



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14313 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00  
A61P 31/04 (2006.01)  
A61P 7/08 (2006.01)  
A61K 35/18

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

### ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) ПРОЦЕС ПРОФІЛАКТИКИ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З УШКОДЖЕННЯМИ ТОВСТОЇ КИШКИ

1

2

(21) u200510251

(22) 31.10.2005

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Пересада Ігор Іванович

(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) 1. Процес профілактики гнійно-септичних ускладнень у хворих з ушкодженнями товстої кишки, що включає внутрішньовенне введення антибіотика в доопераційному і післяопераційному пері-

одах, який **відрізняється** тим, що додатково здійснюють введення антибіотика в інтраопераційному періоді, забирання крові з черевної порожнини і відмивання еритроцитів, а також реінфузію відмитих еритроцитів разом з антибіотиком і кровозамінником.

2. Процес профілактики післяопераційних гнійно-септичних ускладнень за п. 1, який **відрізняється** тим, що як антибіотик вибирають тієнам.

3. Процес профілактики післяопераційних гнійно-септичних ускладнень за п. 1, який **відрізняється** тим, що як кровозамінник вибирають перфторан.

Корисна модель стосується хірургії і може бути використана для профілактики гнійно-септичних ускладнень у хворих з ушкодженнями товстої кишки в умовах крововтрати.

Відомий процес профілактики гнійно-септичних ускладнень у хворих з ушкодженнями органів грудної порожнини і живота в умовах кровотечі, описаний у [статті Г.В.Булави і соавт. "Иммунопрофилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при ранениях груди и живота" (див. Хирургия. -2002.- №7.-С.4)]. Він включає внутрішньом'язове введення лейкоферона в післяопераційному періоді - у перші 32г - по 10000МО щодня, на 1, 2, 3,5,7 добу після операції.

Відомий спосіб дозволяє знизити кількість ускладнень за рахунок використання лейкоферона як цитокініна першої фази імунної відповіді з метою прискорення імунореабілітації. Таким чином скорочуються терміни стаціонарного лікування пацієнтів, кількість післяопераційних ускладнень. Однак ефективність його недостатня, особливо в умовах ургентної хірургії. Останнє відбувається внаслідок того, що лейкоферон застосовується в післяопераційному періоді і визначення показань до його використання протягом перших 2х діб після операції подовжує термін перед початком за-

стосування.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті та результату, що досягається, є відомий процес профілактики гнійно-септичних ускладнень, описаний у [статті В.В.Дарвіна і соавт. "Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений после операций на толстой и прямой кишке" (див. Хирургия. -2002.- №7. -С.47)]. Він включає внутрішньовенне введення антибіотика, а саме амікацина. Крім цього, вводять біфіліз і лізоцим. Уведення препаратів здійснюють у доопераційному і післяопераційному періодах, при цьому в післяопераційному періоді вводять біфіліз і лізоцим.

Процес, що його описано, дозволяє здійснити профілактику гнійно-септичних ускладнень після операцій на товстій кишці в плановій хірургії за рахунок поліпшення динаміки бактерицидності її стінки і фармакокінетики антибіотика. Це відбувається оскільки лізоцим і біфіліз потенціюють ефективність амікацина за рахунок збільшення його концентрації у всіх периферичних тканинах і крові, збільшення інтенсивності переходу амікацина з крові в потенційний осередок мікробного інфікування. Однак спосіб неможливо використовувати в умовах ургентної хірургії при інтенсивній крововтраті внаслідок того, що не передбачає відшкоду-

(19) UA (11) 14313 (13) U

вання втраченої крові. Ефективність профілактики гнійно-септичних ускладнень також невисока, оскільки спосіб розрахований на тривалий вплив, не враховує фактора дефіциту часу при зазначених вище умовах.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого процесу профілактики гнійно-септичних ускладнень у хворих з ушкодженнями товстої кишки, що дозволяє підвищити ефективність способу за рахунок суміщення корекції крововтрати в умовах ургентної хірургії і попередження розвитку ускладнень.

Поставлене завдання вирішується тим, що в процесі профілактики гнійно-септичних ускладнень у хворих з ушкодженнями товстої кишки, що включає внутрішньовенне введення антибіотика в доопераційному і післяопераційному періодах, відповідно до корисної моделі додатково здійснюють введення антибіотика в інтраопераційному періоді, забирання крові з черевної порожнини і відмивання еритроцитів, а також реінфузію відмитих еритроцитів разом з антибіотиком і кровозамінником.

