



УКРАЇНА

(19) UA (11) 25923 (13) U
(51) МПК (2006)
A61P 1/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

1

2

(21) u200704531

(22) 23.04.2007

(24) 27.08.2007

(46) 27.08.2007, Бюл. № 13, 2007 р.

(72) Вільцанюк Ірина Олександрівна, Хуторянський Михайло Олександрович, Геращенко Ігор Іванович, Вільцанюк Олександр Афанасійович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб лікування ентеральної недостатності, що включає проведення ентеросорбції та введення

пробіотиків, який **відрізняється** тим, що після проведення ентеросорбції флотоксаном в просвіт кишки по зонду або перорально вводять полідеканіт по 3,0г три рази на добу та хілак по 15 крапель три рази на добу до відновлення перистальтики кишечника, а після завершення ентеросорбції та введення полідеканіту і хілаку призначають пробіотик у терапевтичній дозі до відновлення нормального кількісного та видового складу мікрофлори.

Корисна модель відноситься до медицини і може бути використаний при всіх станах коли розвивається синдром ентеральної недостатності.

Відомий спосіб лікування ентеральної недостатності, який включає селективну фармакологічну деконтамінацію кишківника, ентеральний лаваж електrolітним розчином, ентеросорбцію та здійснення внутрішньо-просвітнього електрофоретичного знеболення і стимуляції моторики [Андрущенко В.П., Федоренко С.Т. Застосування череззондової програми у хворих з гострою непрохідністю кишечника та перитонітом // Клін. хірургія. -1997. -№9-10. -С.18-20]. Але відомий спосіб не передбачає відновлення нормального видового складу мікрофлори на етапі деконтамінації.

Відомий спосіб лікування ентеральної недостатності шляхом біофармакологічної корекції екологічної, гіпертензивної та структурно-морфологічної ланок внутрішньо кишкового дисгомеостазу, що ґрунтується на принципах екоімуноного харчування з раннім ентеральним застосуванням пробіотиків (Біфілакт Екстра, лактобактерин, біфідумбактерин) і пребіотиків (BRATT-дієта) в комбінації з антагоністами кишкових патогенів (Ентерол), протигрибкових і антибактерійними середниками локальної дії (ністатин, фуразолідон) і симетикону [Герич І.Д., Кирик Т.П., Ковалишин В.І. Розлади та шляхи корекції інтралюмінального гомеостазу при гострій абдомінальній патології // Харківська хірургічна школа. -2004. -№1-2. -С.129-133], (прототип), при якому усі зазначені препара-

ти використовуються в мксимально допустимих добових дозах; виняток складають пробіотики, при дозуванні яких застосовують 1,5 та 2,5-кратні підвищуючи коефіцієнти, що нівелює антагоністичний вплив антибіотико терапії та дозволяє враховувати індивідуальний ступінь дизбіозу.

Але даний спосіб не передбачає попереднього видалення патогенних мікроорганізмів і зменшення їх кількості, що не забезпечує швидке відновлення нормального складу мікрофлори і не завжди дає позитивний результат.

В основу корисної моделі поставлено завдання розробити спосіб лікування ентеральної недостатності, який забезпечував би максимальне видалення патогенної мікрофлори, токсичних продуктів її життєдіяльності, ліквідації дизбіозу та створив би оптимальні умови для відновлення бар'єрної функції кишкової стінки.

Розв'язання вказаного завдання досягається способом лікування ентеральної недостатності, що передбачає проведення ентеросорбції та введення пробіотиків, який відрізняється тим, що після проведення ентеросорбції флотоксаном в просвіт кишки по зонду або перорально вводять полідеканіт по 3,0г три рази на добу та хілак по 15 крапель три рази на добу до відновлення перистальтики кишківника, а після завершення ентеросорбції та введення полідеканіту і хілаку, призначають пробіотик у терапевтичній дозі до відновлення нормального кількісного та видового складу мікрофлори.

(13) U

(11) 25923

(19) UA

Винахідницький рівень заявленого рішення полягає в тому, що для проведення ентеросорбції використовують препарат флотоксан, що дозволяє максимально видаляти мікроорганізми та токсичні продукти їх життєдіяльності з введенням для захисту слизової оболонки та пролонгованої деконтамінації кишківника препарату полідеканіт та призначення пробіотиків, а після завершення ентеросорбції пробіотиків.

Спосіб здійснюється наступним чином.

При розвитку ентеральної недостатності хворому через назогастральний зонд проводять ентеросорбцію флотоксаном. Після чого по зонду або перорально вводять полідеканіт по 3,0г три рази на добу та призначають хілак по 15 крапель три рази на добу до відновлення перистальтики кишківника. Потім завершують проведення ентеросорбції, введення полідеканіту та хілаку, а призначають пробіотик у терапевтичній дозі до відновлення нормального кількісного та видового складу мікрофлори.

Ефективність використання лікування ентеральної недостатності була вивчена у двох репрезентативних групах хворих, які були оперовані з приводу гострої кишкової непрохідності. Всі хворі лікувалися за загальноприйнятими методами. Контрольну групу складала 48 хворих, у яких в післяопераційному періоді лікування проводили за способом-прототипом, а у 35 пацієнтів за розробленим способом лікування ентеральної недостатності. Оцінку ефективності лікування в післяопераційному періоді проводили за загальноклінічними, лабораторними та мікробіологічними методами дослідження, показниками ендогенної інтоксикації, кількістю ускладнень та тривалістю перебування в стаціонарі.

