



УКРАЇНА

(19) UA (11) 12984 (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 ПЕРИТОНІТУ

1

(21) u200507348

(22) 25.07.2005

(24) 15.03.2006

(46) 15.03.2006, Бюл. № 3, 2006 р.

(72) Русак Петро Степанович, Данилов Олександр Андрійович, Толстанов Олександр Костянтинович, Гусак Олександр Якович, Шевчук Дмитро Володимирович, Русак Анастасія Петрівна

(73) Русак Петро Степанович

(57) 1. Спосіб лікування перитоніту, зокрема у дітей, що включає в себе проведення під контролем лапароскопічної техніки ревізії черевної порожни-

2

ни, видалення виявленого вогнища перитоніту, санацію черевної порожнини, який відрізняється тим, що санацію черевної порожнини проводять ліпосомальним препаратом.

2. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що як ліпосомальний препарат використовують суміш ліпіну, ектерициду та антибіотика.

3. Спосіб за п. 1 або 2, який відрізняється тим, що санацію ліпосомальним препаратом проводять повторно або багаторазово при плановій релапароскопії.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до невідкладної хірургії, і може бути використаний при лікуванні перитоніту, в тому числі і післяопераційного перитоніту.

Що стосується післяопераційного перитоніту, то його лікування до останнього часу залишається одною з актуальних проблем абдомінальної і особливо дитячої хірургії. Незважаючи на широкий арсенал засобів, що застосовуються, летальність залишається високою і складає до 17%.

Лікування післяопераційного перитоніту пов'язане з наявністю внутрішніх ускладнень, таких як міжпетельний абсцес, спасна непрохідність та ін.

Але невтішність результатів лікування хворих із вказаного патологією та висока летальність змушують хірургів вести пошук найбільш раціональних способів її лікування.

До таких способів відноситься повторна операція. До недавнього часу при лікуванні післяопераційного перитоніту удавалися до релапаротомії як до найбільш досконалого способу лікування, що дозволяло покращити його ефективність та як наслідок знизити післяопераційну летальність. Але суттєвим недоліком релапаротомії є травматизм і небезпека життю хворому, яка залишалася на достатньо високому рівні.

З впровадженням малоінвазивних способів лікування з'явилася можливість виконувати повторні операції з використанням лапароскопічної техніки, так званої релапароскопії. Використання лапарос-

копічної техніки дозволяє з найменшим травматизмом здійснювати хірургічне втручання при післяопераційному перитоніті.

Кількість післяопераційних ускладнень при використанні лапароскопії менша в 4,5 рази, ніж при використанні релапаротомії.

Відсутність великого розтину на передній черевній стінці майже виключає ускладнення з боку операційної рани. Нагноєння рани при лапароскопії зустрічається у 20 разів менше, а кількість внутрішньочеревних ускладнень менша у 2,5 рази.

Найбільш близьким до способу лікування перитоніту, зокрема у дітей, що заявляється, є спосіб, описаний в ж. «Хірургія, №1, 1997, с.45-48».

Спосіб-прототип полягає в проведенні під контролем лапароскопічної техніки ревізії черевної порожнини, в видаленні діагностованого вогнища перитоніту, санації черевної порожнини.

Як показує практика прогресування запального процесу в післяопераційному періоді часто обумовлене неповноцінною санацією черевної порожнини.

Інтраопераційна санація черевної порожнини передбачає використання антибіотиків і, в першу чергу, антибіотиків широкого спектру дії та дренивання.

Але використання антибіотиків часто не забезпечує необхідний результат, що очевидно пов'язано з їх відносно слабким проникненням в вогнище гнійного утворення. Крім того, антибіотики, що застосовують з цією метою, не забезпечують

(13) U
12984
(11)
(19) UA

результативну пролонгуючу дію.

Результатом вказаних недоліків, що відносяться до неповноцінної санації черевної порожнини, є недостатня ефективність лікування перитоніту, яка проявляється в можливих ускладненнях, і крім того у тривалості лікування.

Задачею цієї корисної моделі є удосконалення способу лікування перитоніту шляхом найбільш радикального підходу до особливостей виконання санації черевної порожнини, в результаті чого досягаються надійні результати лікування при скороченні термінів лікування і як наслідок - зниження ризику для життя хворого.

Поставлена задача досягається тим, що в способі лікування перитоніту, який включає в себе проведення під контролем лапароскопічної техніки ревізії черевної порожнини згідно з корисною моделлю санацію черевної порожнини проводять ліпосомальним препаратом.

Як ліпосомальний препарат автори цього корисної моделі запропонували суміш ліпіну, ектеріциду та антибіотику.

Особливістю ліпосомальних препаратів є їх властивість краще проникати в мікросудинне русло, довше утримуватися в вогнищі гнійного ускладнення і чинити пролонговану лікувальну дію.

Слід зазначити, що часто доцільно здатися до повторної лікувальної лапароскопії, що проводиться в плановому порядку. Її зазвичай проводять на 2-3 добу після первинної операції. В цей період спайки черевної порожнини досить пухкі, легко роз'єднуються, що дозволяє малотравматично санувати всі відділи черевної порожнини. А запропоноване авторами цього корисної моделі використання ліпосомальних препаратів для санації ще більше покращують результати лікування.

Корисна модель пояснюється прикладами конкретного виконання.

Приклад 1.

