



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **34837** (13) **U**
(51) **МПК (2006)**
A61K 31/00
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШЕЧНИКУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ЛЕГЕНЯХ І ПЛЕВРІ

1

(21) u200803293

(22) 17.03.2008

(24) 26.08.2008

(46) 26.08.2008, Бюл. № 16, 2008 р.

(72) ФЕЩЕНКО ЮРІЙ ІВАНОВИЧ, UA, МЕЛЬНИК
ВАСИЛЬ МИХАЙЛОВИЧ, UA, ОПАНАСЕНКО МИ-
КОЛА СТЕПАНОВИЧ, UA, СТАШЕНКО ОЛЕК-
САНДР ДАЛІЄВИЧ, UA, ТЕРЕШКОВИЧ ОЛЕК-
САНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA, КАЛЕНІЧЕНКО
МАКСИМ ІВАНОВИЧ, UA, БИЧКОВСЬКИЙ ВІКТОР
БОРИСОВИЧ, UA, КОНІК БОГДАН МИКОЛАЙО-
ВИЧ, UA, ЛЕВАНДА ЛАРИСА ІВАНІВНА, UA, КО-
НОНЕНКО ВАЛЕРІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ, UA

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ФТІЗІА-
ТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМ. Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", UA

(57) Спосіб профілактики дисбактеріозу кишечника
після операції на легенях і плеврі, що включає

2

встановлення гастрального зонда в шлунок перед
оперативним втручанням та проведення декомпресії
шлунково-кишкового тракту, при цьому пери-
феричний кінець гастрального зонда підключають
до дренажу по Бюлау, який **відрізняється** тим, що
хворому призначають активітель за схемою - 1 фла-
кон ввечері перед операцією та з 2-го дня після
операції по 1 флакону 2-3 рази на день протягом
3-4 днів, інтраопераційно, за 30 хвилин до закін-
чення операції, одноразово внутрішньом'язово
вводять церукал з дексазоном в середньотерапев-
тичних дозах, зразу після операції призначають
внутрішньом'язово церукал по 50 мг 3 рази на
день протягом 3-х днів, а через добу після операції
одноразово призначають 0,5 мг убретиду внутрі-
шньом'язово та 200 мл сорбілаксу внутрішньовен-
но.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме, до торакальної хірургії, і може бути використа-
на для профілактики дисбактеріозу кишечника
після операції на легенях і плеврі.

Основними причинами незадовільних резуль-
татів після операції на легенях і плеврі є тромбо-
емболічні, гнійно-запальні, респіраторні усклад-
нення, а також наявність дисбактеріозу кишечника
післяопераційного періоду.

Наявність дисбактеріозу приводить до підви-
щення активності патогенної мікрофлори кише-
чнику, погіршення ферментативного перетравлення
їжі, зниження детоксикаційної функції організму,
зниження перистальтики кишечника, зменшення
вітамінотворюючої функції, зниження імунітету.
Основними проявами дисбактеріозу кишечника є:

- синдром кишкової диспепсії (метеоризм, ур-
чання та вздуття живота, дискомфорт, відчуття
важкості, біль, відчуття розпирання, нестабільний
стул, тошнота, блювання);

- синдром порушення травлення (стеаторея,
анемія, остеомаліція, гіпопротеїнемія, порушення
всмоктування жиророзчинних вітамінів, порушення
водно-електролітного балансу);

- астеновегетативний синдром.

Серед основних чинників, які мають значення

для виникнення дисбактеріозу кишечника у хворих
з патологією дихальної системи, які підлягають
оперативному лікуванню є:

- стресовий стан;
- інфекційні хвороби;
- нерациональне харчування;
- цукровий діабет;
- соматичні хвороби;
- імунні порушення;
- медикаментозний вплив антибіотиків, нарко-
тичних препаратів, місцевоанестезуючих препара-
тів,

Тому зниження рівня дисбактеріозу кишечника
післяопераційного періоду приводить до покращення
результатів хірургічного лікування хвороб
органів дихання.

