



(51) МПК
A61M 25/00 (2006.01)
A61K 38/01 (2006.01)
A61K 38/08 (2006.01)
A61P 1/18 (2006.01)

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
 ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21)(22) Заявка: 2013125123/14, 30.05.2013

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
 30.05.2013

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 30.05.2013

(45) Опубликовано: 20.08.2014 Бюл. № 23

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: RU 2334474 C1 (ТЕНЧУРИН Р.Ш. (RU) и др.) 27.09.2008. RU 2141355 C1 (ТАРАНОВ И.И. и др.) 20.11.1999. RU 2342959 C1 (ДОРОФЕЕВ О.В. (RU)) 10.01.2009. CA 2316671 A1 (FUJISAKI YASUNIKO [JP] et al.) 21.06.2001. ВЕРХУЛЕЦКИЙ И.Е. и др. "Раннее энтеральное питание в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита" // "Український Журнал (см. прод.)"

Адрес для переписки:

414000, г. Астрахань, ул. Урицкого, 3, кв. 37,
 Костенко Николаю Владимировичу

(72) Автор(ы):

Костенко Николай Владимирович (RU),
 Китиашвили Иракли Зурабович (RU),
 Мухамеджанов Ренат Растямович (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Государственное бюджетное
 образовательное учреждение высшего
 профессионального образования
 "Астраханская государственная медицинская
 академия" Министерства здравоохранения
 Российской Федерации (ГБОУ ВПО "АГМА"
 Минздрава России) (RU)

(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С РАННИМ ЭНТЕРАЛЬНЫМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ПИТАНИЕМ ПАЦИЕНТА

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано при хирургическом лечении острого панкреатита с ранним энтеральным интраоперационным питанием пациента. Для этого в процессе предоперационной подготовки пациенту вводят имунофан в дозе 1 мл внутримышечно один раз в день. После этого проводят лапароскопию с ревизией органов брюшной полости, вскрытие салниковой сумки и ее промывание растворами антисептиков, формирование наружной холецистомы. Интраоперационно на этапе дренирования салниковой сумки и перед выполнением холецистостомии в желудок вводят тонкий зонд для энтерального питания, через который осуществляют раннее интраоперационное питание путём введения

жидкого питания «Диазон» со скоростью 30 мл/час в количестве 450-500 мл в первые сутки послеоперационного периода. В послеоперационном периоде продолжают введение имунофана в этой же дозе в течение 9 дней. Введение питания «Диазон» через зонд также продолжают на вторые сутки послеоперационного периода со скоростью 30 мл/час в количестве 450-500 мл, на третьи сутки со скоростью 45-60 мл/час в количестве 700-750 мл, на 4 и 5 сутки - со скоростью 80-90 мл/час в количестве 950-1000 мл, с 6-х по 9-е сутки - со скоростью 125-150 мл/час в количестве 1500-2000 мл. На 10-й день после операции зонд энтерального питания удаляют. Далее осуществляют сипинговый тип питания, в процессе которого пациенту вводят суппорган

напиток или нутридринк в количестве 200 мл. 3-4
раза в сутки до полного восстановления
трофологического статуса. Способ обеспечивает
профилактику гнойно-воспалительных
осложнений за счёт предотвращения нарушения

клеточного и гуморального иммунитета и
достаточной коррекции трофологического
статуса, способствуя значительному повышению
качества жизни прооперированного пациента. 3
пр.

(56) (продолжение):

Х рург х", 2011, N 2 (11) [он-лайн] [Найдено 2014.03.28] найдено из Интернет: http://www.ujs.dsmu.edu.ua/journals/2011-02/2011-02_55.pdf . "ДИАЗОН" // размещено на сайте "НПП ВОЛТАРС", 2004-2007 [он-лайн] [Найдено 2014.03.28] найдено из Интернет: <http://www.voltars.ru/index.php?page=products&pid=100347> . НАЗАРЕНКО Д.П. и др. "Иммунокорректирующие эффекты полиоксидония и иммунофана при остром панкреатите" // "Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье", 2005, N 4. [он-лайн] [Найдено 2014.03.28] найдено из Интернет: <http://www.kursk-vestnik.ru/archive/rus/239/art.pdf> . BUNIATIAN A A et al. "Immunocorrectors in the complex treatment of postoperative suppurative-inflammatory complications in surgical patients and monitoring of immunological parameters". Anesteziol Reanimatol. 2004 Sep-Oct;(5):79-83, реферат, найдено 28.03.2014 из PubMed PMID:15573734

1 С
7
2 4 2 6 2 4 7
2 5 2 6 2 4 7
2 5 2 6 2 4 7
R U

R U
2 5 2 6 2 4 7
C 1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(51) Int. Cl.

