



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14113 (13) U
(51) МПК (2006)

A61K 9/08

A61K 31/727 (2006.01)

A61K 33/14

A61B 17/34

A61M 25/01

A61M 37/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВІСЦЕРОПАРІЄТАЛЬНИХ СПАЙОК

1

2

(21) а200511783

(22) 12.12.2005

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Дикий Олександр Григорович

(73) Дикий Олександр Григорович

(57) 1. Спосіб лікування вісцеропарієтальних спайок, що включає виконання лапаротомії, роз'єднання зрощень, встановлення в лапаротомній рані катетера з фіксацією його вздовж рани або зони адгезіотомії наскрізними оригінальними швами, ушивання лапаротомної рани та введення рідинного мембранного середника через катетер після

зашивання лапаротомної рани та в ранньому післяопераційному періоді крапельним способом тричі на добу впродовж 5-7 днів, при цьому як лікувальний середник використовують фізіологічний розчин, який додатково містить 5000 ОД гепарину та 0,004 г дексазону, а разова доза рідинного мембранного середника складає 200 мл.

2. Спосіб за пунктом 1, який **відрізняється** тим, що роз'єднання зрощень проводять лапароскопічним способом, а катетер вводять через додатковий троакар, який встановлюють на 2 см від краю зони роз'єднання вісцеропарієтальних спайок.

Спосіб відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний в хірургічній практиці для лікування спайкової хвороби очередини, зокрема для лікування спайкового процесу між передньою черевною стінкою і прилягаючими органами.

Відомі способи лікування зрощень між передньою черевною стінкою і прилягаючими органами, включають роз'єднання зрощень через лапаротомний доступ або лапароскопічним способом з наступним встановленням на внутрішню поверхню передньої черевної стінки в зону ушивання лапаротомної рани або росічення вісцеропарієтальних спайок резорбтивних або нерезорбтивних біомембран, які розмежовують адгезіопотенційні поверхні, запобігаючи таким чином зростанню прилягаючих органів з передньою черевною стійкою.

Недоліком найближчого аналога є, по-1-е, низька частка випадків, в яких вдається добитися повної ліквідації вісцеропарієтального спайкового процесу, яка коливається в межах 50%, по-2-е, складна технологія виготовлення біорезорбтивних мембранних пристроїв, яка потребує промислового випуску, в зв'язку з чим супроводжується висо-

кою вартістю біологічних мембран, по-3-є, відсутність мембранних пристроїв на ринку України. Додатково застосування нерезорбтивних мембранних пристроїв вимагає повторного оперативного втручання для їх видалення з черевної порожнини, що збільшує ризик рецидиву вісцеропарієтального спайкового процесу.

В основу корисної моделі поставлено завдання створити такий спосіб лікування вісцеропарієтального спайкового процесу, який, по-1-е, був би простий у застосуванні, по-2-е, мав би високу ефективність в лікуванні вісцеропарієтального спайкового процесу, по-3-є, не потребував би повторних оперативних втручань, по-4-е, мав би низьку вартість при високій якості.

Для вирішення завдання запропонований спосіб лікування вісцеропарієтальних спайок, який включає виконання лапаротомії, роз'єднання зрощень, встановлення вздовж лапаротомної рани катетера оригінальної конструкції [декларційний патент на корисну модель №u2005096606] з фіксацією катетера вздовж рани або зони адгезіотомії наскрізними оригінальними швами [декларційний патент на корисну модель №u2005096607], уши-

(13) U
14113
(11)
(19) UA

вання лапаротомної рани та введення рідинного мембранного середника через катетер після зашивання лапаротомної рани та в ранньому післяопераційному періоді впродовж 5-7 днів. При цьому як лікувальний середник використовують фізіологічний розчин.

Для підвищення ефективності лікування з метою впливу на патогенетичні механізми утворення впадок лікувальний засіб для гідроперитонеуму додатково містить 5000ОД гепарину та 0,004г дексазону. Разова доза рідинного мембранного середника складає 200мл. Рідинний мембранний середник вводиться через оригінальний катетер крапельним способом тричі на добу.

