



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **101162** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

| | |
|---|--|
| (21) Номер заявки: u 2015 02741 | (72) Винахідник(и): Іванцок Володимир Михайлович (UA), Бондарев Ростислав Валентинович (UA), Мішалов Володимир Григорович (UA) |
| (22) Дата подання заявки: 26.03.2015 | |
| (24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.08.2015 | (73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA) |
| (46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.08.2015, Бюл.№ 16 | |

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ І ЙОГО УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ

(57) Реферат:

Спосіб профілактики внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії гострого деструктивного холециститу і його ускладнених форм включає лапароскопію, аспірацію перитонеального ексудату, лапароскопічну холецистектомію. Після лапароскопічної холецистектомії виконують санацію вогнища запалення фізіологічним розчином натрію хлориду з активною аспірацією. Далі вогнище запалення зрошують коліпротейним бактеріофагом, дренують черевну порожнину. В післяопераційному періоді через дренажі в черевну порожнину фракційно вводять чергуючи між собою один з бактеріофагів перетискаючи дренажі з подальшою пасивною аспірацією.

UA 101162 U

Корисна модель належить до медицини, точніше хірургії, і призначена для поліпшення результатів лікування гострого деструктивного холециститу і його ускладнених форм у осіб похилого та старечого віку, зокрема зниження частоти виникнення внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії.

5 Частота розвитку післяопераційних гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії при гострому холециститі і його ускладнених формах за матеріалами різних авторів становить від 2,2 % до 12,2 %.

Актуальність цієї проблеми в осіб похилого та старечого віку пояснюється зниженням компенсаторних і резервних можливостей організму, наявністю супутніх захворювань багатьох органів і систем, обтяжуючи післяопераційний перебіг даного захворювання.

10 Аналіз існуючих способів профілактики післяопераційних внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії гострого деструктивного холециститу і його ускладнених форм у осіб похилого та старечого віку показує їх недостатню ефективність, що свідчить відсутність тенденції до зниження частоти цих ускладнень.

15 Так, відомий спосіб профілактики післяопераційних внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії гострого деструктивного холециститу і його ускладнених форм в осіб похилого та старечого віку, який передбачає лапароскопію, аспірацію перитонеального ексудату, лапароскопічну холецистектомію, санацію вогнища запалення розчином гіпохлориду натрію, осушення марлевою серветкою, дренажування підпечінкового простору [1].

20 Недоліком цього способу є низька антибактеріальна дія сануючого розчину, що відбивається в малоефективності цього способу з метою профілактики гнійно-запальних внутрішньочеревних ускладнень.

25 Найближчим аналогом є спосіб профілактики внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії в осіб похилого та старечого віку, згідно якого виконують лапароскопію, аспірацію перитонеального ексудату, лапароскопічну холецистектомію, санацію вогнища запалення розчином хлоргексидину, дренажування черевної порожнини [2].

30 Найближчий аналог має такі недоліки, які полягають у недостатній протимікробній дії сануючого розчину хлоргексидину, що призводить до менш вираженого зниження частоти післяопераційних внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень.

35 Задачею корисної моделі є створення способу профілактики внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії гострого деструктивного холециститу і його ускладнених форм в осіб похилого та старечого віку, який би знизив ризик виникнення післяопераційних ускладнень за рахунок вираженої протимікробної дії лікувальними бактеріофагами на вогнище запалення черевної порожнини під час операції і в післяопераційному періоді фракційним введенням бактеріофагів через дренажі в черевну порожнину.

40 Технічний результат буде полягати у зниженні частоти виникнення післяопераційних внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень.

45 Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає лапароскопію, аспірацію перитонеального ексудату, лапароскопічну холецистектомію, санацію вогнища запалення, дренажування черевної порожнини, згідно з корисною моделлю, після лапароскопічної холецистектомії виконують санацію вогнища запалення фізіологічним розчином натрію хлориду з активною аспірацією, далі вогнище запалення зрошують коліпротейним бактеріофагом об'ємом 40 мл, дренажують черевну порожнину, в післяопераційному періоді через дренажі в черевну порожнину фракційно вводять, чергуючи між собою один з бактеріофагів об'ємом 20 мл кожні 8 годин перетискаючи дренажі на 1 годину з подальшою пасивною аспірацією.

50 Відмінною особливістю способу, що заявляється, є зрошення вогнища запалення черевної порожнини лікувальними бактеріофагами об'ємом 50-100 мл і фракційне введення бактеріофагів через дренажі в черевну порожнину об'ємом 20 мл кожні 8 годин перетискаючи дренажі на 1 годину з подальшою пасивною аспірацією. Бактеріофаги активні щодо антибіотикорезистентних штамів і за рахунок високоефективної антимікробної дії обумовлюють більш значне зниження частоти післяопераційних внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень.

55 За доступними літературними даними такий спосіб профілактики внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії гострого деструктивного холециститу і його ускладнених форм у осіб похилого та старечого віку невідомий.

