створити максимальну сталу концентрації антибактерійних препаратів в стінках жовчного міхура, біліарній протоковій системі та тканинах, що їх оточують (парапанкреатична клітковина, підшлункова залоза), що буде досягнуто шляхом застосування електрофоретичного спрямування руху іонів лікарських речовин, в першу чергу антибіотиків, методом внутрішньотканинного інтраорганного електрофорезу в поперечному напрямку.

Поставлену задачу здійснюють "Способом профілактики ускладненого перебігу гострого біліарного панкреатиту" шляхом активного дренування та санації біліарної системи (жовчний міхур, протокова система) антибактерійними розчинами через холецистостому, в якому згідно із винаходом під час операції загальну жовчну протоку дренують ірігатором, проведенням через міхурову протоку, через який в післяопераційному періоді проводять пролонговану перфузію біліарної системи антибактерійними розчинами, із одночасним застосуванням інтраорганного внутрішньотканинного електрофорезу за методикою поперечної гальванізації, а холецистостома виконує функцію одночасної дозованої декомпресії протокової системи.

На кресленні, фіг. зображено взаєморозташування дражних трубок в порожнині жовчного міхура, в загальній жовчній протоці, під'єднання до апарату для проведення пролонгованої перфузії біліарної системи, розташування пластин електродів для проведення внутрішньотканинного інтраорганного електрофорезу за методикою поперечної гальванізації.

Спосіб профілактики ускладненого перебігу гострого біліарного панкреатиту виконують наступним чином: під місцевим знеболенням із внутрішньовенним потенціюванням мінідоступом в правому підребр'ї формують холецистостому 1 на поліхлорвінілової трубки діаметром 0,5-0,6см по загальноприйнятій методиці, через боковий отвір 2 холецистостомічної трубки діаметром 0,3см проводять поліетиленовий дренажний катетер 3 діаметром 0,2см з наявними боковими отворами 4 в кількості до 5 штук діаметром, що становить половину діаметра катетера, через порожнину жовчного міхура в загальну жовчну протоку через міхурову протоку на глибину до 6см, положення якого в біліарній протоковій системі контролюють проведенням інтраопераційної холангіографії, ззовні дренажі фіксують окремими вузловими швами 5 до шкіри. На зовнішній кінець холецистостомічної трубки, що слугує для проведення дозованої декомпресії за рахунок невідповідності власного діаметру та діаметру трубки, що проведена в загальну жовчну протоку, надівається резервуар для прийому та контролю за кількістю жовчі (гумова рукавичка). Зовнішній кінець інтрахоледохеального дренажу під'єднують до апарату-перфузатора 6 для проведення пролонгованої біліарної санації слідуючим розчином: 60мл метрогілу, 60мл 0,025% декаметоксину, 30мл 0,9% фізіологічного розчину із 2 грамами антибіотика цефалоспоринового ряду 3-4 покоління (цефтріаксон, цефотаксим, цефоперазон, цефтазидим, максипім), що здійснюється із швидкістю 60мм/годину. Після послідовного введення метрогілу, декаметоксину під час перфузії антибактерійного препарату в електродлітному середовищі проводять сеанс внутрішньотканинного інтраорганного електрофорезу за методикою поперечної гальванізації із слідуючим розташуванням електродів на передній черевній стінці - активний електрод 7 розміщують в правому підребр'ї по передній акілярній лінії

в проекції жовчного міхура, загальної жовчної протоки, голівки підшлункової залози, неактивний електрод 8 розміщують на проекцію хвостової частини підшлункової залози (ділянка лівого підреб'я по задній аксілярній лінії), створюючи повздовжній рух 9 заряджених частинок антибактерійних препаратів. В залежності від заряду іонів препаратів на активний електрод подається заряд "+" чи "-", сила струму 3-5мкА, тривалість 30 хвилин за методикою поперечної гальванізації, прилад "Поток-1". Комбінацію процедур пролонгованої інтрабіліарної перфузії антибактерійних препаратів та внутрішньотканинного інтраорганного поперечного електрофорезу проводимо 2 рази на добу протягом 7 діб.

Клінічний приклад: Хвора Б., 69 років, І.Х. №11740, знаходилася в клініці факультетської хірургії Вінницького Національного медичного університету ім.М.І.Пирогова, що розміщена на базі міського центру хірургії печінки, позапечінкових жовчних шляхів та підшлункової залози, з 28.12.02 по 9.01.03 з клінічним діагнозом: ЖКХ: гострий катаральний калькульозний холецистит, гострий біліарний асептичний некротичний панкреатит, вправима пупкова грижа, ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз, СН 2 А ст., миготлива аритмія тахістолічна форма.

