



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51674 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ МІЖКИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ

1

2

(21) u201001243

(22) 08.02.2010

(24) 26.07.2010

(46) 26.07.2010, Бюл.№ 14, 2010 р.

(72) КРИШЕНЬ ВАЛЕРІЙ ПАВЛОВИЧ, КОНОНЕНКО МАРИНА ЄВГЕНІВНА, ТРОФІМОВ МИКОЛА ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) КРИШЕНЬ ВАЛЕРІЙ ПАВЛОВИЧ, КОНОНЕНКО МАРИНА ЄВГЕНІВНА, ТРОФІМОВ МИКОЛА ВОЛОДИМИРОВИЧ

(57) Спосіб профілактики ускладнень міжкишкових анастомозів, що включає введення лікарської суміші у брижову артерію інтраопераційним шляхом, який **відрізняється** тим, що лікарську суміш вводять перед формуванням анастомозу, де як таку залучають 2 г дозу цефтріаксону з властивістю антибіотика, а просвіт кишки тампують 20-25 мг кількістю 1 % спиртового розчину хлорфіліпту, послабленим у 3 рази фізіологічним розчином NaCl.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема, до хірургічних способів надання медичної допомоги та може бути використаною в клініці захворювань шлунково-кишкового тракту серед хворих, які переносять резекцією ділянки кишки з наступним формуванням міжкишкових анастомозів.

Відомий спосіб профілактики ускладнень міжкишкових анастомозів, що включає пероральний вплив канаміцином, до і після операції, одномоментну ін'єкцію трихополом у брижі тонкої кишки під час операції й подальше введення препаратів через зонд, після операції щоденно, до появи перистальтики [1]. Використання даного винаходу націлене на попередження проникання мікрофлори у черевну порожнину через кишкові шви. Однак, цільове використання даного способу є не досить ефективним, з-поміж постопераційної необхідності введення препаратів через зонд, що обмежує реалізацію прийнятних інвазивних вимог до хірургічних втручань, у т.ч. низької фармакологічної активності використовуваних препаратів за давниною, що стримує мікробні обсіменіння кишкової стінки по шовним лініям, просвітів утворюваних анастомозів, стримує уповільнення інфікування очеревинної порожнини, сприяє онтогенезу злукових процесів, обтяжуючи перебіг постопераційного періоду.

Ближчим до заявленого способу є спосіб профілактики ускладнень міжкишкових анастомозів (парезу кишечника), що включає введення лікарської суміші у брижову артерію інтраопераційним чином, у т.ч. у брижі тонкої кишки, а також стиму-

лятора біоенергетичного обміну кишкової стінки у клітковину брижі після операції через окремий іригатор [2]. За умов прототипу введення лікарської суміші у брижову артерію під час операції націлене на пригнічення онтогенії мікрофлори у кишкових швах, а залучення стимулятора біоенергетичного обміну - на відновлення ранньої моторної функції. Низька ефективність залишається недоліком профілактичного процесу. Як і у попередньому випадку, вона зумовлена недостатністю пригнічення рівня мікробного обсіменіння кишкової стінки по лініям міжкишкових анастомозів і слабкою інвазивністю процесу, з причини біоенергетичної стимуляції через додатковий іригатор.

До основи дійсної корисної моделі поставлена задача винайти такий спосіб профілактики ускладнень міжкишкових анастомозів, застосування якого шляхом опрацювання фармакологічної основи, як передумови поліпшення інвазивності, сприяло б збільшенню ефективності за рахунок зменшення мікробного обсіменіння стінок кишки на ділянці формування міжкишкового сполучення.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі профілактики ускладнень міжкишкових анастомозів, що включає введення лікарської суміші у брижову артерію інтраопераційним шляхом, відповідно до корисної моделі, лікарську суміш вводять перед формуванням анастомозу, де як таку залучають 2г дозу цефтріаксону з властивістю антибіотика, а просвіт кишки тампують 20-25мг кількістю 1% спиртового розчину хлорфіліпту, послабленим у 3 рази фізіологічним розчином NaCl.

(19) UA (11) 51674 (13) U

Причинно-наслідковий зв'язок сукупності відмінних дійсного способу з вищезазначеним технічним результатом полягає в наступному.

Введення лікарської суміші перед формуванням анастомозу передбачає зниження чисельності відповідної мікрофлори на ділянці накладання ентеро-ентероанастомозу, що призводить до зменшення мікробного обсіменіння стінок кишки на ділянці формування міжкишкового сполучення, яке забезпечує сприятливі умови для його надійності та функціонування.

Використання антибіотичних властивостей цефтріаксону в даному напрямі пропонується вперше. Раніш вони використовувались при оперативних втручаннях на жовчних шляхах [3].

Залучення для цього 2,0г дозу цефтріаксону як антибіотика, націлене на досягнення зменшення кількості грам(-) мікрофлори кишечника, що зв'язане з рішенням поставленої клінічної задачі поліпшення умов функціонування анастомозу.

2,0г доза цефтріаксону є найбільш оптимальною. Це зумовлене тим, що у його меншій кількості послаблюється ефективність пригнічення мікробного обсіменіння стінок кишки на ділянці формування міжкишкового сполучення, вплив більш сильною концентрацією - на чисельність мікрофлори, що взагалі стримує ефективність профілактики ускладнень міжкишкових анастомозів.

