



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 55687

(13) A

(51) 7 A61B10/00

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

(54) СПОСІБ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

1

2

(21) 2002043467

(22) 25 04 2002

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. № 4, 2003 р.

(72) Кіт Олег Миколайович, Мороз Олег Борисович, Вардинець Ігор Степанович, Шульгай Аркадій Гаврилович, Слабий Олег Богданович

(73) ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

(57) Спосіб попередження гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії, який полягає в оксигенації черевної порожнини, який відрізняється тим, що оксигенацію здійснюють озono-кисневою сумішшю через троакарний отвір у правому підребер'ї з допомогою дренажних трубок, причому концентрація озону в озono-кисневій суміші становить 5-7 мг/л

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаний при хірургічному лікуванні хворих з гострим холециститом.

Відомий спосіб попередження гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії, який полягає в оксигенації черевної порожнини [1]. За відомим способом на заключному етапі лапароскопічної холецистектомії в черевну порожнину вводять 200-300 мл зволоженого кисню.

Недоліком відомого способу є недостатня ефективність, яка полягає у недостатньому бактерицидному впливі на мікрофлору. Крім того до недоліків слід віднести і те, що одноразове введення зволоженого кисню не забезпечує стійкого і тривалого оксидантного і бактерицидного ефекту.

В основу винаходу поставлено завдання вдосконалити спосіб попередження гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії, в якому шляхом введення в черевну порожнину активних форм кисню досягають підвищення ефективності способу.

При вирішенні технічного завдання було взято до уваги те, що активні форми кисню, зокрема, озono-киснева суміш здатні забезпечити більш виражений бактерицидний вплив. Слід взяти до уваги і те, що деструктивні форми гострого холециститу, які оперуються лапароскопічним способом, вимагають дренирування черевної порожнини. Необхідно врахувати також і здатність озону до активації ендогенних антиоксидантних систем, здатних запобігти післяопераційне злукутворення. Саме тому введення в черевну порожнину озono-

кисневої суміші забезпечує тривалий бактерицидний ефект, сприяє оксигенації та кращому загоєнню післяопераційної рани, запобігає утворенню злук.

Поставлене завдання вирішують тим, що у способі попередження гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії, який полягає в оксигенації черевної порожнини, відповідно до винаходу оксигенацію здійснюють озono-кисневою сумішшю через троакарний отвір у правому підребер'ї з допомогою дренажних трубок, причому концентрація озону в озono-кисневій суміші становить 5 - 7 мг/л.

Спосіб здійснюють таким чином. Хворому, після виконання лапароскопічної холецистектомії, через троакарний отвір у правій підреберній ділянці в напрямку ложа жовчного міхура вставляють дренажну трубку, через яку вводять 500мл озono-кисневої суміші з концентрацією озону 5 - 7 мг/л. Після операції через кожні 4 години проводять введення 200мл озono-кисневої суміші протягом однієї доби. Через добу дренажну трубку виймають, а троакарний отвір зашивають. Ефективність способу контролюють за вмістом мікроорганізмів у змивах черевної порожнини та часом відновлення перистальтики.

Приклад 1. Пациент Д., 31 рік. Діагноз: гострий калькульозний холецистит. Виконана лапароскопічна холецистектомія. Через троакарний отвір у правому підребер'ї в напрямку ложа жовчного міхура введена дренажна трубка, через яку ввели 500мл озono-кисневої суміші з концентрацією озону 5 - 7 мг/л. Через кожні 4 години протягом доби

(13) A

(11) 55687

(19) UA

вводили по 200мл озono-кисневої суміші. Через добу дренажну трубку видалили.

Мікробіологічне дослідження змивів очеревини вказує на зменшення вже через 6 годин кількості різного виду мікроорганізмів, а через добу ріст мікроорганізмів не визначався. Перистальтика кишки відновилася через 8 годин після виконання

лапароскопічної холецистектомії.

Приклад 2. Запропонованим способом проведено лікування 12 пацієнтів із гострим калькульозним холециститом. В усіх випадках мав місце стійкий бактерицидний ефект, який проявлявся відсутністю бактеріального обсіменіння черевної порожнини.

Таблиця 1

Динаміка зміни кількісного складу мікрофлори змивів очеревини після лапароскопічної холецистектомії у хворих з гострим калькульозним холециститом

Час після операції	Лікування традиційним способом (КУО/мл)	Лікування запропонованим способом (КУО/мл)
6 годин	$2,7 \cdot 10^5$	$1,1 \cdot 10^2$
12 годин	$4,2 \cdot 10^2$	$1,7 \cdot 10^1$
24 години	$1,4 \cdot 10^2$	Відсутність росту КУО

Наведені дані (табл. 1) показують, що запропонований спосіб забезпечує більш виражений ан-

тимікробний ефект, ніж у способі-прототипі.

Таблиця 2

Строки відновлення перистальтики після лапароскопічної холецистектомії та корекції гнійно-запальних ускладнень у хворих з гострим калькульозним холециститом

Строк виконання холецистектомії	Термін відновлення перистальтики	
	При лікуванні традиційним способом (години)	При лікуванні запропонованим способом (години)
До 6 годин	$6,4 \pm 0,5$	$4,2 \pm 0,3$
6 - 24 години	$10,3 \pm 0,9$	$5,8 \pm 0,4$
24 - 72 години	$13,8 \pm 1,4$	$6,5 \pm 0,5$

З наведених у табл. 2 даних видно, що введення озono-кисневої суміші протягом доби після лапароскопічної холецистектомії забезпечує вдвічі швидше відновлення перистальтики травного тракту.

Таким чином запропонований спосіб попередження гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії забезпечує більш виражену, ніж у способі-прототипі, антимікробну дію,

сприяє оптимальному відновленню перистальтики травного тракту, засвідчуючи більш високу клінічну ефективність запропонованого способу в цілому.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги:

1. Іпьяшенко В.В. Лапароскопічна холецистектомія при гострому калькульозному холециститі // Автореферат дис. канд. мед. наук - Тернопіль, 2001 - 20с.