Запропонований спосіб здійснюється наступним чином.

Виконують лапароскопію, проводять ревізію органів черевної порожнини, візуалізують жовчний міхур, перитонеальний ексудат аспірують. Здійснюють лапароскопічну холецистектомію, після чого санують вогнище запалення черевної порожнини фізіологічним розчином натрію хлориду з активною аспірацією. Далі зрошують вогнище запалення одним з лікувальних бактеріофагів (коліпротейний, піобактеріофагполівалентний (секстафаг), Інтест-бактеріофаг, змішаний бактеріофаг). Операцію закінчують дренажуванням черевної порожнини трубчастими дренажами і накладенням швів на троакальні рани. У післяопераційному періоді фракційно через дренажі в черевну порожнину вводять, чергуючи між собою, один із лікувальних бактеріофагів об'ємом 20 мл кожні 8 годин, на 1 годину перетискаючи дренажі з подальшою пасивною аспірацією.

Конкретний приклад застосування

Хвора Супрун Г.С. Вік - 72 роки. Історія хвороби № 6705321 Госпіталізована в хірургічне відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва 10.12.14 р. в ургентному порядку з діагнозом: "Гострий холецистит. Місцевий перитоніт, суп.: ІБС. Дифузний кардіосклероз. СН ІІА, ФК ІІІ. Ожиріння ІІІ ст.". Після короточасної передопераційної підготовки хвора взята в операційну.

Протокол операції № 1115 від 11.12.14 р. В асептичних умовах проведена лапароскопія. Діагностований гангренозний перфоративний холецистит, ускладнений паравезикальним абсцесом. Аспіровано до 110 мл гнійного ексудату.

Проведена лапароскопічна холецистектомія від шийки з роздільним кліпування пузирного протоку і міхурової артерії. Жовчний міхур, поміщений в контейнер, під- і надпечінковий простір сановано фізіологічним розчином натрію хлориду з активною аспірацією. Далі зазначені області зрошені бактеріофагом - поліпротейний об'ємом 40 мл. Контейнер з жовчним міхуром витягнутий через субксіфодальну рану. Під- і надпечінковий простір дренажувано трубчастими дренажами, які після операції перетиснуті на 1 годину. У післяопераційному періоді протягом 48 годин через трубчасті дренажі по черзі вводили бактеріофаги (коліпротейний, піобактеріофаг полівалентний (секстафаг), Інтест-бактеріофаг) об'ємом по 20 мл кожні 8 годин з перетисканням дренажів після введення на 1 годину. Хвора на 5-ту добу виписана на амбулаторне лікування. Післяопераційних гнійно-запальних ускладнень з боку черевної порожнини не було.

За період з 2009 по 2014 року в клініку хірургії № 4 способом, що заявляється, було прооперовано 125 пацієнтів похилого та старечого віку з приводу гострого деструктивного холециститу і його ускладнених форм. За час спостереження у жодного хворого не виникло гнійних внутрішньочеревних ускладнень, інфільтрат підпечінкового простору спостерігали в 0,8 % випадків. При виконанні способу-прототипу абсцес черевної порожнини відзначений у 0,5 %, інфільтрат черевної порожнини - у 2,3 % пацієнтів. Таким чином, запропонований спосіб забезпечує істотне поліпшення результату операції, що можна пояснити за рахунок місцевої протимікробної дії шляхом зрошення лікувальними бактеріофагами вогнища запалення черевної порожнини і фракційним введенням бактеріофагів в післяопераційному періоді через дренажі в черевну порожнину.

Джерела інформації:

1. Пат. 2464938 Росія, МПК А61В 17/00. Спосіб виконання лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів з перивезикальними ускладненнями гангренозного холециститу / заявл. 18.11.2010; опубл. 27.10.2012. Бюл. № 30.

2. Профілактика гнійно-септичних ускладнень у хворих деструктивними формами холециститу при лапароскопічній холецистектомії / Б.А. Сотніченко, В.І. Макаров, Н.В. Савінцева [и др.] // БЮЛЕТЕНЬ ВСНЦ СО РАМН. - 2006. - № 6 (52). - С. 90-93.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб профілактики внутрішньочеревних гнійно-запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії гострого деструктивного холециститу і його ускладнених форм, що включає лапароскопію, аспірацію перитонеального ексудату, лапароскопічну холецистектомію, санацію вогнища запалення, дренажування черевної порожнини, який **відрізняється** тим, що після лапароскопічної холецистектомії виконують санацію вогнища запалення фізіологічним розчином натрію хлориду з активною аспірацією, далі вогнище запалення зрошують поліпротейним бактеріофагом об'ємом 40 мл, дренажують черевну порожнину, в післяопераційному періоді через дренажі в черевну порожнину фракційно вводять, чергуючи між собою один з бактеріофагів об'ємом 20 мл кожні 8 годин, перетискаючи дренажі на 1 годину з подальшою пасивною аспірацією.

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601