A61M 25/00 (2006.01)*A61K 38/01* (2006.01)*A61K 38/08* (2006.01)*A61P 1/18* (2006.01)(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(21)(22) Application: 2013125123/14, 30.05.2013

(24) Effective date for property rights:
30.05.2013

Priority:

(22) Date of filing: 30.05.2013

(45) Date of publication: 20.08.2014 Bull. № 23

Mail address:

414000, g.Astrakhan', ul. Uritskogo, 3, kv. 37,
Kostenko Nikolaju Vladimirovichu

(72) Inventor(s):

**Kostenko Nikolaj Vladimirovich (RU),
Kitiashvili Irakli Zurabovich (RU),
Mukhamedzhanov Renat Rastjamovich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Gosudarstvennoe bjudzhetnoe obrazovatel'noe
uchrezhdenie vysshego professional'nogo
obrazovaniya "Astrakhanskaja gosudarstvennaja
meditsinskaja akademiya" Ministerstva
zdravookhraneniya Rossijskoj Federatsii (GBOU
VPO "AGMA" Minzdrava Rossii) (RU)**(54) **METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS WITH EARLY ENTERAL INTRAOPERATIVE NUTRITION OF PATIENT**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: in the process of preoperative preparation imunofan is introduced to a patient intramuscularly in a dose of 1 ml one time per day. After that, laparoscopy with revision of the abdominal cavity organs, opening of the omental bursa and its washing with solutions of antiseptics, and formation of the external cholecystoma are performed. Intraoperatively at the stage of the omental bursa drainage and before performing cholecystomy, into the stomach introduced is a thin probe for enteral nutrition, through which early intraoperative nutrition is realised by introduction of liquid food "Diason" at a rate of 30 ml/hour in an amount of 450-500 ml on the first day of the postoperative period. In the postoperative period introduction of imunofan in the same dose is continued for 9 days. Introduction of "Diason" food through the thin probe is also continued on the second day of the postoperative period at a rate of 30 ml/hour in an

amount of 450-500 ml, on the third day at a rate of 45-60 ml/hour in an amount of 700-750 ml, on 4 and 5 day at a rate of 80-90 ml/hour in an amount of 950-1000 ml, from 6 to 9 days at a rate of 125-150 ml/hour in an amount of 1500-2000 ml. On the 10-th day after operation the probe of enteral nutrition is removed. After that, a seeping type of nutrition is realised, in the process of which a drink supportan or nutridrink is introduced to the patient in an amount of 200 ml 3-4 times per day until complete recovery of the trophological status.

EFFECT: method provides prophylaxis of purulent-inflammatory complications due to the prevention of impairment of cellular and humoral immunity and sufficient correction of the trophological status, contributing to a considerable increase of life quality of the operated patient.

3 ex

RU 2 526 247 C1

RU 2 526 247 C1

Изобретение относится к области медицины, а именно к способу хирургического лечения острого панкреатита с ранним энтеральным интраоперационным питанием пациента, и может быть использовано при хирургическом лечении пациентов с острым панкреатитом в условиях хирургических стационаров.

5 Известен способ хирургического лечения острого панкреатита, включающий выполнение лапароскопии с ревизией органов брюшной полости, вскрытие сальниковой сумки и ее промывание растворами антисептиков, формирование наружной холецистомы (см. патент РФ №2334474, МПК А61В 17/00, 2008 г.).

Однако известный способ хирургического лечения острого панкреатита при своем
10 использовании имеет следующие недостатки:

- недостаточно обеспечивает предотвращение развития осложнений панкреатита в виде панкреонекроза, гнойно-септических осложнений, а также сепсиса,
- не обеспечивает достаточную коррекцию трофологического статуса,
- не обеспечивает достаточной активизации звеньев гуморального иммунитета,
- 15 - не обеспечивает предотвращение развития нутритивной недостаточности вследствие нарушения процесса всасывания питательных ингредиентов одновременно с невозможностью их адекватного поступления в желудочно-кишечный тракт,
- не предотвращает нарушения клеточного и гуморального иммунитета с частым развитием воспалительных осложнений, включая перитонит, забрюшинную флегмону
20 и сепсис.

