



УКРАЇНА

(19) UA (11) 32564 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ

1

2

(21) u200713470

(22) 03.12.2007

(24) 26.05.2008

(46) 26.05.2008, Бюл.№ 10, 2008 р.

(72) ГОДЛЕВСЬКИЙ АРКАДІЙ ІВАНОВИЧ, UA,
САВОЛЮК СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ, UA

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПІРОГОВА, UA

(57) Спосіб передопераційної підготовки та післяопераційного лікування хворих з обтураційною жовтяницею в залежності від способу біліарної декомпресії, що передбачає введення лікарських засобів з метою детоксикації, який **відрізняється** тим, що у хворих з обтураційною жовтяницею про-

тягом всього терміну передопераційної підготовки виконують гастроентеросорбцію та колоносанацию 1% водною суспензією "Сілікс", в післяопераційному періоді після виконання зовнішнього дренивання здійснюють гастроентеросорбцію, колоносанацию та холесорбцію 0,5% водною суспензією "Сілікс" протягом 7 діб, при виконанні ендоскопічної папілосфінктеротомії холесорбцію здійснюють через встановлений назобіліарний дренаж 0,5% водною суспензією "Сілікс" протягом 3 діб, при формуванні білідигестивного анастомозу здійснюють гастроентеросорбцію та колоносанацию протягом 7 діб.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів еферентної інтракорпоральної детоксикації в комплексному періопераційному лікуванні хворих з обтураційною жовтяницею. Може бути застосований в комплексі консервативних методів передопераційної підготовки та в післяопераційному лікуванні хворих в залежності від обраного способу біліарної декомпресії для профілактики прогресування печінкової дисфункції.

В патогенезі синдрому біліарної декомпресії основними є ендотоксемія, що пояснює важкість стану хворих викидом токсичних продуктів в кров внаслідок посилення мікроциркуляції в печінці, всмоктуванням токсичної жовчі в кишківнику та активацією системної запальної відповіді та перевантаження печінки внаслідок кишково-печінкової рециркуляції білірубінмоноглюкуроніду, який складає більшу частину з застійної жовчі при ОЖ.

Тому після верифікації та ліквідації причини холестази в післяопераційному періоді здійснюють методи активної детоксикації, спрямовані на попередження розвитку та прогресування печінкової дисфункції шляхом інтрапортальних інфузій перфторану через катетеризовані пупкові вени [Сапегин І.Д., Хилько С.С., Фомочкин І.І. Напряжение кислорода в ткани печени экспериментальных животных при моделировании обтурационной желтухи

и ее лечения // Клиническая хирургия. - 2006. - №3.-С.55-57], активної гепатопротекторної терапії [Черепенко І.В. Діагностика та лікування обтураційної жовтяниці непухлинного генезу у хворих з групи високого операційного ризику // Клиническая хирургия. - 2006. - №4-5. - С.58], еферентних екстракорпоральних методів детоксикації [Элин А.Ф. Эфферентная детоксикационная терапия у больных с печеночной недостаточностью, обусловленной обтурационной желтухой // Хирургия Украины. - 2005. - №2 (14). - С.126-128], фізичних впливів на паренхіму печінки [Гуменюк К.В., Покидько М.І. Результати ендовідеохірургічного методу стимуляції регенерації печінки з використанням аргонплазмової коагуляції у хворих на цироз // Клиническая хирургия.-2006. - №4-5. - С.32-33; Шевченко Б.Ф., Пролом Н.В., Ратчик В.М., Косинський О.В. Хирургічна корекція морфо-функціональних порушень печінки у хворих на калькульозний холецистит // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. - 2005. - Том 1. - С.297-299].

Однак, представлені еферентні методи екстракорпоральної детоксикації, що застосовуються для попередження післяопераційного виникнення та прогресування печінкової дисфункції за рахунок ендотоксемії характеризуються недоліками: інвазивністю, в 30% випадків неможливо катетеризувати пупкові судини, особливо після виконання

UA (19) 32564 (11) (13) U

повторних втручань, необхідне коштовне обладнання та кваліфіковані фахівці та перелік специфічних протипоказів у вигляді гемокоагуляційних порушень, що є характерними для перебігу обтураційної жовтяниці; не створюють умов для покращення портопечінкової гемодинаміки, не здійснюють ліквідацію умов для ентероколітичної мікробної транслокації, що відіграють поряд з ендотоксемією вирішальне значення в прогресуванні явищ печінкової дисфункції, і не враховують проявів специфічної ахолічної ентеральної недостатності, змін хімічної складу застійної жовчі та тривалість холестазу, що є визначальним перш за все у виборі способу біліарної декомпресії.

В основу корисної моделі „Спосіб передопераційної підготовки та післяопераційного лікування хворих з обтураційною жовтяницею в залежності від способу біліарної декомпресії” поставлене завдання шляхом диференційованого застосування інтракорпоральних методів гастроентеросорбції, холесорбції та колоносації препаратом „Сілікс” в періопераційний період в залежності від обраного способу біліарної декомпресії (зовнішнє дронування, біліодигестивний анастомоз, методи комбінованої декомпресії) здійснити лікування специфічної ахолічної ентеральної недостатності, ліквідувати порушення портопечінкової гемодинаміки за рахунок стимуляції гепатоспланхнічного кровообігу, попередити ентеральну та біліарно-дуденальну бактеріальну, зменшити вміст токсичних компонентів та продуктів ліпопероксидації в застійній жовчі та їх вплив на печінкову паренхіму та травний канал в умовах гіпоксії та зменшити їх всмоктування в ентерогапатичну рециркуляцію з активізацією пропульсивної діяльності травного каналу для видалення сорбційно-зв'язаних токсинів, знизити гіперацидність шлункового вмісту для профілактики стресових уражень верхніх відділів травного каналу, особливо при наявності супутньої патології та при необхідності формування біліоентероанастомозів.

