

(19) **KG** (11) **1292** (13) **C1** (46) **29.10.2010**

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(51) **A61B 17/00** (2010.01)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя

(21) 20090058.1

(22) 20.05.2009

(46) 29.10.2010, Бюл. №10

(71)(73) Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева (КГМА) (KG)

(72) Бектуров Ж.Т., Сыргаев Д.Т., Токтосун уулу Улан, Ибраимов Б.А., Бектуров Ж.Ж., Иманов Б.М. (KG)

(56) Бондарчук О.И., Кадашук Т.А. Способ дренирования забрюшинного пространства при деструктивном панкреатите // Хирургия. – 1992. №1 – С. 89-92

(54) **Способ круговой лимфотропной терапии при остром деструктивном панкреатите**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии и применяется для лечения острых деструктивных панкреатитов. Задачей изобретения является круговое дренирование забрюшинного пространства для предотвращения развития гнойно-деструктивных процессов и уменьшения хирургического эндотоксикоза. Задача решается в способе круговой лимфотропной терапии при остром деструктивном панкреатите, включающем доступ к поджелудочной железе, установку дренажей в забрюшинном пространстве, где дренажные трубки устанавливают по верхнему краю поджелудочной железы и круглой связки печени, в мезокольную и обе паракольные клетчатки, вводят лимфотропную смесь 2 раза в день в течение 5 дней. 1 п. ф-лы, 2 пр., 1 фиг.

(21) 20090058.1

(22) 20.05.2009

(46) 29.10.2010, Bull. №10

(71)(73) Kyrgyz State Medicine Academy named after I.K. Ahunbaev (KSMA) (KG)

(72) Bekturov J.T., Syrgaev D.T., Toktosun uulu Ulan, Ibraimov B.A., Bekturov J.J., Imanov B.M. (KG)

(56) Bondarchuk O.I., Kadaschuk T.A.. Method of drainage of the retroperitoneal space at destructive pancreatitis // Surgery. – 1992. №1 – Pages 89-92

(54) **Method of circular lymphotropic therapy in acute destructive pancreatitis**

(57) The invention relates to medicine, particularly, to abdominal surgery and is used for treatment of acute pancreatitis. Problem of the invention is a circular drainage of the retroperitoneal space to prevent the development of pyo-destructive processes and to reduce surgical endotoxiosis. The problem is solved by the method of circular lymphotropic therapy in acute destructive pancreatitis, which includes access to the pancreas, installation of drainages into the retroperitoneal space, where drainage pipes are installed along the upper edge of the pancreas and the orbicular ligament of the liver, into mesocolon and both paracolon fat tissues. Lymphotropic mixture is injected 2 times a day for 5 days. 1 independ. claim, 2 examples, 1 figure.

(19) **KG** (11) **1326** (13) **C1** (46) **31.01.2011**

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии и применяется для лечения острых деструктивных панкреатитов.

Острый деструктивный панкреатит не редко сопровождается развитием гнойного парапанкреатита, мезоколита и параколита, которые зачастую являются причинами интоксикационного синдрома с летальным исходом. Основными путями инфицирования мезоколлона и паракольных клетчаточных пространств являются вначале инфицирование парапанкреатической клетчатки и отсюда гнойно-деструктивный процесс дальше распространяется выше указанных клетчаточных пространств (учитывая анатомическое пространство), так как в норме парапанкреатическая клетчатка справа и слева переходит в паракольные клетчатки, а снизу в мезоколоне. Имбиция мезокольной и паракольной клетчатки с ферментами поджелудочной железы и неадекватная консервативная терапия или неполноценное дренирование парапанкреатической, мезокольной и паракольной клетчатки в момент операции приводят к развитию гнойного парапанкреатита, мезоколита и параколита. В результате чего образуются абсцессы и флегмоны в мезокольной и паракольной клетчатки, которые усугубляют общее тяжелое состояние больных. Анализ клинического материала показал, что у умерших от гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита в 20 % случаев есть наличие гнойного парапанкреатита, мезоколита и параколита с обеих сторон.

Известен способ дренирования забрюшинного пространства при деструктивном панкреатите, заключающийся в постановке дренажей в забрюшинном пространстве (Бондарчук О.И., Кадащук Т.А. Способ дренирования забрюшинного пространства при деструктивном панкреатите // Хирургия. – 1992. № 1 – С. 89-92).

Недостатком способа является неполное дренирование забрюшинного пространства.

Задачей изобретения является круговое дренирование забрюшинного пространства для предотвращения развития гнойно-деструктивных процессов и уменьшения хирургического эндотоксикоза.

