



УКРАЇНА

(19) UA (11) 6684 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальністю
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

(21) 20041008815
(22) 28 10 2004
(24) 16 05 2005
(46) 16 05 2005, Бюл. № 5, 2005 р
(72) Годлевський Аркадій Іванович, Канковський Олег Євгенович, Саволюк Сергій Іванович, Жмур Андрій Анатолійович
(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ М.І. ПИРОГОВА
(57) Спосіб профілактики ускладнень гострого біліарного панкреатиту, що передбачає дренажування, пролонговану перфузію біліарної системи ан-

2

тибактерійними розчинами, який відрізняється тим, що під час операції загальну жовчну протоку дренажують модифікованим дренажем, головний канал якого в післяопераційному періоді виконує функцію дозованої біліарної декомпресії, через додатковий канал проводять пролонговану перфузію біліарної системи антибактерійними розчинами, із одночасним застосуванням інтраорганного інтрахоледохеального електрофорезу за методикою поперечної гальванізації через активний електрод, що вмонтований в зонд

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

Інфікування вогнищ запальної деструкції підшлункової залози при гострому біліарному панкреатиті здійснюється не лише через транслокацію флори з травного каналу, але й через розповсюдження патогенної флори з біліарного тракту, особливо, враховуючи на переважно латентний перебіг супутнього холангіту.

Сучасна стратегія хірургічного лікування гострого біліарного панкреатиту полягає у обов'язковій декомпресії (зовнішня, внутрішня чи їх комбінація) біліарної системи, навіть за умови відсутності явних ознак біліарної гіпертензії, враховуючи, що мікрохоледохолітаз є основним етіологічним чинником біліарного панкреатиту. Якщо застосування методів внутрішньої декомпресії (ендоскопічна папілосфінктеротомія) на сучасному етапі викликає дискусії серед провідних науковців, то ставлення до методів зовнішньої декомпресії одностайне.

Саме тому, після ліквідації джерела мікрохоледохолітазу (холецистектомія) виконують зовнішнє дренажування 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 біліарного панкреатиту в зв'язку з особливістю постгенетичного розвитку жовчних шляхів та панкреатичної протокової системи, яка включає введення антибактерійних засобів (діюксидин, йодопрон) відповідно до результатів бактеріологічного дослідження жовчі, спазмолітиків, гепарину, сорбентів, глюкокортико-стероїдів, імуномодуляторів [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 жовчнокам'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, відомий спосіб інтрахоледохеальної терапії передбачає пролонговану чи фракційну перфузію лікарських речовин безпосередньо в холедох через трубчатий дренаж, що не створює можливості проведення одночасно дозованої декомпресії біліарного тракту та регіонарної антибактерійної терапії, не застосовують електрофоретичне спрямований рух іонів медикаментозних речовин в стінку жовчних протоків, в оточуючі тканини, особливо в паранкреатичну клітковину та підшлункову залозу в вогнища запальної деструкції, не створюють можливості для депонування

U
(13)
6684
(11)
UA
(19)

антибактерійних засобів в стінці холедоха, гепатодуоденальній зв'язці, клітковинних скупченнях, не враховують порушення інтраорганного кровоплину в панкреатобіліарній системі за умови розвитку біліарного панкреатиту, що значно зменшує можливість penetрації антибактерійних препаратів через стінку загальної жовчної протоки.

В основу корисної моделі "Спосіб профілактики ускладнень гострого біліарного панкреатиту" поставлене завдання шляхом застосування електрофоретичного спрямування руху іонів лікарських речовин, в першу чергу антибіотиків, методом інтраорганного інтрахоледохеального електрофорезу виключити можливість персистенції мікрофлори в біліарній системі, створити умови для проведення одночасної дозованої декомпресії біліарного тракту та регіонарної антибактерійної терапії, створити максимально сталу концентрацію антибактерійних препаратів в біліарній протоковій системі та тканинах, що їх оточують (парапанкреатична клітковина, підшлункова залоза, гепатодуоденальна зв'язка), покращити інтраорганний кровоплин панкреатобіліарної системи.

Поставлене завдання здійснюють способом профілактики ускладнень гострого біліарного панкреатиту, що передбачає дренажування, пролонговану перфузію біліарної системи антибактерійними розчинами, який відрізняється тим, що під час операції загальну жовчну протоку дреноують модифікованим дренажем, головний канал якого в післяопераційному періоді виконує функцію дозованої біліарної декомпресії, через додатковий канал проводять пролонговану перфузію біліарної системи антибактерійними розчинами, із одночасним застосуванням інтраорганного інтрахоледохеального електрофорезу за методикою поперечної гальванізації через активний електрод, що вмонтований в зонд.