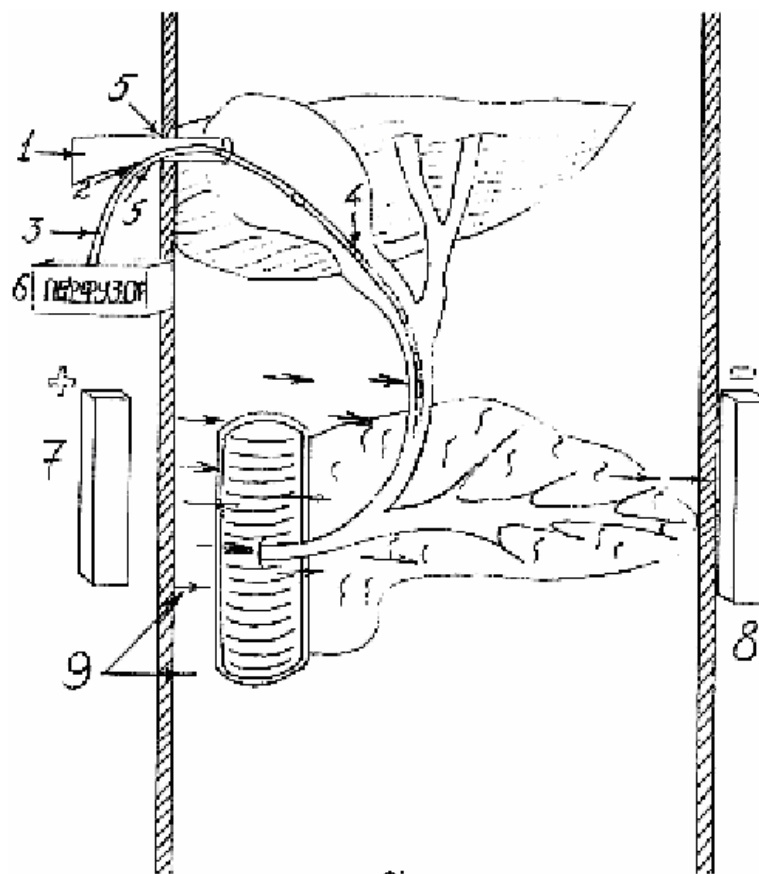
Під час операції 29.12.02. була виконана холецистотомія по запропонованій методиці із встановленням мікроіригатора в холедох, дренажування підпечінкового простору. Об'єм операції виконувався в мінімальному обсязі, враховуючи важкість загального стану хворої, наявність супутньої соматичної патології, що обумовлюють високий ризик оперативного втручання.

З 1 доби післяопераційного періоду поряд із комплексною багатокомпонентною інтенсивною терапією гострого біліарного асептичного некротичного панкреатиту було застосовано проведення пролонгованої інтрахоледохоальної перфузії 60мл метрогілу, 60мл 0,025%. декаметоксину, 30мл 0,9%. фізіологічного розчину із 2 грамами цефтріаксону із швидкістю 60мм/годину із проведенням інтраорганного електрофорезу за методикою поперечної гальванізації тривалістю 30 хвилин, що здійснюється під час проведення перфузії холедоха цефтріаксоном. Цей запропонований лікувальний комплекс проводився протягом 7 діб 2 рази на добу. На 5 добу клінічні та лабораторні ознаки гострого біліарного асептичного некротичного панкреатиту зникли. Ніяких ускладнень та реакцій при проведенні методики у хворої під час лікування не спостерігалось. Хвора на 12 добу з моменту госпіталізації була виписана у задовільному стані.

7.04.03 хвора була госпіталізована для планового оперативного втручання (холецистектомія) з приводу хронічного калькульозного холециститу, вправимої пупкової грижі. 8.04.03 хворій була виконана холецистектомія від шийки, дренажування підпечінкового простору, грижесічення та грижепластика пупкової грижі за Сапєжко. 16.04.03 хвора в задовільному стані була виписана з відділення хірургічної клініки.

Запропонований спосіб дозволяє зменшити об'єм оперативної інтервенції у хворих на гострий біліарний панкреатит важкого ступеня перебігу при наявності супутньої соматичної патології, особливо у хворих старшої вікової групи, створити умови до пригнічення запального процесу на початкових його формах, виключити можливість персистенції мікрофлори в стінці жовчного міхура, в стінках біліарної протокової системи, в застійній жовчі, в наявних конкрементах, створити умови для проведення одночасної дозованої декомпресії та місцевої медикаментозної терапії, створити максимальну сталу концентрації антибактерійних препаратів в стінках жовчного міхура, біліарній протоковій системі та тканинах, що їх оточують (парапанкреатична клітковина, підшлункова залоза), що досягається шляхом застосування електрофоретичного спрямування руху іонів лікарських речовин, в першу чергу антибіотиків, методом внутрішньотканинного інтраорганного електрофорезу в поперечному напрямку, що дозволяє профілакувати інфекційні ускладнення, сприяє швидкій активізації хворих, дозволяє зменшити кількість повторних оперативних втручань, покращує результати лікування хворих.

Порівняно із відомими запропонований спосіб лікування гострого біліарного некротичного панкреатиту потребує в значно менших кількостях лікарських препаратів, проте дозволяє створювати високу локальну концентрацію антибактерійних препаратів в запальних вогнищах.



Фиг.