Задачей изобретения является создание способа хирургического лечения острого панкреатита с ранним энтеральным интраоперационным питанием пациента.

Техническим результатом является обеспечение предотвращения нарушения клеточного и гуморального иммунитета с частым развитием воспалительных
25 осложнений, включая перитонит, забрюшинную флегмону и сепсис, предотвращение развития осложнений панкреатита в виде панкреонекроза, обеспечение достаточной коррекции трофологического статуса, обеспечение достаточной активизации звеньев гуморального иммунитета, предотвращение развития нутритивной недостаточности вследствие нарушения процесса всасывания питательных ингредиентов одновременно
30 с невозможностью их адекватного поступления в желудочно-кишечный тракт. Кроме того, техническим результатом при использовании предложенного способа является значительное повышение качества жизни прооперированного пациента.

Технический результат достигается тем, что предложен способ хирургического лечения острого панкреатита с ранним энтеральным интраоперационным питанием
35 пациента, включающий выполнение лапароскопии с ревизией органов брюшной полости, вскрытие сальниковой сумки и ее промывание растворами антисептиков, формирование наружной холецистомы, при этом в процессе предоперационной подготовки пациенту назначают олигопептидный иммуностимулятор «Имунофан» в дозе 1 мл внутримышечно один раз в день и продолжают его введение в этой же дозе в течение
40 9 дней в послеоперационном периоде, в процессе проведения хирургического лечения интраоперационно на этапе дренирования сальниковой сумки и перед выполнением холецистостомии в желудок пациента через нос вводят тонкий зонд для энтерального питания и сразу осуществляют раннее интраоперационное питание введением в желудок пациента жидкого стерильного клинического питания «Диазон», в том числе «Нутризон
45 Эдванст Диазон», содержащего белок в количестве 43 г/литр, углеводы - 113 г/литр и жиры - 42 г/литр раствора, со скоростью 30 мл/час в количестве 450-500 мл в первые сутки послеоперационного периода, введение которого продолжают во вторые сутки послеоперационного периода со скоростью 30 мл/час в количестве 450-500 мл, в третьи

сутки послеоперационного периода со скоростью 45-60 мл/час в количестве 700-750 мл, в 4 и 5 сутки - со скоростью 80 - 90 мл/час в количестве 950-1000 мл, с 6 по 9 сутки - со скоростью 125-150 мл./час в количестве 1500-2000 мл, на 10 день после операции удаляют из желудка пациента зонд энтерального питания и выполняют сипинговый тип питания, в процессе которого пациент принимает суппортан напиток или нутридринг в количестве 200 мл 3-4 раза в сутки до полного восстановления трофологического статуса.

Способ осуществляется следующим образом. Перед выполнением оперативного вмешательства по поводу острого деструктивного панкреатита пациенту назначают в процессе предоперационной подготовки олигопептидный иммуностимулятор «Имунофан» в дозе 1 мл внутримышечно один раз в день и продолжают его введение в этой же дозе в течение 9 дней в послеоперационном периоде. При этом введение имунофана осуществляют через 2-3 часа после поступления в стационар, или за 2 часа до оперативного вмешательства.

Пациенту назначают предоперационную интенсивную терапию, включающую новокаиновые блокады, эмпирическую антибактериальную терапию, спазмолитики, антиферментные препараты, обезболивающие, противошоковую и дезинтоксикационную инфузионную терапию.

После достижения стабилизации общего состояния путем восполнения ОЦК и коррекции показателей периферической гемодинамики под эндотрахеальным видом анестезии выполняют эндоскопические лапароскопические санацию и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости с целью лечения ферментативного перитонита. Две дренажные трубки подведены к хвосту поджелудочной железы через сальниковую сумку для последующего создания промывной системы. Две дренажные трубки поставлены по левому боковому каналу и две дренажные трубки - в малый таз.