Тампонування просвіту кишки 1% спиртовим розчином хлорфіліпту забезпечує посилення антибактеріального впливу антибіотика, що разом з дією цефтріаксону посилює резистентність стінок кишки до процесу їх обсіменіння, а від того виключає з регламенту необхідність застосування будь-яких інших препаратів, як і введення останніх через іригатор (зонд) у післяопераційний термін.

Послаблення 1% спиртового розчину хлорфіліпту фізіологічним розчином NaCl у 3 рази зумовлене необхідністю виключити його можливу побічну дію на слизову оболонку, яка визначає ефективність профілактики ускладнень міжкишкових анастомозів. Так, недотримання умови розведення спиртового розчину хлорфіліпту чревате наслідками uszkodжень слизової оболонки по типу хімічного опіку.

Аналогічні вимоги показані й до 20-25мг витрати розчину хлорфіліпту при тампонуванні ним просвіту кишки, що відповідає рішенням поставленої задачі.

Поряд із цим, введення цефтріаксону у брижеву артерію і тампонування просвіту кишки 1% спиртовим розчином хлорфіліпту виключає необхідність введення додаткових лікарських сумішей у післяопераційному терміні за допомогою катетерів, що сприяє покращенню інвазивних властивостей процесу.

За цих умов і даними бактеріологічного експрес-контролю (мазок-відбиток) зменшується мікробне обсіменіння стінок кишки на ділянці формування міжкишкового сполучення на 70%, що інформує про перевернення ефективності. Це істотно покращує заживлення кишкових з'єднань після накладання анастомозів, запобігає виникненню ускладнень у післяопераційному періоді, у

2,3 рази знижує частоту онтогенії неспроможності кишкових швів, анастомозів, що скорочує строки лікування хворих і значно зменшує летальність.

Тому сукупність запропонованих відмінних ознак заявленої корисної моделі є суттєвою у вирішенні поставленої задачі і досягненні технічного результату. Вона характеризує затребуваний обсяг правового захисту запропонованого способу, що є невідомим з рівня техніки, а від того може бути кваліфікована новою й поширюватись на усі випадки його багаторазової реалізації.

Сутність. Для здійснення способу профілактики ускладнень міжкишкових анастомозів залучають цефтріаксон виробництва «ЗАО "Фармацевтическая фирма "Дарница"» (Україна), а також 1% спиртовий розчин хлорфіліпту «ГНЦЛС Харьков» (Україна).

Для зменшення мікробного обсіменіння стінок кишки на ділянці формування міжкишкового сполучення (збільшення ефективності) у брижеву артерію, перед формуванням кишкового анастомозу, вводять 2,0г цефтріаксону і тампонують просвіт кишки 1% спиртовим розчином хлорфіліпту, послабленим заздалегідь фізіологічним розчином NaCl у 3 рази, наносячи його у кількості 20-25мг.

Приклад. Хворий Г., 44 років перебував у III хірургічному відділенні КОШМД м. Дніпропетровська з приводу лікування гострого мезентеріотромбозу (і/х № 2341/75). В інтраопераційних умовах, перед накладанням ентероанастомозу вводили 2г цефтріаксону безпосередньо в артерію брижі. Після резекції кишки і накладання анастомозу шляхом «бік-убік» її просвіт тампонували впродовж ~20хв. (з боку слизової проксимальної та дистальної ділянок) 25мг кількістю 1% спиртового розчину хлорфіліпту, що був послаблений заздалегідь у 3 рази фізіологічним розчином NaCl. На 11 добу хворий був виписаним зі стаціонару у задовільному стані, перистальтика кишечника - у нормі. За клінічними, вибірковими за терміном спостереженнями хворого впродовж 6 міс, ознаки обтяжуючого перебігу післяопераційного періоду та онтогенезу злуквих процесів були неprisутні, що інформує про локалізацію мікробної активності щодо обсіменіння кишкової стінки (уздовж шовних ліній), просвітів утворених анастомозів та усунення інфікування очеревинної порожнини.

Таким чином, запропоноване рішення задачі відповідає умові «промислової придатності», як таке що може бути відтвореном і використаним у клініці захворювань шлунково-кишкового тракту, з можливістю перевернення вищенаведеного технічного результату за допомогою продуктів, які були відомі за подією пріоритету та поєднані з рішенням поставленої задачі. Поряд із цим, характеристика заявленого способу за Формулою визначає межі його відмінностей від прототипу, яка допускає можливість набуття ним правового статусу як корисної моделі процесу.

Джерела інформації:

1. Способ профилактики послеоперационных осложнений на желудочно-кишечном тракте: А.с. 1106484 СССР, МПК А61В 17/00 / П.К. Загнйборода, Г.В. Терентьев, А.А. Запорожец, П.Л. Потолочный, О.И. Бондарчук (СССР); Винницкий медицин-

ский ин-т им. Н.И. Пирогова (СССР). - № 3298457/28-13; заявл. 02.06.81; опубл. 07.08.84.

2. Способ лечения послеоперационного пареза кишечника: А.с. 1197645 СССР, МПК А61В 17/00 / Р.П. Асхерханов, М.Р. Абдуллаев (СССР);

Дагестанский медицинский ин-т (СССР). - №3577287/28-13; заявл. 11.04.83; опубл. 15.12.85.

3. Інструкція виробника «ЗАО "Фармацевтическая фирма "Дарница"» (Україна), щодо властивостей антибіотика цефтріаксон.