Задача решается в способе круговой лимфотропной терапии при остром деструктивном панкреатите, включающем доступ к поджелудочной железе, установку дренажей в забрюшинном пространстве, где дренажные трубки устанавливают по верхнему краю поджелудочной железы и круглой связки печени, в мезокольную и обе паракольные клетчатки, вводят лимфотропную смесь 2 раза в день в течение 5 дней.

Способ осуществляют следующим образом.

После осуществления доступа к поджелудочной железе, производят вскрытие парапанкреатического клетчаточного пространства и круглой связки печени, куда вставляют дренажные трубки. Затем справа вскрывают переходную складку брюшины по латеральной поверхности слепой кишки, а слева по латеральной поверхности сигмовидной кишки. Паракольную клетчатку с помощью корнцанга раздвигают тупым путем до печеночного и селезеночного изгибов и дренируют. Вскрывают мезокольную клетчатку корня брыжейки и вставляют дренажную трубку, диаметр которой 3-4 мм. Таким образом, в послеоперационном периоде создают условия для проведения круговой лимфотропной терапии больным с острым обширным панкреонекрозом с явлениями парапанкреатита, мезоколита и двухстороннего параколита. Через дренажную трубку вводят следующий состав: раствор новокаина 0,5 % - 100 мл + гепарина 2000 ЕД + лидазы 32 ЕД + цефзола 1,0 + тактивина 1,0 х 2 раза в день. На третьи сутки в мезоколлон поперечной ободочной кишки вводят прозерин 2,0 х 1 раз в день. Данную процедуру проводят 2 раза в день в течение 5 дней.

Данные лекарственные средства, всасываясь через вышеуказанные клетчаточные пространства, оказывают противовоспалительное, обезболивающее и иммуннокорректирующее действие, улучшают микроциркуляцию, предотвращают дальнейшее образование тромба, развитие гнойно-деструктивных процессов в этих клетчаточных пространствах, стимулируют работу тонкого и толстого кишечника.

На фигуре показана установка дренажей, где а, б, в, г, д – дренажи и катетеры, 1 – круглая связка печени, 2 – верхняя парапанкреатическая клетчатка, 3 – поджелудочная железа, 4 – мезокольная клетчатка, 5 – левая паракольная клетчатка, 6 – правая паракольная клетчатка.

Пример № 1. Больная И., 61 лет, история болезни № 3012, поступила в НХЦ КР 29.09.2008 г., с жалобами на боли в эпигастральной области и в правом подреберье опоясывающего характера, многократную рвоту, тошноту, сухость во рту и общую слабость.

Из анамнеза: болеет в течение 3 суток, когда появились вышеуказанные жалобы, которые со временем прогрессивно нарастали, ухудшалось общее состояние. Состояние связывает с

погрешностью в диете (после приема жирной пищи). Больная обратилась в клинику по месту жительства, где провели инфузионную терапию, но без эффекта.

При поступлении состояние больной средней тяжести. При осмотре бледность кожных покровов, иктеричность склер. Температура тела не повышена. В легких дыхание без особенностей. Тоны сердца усилены, ритм правильный, пульс 96 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот обычной формы, в акте дыхания участвует поверхностно, при пальпации отмечается резкая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье, там же умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Мейо - Робсона и Керте положительные, симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

Анализ крови: гемоглобин – 143 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 43,1 %, цветной показатель – 0,91, лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л, п – 1 %, с – 70 %, л – 28 %, м – 1 %. Биохимические анализы крови: сахар в крови – 4,2 ммоль/л, общий белок – 69 г/л, калий – 3,7 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, остаточный азот – 19,4 ммоль/л, мочевины – 5,9 ммоль/л, креатинин – 113,4 мкмоль/л, общий билирубин – 20,8 мкмоль/л, прямой – 12,2 мкмоль/л, тимоловая проба – 2,6 ед, ПТИ – 94,1 %, α амилаза в крови – 1003,4 ед/л.

Заключение УЗИ: Острый панкреатит. Расширенный холедох. Подострый калькулезный холецистит.

Заключение ЭГДС: гипертрофический гастрит, дуоденит.

Больному выставлен диагноз: Острый деструктивный панкреатит. Хронический калькулезный холецистит.

