



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41295 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 1/00
A61B 6/02
A61B 8/12

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗМЕНШЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

1

(21) u200900277
(22) 15.01.2009
(24) 12.05.2009
(46) 12.05.2009, Бюл.№ 9, 2009 р.
(72) ТКАЧУК ОЛЕГ ЛЮБОМИРОВИЧ, UA, ПЮРИК
МАРКІАН ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ФЕДОРИКА РОМАН
ЯРЕМОВИЧ, UA
(73) ТКАЧУК ОЛЕГ ЛЮБОМИРОВИЧ, UA, ПЮРИК
МАРКІАН ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ФЕДОРИКА РОМАН
ЯРЕМОВИЧ, UA

2

(57) Спосіб зменшення кількості післяопераційних ускладнень у хворих на калькульозний холецистит, що полягає у використанні протягом операційної доби та в першу добу після неї антибіотика, який **відрізняється** тим, що після холецистектомії на післяопераційні рани місцево накладаються стерильні пов'язки з тітріолом 1 раз на день у I-II фазах ранового процесу.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії, зокрема до способів профілактики гнійно-запальних ускладнень оперативних втручань з приводу калькульозного холециститу.

В останні роки відмічається зростання патологічних уражень жовчного міхура. У зв'язку із збільшенням кількості хворих на калькульозний холецистит зростає і число оперативних втручань на жовчному міхурі [Гнатюк М.С., Синоверський Л.В., Дзюбановський І.Я., Франчук В.В. Особливості локального імунного гомеостазу при гострих холециститах // Шпитальна хірургія. - №1. - 2003. - С.41-43]. Запальні зміни в стінці жовчного міхура часто призводять до післяопераційних ускладнень (нагноєння рани, розвиток перитоніту) та подовження терміну перебування хворих в стаціонарі [Гостищев В.К., Евсеев М.А. Обоснование хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Анналы хирургической гепатологии. - Т.9. - №2. - 2004. - С.118-119; Мохов Е.М., Сибилев В.Н. Прогнозирование форм острого холецистита и профилактика послеоперационных гнойных осложнений // Анналы хирургической гепатологии. - Т.Н. - №2. - 2006. - С. 72-76]. Післяопераційна летальність при гострому холециститі залишається високою і коливається від 2 до 10% [Раны и раневая инфекция. Руководство для врачей под ред. Кузина М.И. и Костюченко Б.М. - М., 1990. - С.246-253].

На сьогоднішній день відомо багато способів профілактики гнійно-запальних процесів після холецистектомії. Зокрема, Кузин М.И. та Костюченко Б.М. пропонують застосовувати лазерне випромінювання. Через стерилізуючі властивості CO₂-лазера його використовують в хірургії [Раны и раневая инфекция. Руководство для врачей под ред. Кузина М.И. и Костюченко Б.М. - М., 1990. - С.246-253].

Наявна інформація про використання різних температур для профілактики і лікування гнійно-запальних ускладнень. Відомо застосування низьких температур в гнійно-запальних вогнищах, внаслідок чого зменшується кількість мікробів нижче критичного рівня, зменшується ацидоз вмісту вогнища, підвищується бактерицидна та фагоцитарна активність лейкоцитів. Тому вважається, що дозоване охолодження при хірургічній обробці гнійних ран є одним з ефективних методів профілактики та активного хірургічного лікування ускладнень в післяопераційному періоді [Раны и раневая инфекция. Руководство для врачей под ред. Кузина М.И. и Костюченко Б.М. - М., 1990. - С.246-253].

Найбільш близьким за суттю способу, що заявляється є спосіб профілактики гнійно-запальних ускладнень загоєння операційних ран запропонований Лаврик А.С. та Тивончук А.С. [Лаврик А.С., Тивончук А.С. Профілактика гнійно-запальних ускладнень загоєння операційної рани у хворих з морбідним ожирінням // Клінічна хірургія. - №11-12. -

(19) UA (11) 41295 (13) U

2006. - С.24-25]. Ними запропоновано проводити антибактеріальну профілактику з застосуванням антибіотика широкого спектра дії (цефалоспорины II-III покоління) протягом операційної доби та в першу добу після неї. Роз'єднання підшкірного прошарку до апоневрозу слід проводити тупим шляхом, що спричиняє меншу крововтрату, уникати контакту підшкірного прошарку та черевної порожнини з поверхнею шкіри, проводити ретельний гемостаз підшкірного прошарку.

