



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **109193** (13) **U**

(51) МПК (2016.01)

A61K 31/00

A61P 31/04 (2006.01)

A61P 7/02 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 03221	(72) Винахідник(и): Красносельський Микола Вілєнович (UA), Крутько Євген Миколайович (UA), Середенко Віталій Григорович (UA)
(22) Дата подання заявки: 28.03.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.08.2016	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.08.2016, Бюл.№ 15	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ІМ. С.П. ГРИГОР'ЄВА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", вул. Пушкінська, 82, м. Харків, 61024 (UA)

(54) СПОСІБ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНОЮ РЕЗЕКЦІЄЮ ПРЯМОЇ КИШКИ ЗІ ЗВЕДЕННЯМ

(57) Реферат:

Спосіб інтенсивної терапії хворих з черевно-анальною резекцією прямої кишки зі зведенням включає інфузійну, антибактеріальну та антикоагулянтну терапію. Додатково з першої доби після операції призначають актовегін в дозі 10 мг на кг маси тіла, внутрішньовенно струминно, L-лізину есцинат в дозі 7-10 мл, розведений в розчині 200 мл реосорбілакту внутрішньовенно крапельно, нікотинову кислоту 8-10 мл, розведену в розчині 500 мл стерофундину внутрішньовенно крапельно 2 рази на добу протягом 5-7 днів.

UA 109193 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії та інтенсивної терапії, і може бути використаною при медикаментозній корекції ускладнень у ранньому післяопераційному періоді.

Останніми десятиліттями практично в усіх країнах світу відзначається зростання рівня захворюваності на рак прямої кишки, основним методом лікування якого залишається хірургічний [1]. Тепер за рахунок удосконалення дуже змінилися тактичні й технічні підходи в хірургічному лікуванні даного контингенту пацієнтів. Пріоритетним напрямком у сучасній хірургії раку прямої кишки є органозберігальне і функціонально щадне лікування, яке дозволяє досягти високих показників у виживуванні даної категорії пацієнтів, подолати "фатальну" інвалідизацію та поліпшити якість життя.

Однак і сьогодні у зв'язку з інтраопераційною травмою сфінктера прямої кишки, порушенням його трофіки та іннервації, а також через втрату "накопичувальної, резервуарної" функції прямої кишки, у 35,5 % хворих розвиваються некрози зведених кишкових трансплантатів, у 13,0 % пацієнтів виникає неспроможність колоректальних анастомозів, що призводить до розвитку гнійно-запальних ускладнень з боку клітковини малого таза у 25,0 % і перитоніту - у 5,0 % випадків. Крім того, у 30-40 % хворих після цієї операції розвиваються явища ішемії ділянки зведеної кишки різного ступеня вираженості [2].

Ускладнення у вигляді ішемії, а в деяких випадках і некрозу, можуть спричинити більш суттєві ускладнення у вигляді перитоніту, абсцедування, синдром системної запальної відповіді та ін.

Підвищений інтерес лікарів інтенсивної терапії до пошуку можливостей медикаментозної корекції даного ускладнення в ранньому післяопераційному періоді зумовив необхідність розробки нових способів лікування.

Відомий спосіб інтенсивної терапії хворих із черевно-анальною резекцією прямої кишки зі зведенням включає комплексне лікування з проведенням високих очисних клізм, безниткової дієти, антибактеріальної терапії, парентерального харчування, санації порожнини малого таза через контрапертури дозволяє стабілізувати стан хворого та запобігти виникненню ускладнень [3]. Недоліком цього способу є відсутність спрямованої дії на попередження виникнення ішемії тканин завдяки посиленню їх оксигенації, нормалізації температури кукси.

Найближчим до способу (прототип), що заявляється, за технічною суттю і досягнутим ефектом визнано спосіб інтенсивної терапії хворих, який завдяки проведенню інфузійної, антибактеріальної та антикоагулянтної терапії дозволяє підвищити ефективність лікування порушень системи гемостазу [4].

Однак цей спосіб не дозволяє нормалізувати температуру тканин кукси, посилити оксигенацію тканин, забезпечити життєздатність кишки (наявність тургора), не впливає на зниження післяопераційних ускладнень, зокрема ішемії тканин.

