



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41836** (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 ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ВИКОНАННІ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

1

(21) u200900286
(22) 15.01.2009
(24) 10.06.2009
(46) 10.06.2009, Бюл. № 11, 2009 р.
(72) ТКАЧУК ОЛЕГ ЛЮБОМИРОВИЧ, ПЮРИК МАРКІЯН ВАСИЛЬОВИЧ, ГЕРИЧ РОМАН ПЕТРОВИЧ, ФЕДОРИКА РОМАН ЯРЕМОВИЧ
(73) ТКАЧУК ОЛЕГ ЛЮБОМИРОВИЧ, ПЮРИК МАРКІЯН ВАСИЛЬОВИЧ, ГЕРИЧ РОМАН ПЕТРОВИЧ, ФЕДОРИКА РОМАН ЯРЕМОВИЧ
(57) Спосіб профілактики кількості післяопераційних ускладнень при виконанні холецистектомії, що

2

включає використання антибіотиків широкого спектра дії, який **відрізняється** тим, що за 10 днів до планового оперативного втручання і 3 дні після операції застосовують імунофан 1мл - 0,005 % внутрішньом'язово 1 раз на день, введення в день операції антибіотика широкого спектра дії, під час лапароскопічної холецистектомії після видалення жовчного міхура і кліпування жовчної артерії в серпасту зв'язку вводять 1 мл 0,005 % розчину імунофану, а рану промивають розчином антисептика.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії, зокрема до способів профілактики гнійно-запальних ускладнень оперативних втручань з приводу хронічного 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.П. - № 2. - 2006. - с. 72-76]. Післяопераційна летальність при холециститі залишається високою і коливається від 2 до 10 % [Раны и раневая инфекция. Руководство для вра-

чей 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].

Лаврик А.С. та Тивончук А.С. запропонували проводити антибактеріальну профілактику з застосуванням антибіотика широкого спектра дії (цефалоспорины II-III покоління, за відсутності результа-

(19) **UA** (11) **41836** (13) **U**

тів бактеріологічного дослідження) протягом операційної доби та в першу добу після неї. Дані автори проводили роз'єднання підшкірного прошарку до апоневрозу тупим шляхом, що спричиняло меншу крововтрату. Вони радили уникати контакту підшкірного прошарку та черевної порожнини з поверхнею шкіри та проводити ретельний гемостаз підшкірного прошарку [Лаврик А.С., Тивончук А.С. Профілактика гнійно-запальних ускладнень загоснення операційної рани у хворих з морбідним ожирінням // Клінічна хірургія. - № 11-12.-2006. - с. 24-25].

Найбільш близьким за суттю способу, що заляється є спосіб комплексного лікування і профілактики гнійно-запальних процесів у хворих з хронічним калькульозним холециститом у післяопераційному періоді запропонований Клименко Г.А. з співавт. Ними запропоновано проводити антибактеріальну профілактику інфекційних ускладнень холецистектомії з застосуванням антибіотика широкого спектра дії (клафоран 1р, або цефазолін 1р, або зінацеф 0,75г внутрішньовенно) на етапі анестезії під час премедикації. Перед виділенням міхурової протоки і однойменної артерії автори пропонують в область шийки жовчного міхура субсерозно вводити 300мкг Т-активіну. Для регіонарної лімфостимуляції з послідовним інтервалом 5 хвилин в серпасту зв'язку вводити: лідазу 0,50Д/кг, гепарин 200Д/кг, 0,25% розчин новокаїну 2мл/кг. В кінці Клименко Г.А. і співавт. пропонують після видалення жовчного міхура рану промити розчином антисептика. Таким чином вдається знизити число гнійно-запальних ускладнень з боку черевної порожнини та передньої черевної стінки [Клименко Г.А. с соавт. Профилактика, диагностика и лечение осложненной лапароскопической холецистектомии. - Харьков, 1999. - с. 64-65].

Однак, відомі способи профілактики та лікування гнійно-запальних процесів у хворих на хронічний 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 [Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М., - 2000. - 247 с; 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].

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

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

Суть способу полягає у тому, що до схеми комплексного лікування гнійно-запальних процесів

у хворих на хронічний калькульозний холецистит вводиться препарат імунофан.

Спосіб виконують наступним чином:

За 10 днів до планового оперативного втручання і 3 дні після операції застосовуємо імунодулятор імунофан (виробник ТОВ НВП "Біонокс", м. Москва, Російська Федерація, реєстраційне посвідчення UA/0318/01/01) 1мл - 0,005% внутрішньом'язово 1 раз на день. В день операції вводимо антибіотик широкого спектру дії

Під час лапароскопічної холецистектомії після видалення жовчного міхура і кліпування жовчної артерії в серпасту зв'язку вводимо 1мл 0,005% розчину імунофану, а рану промиваємо розчином антисептика.

Приклад:

Хворий П., 47 років, історія хвороби №10132, поступив у відділення малоінвазивної хірургії Івано-Франківської ОКЛ 19/11/2008 зі скаргами на біль в правому підребер'ї з іррадіацією в праву лопатку, що з'являється після вживання смаженої чи жирної їжі. Комплексно обстежений, встановлено діагноз: хронічний калькульозний холецистит. Після проведення післяопераційної підготовки та 10 денного передопераційного введення імунофану (1мл - 0,005%, внутрішньом'язово 1 раз на день) 19/11/2008 р. хворий прооперований. Під ендотрахеальним наркозом хворому проведена лапароскопічна холецистектомія, під час операції після видалення жовчного міхура (через розширений доступ в правому підребер'ї) і кліпування однойменної артерії, в серпасту зв'язку пацієнта введено 1 мл 0,005 % розчину імунофану. Рани зашили пошарово і наклали асептичні пов'язки. Протягом 3 днів після операції хворому вводили імунофан (1мл - 0,005% розчин внутрішньом'язово 1 раз на добу).

Післяопераційний період протікав гладко. Активізація хворого відбулася через 6 годин, хворий ходила по палаті, доглядав за собою самостійно. Дренаж черевної порожнини видалили через 24 години. На 3 добу хворий в задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування, через 11 днів - працездатний.

Запропонований спосіб застосований у 25 хворих на хронічний калькульозний холецистит, хворі легко перенесли операцію, середні строки лікування в стаціонарі після операції 3,4 доби, середнє перебування на лікарняному листі 11 днів. Післяопераційне ускладнення не було. У той же час із 25 хворих, пролікованих за способом найближчому аналогу середнє перебування в стаціонарі після операції було 4,7 доби, середнє перебування на лікарняному листі 13 днів. 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 хронічний калькульозний холецистит в післяопераційному періоді дозволяє знизити кількість запальних ускладнень з боку черевної порожнини і передньої черевної стінки.

