



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **18859** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61K 47/08

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ УТВОРЕННЯ ГОСТРИХ ЕРОЗІЙ І ВИРАЗОК СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ТА КИШЕЧНИКА В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ

1

2

(21) u200606545

(22) 13.06.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Верхулецький Іван Єгорович, Луценко Юрій Григорович, Верхулецький Єгор Іванович, Григор'ян Артем Іванович, Жихарський Роман Володимирович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб профілактики утворення гострих ерозій і виразок слизової оболонки шлунка та кишечника в ранньому післяопераційному періоді у хворих на гострий деструктивний панкреатит, який включає внутрішньовенне введення лікарського препарату, який **відрізняється** тим, що додатково внутрішньовенно вводять озонований розчин натрію хлориду, а через назогастральний зонд вводять щодня озоновану дистильовану воду по 100 мл 3 рази на добу і поживну суміш «Берламін модуляр» 1 раз на добу.

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний в хірургічних і терапевтичних (гастроентерологічних) стаціонарах.

Відомий спосіб профілактики утворення гострих виразок шлунка і дванадцятипалої кишки в ранньому післяопераційному періоді у хворих, прооперованих з приводу раку товстої і прямої кишок, прийнятий нами як прототип [1].

Спосіб полягає в тому, що хворим, прооперованим з приводу раку товстої і прямої кишок, для профілактики утворення гострих гастродуоденальних виразок в ранньому післяопераційному періоді до стандартної терапії додають введення антагоніста H_2 -гістамінових рецепторів - кваматела (famotidinum). Препарат вводять внутрішньовенно по 20мг через 12 годин протягом 4 днів. Але спосіб має такі недоліки: при застосуванні блоаторів H_2 -рецепторів гістаміну відмічаються деякі побічні ефекти: церебральні розлади, аритмогенний, кардіотоксичні та гепатотоксичні впливи, алергічні реакції, гіпокальціємія, лейко- і тромбоцитопенія. Проте головне ускладнення при застосуванні антагоністів H_2 -гістамінових рецепторів - бактерійне обсіменіння травного тракту і трахеобронхіального дерева і, як наслідок - розвиток важких пневмоній.

У основу корисної моделі поставлено завдання створення способу профілактики утворення

гострих ерозій і виразок слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки в ранньому післяопераційному періоді у хворих на гострий деструктивний панкреатит, в якому забезпечується зниження ризику виникнення гострих ерозій та виразок травного каналу за рахунок підвищення стійкості капілярів, поліпшення мікроциркуляції в судинному руслі, стимуляції антиоксидантної системи, зменшення ендогенної інтоксикації, попередження транслокації кишкової флори і відповідного зниження частоти інфекційних ускладнень.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі профілактики утворення гострих ерозій і виразок слизової оболонки шлунка та кишечника в ранньому післяопераційному періоді у хворих на гострий деструктивний панкреатит внутрішньовенно вводять лікарський препарат і додатково - озонований ізотонічний розчин натрію хлориду, а через назогастральний зонд - озоновану дистильовану воду по 100мл 3 рази на день і поживну суміш «Берламін модуляр».

Спосіб здійснюють таким чином: внутрішньовенно щодня вводять озонований фізіологічний розчин в кількості 400мл з концентрацією озону 5-7мг/л, курс 4-5разів. Озонований фізіологічний розчин отримують шляхом барботажу озонкисневої суміші через стерильний ізотонічний розчин натрію хлориду протягом 10 хвилин. Насичення

(19) **UA** (11) **18859** (13) **U**

розчину озонорозчинної суміші проводять за допомогою апарата «Озон УН-80» (Харків). Після операції через назогастральний зонд з полівінілхлориду (діаметр 2,5мм, довжина 1м), починаючи з 2-ої, доби вводять озоновану дистильовану воду по 100мл 3 рази на день і поживну суміш «Берламін модуляр». Щодоби вводять до 200мл "Берламіна модуляр" у вигляді 10% розчину. Для приготування розчину розчиняють 100г сухого порошку (6 повних столових ложок) вил кип'яченої і охолодженої до 40°C води. Швидкість введення складає 30-50мл на годину. Таким чином, кожен хворий отримує ентеральним шляхом 61г білка, 55г жиру, 220г вуглеводів і 1620ккал за добу. У міру відновлення функціональної активності травного тракту і при добрій сприйнятливості поживної суміші «Берламін модуляр» - відсутність блювоти, діареї - підвищують концентрацію суміші до 20%, об'єм поживної суміші доводять до 1000-1200мл на добу. Після вилучення зонда хворі приймають перорально озоновану дистильовану воду, по 100мл 3 рази на день, а також поживну суміш «Берламін модуляр» від 100 до 360г у вигляді 20% розчину один раз на день.

Приводиться конкретний приклад здійснення способу.

Хворий Н., 53 років надійшов у клініку 17.11.04. зі скаргами на болі в епігастральній ділянці, багаторазну блювоту, загальну слабкість, сухість у роті. Вважає себе хворим приблизно протягом 36 годин, коли після вживання жирної і гострої їжі з'явилися болі в животі. Подібних нападів раніше не було.