Фіг. 1 - зображено взаєморозташування каналів та електроду модифікованого зонда для проведення пролонгованої перфузії біліарної системи та проведення інтраорганного інтрахоледохеального електрофорезу за методикою поперечної гальванізації.

Фіг 2 - розташування запропонованого зонду в загальній жовчній протоці через мікрохолецистостому.

Фіг 3 - розташування зонду в загальній жовчній протоці через холедохотомний отвір після виконаної холецистектомії.

Спосіб профілактики ускладнень гострого біліарного панкреатиту виконують таким чином. Після виконання холецистектомії (джерела мікрохоледохолітазу) виконують дренажування загальної жовчної протоки через куксу міхурової протоки чи холедохотомічний отвір за однією з загальноприйнятих методик запропонованим зондом для декомпресії біліарного тракту діаметром 0,5-0,6 см, через отвори головного каналу зонда 1 здійснюється біліарна декомпресія в резервуар для обліку жовчі, до додаткового каналу 2 діаметром 0,1 - 0,2 см під'єднують апарат для проведення пролонгованої інтрахоледохеальної антибактерійної перфузії слідуючим розчином: 30 мл метрогілу, 30 мл 0,025 % декаметоксину, 30 мл 0,9 % фізіологічного розчину із 2 грамами антибіотика

цефалоспоринового ряду 3-4 покоління (цефтріаксон, цефотаксим, цефоперазон, цефтазидим, максипім), що здійснюється із швидкістю 60 мл/годину, вмонтований в зонд активний електрод 3 для інтрахоледохеального електрофорезу під'єднують до клеми "плюс", пасивний електрод встановлюють на передню черевну стінку, в місці проекції хвоста підшлункової залози в 8 мікробір'ї по середній аксілярній лінії, під'єднують до клеми "мінус" апарату "Поток - 1". Гальванізацію здійснюють протягом 90 хвилин при щільності струму 0,03 - 0,05 мА/см². Комбінацію процедур пролонгованої інтрабіліарної перфузії антибактерійних препаратів та інтраорганного інтрахоледохеального 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 28.12.03 по 9.01.04 з клінічним діагнозом : ЖКХ: гострий флегмонозний калькульозний холецистит, паравезикальний абсцес, дифузний серозно - гнійний перитоніт, гострий біліарний асептичний некротичний панкреатит, гнійний холангіт, механічна жовтяниця, вправима пупкова грижа, ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз, СН 2 А ст., миготлива аритмія тахісistolічна форма.

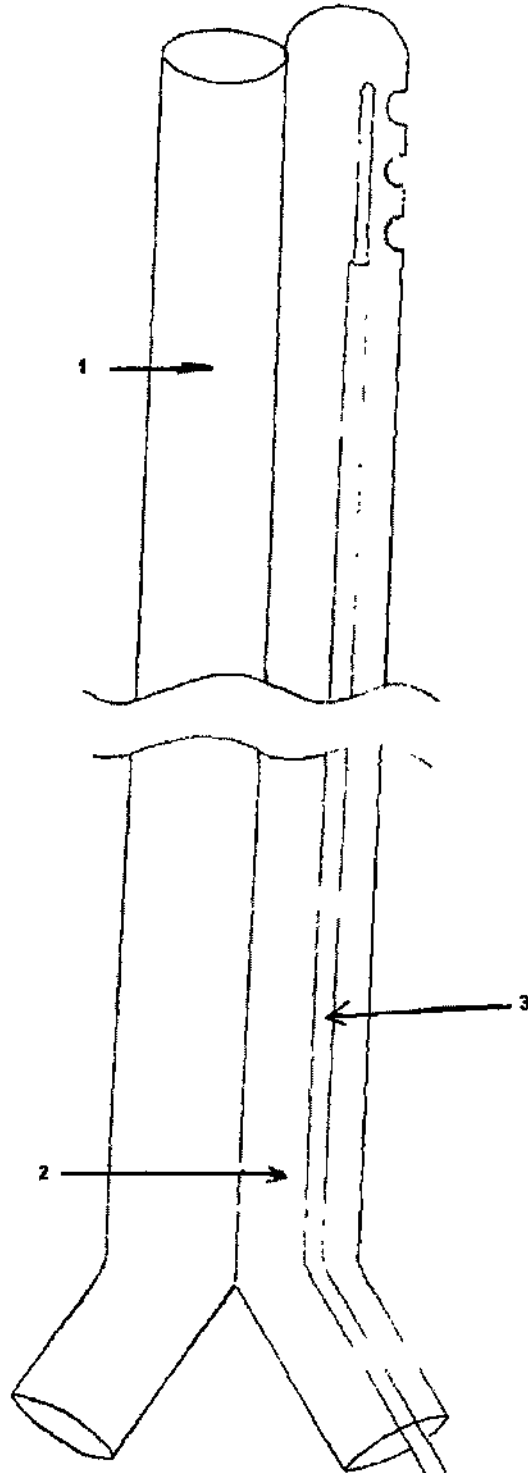
Під час операції 29.12.02. була виконана холецистектомія від шийки із зовнішнім дренажуванням холедоха за Холстедом - Піковським запропонованим зондом, дренажування підпечінкового простору, грижепластика пупкової грижі за Сапежко. З 1 доби післяопераційного періоду поряд із комплексною багатокомпонентною інтенсивною терапією гострого біліарного панкреатиту було застосовано проведення пролонгованої інтрахоледохеальної перфузії 30 мл метрогілу, 30 мл 0,025 % декаметоксину, 30 мл 0,9 % фізіологічного розчину із 2 грамами цефтріаксону із швидкістю 60 мл/годину із проведенням інтраорганного інтрахоледохеального електрофорезу за методикою поперечної гальванізації тривалістю 90 хвилин. Цей запропонований лікувальний комплекс проводився протягом 7 діб 2 рази на добу. На 5 добу клінічні та лабораторні ознаки гострого біліарного 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.