Поставлене завдання здійснюють способом передопераційної підготовки та післяопераційного лікування хворих з обтураційною жовтяницею в залежності від способу біліарної декомпресії, що передбачає здійснення у хворих з обтураційною жовтяницею протягом всього терміну передопераційної підготовки виконують гастроентеросорбцію та колоносацію 1% водною суспензією „Сілікс”, в післяопераційному періоді після виконанні зовнішнього дронування здійснюють гастроентеросорбцію, колоносацію та холесорбцією 0,5% водною суспензією „Сілікс” на протязі 7 діб, при виконанні ендоскопічної папілосфінктеротомії холесорбцію здійснюють через встановлений назобіліарний дренаж 0,5% водною суспензією „Сілікс” протягом 3 діб, при формуванні біліодигестивного анастомозу здійснюють гастроентеросорбцію та колоносацію протягом 7 діб.

Спосіб передопераційної підготовки та післяопераційного лікування хворих з обтураційною жовтяницею в залежності від способу біліарної декомпресії здійснюють наступним чином. Протягом всього терміну передопераційної підготовки хворих з обтураційною жовтяницею в комплекс консервативної терапії включають здійснення гас-

троентеросорбції через назогастральний зонд та колоносації після виконання очисної клізми через одномоментно встановлений інтубаційний зонд 200мл 1% водною суспензією „Сілікс” двічі на добу. У хворих, яким виконано зовнішнє дронування позапечінкових жовчних протоків, гастроентеросорбція та колоносація поєднуються з холесорбцією, що передбачає введення через біліарний дренаж 50мл 0,5% водної суспензії „Сілікс” двічі на добу протягом 7 діб післяопераційного періоду. Після виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії холесорбцією здійснюють через встановлений назобіліарний дренаж, що передбачає введення через біліарний дренаж 50мл 0,5% водної суспензії „Сілікс” двічі на добу протягом 3 діб після виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії. При створенні біліодигестивних анастомозів в післяопераційному періоді продовжують здійснення гастроентеросорбції через назогастральний зонд та колоносації після виконання очисної клізми через одномоментно встановлений інтубаційний зонд 200мл 1% водною суспензією „Сілікс” двічі на добу протягом 7 діб післяопераційного періоду.

Клінічний приклад: Хворий К., 58 років, І.Х. №275, знаходився 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 11.01.06 по 14.02.06 з клінічним діагнозом: ЖКХ: хронічний калькульозний холецистит, мікрохоледохолітаз, гнійний холангіт, механічна жовтяниця, синдром Мірізі V тип, ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз, СН 2 А ст., миготлива аритмія тахісistolічна форма.

Протягом 6 діб передопераційної підготовки поряд з базисною консервативною терапією обтураційної жовтяниці хворому здійснювали гастроентеросорбцію 200мл 1% водною суспензією „Сілікс” та колоносацію 200мл 1% водною суспензією „Сілікс” після виконання очисної клізми через інтубаційний зонд 2 рази на добу.

Під час операції 17.01.06. була виконана холецистектомія від шийки із зовнішнім дронуванням холедоха за Холстедом-Піковським, дронування підпечінкового простору. З 1 доби післяопераційного періоду поряд із комплексною терапією була застосована холесорбція 50мл 0,5% водної суспензії „Сілікс” 2 рази на добу поряд з продовженням гастроентеросорбції через назогастральний зонд та колоносації через інтубаційний зонд після очисної клізми. Цей запропонований лікувальний комплекс проводився протягом 5 діб післяопераційного періоду 2 рази на добу.

На 5 добу клініко-лабораторні ознаки гострого гнійного холангіту зникли. Ніяких ускладнень та реакцій при проведенні методики у хворого під час лікування не спостерігалось. Моніторинг маркерів системної ендотоксемії та антиоксидантного дисбалансу констатував вірогідне їх зменшення протягом періопераційного періоду порівняно з хворими контрольної групи. Після холангіографії та видалення зовнішнього дренажу виписаний в задовільному стані.

Запропонована корисна модель на основі періопераційного інтракорпорального застосування сорбційних властивостей препарату „Сілікс” у хворих з обтураційною жовтяницею шляхом гастроентеросорбції, колоносанації та холесорбції в залежності від способу біліарної декомпресії дозволяє здійснити лікування специфічної ахолічної ентеральної недостатності, ліквідувати порушення портпечінкової гемодинаміки за рахунок стимуляції гепатоспланхнічного кровообігу, попередити ентеральну та біліарно-дуоденальну, зменшити вміст

токсичних компонентів та продуктів ліпопероксидації в застійній жовчі та їх вплив на печінкову паренхіму та травний канал в умовах гіпоксії та процес їх всмоктування в ентерогепатичній рециркуляції з активізацією пропульсивної діяльності травного каналу для видалення сорбційно-зв'язаних токсинів, знизити гіперацидність шлункового вмісту для профілактики стресових уражень травного каналу, особливо при наявності супутньої патології та при необхідності формування біліоентероанастомозів.