Відомий спосіб профілактики дисбактеріозу
кишечнику після операції на легенях і плеврі, що
включає встановлення гастрального зонда в шлу-
нок перед оперативним втручанням та проведення
декомпресії шлунково-кишкового тракту (перифе-
ричний кінець гастрального зонда підключають до
дренажу по Бюлау) [див. Miller J.I. Preoperative
evaluation, complications of pulmonary surgery // Chest Surg, Clin. North Am.- 1992.- Vol.74, N 2,- P. 701-711]. Але даний спосіб базується лише на па-

(13) **U**

(11) **34837**

(19) **UA**

сивній евакуації вмісту шлунку. Враховуючи той факт, що після оперативного втручання у пацієнта завжди виникає парез кишечника, то при застосуванні даного метода існує значний ризик прогресування даного ускладнення і розвиток вираженого дисбактеріозу кишечника. Крім того, внаслідок застосування антибіотикотерапії дане ускладнення може посилюватися в результаті подавлення препаратами звичайної мікрофлори і розмноження умовно патогенної мікрофлори.

Найбільш близьким по технологічній сутності до способу, що заявляється, є спосіб профілактики дисбактеріозу кишечника після операції на легенях і плеврі, згідно якому проводять встановлення гастрального зонда в шлунок перед оперативним втручанням та проведення декомпресії шлунково-кишкового тракту (периферичний кінець гастрального зонда підключають до дренажу по Бюлау), на 2-й день після операції призначають прозерін по 1мл підшкірно 3 рази на день протягом як мінімум 3-х днів, а на 3-й день - препарат "Лінекс" по 2 капсули 3 рази на день [див. Современные подходы к коррекции дисбактериоза кишечника. Харченко Н.В., Черненко В.В. Методические рекомендации, Киев. - 2000. - 28с.].

Проте даний спосіб має наступні недоліки:

- даний спосіб також базується лише на пасивній евакуації вмісту шлунку, а враховуючи той факт, що після оперативного втручання у пацієнта завжди виникає парез кишечника, то при застосуванні даного метода існує значний ризик прогресування даного ускладнення і розвиток вираженого дисбактеріозу кишечника. Крім того, внаслідок застосування антибіотикотерапії дане ускладнення може посилюватися в результаті подавлення препаратами звичайної мікрофлори і розмноження умовно патогенної мікрофлори;

- внаслідок того, що лише на 2-й день після операції призначають прозерін по 1мл підшкірно 3 рази на день, то у хворого на 1-й і 2-й день після операції вже має місце значне порушення моторики кишечника, яке веде до дисбактеріозу. Крім того, термін призначення даного препарату значно збільшується внаслідок порушеної моторики (5 днів і більше);

- прозерін значно підвищує секрецію бронхіального дерева, що приводить до виникнення великої кількості харкотиння. А враховуючи той факт, що хворі в перші дні після операції отримують для знеболення наркотичні аналгетики, які значно знижують кашльовий рефлекс, то призначення даного прокінетика кишечника може приводити до виникнення респіраторних і гнійно запальних ускладнень в післяопераційному періоді,

- внаслідок досить короткої дії прозерін призначають як мінімум протягом 3-4 днів;

- внаслідок того, що лише на 3-й день після операції призначають препарат "Лінекс" (по 2 капсули 3 рази в день), коли вже існує певного ступеня дисбактеріоз, то термін призначення даного препарату також значно збільшується.

Через наведені вище недоліки знижується загальна ефективність хірургічного лікування хвороб органів дихання.

В основу корисної моделі поставлена задача

удосконалення способу профілактики дисбактеріозу кишечника після операції на легенях і плеврі, в якому шляхом призначення актімелю - 1 флакон ввечері перед операцією та з 2-го дня після операції - по 1 флакону 2-3 рази на день протягом 3-4 днів, інтраопераційно, за 30 хвилин до закінчення операції, одноразово внутрішньом'язового призначення церукалу з дексазоном, зразу після операції - церукалу 3 рази на день протягом 3-х днів, а через добу після операції одноразового внутрішньом'язового введення убретіду та внутрішньовенного введення сорбілаксу суттєво знижується рівень дисбактеріозу після операції на легенях і плеврі, зменшується рівень післяопераційних ускладнень, скорочується тривалість післяопераційного періоду, зменшується потреба виконувати повторну операцію, що в кінцевому результаті сприяє підвищенню ефективності хірургічного лікування даного контингенту хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі профілактики дисбактеріозу кишечника після операції на легенях і плеврі, що включає встановлення гастрального зонда в шлунок перед оперативним втручанням та проведення декомпресії шлунково-кишкового тракту, при цьому периферичний кінець гастрального зонда підключають до дренажу по Бюлау, згідно корисної моделі, хворому ввечері перед операцією призначають 1 флакон актімелю та з 2-го дня після операції - по 1 флакону 2-3 рази на день протягом 3-4 днів, інтраопераційно, за 30 хвилин до закінчення операції, одноразово внутрішньом'язово вводять церукал з дексазоном в середньотерапевтичних дозах, зразу після операції призначають внутрішньом'язово церукал по 50мг 3 рази на день протягом 3-х днів, а через добу після операції одноразово призначають 0,5мг убретіду внутрішньом'язово та 200мл сорбілаксу внутрішньовенно.

