



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59238 (13) A

(51) 7 A61B17/00, A61N1/18

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНИХ СПАЙОК

1

2

(21) 20021210269

(22) 18 12 2002

(24) 15 08 2003

(46) 15 08 2003, Бюл. № 8, 2003 р.

(72) Боднар Олег Борисович, Москаленко Валентин Захарович, Боднар Борис Миколайович

(73) БУКОВИНСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

(57) Спосіб лікування інтраперитонеальних спайок

шляхом призначення ензимотерапії, після операції розділення та розсічення спайок, який відрізняється тим, що з метою підвищення тканинної фібринолітичної активності органів очеревиної порожнини з другої доби призначають Вобэ-Мугос Е, а з метою збільшення внутрішньоочеревиного колагенолітичного потенціалу з третьої доби виконують електрофорез колагініну протягом десяти діб після операції

Винахід належить до медицини, зокрема, до абдомінальної хірургії, та може бути використаний для лікування та профілактики рецидивування спайкової кишкової непрохідності

Спайкова кишкова непрохідність займає одне з домінуючих положень, посеред інших видів кишкової непрохідності. Часті рецидиви та відсутність ефективних засобів профілактики та лікування внутрішньоочеревиного зрощень потребують подальшої розробки методів запобігання та лікування інтраабдомінальних спайок

Загальновідомо, що процес спайкоутворення є наслідком операційної травми, інфікування, наявності інородних тіл в очеревиної порожнини та відбувається в декілька послідовних етапів від появи фібринової сітки до організації колагенових волокон з базальною мембраною

Відомий спосіб лікування внутрішньоочеревиного зрощень (UA №9980 (Україна) А61В17/00 Спосіб лікування внутрішньоочеревиного спайок / Попенко Ю.М., Давиденко В.Б., Заїка В.О. - з №93005933 від 20 10 93, Опубл. Промислова власність. Офіційний бюлетень, 1996, №3, с. 3157), що включає штучне механічне переміщення кишечника, який відрізняється тим, що кожний петлі кишечника надаються періодичні орієнтовані переміщення відносно одна одної та стінок очеревиної порожнини шляхом взаємодії зовнішнього та внутрішнього магнітних полів на протязі всього періоду післяопераційного парезу кишечника. До недоліку цього способу можна віднести те, що введення двошпилькового зонда з феромагнітною рідиною, при взаємодії з зовнішніми електромагнітами, не може забезпечити рухи, адекватні, для

розриву всіх внутрішньоочеревиного фібриноїдних зрощень, тому, що ділянка кишечника вище зонда залишається інтактною та на фоні парезу шлунково-кишкового тракту буде приймати участь у формуванні спайкового процесу. Окрім цього, здійснення рухів кишечника на протязі всього періоду парезу супроводжується помірною травмою слизової оболонки та болючістю

В основу винаходу поставлена задача підвищення ефективності лікування внутрішньоочеревиного зрощень шляхом проведення з другої доби (не раніше ніж через 48 годин) після релaparотомії, розсічення та розділення спайок, системної ензимотерапії, шляхом призначення препарату Вобэ-Мугос Е, в поєднанні з виконанням, починаючи з третьої доби (не раніше ніж через 72 години) електрофорезу колагініну, протягом десяти діб після операції

Призначення Вобэ-Мугос Е з другої доби після операції, обумовлено початком організації надлишків внутрішньоочеревиного фібрину в цей період часу, а використання електрофорезу колагініну з третьої доби відповідає появі фібробластів та організації колагенових волокон

Вобэ-Мугос Е (склад однієї таблетки: химотрипсин 40мг, трипсин 40мг, папаїн 100мг), розчинюється в 100мл води та вводиться, через інтраопераційно заведений дуоденальний зонд в одноразовій добовій дозі 72,8мг на 1кг ваги. Перехід на таблетовану форму препарату, без його розчинення, виконується після появи перистальтики в дозі 540мг три рази на добу і здійснюється протягом десяти діб після операції

Електрофорез колагініну проводиться на-

(13) A

(11) 59238

(19) UA

ступним чином 2000КО сухої речовини коагулялізу розводиться в 40мл 0,25 % розчину новокаїну (20 мілілітрів розчину на прокладку з кожного боку черевної стінки), після чого наноситься на прокладку з електродом від аноду. Прокладка з позитивним електродом кладеться на лівий, або правий бік черевної стінки, по відношенню до операційної рани, а прокладка від катоду на поперекову ділянку. Електрофорез виконується протягом тридцяти хвилин (тривалістю 15 хвилин з лівого та правого боків черевної стінки) зі щільністю струму 10-30мА. Сумарна доза на курс лікування складає 14000КО коагулялізу.

Одна з основних переваг заявленого способу полягає в тому, що Вобэ-Мугос Е підвищує тканинну фібринолітичну активність органів очеревинної порожнини, а коагулялін збільшує внутрішньоочеревинний коагенолітичний потенціал, надлишки інтраперітонеального фібрину підлягають протеолітичному розщепленню та не піддаються подальшій сполучнотканинній організації.

Спосіб відмінно відрізняється відсутністю травматичних маніпуляцій та безболісністю.

В якості прикладу надаємо наступне експериментальне спостереження.

Приклад. Протокол №25 від 9.04.2002р.

Через місяць після моделювання спайкового процесу в очеревинній порожнині собаки, шляхом механічного пошкодження серозного покриву тонкого кишечника, виконана релапаротомія з висі-

ченням старого післяопераційного рубця. В очеревинній порожнині наявний масивний спайковий процес, представлений конгломератами зашморгів тонкої та товстої кишки з влученням великого чепця. Частково тупо, частково гостро, спайки розділені та розсічені, встановлена прохідність шлунково-кишкового тракту. В дванадцятипалу кишку заведений дуоденальний зонд. Очеревинна порожнина осушена. Контроль гемостазу. Рана пошарово захищена наглухо.

Через 48 годин, протягом двох діб виконували зондове введення Вобэ-Мугос Е (72,8мг на 1кг ваги тіла одноразово). На четверту добу після операції з'явилась активна перистальтика, в зв'язку з чим інтрадуоденальні введення Вобэ-Мугос Е замінені на таблетовану форму препарату, в дозі 540мг три рази на добу.

Електрофорез коагулялізу проводився з третьої доби по десятю добу після операції.

На одинадцяті добу після операції проведена релапаротомія. При ревізії очеревинної порожнини спайок не знайдено, а в контрольних дослідках зрощення виявлені в 97%.

Таким чином, заявлений спосіб попереджує розвиток рецидивування внутрішньоабдомінальних зрощень на ранніх етапах формування спайки, шляхом підвищення інтраабдомінального фібринолітичного та коагенолітичного потенціалу тканин.