Запропонована корисна модель дозволяє виключити можливість персистенції мікрофлори в стінках біліарної протокової системи, в жовчі, в наявних конкрементах, створити умови для проведення одночасної дозованої декомпресії та регіонарної антибактерійної терапії, створити максимально сталу концентрацію антибактерійних препаратів в біліарній протоковій системі та тканинах, що їх оточують (парапанкреатична клітковина, підшлункова залоза), що досягається шляхом застосування електрофоретичного спрямування руху іонів лікарських речовин електричним полем постійного струму, в першу чергу антибіотиків,

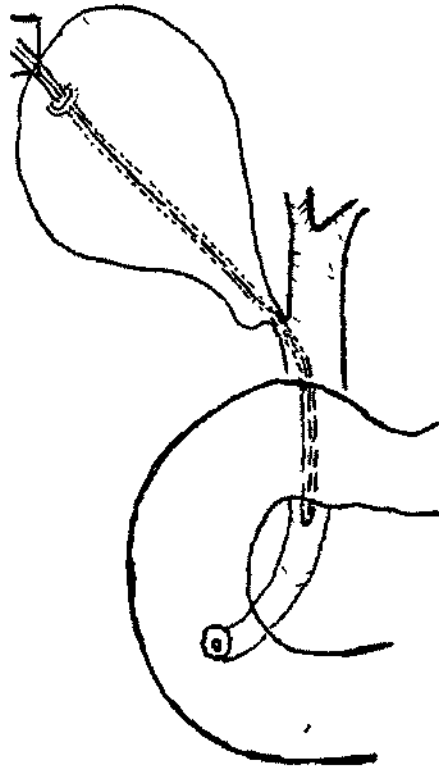
методом інтраорганного інтрахоледохеального електрофорезу в поперечному напрямку, що дозволяє профілакувати гнійні постнекротичні ускладнення біліарного панкреатиту, зменшити кількість повторних оперативних втручань, покращує результати лікування хворих.

Порівняно із відомими запропонований спосіб лікування гострого біліарного некротичного пан-

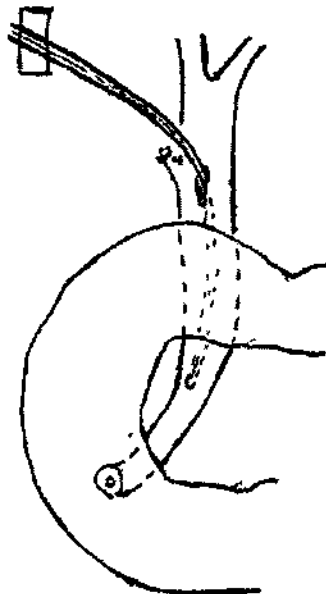
креатиту потребує в значно менших кількостях лікарських препаратів, проте дозволяє створювати високу локальну концентрацію антибактерійних препаратів в запальних вогнищах, справляє позитивний вплив на інтраорганний кровообіг в підшлунковій залозі.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3