Відомо використання встановлення гастрального зонда в шлунок перед оперативним втручанням і застосування його під час операції у хворих з патологією респіраторної системи. Це дозволяє проводити декомпресію шлунково-кишкового тракту (периферичний кінець гастрального зонда підключають до дренажу по Бюлау), аспірувати та оцінювати стан шлункового вмісту. Все це приводить до зниження рівня розвитку дисбактеріозу в післяопераційному періоді. Тому ми вважаємо за доцільне використання даного заходу для попередження розвитку дисбактеріозу.

Відомо використання актімелю з метою профілактики дисбактеріозу, стимуляції імунітету та поповнення організму вітамінами. Актімель вміщує необхідні для підтримання нормального балансу кишечника лакто- та біфідобактерії, добову потребу організму вітамінів та мікроелементів. Тому ми вважаємо за потрібне застосовувати даний препарат з метою попередження розвитку дисбактеріозу в післяопераційному періоді. Нами запропоновано призначати актімель не тільки в післяопераційному, але ще в доопераційному періоді, враховуючи той факт, що хворі вже отримують антибіотикопрофілактику, а протягом першої доби після операції не матимуть ентерального харчування. Крім того, дуже важливим є той факт, що доопераційне

і раннє післяопераційне (на другу добу після операції) застосування препарату дозволяє більш ефективно попередити дисбактеріоз і розпочати повноцінне ентеральне харчування раніше, ніж в способі-прототипі. Особливо це має велике значення при наявності супутнього цукрового діабету. Також важливим є те, що при даній схемі знижується кошторис на лікування внаслідок зменшення необхідності використання даного типу препаратів (3-4 дні в запропонованому способі і 7-10 днів - в способі-прототипі).

Щонедавно німецькими вченими було доведено, що інтраопераційне введення комбінації церукалу та дексазону внутрішньом'язово з метою профілактики розвитку нудоти та блювання в післяопераційному періоді значно ефективніше, ніж монотерапія дексазоном. Крім того, було встановлено, що в перші 12 годин після операції доцільно використання комбінації церукалу та дексазону, а в більш пізній термін більш раціонально використовувати лише церукал. Тому, ми вважаємо за потрібне використовувати інтраопераційно, за 30 хвилин до закінчення операції, щоб препарати почали діяти під час пробудження хворого, однократне призначення 50мг церукалу з 8мг дексазону внутрішньом'язово, а зразу після операції призначати лише 50 мг церукалу внутрішньом'язово 3 рази на день протягом 3-х днів з метою профілактики нудоти та блювання, а відповідно і дисбактеріозу. Дане призначення є ефективним, безпечним та економічно доступним засобом профілактики дисбактеріозу.

Відомо використання убретиду внутрішньом'язово при операціях на органах травлення з метою профілактики парезу кишечника з подальшим розвитком дисбактеріозу. Тому ми вважаємо за доцільне використання даного препарату з метою профілактики дисбактеріозу після операцій на легенях і плеврі. Крім того, даний препарат на відміну від прозерину позбавлений негативної дії на слизову бронхів (підвищена ексудація секрету і, як наслідок, можливість розвитку респіраторних і гнійно-запальних ускладнень). Таким чином, відповідає необхідність виконувати санаційні фіброbronхоскопії, які хворі важко переносять в післяопераційному періоді. Також важливим є те, що даний препарат внаслідок його пролонгованого ефекту вводиться одноразово, що приводить до зменшення кошторису на лікування.

Відомо використання сорбілакту внутрішньовенно після оперативних втручань з метою зменшення рівня інтоксикації, нормалізації кислотно-лужного стану та для стимуляції перистальтики кишечника. Тому ми вважаємо за доцільне використання даного препарату для профілактики розвитку парезу кишечника з подальшим розвитком дисбактеріозу. Крім того, нами практичним шляхом доведено, що одночасне застосування сорбілакту в поєднанні з убретідом дозволяє зменшити кількість введення препарату, а відповідно і зменшити кошторис на лікування.