В течение первых двух суток больной было проведено консервативное лечение: NaCl 0,9 % – 200,0 + контрикал 50 т. ед. в/в, квамател 40,0 мг в/в струйно, спазмобру 2,0 в/м, диклобру 3,0 в/м, глюкоза 5 % – 400,0 + витамин «С» 5 % – 10,0 в/в, ацесоль 400,0 в/в, дисоль 400,0 в/в, сандостатин 1,0 и/к, цефзол 1,0-3 раза в день, фуросемид 60 мг в/в, анальгин 50 % - 2,0 + димедрол 1 % – 1,0 в/м.

Особого эффекта не было достигнуто в связи с чем 30.04.2008 г. выполнена операция: лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха по Мамакееву М. М., декапсуляция поджелудочной железы, санация и дренирование подпеченочного пространства, сальниковой сумки, малого таза, оментобурсостомия, дренирование клетчаточных пространств круглой связки печени, парапанкреатической, мезокольной, правой и левой паракольных пространств. Во время операции взяли жидкость из брюшной полости около 3,0 мл, для определения α – амилазы, которая составила 118 ед/л.

Послеоперационный диагноз: Острый, обширный, смешанный панкреонекроз. Парапанкреатит. Острый ферментативный калькулезный холецистит. Разлитой ферментативный, геморрагический перитонит.

В послеоперационном периоде провели круговую лимфотропную терапию: раствор новокаина 0,5 % – 100 + гепарин 2000 ед. + лидаза 32 ед. + цефзол 1,0 + тактивин 1,0 и на третьи сутки в мезоколон прозерин 2,0. Состав вводили в дренажные трубки два раза в сутки, в течение пяти суток. Параллельно проводилась комплексная терапия, которая включала: белковые, солевые, дезинтоксикационные, обезболивающие препараты, также ежедневно проводились перевязки до закрытия ран.

Послеоперационный период протекал без осложнений и на 28 сутки после операции больная была выписана с выздоровлением.

Пример № 2. Больной Б., 29 лет, история болезни № 849, поступил 31.01.2007 г. с жалобами на боли в правом подреберье опоясывающего характера, рвоту, тошноту, сухость во рту и общую слабость.

Из анамнеза: болен в течение 5 суток после погрешности в диете (после приема жирной пищи).

Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледной окраски. Температура тела 36,5°C. Легкие и сердце без особенностей. Пульс 92 уд. в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот обычной формы, в акте дыхания участвует поверхностно, при пальпации отмечается резкая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье, симптом Мейо - Робсона положительный, симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

Анализ крови: гемоглобин – 145,7 г/л, эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 43,7 %, цветной показатель – 0,93, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, п – 4 %, с – 69 %, л – 24 %, м – 3 %, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические анализы крови: АСТ – 11,2 ед/л, АЛТ – 41,6 ед/л, сахар в крови – 6,9 ммоль/л, общий белок – 72 г/л, калий – 3,5 ммоль/л, натрий – 145 ммоль/л, остаточный азот – 19 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 98,9 мкмоль/л, общий билирубин – 20,8 мкмоль/л, прямой – 10,2 мкмоль/л, тимоловая проба – 4,1 ед, ПТИ – 95,6 %, α амилаза в крови – 561,8 ед/л.

Заключение УЗИ: Острый панкреатит, холдохолитиаз, подострый холецистит, гепатоз. ЭГДС: гипертрофический гастрит, дуоденит.

Выставлен диагноз: Осложненная желчекаменная болезнь, камень холедоха, механическая желтуха, холангит, острый деструктивный панкреатит. На протяжении троих суток больному проводилось консервативное лечение. 03.02.2007 г. проведена операция – лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха по Мамакееву М. М., декапсуляция поджелудочной железы, санация и дренирования подпеченочного пространства и сальниковой сумки, дренирование клетчаточных пространств: круглой связки печени, парапанкреатической, мезокольной, правой и левой паракольных пространств.

Во время операции взята жидкость из брюшной полости для определения α – амилазы, которая составила 712 ед/л.

Послеоперационный диагноз: Острый жировой панкреонекроз. Острый ферментативный бескаменный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Холангиогенный гепатит.