На этапе дренирования сальниковой сумки и перед выполнением холецистостомии в желудок пациента через нос вводят под контролем лапароскопа тонкий зонд для энтерального питания и сразу осуществляют раннее интраоперационное питание введением в желудок пациента жидкого стерильного клинического питания «Диазон», в том числе «Нутризон Эдванст Диазон», содержащего белок в количестве 43 г/литр, углеводы - 113 г/литр и жиры - 42 г/литр раствора. Введение жидкого стерильного клинического питания «Диазон» осуществляют со скоростью 30 мл/час в количестве 450-500 мл, в первые сутки послеоперационного периода и продолжают его введение во вторые сутки послеоперационного периода со скоростью 30 мл./час в количестве 450-500 мл., в третьи сутки послеоперационного периода со скоростью 45-60 мл/час в количестве 700-750 мл, в 4 и 5 сутки - со скоростью 80-90 мл/час в количестве 950-1000 мл, с 6 по 9 сутки - со скоростью 125-150 мл/час в количестве 1500-2000 мл. На 10 день после операции удаляют из желудка пациента зонд энтерального питания и выполняют сипинговый тип питания, в процессе которого пациент принимает суппортан напиток или нутридринг в количестве 200 мл 3-4 раза в сутки до полного восстановления трофологического статуса.

Среди существенных признаков, характеризующих предложенный способ хирургического лечения острого панкреатита с ранним энтеральным интраоперационным питанием пациента, отличительными являются:

- назначение в процессе предоперационной подготовки пациенту олигопептидного иммуностимулятора «Имунофана» в дозе 1 мл внутримышечно один раз в день и продолжение его введения в этой же дозе в течение 9 дней в послеоперационном периоде,
- введение в процессе проведения хирургического лечения интраоперационно на

этапе дренирования сальниковой сумки и перед выполнением холецистостомии в желудок пациента через нос тонкого зонда для энтерального питания и сразу осуществление раннего интраоперационного питания введением в желудок пациента жидкого стерильного клинического питания «Диазон», в том числе «Нутризон Эдванст

5 Диазон», содержащего белок в количестве 43 г/литр, углеводы - 113 г/литр и жиры - 42 г/литр раствора,

- введение в желудок пациента жидкого стерильного клинического питания «Диазон», в том числе «Нутризон Эдванст Диазон» со скоростью 30 мл/час в количестве 450-500 мл в первые сутки послеоперационного периода, введение которого продолжают во

10 вторые сутки послеоперационного периода со скоростью 30 мл/час в количестве 450-500 мл, в третьи сутки послеоперационного периода со скоростью 45-60 мл/час в количестве 700-750 мл, в 4 и 5 сутки - со скоростью 80-90 мл/час в количестве 950-1000 мл, с 6 по 9 сутки - со скоростью 125-150 мл./час в количестве 1500-2000 мл,

- удаление на 10 день после операции из желудка пациента тонкого зонда

15 энтерального питания и выполнение сипингового типа питания, в процессе которого пациент принимает суппортан напиток или нутридринг в количестве 200 мл 3-4 раза в сутки до полного восстановления трофологического статуса.

Экспериментальные исследования предложенного способа хирургического лечения острого панкреатита с ранним энтеральным интраоперационным питанием пациента

20 показали его высокую эффективность. Способ при своем использовании обеспечивает предотвращение нарушения клеточного и гуморального иммунитета с частым развитием воспалительных осложнений, включая перитонит, забрюшинную флегмону и сепсис, снижает частоту развития осложнений панкреатита в виде панкреонекроза, обеспечивает необходимую и достаточную коррекцию трофологического статуса, обеспечивает

25 достаточную активизацию звеньев гуморального иммунитета, предотвращает развитие нутритивной недостаточности вследствие нарушения процесса всасывания питательных ингредиентов одновременно с невозможностью их адекватного поступления в желудочно-кишечный тракт. Кроме того, при использовании предложенного способа достигнуто значительное повышение качества жизни прооперированного пациента.

30 Реализация предложенного способа хирургического лечения острого панкреатита с ранним энтеральным интраоперационным питанием пациента иллюстрируется следующими практическими примерами.

Пример 1. Пациент Б., 57 лет, в экстренном порядке скорой помощи поступил в хирургическое отделение городской больницы ПУЗ МСЧ г.Астрахань по поводу острого

35 деструктивного панкреатита.

