



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4876 (13) U

(51) 7 A61B17/00, A61K35/16

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

1

(21) 20040503567

(22) 13.05.2004

(24) 15.02.2005

(46) 15.02.2005, Бюл. № 2, 2005 р.

(72) Фомін Петро Дмитрович, Сидорчук Руслан Ігорович, Кнут Руслан Петрович, Дикий Максим Васильович, Білик Ігор Іванович, Ротар Ростислав Васильович, Сидорчук Лариса Петрівна

(73) ФОМІН ПЕТРО ДМИТРОВИЧ, СИДОРЧУК РУСЛАН ІГОРОВИЧ, КНУТ РУСЛАН ПЕТРОВИЧ,

2

ДИКИЙ МАКСИМ ВАСИЛЬОВИЧ, БІЛИК ІГОР ІВАНОВИЧ, РОТАР РОСТИСЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ, СИДОРЧУК ЛАРИСА ПЕТРІВНА

(57) Спосіб лікування абдомінального сепсису шляхом проведення пасивної імунотерапії, який відрізняється тим, що в периферійну вену хворих на абдомінальний сепсис протягом 5-7 діб краплинно вводять 100-200 мл гіперімунної плазми донорів-реконвалесцентів, які перенесли гостру абдомінальну інфекцію раніше впродовж року.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме клінічної хірургії, може бути використаним в клініці для лікування абдомінального сепсису (синдрому системної запальної реакції - ССЗР).

Цілий ряд захворювань органів черевної порожнини призводять до розвитку абдомінального сепсису. Висока летальність і незадовільна ефективність лікування обумовлюють необхідність розробки нових методів його лікування.

За прототип прийнято спосіб лікування абдомінального сепсису, що включає проведення пасивної імунотерапії [Мільков Б.І., Польовий В.П., Гресько М.М., Білоокий В.В., Сидорчук Р.І., Польова С.П., Бурденюк І.Т. Антибіотикотерапія та стан імунної системи при перитоніті // Матеріали XX З'їзду хірургів України. Тернопіль. - 2002. С.321-322]. Проведення пасивної імунотерапії у відомому способі здійснюють шляхом введення гіперімунної сироватки донорів-реконвалесцентів, які перенесли абдомінальний сепсис раніше впродовж 1-2 місяців.

Недоліком прототипу є обмеженість (доступність) можливості використання достатніх кількостей гіперімунного препарату (гіперімунної сироватки донорів-реконвалесцентів), і відповідно, недостатня ефективність такого лікування.

В основу корисної моделі поставлено задачу, шляхом проведення пасивної імунотерапії іншим, більш доступним гіперімунним матеріалом, підвищити лікувальні дози і досягти підвищення ефективності лікування абдомінального сепсису.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування абдомінального сепсису шляхом

проведення пасивної імунотерапії, згідно до корисної моделі, у периферійну вену хворих на абдомінальний сепсис протягом 5-7 діб краплинно вводиться 100-200мл гіперімунної плазми донорів-реконвалесцентів, які перенесли гостру абдомінальну інфекцію раніше впродовж року.

Спільними ознаками корисної моделі та прототипу є лікування абдомінального сепсису проведенням пасивної імунотерапії.

Корисна модель відрізняється від прототипу тим, що:

- замість гіперімунної сироватки, кількість якої обмежена використовується плазма;

- гіперімунний матеріал забирається у донорів, які перенесли не тільки абдомінальний сепсис та перитоніт у строк 1-2 місяці, але й у будь-яких донорів-реконвалесцентів, що перенесли, будь-яку абдомінальну інфекцію впродовж попереднього року

Корисна модель здійснюється наступним чином:

При установленні діагнозу абдомінального сепсису, хворому щодоби вводиться внутрішньовенне краплинне 100-200мл гіперімунної плазми впродовж 5-7 днів. У випадку необхідності (прогресування симптомів, тощо) лікування продовжують до 10 діб.

Технічний результат, який досягається при здійсненні винаходу полягає у тому, що застосування запропонованого винаходу дозволить відповідно підвищити ефективність лікування абдомінального сепсису.

(13) U

(11) 4876

(19) UA

Таблиця 1

Порівняльна характеристика ефективності лікування абдомінального сепсису відомим і запропонованим способом			
Прототип	Кількість пацієнтів	Зростання концентрацій специфічних антитіл (УО)	Ефективність лікування
Відомий спосіб	9	65,37±8,36 %	83,33 %
Запропонований метод	17	90,53±9,73 %	92,85 %

## Клінічний приклад:

Хвора П., 1951 року народження, історія хвороби № 1632, поступила в стаціонар 15.09.2003р. зі скаргами на сильний біль в животі, нудоту, погіршення самопочуття, підняття температури тіла; симптоми виникли після погіршень в дієті. Хворіє впродовж 4 років на виразкову хворобу шлунка. Двічі на рік впродовж 3 років проходила курс лікування в гастроентерологічному відділенні обласної клінічної лікарні. За останній рік, в зв'язку з добрим самопочуттям та сімейними обставинами профілактичного лікування не проходила. Об'єктивно при поступленні: загальний стан середньої важкості, шкіра та видимі слизові оболонки блілого кольору. Відмічено тахікардію та зниження артеріального тиску (ЧСС - 106, АТ - 105/60 мм.рт.ст.). Живіт напружений, піддутий, пальпація болюча на всьому протязі, симптоми подразнення очеревини різко позитивні. На оглядовій рентгенограмі живота виявлено вільний газ під куполом діафрагми. Виставлено робочий діагноз: перфоративна виразка шлунка, розлитий перитоніт, абдомінальний сепсис. Виконано операцію: лапаротомія, висічення виразки шлунка по Джаду з тампонадою гастротомічного отвору за Оррел-Полікарповим, санація і дренування очеревинної порожнини. Хворій проводили внутрішньовенне краплинне введення 150мл гіперімунної плазми один раз на день протягом 5 днів.

Інтоксикаційний синдром та інші симптоми абдомінального сепсису куповані на третій день післяопераційного періоду. На третій день післяопераційного періоду дренажі з очеревинної порожнини видалені. На сьомий день шви з рани зняті, рана загоїлась первинним натягом, в задовільному стані хвора виписалась додому.

Хворий А., 1949 року народження, історія хвороби №1726 11.10.2003р. поступив із зі скаргами на різкі болі в животі. Хворіє на протязі чотирьох днів. За результатами об'єктивного обстеження та при динамічному нагляді виставлено діагноз "гострий живіт". Інтоксикаційний синдром та синдром загальної запальної реакції організму підтвердили наявність абдомінального сепсису у хворого. Проведена операція середньо-серединна лапаротомія. При ревізії органів очеревинної порожнини встановлено наявність серозно-фібринозного ексудату, кишечник роздутый, судини очеревини розширені. Апендикулярний відросток гангренозно змінений, на верхівці перфорація до 0,4см в діаметрі. Проведено апендектомію з санацією очеревинної порожнини. Хворому вводили внутрішньовенне краплинне по 100мл гіперімунної плазми протягом 5 днів. Шви зняті на восьму добу після операції. Ранніх та пізніх ускладнень післяопераційного періоду не було.