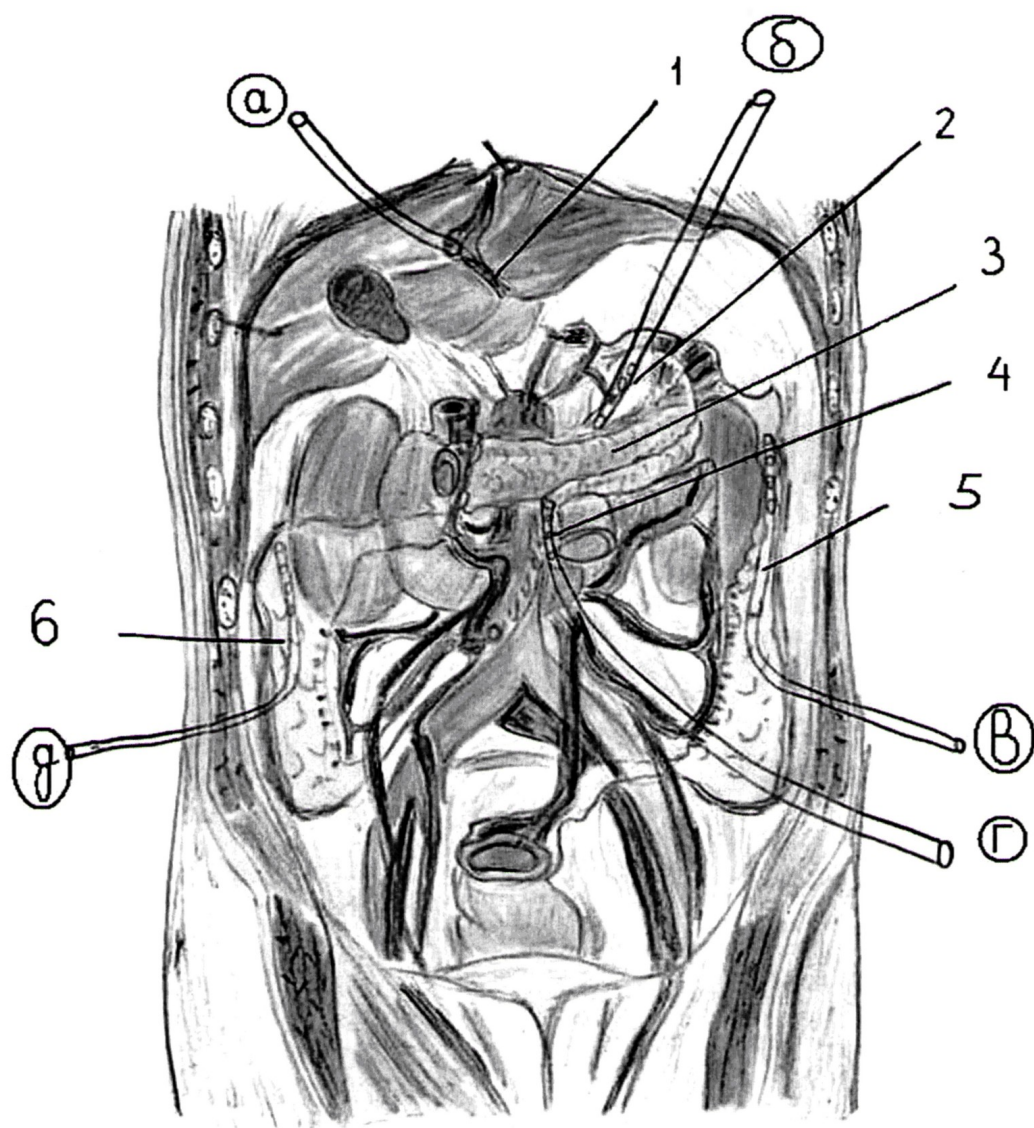
В послеоперационном периоде проведена круговая лимфотропная терапия два раза в сутки в течение пяти суток: раствор новокаина 0,5 % – 100 + гепарин 2000 ед. + лидаза 32 ед. + цефзол 1,0 + тактивин 1,0 и на третьи сутки в мезоколон прозерин 2,0. Параллельно проводили комплексное лечение, которое включало: белковые, солевые, дезинтоксикационные, обезболивающие препараты, также ежедневно проводили перевязки до снятия швов. Послеоперационный период без осложнений, на 13 сутки после операции больной выписан с выздоровлением.

Данным способом пролечено 10 больных с острым обширным панкреонекрозом с явлениями парапанкреатита, мезоколита, двухстороннего параколита.

Способ позволяет предотвратить развитие гнойного парапанкреатита, мезоколита и двухстороннего параколита, тем самым ускорить сроки выздоровления больных.

Формула изобретения

Способ круговой лимфотропной терапии при остром деструктивном панкреатите, включающий доступ к поджелудочной железе, установку дренажей в забрюшинном пространстве, отличающийся тем, что дренажные трубки устанавливают по верхнему краю поджелудочной железы и круглой связки печени, в мезокольную и в обе паракольные клетчатки, вводят лимфотропную смесь 2 раза в день в течение 5 дней.



Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба ИС КР, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03