Пациент жаловался на общую слабость, сухость во рту, сильные опоясывающие боли в верхней половине живота, иррадиирующие боли в левую поясничную область, отмечалась тошнота, многократная рвота. В общем анализе крови: лейкоцитов

40 $16,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерных нейтрофилов 11%, сегментоядерных нейтрофилов 86%, лимфоцитов 6%, моноцитов 1%; амилаза мочи - 2000 u/l.

При ультразвуковом исследовании и КТ органов брюшной полости выявлено увеличение поджелудочной железы, очаги деструкции в ее головке и теле, а также камни в желчном пузыре и расширение общего желчного протока до 1,2 см.

45 Перед выполнением оперативного вмешательства по поводу острого деструктивного панкреатита пациенту назначили в процессе предоперационной подготовки олигопептидный иммуностимулятор «Имунофан» в дозе 1 мл внутримышечно один раз в день и продолжили его введение в этой же дозе в течение 9 дней в послеоперационном периоде. При этом введение имунофана осуществляют через 2 часа

после поступления в стационар. Пациенту назначили предоперационную интенсивную терапию, включающую новокаиновые блокады, эмпирическую антибактериальную терапию, спазмолитики, антиферментные препараты, обезболивающие, противошоковую и дезинтоксикационную инфузионную терапию.

5 После достижения стабилизации общего состояния путем восполнения ОЦК и коррекции показателей периферической гемодинамики под эндотрахеальным видом анестезии выполнили эндоскопическое лапароскопическое санацию и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости с целью лечения ферментативного перитонита. Две дренажные трубки подвели к хвосту поджелудочной железы через сальниковую
10 сумку для последующего создания промывной системы. Другие две дренажные трубки поставили по левому боковому каналу и две дренажные трубки - в малый таз.

На этапе дренирования сальниковой сумки и перед выполнением холецистостомии в желудок пациента через нос ввели под контролем лапароскопа тонкий зонд для энтерального питания и сразу осуществили раннее интраоперационное энтеральное
15 питание введением в желудок пациента жидкого стерильного клинического питания «Диазон», содержащего белок в количестве 43 г/литр, углеводы - 113 г/литр и жиры - 42 г/литр раствора. Введение жидкого стерильного клинического питания «Диазон» осуществили со скоростью 30 мл/час в количестве 475 мл в первые сутки послеоперационного периода и продолжили его введение во вторые сутки
20 послеоперационного периода со скоростью 30 мл/час в количестве 475 мл., в третьи сутки послеоперационного периода со скоростью 60 мл/час в количестве 750 мл, в 4 и 5 сутки - со скоростью 80 мл/час в количестве 950 мл, с 6 по 9 сутки - со скоростью 135 мл/час в количестве 1750 мл. На 10 день после операции удалили из желудка пациента зонд энтерального питания и выполнили сипинговый тип питания, в процессе которого
25 пациент принимал суппортан напиток в количестве 200 мл 4 раза в сутки до полного восстановления трофологического статуса.

Дальнейшее лечение пациента продолжили в реанимационном отделении, где на фоне проводимой традиционной интенсивной терапии, включающей иммуннокоррекцию и нутритивную поддержку, отмечалась положительная динамика основных
30 биохимических показателей крови. В последующем (на 16 сутки) колебания основных биохимических показателей крови незначительны и практически пришли к пределу физиологической нормы.

На 20 день нахождения в стационаре состояние пациента стабилизировалось, нормализовались жизненно важные функции организма, купировалась полиорганная
35 недостаточность. Пациент выписан из стационара после эпителизации всех ран.

Пример 2. Пациент Р., 63 года, в экстренном порядке скорой помощи поступил в хирургическое отделение городской больницы НУЗ МСЧ г. Астрахань по поводу острого деструктивного панкреатита.

Пациент жаловался на общую слабость и сильные опоясывающие боли в верхней
40 половине живота, иррадиирующие боли в левую поясничную область, тошнота, многократная рвота. В общем анализе крови: лейкоцитов $15,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерных нейтрофилов 12%, сегментоядерных нейтрофилов 85%, лимфоцитов 6%, моноцитов 1%; амилаза мочи - 2000 u/l.