Доцільно як антибіотик вибирати тіенам.

Як кровозамінник доцільно вибирати перфторан.

Введення забирання крові з черевної порожнини, відмивання еритроцитів і реінфузії суміші відмитих еритроцитів, антибіотика і кровозамінника дозволяє відшкодувати крововтрату компонентом власної крові пацієнта, видалити інфіковані її компоненти і поліпшити репаративні процеси міжкишкових анастомозів.

Вибір як антибіотику тіенама дозволяє проводити монотерапію проти аеробних і анаеробних грампозитивних і грамнегативних внутрішньочеревних інфекцій, включно ентерококові. Монотерапія тіенамом при лікуванні середньоважких і важких інфекцій черевної порожнини так само ефективна, як і комбінація різних антибактеріальних препаратів.

Вибір перфторана як кровозамінника дозволяє підвищити загоювання кишкової стінки за рахунок активного цілеспрямованого медикаментозного впливу на розвиток репаративного процесу шляхом поліпшення інтраорганної гемодинаміки й усунення гіпоксії в зоні анастомозу, який формується в умовах геморагічного шоку.

Заявникові невідомі приклади спільного використання компонента аутокрови (відмитих еритроцитів), антибіотика широкого спектра дії і кровозамінника з одержанням у результаті якісно нового ефекту. Останній полягає в тому, що поряд з відновленням інтраорганної гемодинаміки, усувається гіпоксія кишкової стінки, що сприяє більш ефективній дії антибіотика, поліпшенню репаративного

процесу в зоні анастомозу. При цьому збільшуються шанси для загоєння поранень товстої кишки первинним натягом, що також служить профілактиці гнійно-септичних ускладнень при пораненнях товстої кишки в умовах крововтрати.

Докладний опис способу суміщений з прикладом його конкретного виконання.

Клінічний приклад.

Пацієнт Д., 41 року. Доставлений з діагнозом: колото-різане поранення живота, алкогольне сп'яніння. Поранення нанесене невідомим за 3 години до надходження.

Стан при надходженні вкрай важкий: загальмований, шкірні покриви бліді, покриті холодним потом. АТ-90-60 Нг, ЧСС-88 у 1хв. У лівої мезогастральній області - колото-різана рана розміром 1,8 на 0,5см з помірною зовнішньою кровотечею. Операція, через 20хв. з моменту надходження: ендотрахеальний наркоз, середина лапаротомія. У черевній порожнині близько 2х літрів крові і згустків. Кров зібрана за допомогою апарата "Реінфузор" у кількості 1200мл, згустки вилучені. При ревізії виявлено: наскрізне поранення тонкої кишки - дві рани протибрижового краю 1,0 на 0,5см, рана сигмоподібної кишки 1,2 на 0,6см, краї рани помірно кровоточать, петлі тонкої кишки помірно роздуті - до 7-8см у діаметрі, яскраво-рожевого кольору, перистальтика збережена. Так само виявлена заочеревинна гематома по лівому фланку розміром 8,0 на 6,0см. При ревізії гематоми ушкоджень органів заочеревинного простору не виявлено. Джерела кровотечі: м'язові судини заочеревинного простору і передньо-бокової стінки живота - прошиті, - досягнуто гемостаз. Проведена інтенсивна інфузійна терапія - перфторан -800мл., колоїдні розчини, декстрини й ін. дозволила стабілізувати гемодинамічні показники. Зібрана кров стабілізована, відфільтрована, центрифугована, отримані еритроцити двічі промиті фізіологічним розчином і в кількості 600мл реінфузовані. Тіенам - 1000мг уведений інтраопераційно (потім по 500мг 3 рази протягом 5 діб). Рани тонкої і товстої кишки ушиті, рана сигмоподібної кишки екстраперитонізована шматком очеревини. Лаваж, дренування черевної порожнини. Післяопераційний період без ускладнень. У задовільному стані пацієнт виписаний на 17-ту добу. Контрольний огляд через 6 місяців - практично здоровий.

Таким чином, застосування описаного способу, при ушкодженні товстої кишки в умовах крововтрати, дозволяє підвищити ефективність профілактики гнійно-септичних ускладнень, за рахунок суміщення корекції гіповолемії і попередження розвитку септичних ускладнень при оперативному лікуванні в умовах ургентної хірургії.