В результаті виконання всіх цих заходів, на відміну від способу-прототипу, досягається зменшення числа випадків виникнення дисбактеріозу післяопераційного періоду, скорочення тривалості

післяопераційного періоду та зменшення кількості ускладнень, що, в свою чергу, призводить до підвищення загальної ефективності хірургічного лікування хвороб органів дихання.

Спосіб виконують таким чином.

Хворим із будь-якою хворобою органів дихання, що підлягають хірургічному лікуванню, проводять оперативне втручання за загальновизнаними правилами оперативної хірургії. Однак, хворому проводять профілактику дисбактеріозу таким шляхом: безпосередньо перед операцією виконують встановлення гастрального зонда в шлунок для проведення декомпресії шлунково-кишкового тракту, при цьому периферичний кінець гастрального зонда підключають до дренажу по Бюлау, призначають актімелъ за наступною схемою - 1 флакон ввечері перед операцією та з 2-го дня після операції по 1 флакону 2-3 рази на день протягом 3-4 днів, інтраопераційно, за 30 хвилин до закінчення операції, одноразово внутрішньом'язово вводять 50мг церукалу з 8мг дексазону, зразу після операції призначають лише 50мг церукалу внутрішньом'язово 3 рази на день протягом 3-х днів, а через добу після операції одноразово призначають 0,5мг убретиду внутрішньом'язово та 200мл сорбілакту внутрішньовенно.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу.

Приклад 1 (за способом-прототипом).

Хвора М., 52 років, поступила в клініку Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України з діагнозом "Кістозна гіпоплазія з бронхоектазами нижньої та середньої долей правої легені, ускладнена періодичними кровотечами". Хворіє з дитинства. Протягом останніх 3-х років відмічала значне прогресування процесу, який ускладнився періодичними кровотечами. Після повноцінного обстеження діагноз був підтверджений.

Хворій запропоновано оперативне втручання за розширеними показаннями. Після відповідної передопераційної підготовки (антибіотикотерапія, гемостатична, дезінтоксикаційна) хворій була виконана типова правобічна нижня білобектомія. Перед оперативним втручанням виконали встановлення гастрального зонда в шлунок для проведення декомпресії шлунково-кишкового тракту (периферичний кінець гастрального зонда підключили до дренажу по Бюлау). Виконавши торакотомію із бокового доступу, розкрили плевральну порожнину. Виконали пневмоліз легені в межах нижньої долі (наявність спаєчного процесу). Далі поетапно виконали нижню білобектомію, поетапно обробили артерії, вени та бронхів. Плевральна порожнина була дренована двома дренажами, які підключили до аспірації зразу після закінчення операції. Оперативне втручання було закінчено типово: торакотомну рану пошарово зашили і наклали на неї асептичну пов'язку.

На другий день після операції у хворої була сильно виражена нудота та періодичне блювання. Перистальтика кишечника не вислуховувалася. Живіт був різко вздутий. У зв'язку з чим на 2-й день після операції призначили прозерин по 1мл підшкірно 3 рази на день, а на 3-й день препарат

"Лінекс" по 2 капсули 3 рази на день. На 3-й день хвора відзначила збільшення кількості гнійного харкотиння. При рентгенологічному контролі було встановлено, що ліва легеня має інфільтративні зміни, які було розцінено, як аспіраційну пневмонію. При виконанні фібробронхоскопії було встановлено, що бронхи лівої легені заповнені слизово-гнійним харкотинням, потребуючи повторних аспірацій.

Враховуючи можливість нозокоміальної пневмонії, хворій додатково було призначено меронем по 2гр 2 рази на день та лінкоміцин по 0,3гр 3 рази на день. При наступному рентгенологічному контролі через 3 дні було виявлено, що інфільтративні зміни в лівій легені почали розсмоктуватися. З харкотиння було висіяно синьогнійну палочку, яка була чутлива до амікацину, карбопенемам, фторхінолонам 3-го покоління. Було призначено відповідні антибіотики.

Явища дисбактеріозу на тлі вираженої інтоксикації продовжували визначатися: відсутність перистальтики, вздуття живота, нудота, блювання, відсутність апетиту. Це в свою чергу, потребувало додаткового призначення церукалу, масивної детоксикаційної терапії, парентерального харчування та переливання елементів крові. Нормалізація діяльності кишечника наступила лише на 15 добу після оперативного втручання. Весь цей час хвора отримувала прозерін, а лінекс - протягом 4-х тижнів.

