

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
10 апреля 2009 г.
Регистрационный № 029-0309

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Белорусский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. С.А. Алексеев, А.В. Тарасенко

Минск 2009

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Стандартный стерильный набор микрохирургических инструментов для эндолимфатической катетеризации сосудов (ножницы изогнутые и прямые; пинцеты для выделения лимфососудов: большие, средние, малые; фиксатор-подставка и направитель для выделения сосудов) (ПТО «КиевМедтехника», Украина).

2. Стерильный набор хирургического инструментария (иглодержатель типа Матье малый; кровеостанавливающие зажимы «москит»; ранорасширитель (2 шт.) — крючки Фарабефа; скальпель остроконечный; ножницы с изогнутыми краями для диссекции тканей).

3. Хирургическая нить с атравматической колющей иглой «Prolene-6-0» либо «Супрамид-6-0» (НП ООО «Футберг», РБ).

4. Стерильные резиновые медицинские перчатки.

5. Шприцы, иглы одноразовые инъекционные по 5 и 10 мл (ООО «Анализ Плюс», РБ).

6. Раствор новокаина 0,25%, 100 мл (РУП «Несвижский завод медицинских препаратов», РБ).

7. Порошок Цефтриаксон по 1,0 г — 2 флакона (РУП «Борисовский завод медицинских препаратов», РБ).

8. Раствор мексидола — 5%, 10 мл (ООО НПК «Фармасофт» МЦ «Эллара», РБ) или мексибела (РБ).

9. Лиофилизат полиоксидония, 12 мл (НПО «Петровакс Фарм», Москва, РФ).

10. Микрокатетер ПВХ для эндолимфатического введения (СП ООО «ФреБор», г. Борисов, РБ)

11. Автоматический шприцевой насос-дозатор ДШ-09 (НП ООО «Висма-Планар», РБ) либо инфузomat.

12. Аппарат физиотерапевтический для ультразвуковой терапии «ULTRA-SONIC».

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. У больных с отечно-инфильтративными формами острого панкреатита при высокой вероятности развития гнойно-септических осложнений (первично-тяжелое течение панкреатита с тяжестью более 14 баллов по шкале SAPS, 7 баллов по шкале Ренсона) и сопутствующими иммунодепрессивными состояниями на фоне длительного приема антибиотиков, глюкокортикоидов, цитостатиков; при использующихся инвазивных методах диагностики и лечения, сопровождающихся повреждением кожных покровов.

2. У больных с признаками неинфицированного панкреонекроза, подтвержденного клинико-лабораторными, ультразвуковыми и компьютерно-томографическими данными.

3. Больные с осложненным течением деструктивного панкреатита после радикального устранения гнойно-септических очагов в

послеоперационном периоде (гнойного парапанкреатита, острых инфицированных жидкостных образований, флегмон забрюшинного пространства).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Индивидуальная непереносимость антибиотиков цефалоспоринового ряда, полиоксидония, мексидола или новокаина.

Панкреатогенный шок и нестабильная гемодинамика.

Наличие распространенной пиострептодермии или других местных гнойных заболеваний ткани данных областей (бедер; подвздошно-паховых).

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Необходимые исследования: стандартный комплекс лабораторно-инструментальных методов (общий анализ крови и мочи, амилаза (диастаза) мочи, биохимический анализ крови с определением трипсина эластазы, печеночных ферментов кальция, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС желудка и 12-перстной кишки), КТ (при подозрении панкреонекроза).

Способ выполняется следующим образом:

1. Способ предусматривает выделение лимфатического сосуда в подкожно-жировой клетчатке передней поверхности бедра в проекции условной биссектрисы острого угла, образованного сверху линией паховой складки и снаружи вертикальной линией, проведенной перпендикулярно паховой складке вниз из точки определяемой пульсации бедренной артерии. В тех случаях, когда имеется немагистральный тип строения лимфатического сосуда и его катетеризация невозможна, выделяется бедренный лимфоузел Пирогова–Розенмюллера, расположенного в данной зоне с аккуратным удалением его внутреннего содержимого ложечкой Фолькмана (депульпацией).