В загальному вигляді спосіб здійснюється таким чином: при виконанні оперативного втручання відкритим способом виконується середньосередина лапаротомія загальноприйнятим способом, роз'єднуються спайки, перед ушиванням лапаротомної рани через окремих розріз, довжина якого відповідає зовнішньому діаметру катетера, на 2см від верхнього кута рани в черевну порожнину вводиться робочий кінець оригінального катетера. Робоча частина катетера обрізається таким чином, щоб її довжина на 4см була більшою, ніж довжина лапаротомної рани. Кінець робочої частини катетера фіксується наскрізним оригінальним швом, який ззовні зав'язується на марлевому валику. Рана, через яку введено катетер, герметизується аналогічним швом, яким катетер додатково фіксується до шкіри, що запобігає його мимовільній міграції та випадінню. Лапаротомну рану ушивають загальноприйнятим способом. Після зашивання лапаротомної рани через катетер струйно вводять 200мл фізіологічного розчину, в якому розведено 5000ОД гепарину та 0,004г дексазону, після чого затискач катетера переводять в закриті положення (див. схему).

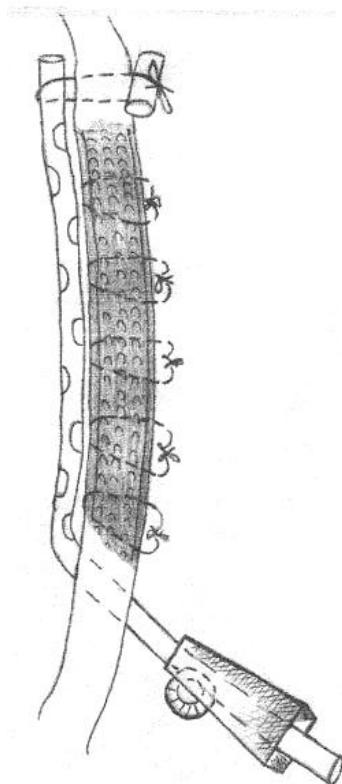
В ранньому післяопераційному періоді протягом 5-6 днів в черевну порожнину крапельне тричі на день вводять фізіологічний розчин з розведеними в ньому вище наведеними інгредієнтами. Після інстиляції катетер закривають до наступно-

го введення. Після закінчення курсу лікування катетер видаляють, попередньо пересікши фіксуючі шви.

При проведенні адгезіотомії лапароскопічним способом після роз'єднання зрощень на 2см від краю зони роз'єднання вісцеропарієтальних спайок вводиться додатковий троакар, через який в черевну порожнину вводиться катетер. Катетер фіксується до передньої черевної стінки аналогічним способом.

Описаним способом проведено лікування в 32 пацієнтів. Ефективність лікування контролювалася у всіх пацієнтів шляхом проведення релапароскопії одразу після закінчення курсу лікування (на 7-й день). У 5 пацієнтів виконана лапароскопія у терміни від 6 до 12 місяців. У 25 пацієнтів прослідковані віддалені результати в терміни від 6 місяців до 1,5 року. За даними контрольної лапароскопії в ранньому післяопераційному періоді тільки в 1 пацієнта не вдалося ліквідувати вісцеропарієтальний спайковий процес. Тобто ефективність запропонованого методу за безпосереднім результатом складає 96,88%. За даними лапароскопії у віддаленому періоді в жодного пацієнта рецидиву вісцеропарієтального спайкового процесу не спостерігалось. В пацієнтів, в яких оцінка віддаленого результату проводилася шляхом повторного клінічного огляду, ознак рецидиву захворювання виявлено не було.

Таким чином запропонований спосіб дозволяє в 96,88% пацієнтів ліквідувати вісцеропарієтальний спайковий процес. У віддаленому періоді ознак рецидиву захворювання виявлено не було. При цьому спосіб простий у використанні, оскільки катетр може бути виготовлений з фабричної системи для внутрішньовенних інстиляцій, може бути впроваджений в будь-якому хірургічному відділенні, виконуватися як при відкритих оперативних втручаннях, так і при лікуванні спайкової хвороби лапароскопічним способом. Для його впровадження не потрібно додаткових економічних витрат, а медикаментозні середники є дешевими і загальнодоступними.



Фиг.