В основу корисної моделі поставлено задачу створити спосіб інтенсивної терапії хворих з черевно-анальною резекцією прямої кишки зі зведенням, в якому призначення актовегіну, L-лізину есцинату в розчині реосорбілакту та нікотинової кислоти дозволяє нормалізувати температуру тканин кукси, посилити оксигенацію тканин, забезпечити життєздатність кишки (наявність тургора), що впливає на зниження післяопераційних ускладнень, зокрема ішемії тканин.

Поставлену задачу вирішують таким чином: у відомому способі інтенсивної терапії хворих з черевно-анальною резекцією прямої кишки зі зведенням шляхом проведення інфузійної, антибактеріальної та антикоагулянтної терапії, згідно з корисною моделлю, додатково починають з першої доби після операції призначають актовегін у дозі 10 мг на кг маси тіла, внутрішньовенно струминно, L-лізину есцинат в дозі 7-10 мл, розведеного у розчині 200 мл реосорбілакту внутрішньовенно крапельно, нікотинову кислоту 8-10 мл, розведену у розчині 500 мл стерофундину внутрішньовенно крапельно 2 рази на добу протягом 5-7 днів.

Введення комплексу препаратів актовегіну, L-лізину есцинату в розчині реосорбілакту та нікотинової кислоти дозволяє активувати клітинний метаболізм, зняти набряково-запальний синдром, посилити оксигенацію тканин, що, у свою чергу, впливає на зниження післяопераційних ускладнень, зокрема ішемії та некрозу тканин.

Спосіб інтенсивної терапії хворих із черевно-анальною резекцією прямої кишки зі зведенням, що заявляється, виконують таким чином.

Хворим з перших діб післяопераційного періоду починають проводити, крім загальноприйнятої, додаткову терапію, з призначенням актовегіну внутрішньовенно струминно в дозі 10 мг на кг маси тіла, L-лізину есцинату в дозі від 7 до 10 мл, розведеного в розчині 200 мл реосорбілакту, нікотинову кислоту 8-10 мл розведену в розчині 500 мл стерофундину. Даний спосіб лікування проводиться 2 рази на добу, протягом 5-7 днів післяопераційного періоду. Застосування цього способу інтенсивної терапії ішемії тканин кишки забезпечувало протягом

тривалого часу (5-7 діб раннього післяопераційного періоду) оптимальну концентрацію препаратів, які поліпшують реологічні властивості крові, мікроциркуляцію та перфузію тканин у культі кишки.

Контроль за станом хворих проводили за допомогою приліжкового монітору пацієнта Неако, що здійснює контроль за дихальною та серцево-судинною системою, за тестуванням частоти дихання, виконує електрокардіограми, а також реєструє температурну реакцію, концентрацію кисню в крові (оксигенація). Оцінку стану кровоточивості тканин проводили візуально, тургору тканин - пальпаторно.

Нижче наведено приклад конкретної реалізації способу, що заявляється.

Приклад 1. Хвора Я. 57 років, історія хвороби № 19529, діагноз рак прямої кишки II стадія, T3 N0M0 (супутні патології - атеросклероз та ішемічна хвороба серця), перебувала на лікуванні у клініці ДУ "Інститут медичної радіології НАМН України ім. С.П.Григор'єва" з 25.02 2016 р. по 14 03. 2016 р. Після проведення оперативного лікування в обсязі черевно-анальної резекції прямої кишки зі зведенням стан хворої розцінено, як стабільно тяжкий. Пацієнтку переведено до відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії, де відразу з першої доби після операції призначено комплекс стандартної терапії. Додатково, згідно зі способом, що заявляється, призначено актовегін у дозі 1000 мг внутрішньовенно струминно, L-лізину есцинат в дозі 10 мл, розведений у розчині 200 мл реосорбілакті, та нікотинову кислоту в дозі 10 мл внутрішньовенно крапельно. Курс проводили 2 рази на добу протягом 6 днів. Післяопераційний період минув без ускладнень, на 10-ту добу хвору було виписано. Контроль за станом проводили за допомогою приліжкового монітору пацієнта Неако із визначенням стану дихальної та серцево-судинної системи, частоти дихання, електрокардіограми, температури, концентрації кисню у крові. Оцінку стану кровоточивості тканин проводили візуально, тургору тканин - пальпаторно. За результатами використання способу інтенсивної терапії хворої у післяопераційний період відзначено такі показники - температура на культі товстої кишки була не нижче 37,4, сатурація тканин не знижувалась нижче 91 %, тургор стінок товстої кишки був розцінений, як добрий, тканини кукси кишки кровоточиві. Таким чином, використаний спосіб терапії дозволив попередити розвиток ішемії та некрозу тканин товстої кишки, що в цілому значно поліпшило якість життя хворої.