2. В выделенный и взятый на специальный фиксатор лимфатический сосуд (или депульпированный лимфоузел) вводится микрокатетер для перидуральной анестезии диаметром 0,05 мм, периферический конец которого фиксируется на коже и затем соединяется с автоматическим шприцевым насосом «ДШ-09» (РБ) либо с инфузوماتом.

3. В микрокатетер в течение суток вводится 30–35 мл 0,9%-го раствора хлорида натрия с 2 г цефтриаксона (либо другой антибиотик цефалоспоринового ряда III–IV поколений), 12 мг иммуномодулятора полиоксидония, 10 мл 5%-го антиоксиданта мексидола со скоростью 0,1–0,2 мл/мин.

4. Через 20–24 ч после первого эндолимфатического введения выполняется первый сеанс накожного ультразвука проекции основных иммунокомпетентных органов — тимуса, селезенки, печени с интенсивностью ультразвукового потока 0,2–0,4 Вт/см² в течение 2,0–2,5 мин на каждую иммунокомпетентную зону, но более 9–10 мин суммарно на всю процедуру.

Всего проводится 3–4 повторных сеанса с интервалами 20–24 ч.

Основные принципы предложенного способа

1. Процедуры должны проводиться в операционной с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

2. Выделение лимфатического сосуда должно выполняться строго в проекции биссектрисы условного острого угла, образованного сверху линией паховой складки и вертикальной линией из точки определяемой пульсации бедренной артерии.

3. Введение микроирригатора в лимфососуд должно выполняться с учетом преимущественного распространения флегмоны забрюшинного пространства (слева или справа) на соответствующем бедре и с той же стороны.

4. Должен соблюдаться режим введения лекарственных препаратов (30–35 мл/сут со скоростью 0,1–0,2 мл/мин).

5. Ультразвуковой накожный сеанс проекции иммунокомпетентных органов должен проводиться суммарно по длительности не более 10 мин и только в предусмотренном режиме (поток ультразвука 0,2–0,4 Вт/см²).

Положительные особенности и преимущества способа

- Возможность прямого контакта иммуномодулятора (полиоксидония) с иммуноцитами, за счет чего достигается усиление их фагоцитарной активности и клеточная ко-стимуляция.

- Возможность повышения бактерицидной активности антибиотика, поступающего непосредственно в забрюшинное пространство и ткань поджелудочной железы, за счет чего нивелируется патологическое воздействие активированных протео- и липолитических ферментов, «наводняющих» системный кровоток.

- При эндолимфатическом введении комплексного антиоксиданта (мексидола) возрастает антиоксидантная защита, ингибируются процессы перекисидации липидов и белков, а также продуцентов эндогенной интоксикации.

- Объективно в 2,5–3 раза происходит снижение частоты гнойно-септических осложнений у больных острым деструктивным панкреатитом за счет взаимного потенцирования лечебных эффектов лекарственных препаратов.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Увеличение объема инфузионных средств, вводимых через микроирригатор в течение суток или дозируемого минутного объема, может сопровождаться разрывом тонкой стенки лимфатического сосуда.

Из-за несоблюдения временного интервала в 20–24 ч перед проведением сеанса ультразвука не будет достигнуто максимальное депонирование лекарственных препаратов в ткани поджелудочной железы и забрюшинном пространстве.

Несоблюдение продолжительности ультразвукового сеанса может сопровождаться недостаточным повышением механического напряжения и изменения жидкокристаллической структуры цитозоля клеток; снижением выхода продуктов метаболизма и аутолиза тканей в забрюшинное пространство; неадекватным увеличением количества артериовенозных шунтов.

Осложнения при реализации способа:

- возможное развитие аллергических реакций на введение антибиотиков цефалоспоринового ряда, полиоксидония или мексидола;
- развитие небольших гематом или сером в области послеоперационной раны, не требующих проведения дополнительного лечения;
- введение препарата через микроирригатор в подкожную жировую клетчатку бедра вследствие повреждения стенки лимфатического сосуда, что не требует специального лечения и приближает данный путь к лимфотропному введению;
- несоблюдение асептики и антисептики, что может сопровождаться нагноением послеоперационной раны.