Журавський Є.Б., 24.10.1989р народження (м.Житомир), знаходився на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні №1 Житомирської обласної дитячої лікарні з 02.05.2005р (історія хвороби №4705). Діагноз: гострий флегмонозний апендицит, загальний серозний перитоніт. 03.06.2005р (12 40-14 10) операція - лапароскопічна апендектомія, санація черевної порожнини. Хід операції: під інтубаційним наркозом після обробки операційного поля виконано розтин шкіри над пупком (довжиною близько 1,5см), введено тровкар та порт (Д=5мм) для лапароскопу.

Накладено карбоксиперитонеум 14мм рт.ст. Введено камеру лапароскопу, під контролем якої в правій здухвинній ділянці введено порт для маніпуляторів діаметром 12мм. Далі виконується діагностичний етап-ревізія правої здухвинної ділянки, порожнини малої миски, бокові фланки тощо.

Виявлено флегмонозне змінний апендикс, мутний серозний ексудат у значній кількості. Над лобком проведено додатковий порт для маніпулятора (Д=5мм). шляхом біполярної коагуляції виконано пересічення брижі апендикулярного відростку.

На основу відростку накладено 2 петлі Рьодера, апендикс відсічено, видалено із черевної порожнини. Далі за допомогою промивної системи виконано санацію черевної порожнини розчином із

ліпосомальних препаратів (ектеріцид, ліпін та антибіотик).

Ліпосомальні препарати готуються таким чином: препарат ліпін в кількості 5г розводиться в 10мл ектеріциду та 500мл фізіологічного розчину (0,9% р-н NaCl), додається один або два антибіотики. Струшуванням в бутель-камері впродовж 20хв досягається дисперсія суміші з утворенням ліпосом з фіксованими в них антибіотиками.

Остаточна ревізія, контроль гемостазу. Знято карбоксиперитонеум, видалено порти. Рани ушиті пошарово наглухо. Асептичні пов'язки.

Післяопераційний період гладкий, без ускладнень. Дитина виписана на 4 добу після операції. Оглянутий через 1міс. - патологічних змін не виявлено.

Приклад 2.

Безучний М. С., 16.06.1992р.н. (с.Іванівка, Житомирського р-ну, Житомирської обл.), знаходився на стаціонарному лікуванні у дитячому хірургічному відділенні №1 житомирської обласної дитячої лікарні з 06.05.2005р (історія хвороби №4940). Діагноз: гострий гангренозний апендицит, тазовий серозно-гнійний перитоніт. Оперований 06.05.2005р (лапароскопічна апендектомія, санація черевної порожнини), 07.05.2005р (лапароскопічна санація черевної порожнини), 08.05.2005р (діагностична лапароскопія). Хід операції (06.05.2005р): під інтубаційним наркозом після обробки операційного поля виконано розтин шкіри над пупком (довжиною близько 1,5см), введено троакар та порт (Д=5мм) для лапароскопу.

Накладено карбоксиперитонеум 14мм рт.ст. Введено камеру лапароскопу, під контролем якої в правій здухвинній ділянці введено порт для маніпуляторів діаметром 12мм.

Далі виконується діагностичний етап - ревізія правої здухвинної ділянки, порожнини малої миски, бокові фланки тощо. Виявлено гангренозно-змінений апендикс, мутний серозно-гнійний ексудат у значній кількості, більше в порожнині малої миски. Також на петлях кишківника та очеревині внутрішньої поверхні передньої черевної стінки в області малої миски виявлено нашарування фібринів у кількох місцях із утворенням пухких злук. Над лобком проведено додатковий порт для маніпулятора (Д=5мм).

Шляхом біполярної коагуляції виконано пересічення брижі апендикулярного відростку. На основу відростку накладено 2 петлі Рьодера, апендикс відсічено, видалено із черевної порожнини.

Далі за допомогою промивної системи виконано санацію (промивання) черевної порожнини розчином із ліпосомальних препаратів (ектеріцид, ліпін та антибіотик). Ліпосомальні препарати готуються таким чином: препарат ліпін в кількості 5г розводиться в 10мл етеріциду та 500мл фізіологічного розчину (0,9 5 р-н NaCl). Додається один або два антибіотики. Струшуванням в бутель-камері впродовж 20хв досягається дисперсія суміші з утворенням ліпосом з фіксованими в них антибіотиками.

Остаточна ревізія, контроль гемостазу, максимально видалено маніпулятором фібринозні нашарування. Знято карбоксиперитонеум, видалено порти. Рани ушиті пошарово наглухо. Асептичні

пов'язки.

Хід операції (07.05.2005р): під інтубаційним наркозом виконано типову лапароскопію. При ревізії черевної порожнини виявлено незначну кількість мутного гнійного ексудату, поодинокі фібринозні нашарування, злук не виявлено. Виконано санацію ліпосомальними препаратами.

Хід операції (08.05.2005р): під інтубаційним наркозом виконано типову лапароскопію. При ревізії черевної порожнини ознак перитоніту та спайкової хвороби не виявлено.

Післяопераційний період гладкий, без ускладнень. Дитина виписана на 6 добу після операції.

Оглянутий через 1міс. - патологічних змін не виявлено.

Таким чином, завдяки способу, що заявляється, післяопераційний період після лапароскопічної санації ліпосомальними препаратами перебігає значно легше, скорочується термін перебування хворого в стаціонарі.

Використання лапароскопічної санації ліпосомальними препаратами дозволяє зменшити ступінь інтоксикації в післяопераційному періоді, сприяє швидкому відновленню функції шлунково-кишкового тракту і зменшує забрудненість післяопераційної рани.