За даними УЗД і клінічної картини - у хворого гострий деструктивний панкреатит, ферментативний перитоніт. У екстреному порядку 18.11.04г. виконано лапароскопію, катетеризацію круглої зв'язки печінки, дренажування черевної порожнини. Дані ФГДС 22.11.04р.: виражений гастродуоденіт. У післяопераційному періоді хворому проводилася дезінтоксикаційна, антибактеріальна терапія, внутрішньовенне введення озонованого фізіологічного розчину 400мл з концентрацією озону 4-6мг/л. Озонований фізіологічний розчин отримували шляхом барботажу озонорозчинної суміші через стерильний ізотонічний розчин натрію хлориду протягом 10хв. Насичення розчину озонорозчинною сумішшю проводили за допомогою апарата «Озон УН-80» (Харків). Одночасно хворий щодня приймав озоновану дистильовану воду, по 100мл 3 рази на день і йому вводили до 600мл "Берламіна модуляр" у вигляді 10% розчину. Після відновлення функціональної активності травного тракту підвищували концентрацію суміші до 20%, об'єм поживної суміші доводили до 1л на добу.

Після лікування стан хворого покращав. Сприйнятливості поживної суміші «Берламін модуляр» була хорошою - не спостерігалось блювоти, діареї. Відмічена позитивна динаміка в лікуванні. Контроль ФГДС від 29.11.04р.: хронічний гастродуоденіт. Контрольне УЗД від 30.11.04р.: ознаки панкреатиту. У задовільному стані хворого вилучено з клініки.

Запропонований спосіб використовували в 11 хворих на гострий деструктивний панкреатит. В жодного з хворих не виявлено гострих ерозивно-

виразкових уражень дигестивного тракту. Всіх пацієнтів виписано з клініки в задовільному стані. У хворих, що отримували традиційне лікування в 32,4% випадків виявлено гострі ерозії і виразки шлунка та дванадцятипалої кишки і в 11,3% випадків спостерігалися ускладнення у вигляді кровотеч з гострих ерозій і виразок травного тракту.

Переваги способу, що заявляється.

Озон сприяє покращанню мікроциркуляції в капілярах, володіє антигіпоксичним ефектом, стимулює антиоксидантну систему організму, тим самим забезпечуючи протизапальну та імуномодуючу дію. Використання озону як лікувального засобу значно підвищує ефективність лікарської терапії, дозволяє зменшити фармакологічне навантаження на пацієнта, відновлює власні кисневі реакції і процеси хворого організму. На фоні проведення ранньої ентеральної нутритивної підтримки поживною сумішшю «Берламін модуляр» відзначається зниження частоти інфекційних ускладнень і органних дисфункцій, раннє відновлення функцій шлунково-кишкового тракту, поліпшення самопочуття хворих. Крім того, зменшується витрата високої вартості середовищ для парентерального харчування (суміші амінокислот, жирів емульсії) і, отже, зростає економічна ефективність терапії, що проводиться. На тлі своєчасного відшкодування білково-енергетичних потреб вдалося зменшити частоту ускладнень з боку дихальної системи. Проведений аналіз результатів лікування показав, що раннє ентеральне харчування сприяє збереженню функціональної активності травного тракту, ранньому (вже на 2 доби після операції) відновленню кишкової моторики. Раннє ентеральне харчування в післяопераційний період є необхідним для білково-енергетичного забезпечення організму хворих на гострий деструктивний панкреатит, підтримки його належного метаболічного статусу і корекції наявного синдрому гіперкатаболізму. Раннє включення до комплексу заходів, що проводяться в процесі інтенсивної терапії, внутрішньокішкових інфузій поживних сумішей і озону сприяє посиленню детоксикаційного ефекту, усуненню метаболічного компоненту поліорганної недостатності. Комбінація раннього ентерального харчування і озонотерапії є ефективним засобом профілактики транслокації кишкової флори. Раннє ентеральне харчування забезпечує швидке відновлення функцій кишечника і перистальтики, за рахунок чого значно зменшується бактерійна колонізація травного каналу. Озон володіє вираженими бактерицидними властивостями і зменшує проникність кишкової стінки. Поєднання цих властивостей дозволяє відмовитися від застосування антибактеріальних препаратів для селективної деконтамінації кишечника, значно знижуючи ризик гнійних ускладнень при деструктивному панкреатиті при зниженні витрат на лікування. Застосування ентерального зондового харчування є фізіологічним, простим у здійсненні, забезпечує широкі можливості нутритивної підтримки і сприятливі результати хірургічних втручань при деструктивному панкреатиті. Швидше (на 4-5 добу) у хворих зникає больовий синдром в проекції підшлункової залози. Зменшується термін перебування пацієнтів у стаціонарі.

Джерела інформації:

1. В.И. Мамчич, В.Ю. Пироговский, М.О. Йосипенко. Способ профилактики образования острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки в ран-

нем послеоперационном периоде у больных, прооперированных по поводу рака толстой и прямой кишки // Хирургия Украины. - 2005. - №2. - С.143-144.