Антибіотикотерапія продовжувалася уздовж 20 днів. Було також проведено 4 санаційні фібробронхоскопії. Післяопераційна рана загоїлася первинним натяженням через 14 діб після операції. При рентгенологічному контролі права легеня - стан після видалення нижньої та середньої долей, легеня розправлена, в нижніх відділах плевральної порожнини виражені плевральні нашарування; зліва - інфільтративні явища розсмокталися.

На 33-ю добу після операції хвора у задовільному стані була виписана з відділення під нагляд пульмонолога за місцем проживання.

Приклад 2 (за способом, що заявляється).

Хворий С., 50 років, переведений у хірургічне відділення Інституту фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України із діагнозом: пухлина проміжного бронха правої легені з ретростенотичним нагноєнням. До цього отримав 3-х тижневий курс антибіотикотерапії з приводу правобічної абсцедуючої нижньодольової пневмонії. При бронхоскопії було виявлено пухлину проміжного бронха з стенозом останнього до III ступеня. Запропоновано оперативне втручання.

Після відповідної передопераційної підготовки хворому була виконана типова правобічна нижня білобектомія. Однак, перед операцією ввечері хворий отримав 1 флакон актімелю, а також з 2-го дня після операції було призначено по 1 флакону 3 рази на день.

Безпосередньо перед операцією виконали встановлення гастрального зонда в шлунок для проведення декомпресії шлунково-кишкового тракту (периферичний кінець гастрального зонда підключили до дренажу по Бюлау). Виконавши торакотомію із бокового доступу, розкрили плевральну

порожнину. Зруйнували спайки нижньої і середньої долей з грудною стінкою. Далі поетапно виконали типово з окремою послідовною обробкою всіх елементів кореня видалення нижньої і середньої долей. Інтраопераційно, за 30 хвилин до закінчення операції, одноразово призначили 50мг церукалу з 8мг дексазону внутрішньом'язово. Оперативне втручання було закінчено типово: торакотомну рану пошарово зашили і наклали на неї асептичну пов'язку. Зразу після операції призначено 50мг церукалу внутрішньом'язово 3 рази на день протягом 3-х днів.

На другий день після операції у хворого була не сильно виражена нудота. Перистальтика кишечника гарно не вислуховувалася. Живіт був не вздутий. Хворому було одноразово призначено 0,5мг убретіду внутрішньом'язово та 200мл сорбілаку внутрішньовенно.

При рентгенологічному контролі було встановлено, що ліва легеня без патологічних змін, справа - стан після білобектомії, легеня повітряна, розправлена, залишкові плевральні порожнини не визначаються. Необхідності проводити санаційну фібробронхоскопію не було.

На 3-й день після операції явищ дисбактеріозу у хворого не визначалося. З 4-ї доби після оперативного втручання розпочав повноцінне ентеральне харчування.

Антибіотикотерапія продовжувалася уздовж 12 днів. Післяопераційна рана загоїлася первинним натяженням через 14 діб після операції.

При рентгенологічному контролі права легеня - стан після видалення нижньої та середньої долей, легеня розправлена, в нижніх відділах плевральної порожнини виражені плевральні нашарування; зліва - норма.

На 15-у добу після операції хворий у задовільному стані був виписаний з відділення під нагляд онколога за місцем проживання.

Приклад 3 (за способом, що заявляється).

Хв. П., 27 років, переведений з 2-го терапевтичного відділення інституту, де отримував протягом 8-ми місяців поліхіміотерапію з приводу хронічного туберкульозу верхньої долі лівої легені (інфільтративний) МБТ (+), К (+), Резист (S, R, Z, Of, Am, K). Хворіє на туберкульоз протягом 3-х років. В результаті лікування сформувалися 3 туберкули, навколо яких вогнища відсіву. Локалізація процесу в S₁S₂S₃ зліва. Враховуючи подальшу безперспективність поліхіміотерапії, рекомендоване хірургічне лікування. При ФБС виявлено лівобічний чітко обмежений бронхіт 1-11 ступеня запалення.

Хворому виконано оперативне втручання - типова резекція S₁S₂S₃ зліва. Однак, перед операцією ввечері хворий отримав 1 флакон актімелю, а також з 2-го дня після операції було призначено по 1 флакону 3 рази на день.

