



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14512 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНО-СЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1

2

(21) u200511354

(22) 30.11.2005

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Кравець Микола Сергійович, Рілов Андрій
Іванович(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, Кравець Микола Сергійович, Рі-
лов Андрій Іванович

(57) Спосіб лікування запально-септичних захво-
рювань шляхом ендovasкулярного введення анти-
біотиків, антисептиків, препаратів нітроїмідазо-
вого ряду, який **відрізняється** тим, що препарати
вводять інтраопераційно в ліву шлунково-
сальникову артерію, та додатково вводять перф-
торан.

Корисна модель стосується медицини, а саме
хірургії, і може бути використаною у лікуванні хво-
рих з запально-септичними захворюваннями.

Існує багато способів лікування гнійно-
септичних захворювань, але вони є недостатньо
ефективні, у деяких випадках призводять до побі-
чної дії, що викликало необхідність у розробці но-
вих способів. Застосування екстракорпоральних
методів детоксикації є також недостатньо ефекти-
вним, їхня дія часто є однонаправленою, а в де-
яких випадках приводить до тяжких порушень го-
меостазу.

Найбільш близьким за технічною сутністю та
результатом, що досягається, є спосіб, який поля-
гає у призначенні хворому антибіотиків, антисеп-
тиків, препаратів нітроїмідазолового ряду внутріш-
ньовенне [Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.П.,
Молодкин В.М. -Сепсис.- 1985.- С.8].

Спосіб здійснюється наступним чином: в проє-
кції підключичної вени обробляють шкіру розчина-
ми антисептиків і проводять місцеву анестезію
розчином новокаїна. Товстою голкою пунктують
підключичну вену, через просвіт останньої вводимо
провідник, а потім катетер який фіксують до
шкіри лігатурою. В катетер вводили антибіотики,
антисептики, препарати нітроїмідазолового ряду.

Спільними суттєвими ознаками прототипу і ко-
рисної моделі, що заявляється, є такі: ендovasку-
лярне введення антибіотиків, антисептиків, препа-
ратів нітроїмідазолового ряду.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому
що при його використанні:

1. Можливе руйнування препарату в крові.

2. Зниження його ефективності в паренхіми
селезінки.

3. Алергічні реакції на введення препаратів.

4. Травматичні ушкодження судин і серця.

В основу корисної моделі поставлено задачу
удосконалення способу лікування запально-
септичних захворювань селезінки шляхом зміни
місця введення лікарських засобів та використан-
ня інших препаратів, що забезпечить підвищення
ефективності лікування і більш сприятливий пере-
біг сепсису.

Поставлена задача вирішується тим, що у
способі, який включає ендovasкулярне введення
антибіотиків, антисептиків, препаратів нітроїміда-
золового ряду, новим є те, що препарати вводять
інтраопераційно в ліву шлунково-сальникову арте-
рію, та додатково вводять перфторан.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю
ознак, що заявляється, та технічним результатом
полягає у такому.

1. Введення лікарських засобів в ліву шлунко-
во-сальникову артерію веде до накопичення пре-
парату в селезінці, що забезпечує високу його
концентрацію, а саме цей орган як імунотропний
відіграє одну із ключових ролей у хворих із сепси-
сом.

2. При введенні препарату селективно швид-
ше настає протизапальний ефект.

3. Введення лікарських препаратів приводить
до покращення імунотропних показників.

4. Введення препаратів приводить до змен-
шення селезінки в розмірах і є профілактикою па-
тологічного розриву органа.

(19) UA (11) 14512 (13) U

5. Включення в комплекс прямих антикоагулянтів є надійною профілактикою тромбозу селезінкової артерії.

6. Зменшення запального процесу внаслідок селективного введення препаратів поліпшує гемопоез.

Таким чином, сукупність вищезазначених позитивних впливів дозволить підвищити ефективність лікування, прискорити одужання хворих, зменшити кількість ускладнень, гнійних процесів в селезінці.