Згідно зі способом, пройшли лікування 39 хворих (2014-2015 рр.), його результати, у порівнянні з прототипом, наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняльний аналіз ефективності способу інтенсивної терапії хворих з черевно-анальною резекцією прямої кишки із зведенням

Показник	Спосіб, що заявляється, N=39 (%)	Згідно з прототипом, N=28 (%)
Зміни температури кукси товстої кишки на 7 добу, °C	37,8	36,2
Оцінка тургору тканин:		
задовільний, %	67	59
знижений, %	32	35
відсутній, %	1	6
Оксигенація тканин на 7-му добу	93,4	82,2
Температура кукси кишки	37,8	36,2
Кровоточивість тканин:		
на 3-тю добу: висока, %	72	немає
помірна, %	28	28
на 7-му добу: висока, %	немає	немає
помірна, %	35	немає

З табл. 1 видно, що проведення інтенсивної терапії хворих з черевно-анальною резекцією прямої кишки зі зведенням дозволило знизити температуру культі кишки на 0,3 °C, що характеризує поліпшення стану плинності крові у тканинах і зменшення ступеня ішемії стінки кишки. Концентрація кисню у тканинах була вище у 1,2 разу, порівняно з прототипом. Стан тургору тканин кукси товстої кишки на перші 7 діб констатовано як задовільний, що перевищувало на 8 % значення за прототипом. Відсутність тургору відзначена на 5 % більше за прототипом, ніж у

способі, що заявляється. Це свідчить про те, що запропонований спосіб терапії зберігає життєздатність кишки та зменшує тяжкість ускладнень, зокрема ішемії кишкової тканини.

Окремо слід відзначити кровоточивість тканин як важливого показника розладів мікроциркуляції, що виникли завдяки рефлексорним порушенням судинної іннервації і крововтрати при операції. Висока кровоточивість тканин після інтенсивної терапії за способом, що заявляється, спостерігалася у 72 %, помірна - у 28 % хворих в перші 3 доби післяопераційного періоду. Впродовж 3-7-й доби високої кровоточивості не спостерігалось, а помірна виявлена у 35 % хворих. Що стосується групи за прототипом, то висока кровоточивість тканин не спостерігалася, а помірна була у 28 % хворих в перші три доби.

Таким чином, використання способу інтенсивної терапії хворих з черевно-анальною резекцією прямої кишки зі зведенням, що заявляється, дозволило:

підвищити температуру тканин зведеної кишки на 1,2 °С;

забезпечити оксигенацію тканин на 11,0 % на 7-му добу;

забезпечити задовільний тургор тканин у 67 %, а його відсутність в 1 % випадків;

зберегти кровоточивість тканин протягом 7 діб, що характеризувало наявність кровообігу і перфузії тканин ділянки кишки.

Список літератури

1. Заневский В. П. Принципы интенсивной терапии после абдоминальных операций / В. П. Заневский, А. Е. Кулагин // Медицинский журнал.-2014.-№ 1.-С. 16-20.

2. Эволюция сфинктерсохраняющей хирургии у больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки / И. Б. Щепотин, Е. А. Колесник, В.В. Приймак та ін. // Клиническая онкология.-2013. - № 4 (12). - С. 2-5.

3. Бондарь Е.В. Лечение некрозов низведенной кишки при выполнении хирургических вмешательств с низведением ободочной на промежность у больных раком прямой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Г. Г. Псарас и др. // Новообразование.-2010. - № 2 (6). - С. 36-41.

4. Бондарь Г.В. Успехи и проблемы лечения рака прямой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Ю. В. Думанский // Новообразование.-2009. - № 3-4. - С. 19-24.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб інтенсивної терапії хворих з черевно-анальною резекцією прямої кишки зі зведенням, що включає інфузійну, антибактеріальну та антикоагулянтну терапію, який **відрізняється** тим, що додатково з першої доби після операції призначають актовегін в дозі 10 мг на кг маси тіла, внутрішньовенно струминно, L-лізину есцинат в дозі 7-10 мл, розведений в розчині 200 мл реосорбілакту внутрішньовенно крапельно, нікотинову кислоту 8-10 мл, розведену в розчині 500 мл стерофундину внутрішньовенно крапельно 2 рази на добу протягом 5-7 днів.