Однак, відомі способи профілактики та лікування гнійно-запальних процесів у хворих на калькульозний холецистит в післяопераційному періоді мають недостатню ступінь ефективності у зв'язку з низьким терапевтичним ефектом, частими побічними впливами медикаментозних середників та розвитком небезпечних ускладнень у хворих [Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулютко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. - М., 2000. - 247с.; Мохов Е.М., Сибилев В.Н. Прогнозирование форм острого холецистита и профилактика послеоперационных гнойных осложнений // Анналы хирургической гепатологии. - Т.11. - №2. - 2006. - С.72-76].

Тому технічне завдання нашої корисної моделі полягає у наступному: підвищити ефективність профілактики гнійно-запальних процесів у хворих на калькульозний холецистит, зменшити частоту побічних впливів медикаментозних середників та попередити розвиток небезпечних ускладнень у післяопераційному періоді.

В основу корисної моделі покладено задачу збільшення арсеналу способів профілактики гнійно-запальних ускладнень шляхом використання нових ранозагоюючих середників.

Суть способу полягає у тому, що до схеми комплексного лікування гнійно-запальних процесів у хворих на калькульозний холецистит вводять тітріол - 1 раз на день місцеве на післяопераційну ділянку у I та II фазах раневого процесу.

Спосіб виконують наступним чином:

На фоні застосування антибіотиків за схемою, використовують крем тітріол ТОВ «ОСТ-Фарм» (ДП Державний науковий центр лікарських засобів реєстраційне посвідчення №UA/3 046/01/01).

Після холецистектомії на післяопераційні рани в I-II фазах раневого процесу пацієнту накладають стерильні пов'язки з тітріолом. Заміна пов'язок

відбувається 1-2 рази на добу. Потім пацієнт повертається в палату, де знаходиться під наглядом медичної сестри.

Приклад

Хвора Н., 41 рік, історія хвороби №10103, поступила у відділення малоінвазивної хірургії Івано-Франківської ОКЛ 04/11/2008 зі скаргами на біль в правому підребер'ї з іррадіацією в праву лопатку, що з'явився позавчора вечері після вживання смаженої їжі. Комплексно обстежена, встановлено діагноз: гострий калькульозний холецистит. Після проведення доопераційної підготовки 04/11/2008р. хвора прооперована. Під ендотрахеальним наркозом хворій проведена лапароскопічна холецистектомія. Жовчний міхур видалили через розширений доступ в правому підребер'ї. Рани зашили пошарово і наклали пов'язки з тітріолом. Пов'язки з тітріолом міняли 1 раз на день впродовж I та II фазах раневого процесу. Операційні рани загоїлись первинним натягом з утворенням ніжного повноцінного рубця.

Післяопераційний період протікав гладко. Активізація хворої відбулася через 7 годин, хвора ходила по палаті, доглядала за собою самостійно. Дренаж черевної порожнини видалили через 24 години. На 3 добу хвора в задовільному стані виписана на амбулаторне лікування, через 12 днів - працездатна.

Запропонований спосіб застосований у 13 хворих на калькульозний холецистит, хворі легко перенесли операцію, середні строки лікування в стаціонарі після операції 3,8 доби, середнє перебування на лікарняному листі 12 діб. Післяопераційне ускладнення не було. У той же час із 14 хворих, пролікованих за способом найближчому аналогу середнє перебування в стаціонарі після операції було 4,9 доби, середнє перебування на лікарняному листі 14 діб. У 2 хворих спостерігалися запальні зміни в ділянках післяопераційних ран, що вимагало додаткового призначення антибіотиків і проведення місцевих маніпуляцій.

Таким чином, розроблений спосіб профілактики гнійно-запальних процесів у хворих на калькульозний холецистит в післяопераційному періоді дозволяє зменшити частоту побічних впливів медикаментозних середників та попередити розвиток небезпечних ускладнень у даних хворих.