Безпосередньо перед операцією виконали встановлення гастрального зонда в шлунок для проведення декомпресії шлунково-кишкового тракту (периферичний кінець гастрального зонда підключили до дренажу по Бюлау). Виконавши торакотомію із бокового доступу, розкрили плевральну порожнину. Було проведено зруйнування плевра-

льних зрошень з грудною стінкою на верхівці легені. Пальпаторно і візуально в S₁S₂S₃ визначаються туберкуломи, каверни та вогнища відсіву. Другі відділи легені без патологічних змін. Поетапно виділено, прошито, перев'язано і пересічено сегментарні артерії та венозний стовбур до S₁S₂S₃. В₁B₂B₃ визволено від лімфатичних вузлів. На В₁B₂B₃ накладено УКБ-25 і бронх пересічено. Від S₄S₅ відійшли за допомогою 2- разового накладання УКП-60. S₁S₂S₃ видалено. Механічний шов укріплений додатковими П-подібними швами. Плевральна порожнина була дренована двома дренажами. Інтраопераційно, за 30 хвилин до закінчення операції, одноразово призначили 50мг церукалу з 8мг дексазону внутрішньом'язово. Оперативне втручання закінчено типово: торакотомну рану пошарове зашили і наклали на неї асептичну пов'язку. Зразу після операції призначено 50мг церукалу 3 рази на день протягом 3-х днів.

На другий день після операції у хворого була не сильно виражена нудота. Перистальтика кишечника знижена. Живіт був не вздутий. Хворому було одноразово призначено 0,5мг убретиду внутрішньом'язово та 200мл сорбілаксу внутрішньовенно.

При рентгенологічному контролі було встановлено, що права легеня без патологічних змін, зліва - стан після типової резекції S₁S₂S₃. Легеня розправлена, повітряна, залишкові плевральні порожнини не визначаються. Необхідності проводити

санацийну фібробронхоскопію не було.

На 3-й день після операції явищ дисбактеріозу у хворого не визначалось. З 4-ї доби після оперативного втручання розпочав повноцінне ентеральне харчування.

Антибіотикотерапія продовжувалася уздовж 12 днів. Післяопераційний період протікав без особливостей, рана загоїлася первинним натягінням, шви знято на 12 добу. При обстеженні скудного харкотиння МБТ не виявлено.

При рентгенологічному контролі на 12-ту добу ліворуч стан після резекції S₁S₂S₃, залишкові плевральні порожнини не визначаються. Всі відділи легені прозорі, без свіжих вогнищеві-інфільтративних змін. Права легеня - status quo. Для подальшого лікування на 14-ту добу від моменту операції хворий переведений в терапевтичне відділення.

Запропонований спосіб профілактики дисбактеріозу кишечника після операції на легенях і плеврі був застосований у 29 хворих, контрольну групу склали 34 хворих, у яких профілактика проводилася за способом-прототипом. Віковостатевий склад хворих, розповсюдженість та важкість патологічного процесу і його форми в обох групах були ідентичними, що дозволяє коректно зрівнювати результати хірургічного лікування. Порівняльні результати застосування обох способів наведено в таблиці.

Таблиця

Зрівняльна оцінка ефективності застосування 2-х способів профілактики дисбактеріозу кишечника після операцій на легенях і плеврі

№ п/п	Клінічні показники	Спосіб профілактики	
		Спосіб, що заявляється (29 хворих)	Прототип (34 хворих)
1.	Наявність післяопераційного дисбактеріозу кишечника, в тому числі(випадки):		
	- вираженого	1 (3,4%)	3 (8,8%)
	- незначно вираженого	4(13,7%)	8 (23,5%)
	Всього:	5 (17,1%)	11 (32,3%)
2.	Кількість післяопераційних ускладнень(випадки)	4 (13,7%)	8 (23,5%)
3.	Необхідність підвищувати кошторис на лікування(випадки)	1 (3,4%)	4 (11,7%)
4.	Термін післяопераційного стаціонарного лікування (доби)	15-26	17-39

Таким чином, у порівнянні із прототипом, спосіб, що заявляється дозволяє:

- зменшити рівень наявності післяопераційного дисбактеріозу кишечника після операцій на легенях і плеврі з 32,3% до 17,1% випадків;
- зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 23,5% до 13,7%;

- зменшити необхідність підвищувати кошторис на лікування з 11,7% до 3,4%;

- зменшити терміни післяопераційного стаціонарного лікування на 2-13 днів. Спосіб може знайти широке використання у торакальних хірургічних стаціонарах та в хірургічних відділеннях протитуберкульозних закладів.