Спосіб здійснюється таким чином.

Після закінчення основного етапу оперативного втручання мобілізується шлунково-сальникова артерія на довжину 4 сантиметра. Проксимальний кінець артерії перев'язується, а в дистальному кінці артерії робимо перфораційний отвір, через який вводимо катетер і фіксуємо циркулярно лігатурою. Кінець катетера, що знаходиться в черевній порожнині, виводимо через перфораційний отвір на передню черевну порожнину і фіксуємо лігатурою до передньої черевної стінки.

Потім в катетер вводимо лікарські препарати: антибіотики, антисептики, антикоагулянти та перфторан. Після введення препаратів робимо гепарінову заглушку. Тривалість знаходження катетера становить від 7 до 14 днів.

Приклад:

Хворий М. 1945 року був госпіталізований у міську клінічну лікарню з діагнозом: Розрив тонкої кишки. Розповсюджений гнійний перитоніт. Сепсис.

Потерпілий поступив через 36 годин після одержання травми. З анамнезу стало відомо, що хворий був побитий. В зв'язку з тим, що знаходився в алкогольному сп'янінні, за медичною допомогою звернувся через 36 годин. На момент огляду стан тяжкий. Шкірні покрови бліді. Енцефалопатія. Скарги на біль в животі, нудоту, блювоту, вздуття живота.

Локально: Живіт вздутий, при пальпації болює на всьому протязі, позитивні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика відсутня. Печінка у краю реберної дуги. Селезінка виступає із під краю реберної дуги на 4 см. При УЗД селезінка розмірами 28×9 см, в черевній порожнині рідина. Після

обстеження поставлено діагноз: розрив полого органа. Розповсюджений перитоніт. Після проведення передопераційної підготовки зроблено оперативне втручання. Під час операції діагностовано розрив тощої кишки розміром 1×0,7 см, гнійно-фібринозний перитоніт. Селезінка в розмірах збільшена і становить 28×9 см. Об'єм оперативного втручання: зашивання кишки, назоінтестинальна інтубація.

В зв'язку з тим, що селезінка великих розмірів (септична), було вирішено катетеризувати шлунково-сальникову артерію. Асистентом шлунок взятий на держалку. Виділена шлунково-сальникова артерія, проксимальний кінець якої перев'язаний, а в дистальний через перфораційний отвір введений катетер і циркулярно перев'язаний лігатурою. Дистальна частина катетера виведена на передню черевну стінку і фіксована ниткою.

Черевна порожнина санована розчинами антисептиків, дренована і зашита. Післяопераційний період протікав тяжко з проявами ендогенної інтоксикації. На протязі 3-х діб хворий знаходився на штучній вентиляції легенів. Проводилась інтенсивна інфузійна, дезінтоксикаційна, антибактеріальна терапія. В зв'язку з тим, що у потерпілого основне захворювання ускладнилось сепсисом, внаслідок чого наступило збільшення селезінки. В катетер, який знаходився в лівій шлунково-сальниковій артерії, вводили цефтріаксон 1 гр. 4 рази, 0,5% розчин діоксидину 100,0 на добу, метроджіл 100,0 2 рази, гепарин 5000 ЕД через 4 години, перфторан 100,0.

Після проведення лікування на 4-у добу відзначалась позитивна клінічна динаміка, яка проявлялась в зменшенні температури до 37,6°C, лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$. При УЗД селезінка зменшилась в розмірах на 2 см.

На 6-у добу температура 36,6°C, кількість лейкоцитів в нормі $8,6 \times 10^9/\text{л}$, біль в животі значно зменшилась, при УЗД селезінка зменшилась на 4 см, катетер видалений.

На 5 добу видалені дренажі з черевної порожнини, на 13 добу зняті шви. Рана загоїлась первинним натягом. На 14 - добу хворий виписаний із стаціонару.