При ультразвуковом исследовании и КТ органов брюшной полости выявлено
45 увеличение поджелудочной железы, очаги деструкции в ее головке и теле, а также камни в желчном пузыре и расширение общего желчного протока до 1,1 см.

Перед выполнением оперативного вмешательства по поводу острого деструктивного панкреатита пациенту назначили в процессе предоперационной подготовки

олигопептидный иммуностимулятор «Имунофан» в дозе 1 мл внутримышечно один раз в день и продолжили его введение в этой же дозе в течение 9 дней в послеоперационном периоде. При этом введение имунофана осуществляют через 3 часа после поступления в стационар. Пациенту назначили предоперационную интенсивную терапию, включающую новокаиновые блокады, эмпирическую антибактериальную терапию, спазмолитики, антиферментные препараты, обезболивающие, противошоковую и дезинтоксикационную инфузионную терапию.

После достижения стабилизации общего состояния путем восполнения ОЦК и коррекции показателей периферической гемодинамики под эндотрахеальным видом анестезии выполнили эндоскопические лапароскопические санацию и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости с целью лечения ферментативного перитонита. Две дренажные трубки подвели к хвосту поджелудочной железы через сальниковую сумку для последующего создания промывной системы. Другие две дренажные трубки поставили по левому боковому каналу и две дренажные трубки - в малый таз.

На этапе дренирования сальниковой сумки и перед выполнением холецистостомии в желудок пациента через нос ввели под контролем лапароскопа тонкий зонд для энтерального питания и сразу осуществили раннее интраоперационное энтеральное питание введением в желудок пациента жидкого стерильного клинического питания «Диазон», содержащего белок в количестве 43 г/литр, углеводы - 113 г/литр и жиры - 42 г/литр раствора. Введение жидкого стерильного клинического питания «Диазон» осуществили со скоростью 30 мл/час в количестве 450 мл. в первые сутки послеоперационного периода и продолжили его введение во вторые сутки послеоперационного периода со скоростью 30 мл/час в количестве 450 мл, в третьи сутки послеоперационного периода - со скоростью 45 мл/час в количестве 700 мл, в 4 и 5 сутки - со скоростью 85 мл/час в количестве 975 мл, с 6 по 9 сутки - со скоростью 125 мл/час в количестве 1500 мл. На 10 день после операции удалили из желудка пациента зонд энтерального питания и выполнили сипинговый тип питания, в процессе которого пациент принимал суппортан напиток в количестве 200 мл 3 раза в сутки до полного восстановления трофологического статуса.

Дальнейшее лечение пациента продолжили в реанимационном отделении, где на фоне проводимой традиционной интенсивной терапии, включающей иммуннокоррекцию и нутритивную поддержку, отмечалась положительная динамика основных биохимических показателей крови. В последующем (на 16 сутки) колебания основных биохимических показателей крови незначительны и практически пришли к пределу физиологической нормы.

На 20 день нахождения в стационаре состояние пациента стабилизировалось, нормализовались жизненно важные функции организма, купировалась полиорганная недостаточность. Пациент выписан из стационара после эпителизации всех ран.

Пример 3. Пациент М., 43 года, в экстренном порядке скорой помощи поступил в хирургическое отделение городской больницы ПУЗ МСЧ г. Астрахань по поводу острого деструктивного панкреатита.

Пациент жаловался на общую слабость, сухость во рту, сильные опоясывающие боли в верхней половине живота, иррадиирующие боли в левую поясничную область, отмечалась тошнота, многократная рвота. В общем анализе крови: лейкоцитов $16,7 \times 10^9$ /л, палочкоядерных нейтрофилов 12%, сегментоядерных нейтрофилов 84%, лимфоцитов 6%, моноцитов 1%; амилаза мочи - 2000 u/l.

При ультразвуковом исследовании и КТ органов брюшной полости выявлено увеличение поджелудочной железы, очаги деструкции в ее головке и теле, а также камни

в желчном пузыре и расширение общего желчного протока до 1,2 см.

Перед выполнением оперативного вмешательства по поводу острого деструктивного панкреатита пациенту назначили в процессе предоперационной подготовки олигопептидный иммуностимулятор «Имунофан» в дозе 1 мл внутримышечно один раз в день и продолжили его введение в этой же дозе в течение 9 дней в послеоперационном периоде. При этом введение имунофана осуществили за 2 часа до оперативного вмешательства. Пациенту назначили предоперационную интенсивную терапию, включающую новокаиновые блокады, эмпирическую антибактериальную терапию, спазмолитики, антиферментные препараты, обезболивающие, противошоковую и дезинтоксикационную инфузионную терапию.

После достижения стабилизации общего состояния путем восполнения ОЦК и коррекции показателей периферической гемодинамики под эндотрахеальным видом анестезии выполнили эндоскопические лапароскопические санацию и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости с целью лечения ферментативного перитонита. Две дренажные трубки подвели к хвосту поджелудочной железы через сальниковую сумку для последующего создания промывной системы. Другие две дренажные трубки поставили по левому боковому каналу и две дренажные трубки - в малый таз.

На этапе дренирования сальниковой сумки и перед выполнением холецистостомии в желудок пациента через нос ввели под контролем ФГДС тонкий зонд для энтерального питания и сразу осуществили раннее интраоперационное энтеральное питание введением в желудок пациента жидкого стерильного клинического питания «Нутризон Эдванст Диазон», содержащего белок в количестве 43 г/литр, углеводы - 113 г/литр и жиры - 42 г/литр раствора. Введение жидкого стерильного клинического питания «Диазон» осуществили со скоростью 30 мл/час в количестве 500 мл в первые сутки послеоперационного периода и продолжили его введение во вторые сутки послеоперационного периода со скоростью 30 мл/час в количестве 500 мл, в третьи сутки послеоперационного периода со скоростью 50 мл/час в количестве 725 мл, в 4 и 5 сутки - со скоростью 90 мл/час в количестве 1000 мл, с 6 по 9 сутки - со скоростью 150 мл/час в количестве 2000 мл. На 10 день после операции удалили из желудка пациента зонд энтерального питания и выполнили сипинговый тип питания, в процессе которого пациент принимал нутридринг в количестве 200 мл 3 раза в сутки до полного восстановления трофологического статуса.

Дальнейшее лечение пациента продолжили в реанимационном отделении, где на фоне проводимой традиционной интенсивной терапии, включающей иммуннокоррекцию и нутритивную поддержку, отмечалась положительная динамика основных биохимических показателей крови. В последующем (на 14 сутки) колебания основных биохимических показателей крови незначительные и практически пришли к пределу физиологической нормы.

На 20 день нахождения в стационаре состояние пациента стабилизировалось, нормализовались жизненно важные функции организма, купировалась полиорганная недостаточность. Пациент выписан из стационара после эпителизации всех ран.

Формула изобретения

Способ хирургического лечения острого панкреатита с ранним энтеральным интраоперационным питанием пациента, включающий выполнение лапароскопии с ревизией органов брюшной полости, вскрытие сальниковой сумки и ее промывание растворами антисептиков, формирование наружной холецистомы, отличающийся тем, что в процессе предоперационной подготовки пациенту назначают имунофан в дозе 1

мл внутримышечно один раз в день и продолжают его введение в этой же дозе в течение 9 дней в послеоперационном периоде, в процессе проведения хирургического лечения интраоперационно на этапе дренирования сальниковой сумки и перед выполнением холецистостомии в желудок пациента через нос вводят тонкий зонд для энтерального питания и осуществляют раннее интраоперационное питание введением жидкого стерильного клинического питания «Диазон», содержащего белок в количестве 43 г/литр, углеводы - 113 г/литр и жиры - 42 г/литр раствора со скоростью 30 мл/час в количестве 450-500 мл в первые сутки послеоперационного периода, введение которого продолжают во вторые сутки послеоперационного периода со скоростью 30 мл/час в количестве 450-500 мл, в третьи сутки со скоростью 45-60 мл/час в количестве 700-750 мл, в 4 и 5 сутки - со скоростью 80-90 мл/час в количестве 950-1000 мл, с 6 по 9 сутки - со скоростью 125-150 мл/час в количестве 1500-2000 мл, на 10 день после операции удаляли зонд энтерального питания и выполняли сипинговый тип питания, в процессе которого пациент принимал суппортан напиток или нутридринк в количестве 200 мл 3-4 раза в сутки до полного восстановления трофологического статуса.

20

25

30

35

40

45