При використанні розробленого способу лікування ентеральної недостатності в комплексному лікуванні хворих з гострою кишковою непрохідністю післяопераційний період мав більш благоприємний перебіг, про що свідчили: швидке зниження температури тіла, позитивна динаміка лейкоцитарного індексу інтоксикації та показників рівня метаболітів середньої маси в периферійній крові, більш швидка нормалізація лабораторних показників крові, зменшення кількості ускладнень в післяопераційному періоді, скорочувались терміни перебування хворих в стаціонарі. Нормалізація видового складу мікрофлори відбувалась на 10 добу в контрольній групі, а основній - на 7 добу.

В якості прикладу ефективності використання розробленого способу ентеросорбції наводимо клінічне спостереження.

Хвора С, 77 років, госпіталізована у хірургічне відділення 09.12.2002р. Діагноз: Защемлена пупова грижа, гостра кишкова непрохідність.

Результати лабораторних та інструментальних методів дослідження за 09.12.2002р. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 100г/л, еритроцити – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити - $14,2 \times 10^9$ /л, лейкоцитарна формула: паличкоядерні лейкоцити - 4%, сегментоядерні лейкоцити - 77%, моноцити - 2%, лімфоцити - 17%; швидкість осідання еритроцитів - 40мм/год. Загальний білок крові - 72г/л. Загальний білірубін крові - 24,1мкмоль/л, фібрिनоген крові -

5,8г/л. Креатинін крові - 0,12ммоль/л. Сечовина крові - 10,2ммоль/л. Рівень молекул середньої маси - 0,426ум.од. Калій крові - 3,8Мекв/л, натрій - 138Мекв/л. Лейкоцитарний індекс інтоксикації - 4,5. Гематологічний індекс інтоксикації - 13.

В передопераційному періоді хворій через назогастральний зонд видалили застійний вміст і промили верхні відділи шлунково-кишкового тракту водною суспензією флотоксану, назогастральний зонд залишили в шлунку. Після проведення загальної передопераційної підготовки 09.12.2002р. виконана операція. Лінійним розрізом розкритий грижовий мішок. Отримано близько 20мл темної рідини з геморагічним забарвленням. Віст грижового мішку - защемлена петля тонкої кишки та пасмо великого чепця. Ділянка кишечника визнана нежиттєздатною (гістологічне дослідження №17733-48 від 16.12.2002р.: стінка кишки з крововиливами, вогнищами гострого запалення та некрозом слизової оболонки). Операційна рана розширена. Виконано резекцію защемленого пасма великого чепця та сегмента здухвинної кишки. Після проведеної резекції в просвіт привідного відділу кишки ввели зонд і евакуювали її вміст, промили привідний та відвідний відділи кишечника до "чистої води" 1,0-5,0% суспензією флотоксану. Після інтубації кишечника довгим зондом через носову порожнину наклали міжкишковий терміно-термінальний анастомоз дворядним швом Матещука-Ламбера. Після накладання анастомозу в просвіт кишки ввели 200мл водної суспензії флотоксану, 3,0г полідеканіту та 15 крапель хілаку, де їх і залишили. Черевна порожнина санована та дренована.

В післяопераційному періоді 1 раз на добу, за допомогою зонду проводили промивання кишечника суспензією флотоксану до «чистої води», після чого вводили 200мл водної суспензії флотоксану та залишали її до наступного сеансу ентеросорбції. Полідеканіт вводили по 3,0г через зонд три рази на добу, після чого вводили по 15 крапель хілаку три рази на доби через зонд. Ентеросорбцію проводили до появи перистальтики кишківника.

У післяопераційному періоді проводилась комплексна антибактеріальна, антикоагулянтна, дезінтоксикаційна та інфузійна терапія. Пробіотик Лактовіт призначався по 1 капсулі три рази на добу до відновлення нормального кількісного та видового складу мікрофлори.

На 3 добу нормалізувались показники гемодинаміки - пульс, артеріальний тиск, частота дихальних рухів. Температура тіла нормалізувалась на 4 добу. Перистальтика кишечника вислуховувалась в кінці 1 доби, гази почали відходити на 3 добу. Зонд видалено на 4 добу. Загальний режим хвора відновила на 4 добу. Після відходження стула на 5 добу склад мікрофлори був в межах норми: загальна кількість бактерій - $9,0 \times 10^9$ КУО/г, біфідобактерії - $7,95 \times 10^8$ КУО/г, гнилісні бактерії - відсутні, кишкова паличка - $4,0 \times 10^8$ КУО/г, ентерококи - $5,0 \times 10^7$ КУО/г, ацидофільні палички - $6,0 \times 10^8$ КУО/г, стафілококи - відсутні, протей - відсутній, гриби - відсутні. Результати лабораторних методів дослідження за 17.12.2002р. Загальний аналіз крові:

гемоглобін - 120г/л, еритроцити - $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити - $6,0 \times 10^9$ /л, лейкоцитарна формула: паличкоядерні лейкоцити - 1%, сегментоядерні лейкоцити - 58%, моноцити - 5%, лімфоцити - 35%; швидкість осідання еритроцитів - 5мм/год. Загальний білок крові - 76г/л. Загальний білірубін крові - 16,0мкмоль/л, фібриноген крові - 3,4г/л. Креатинін крові - 0,05ммоль/л. Сечовина крові - 6,4ммоль/л.

Рівень молекул середньої маси - 0,267ум.од. Калій крові - 3,9Мекв/л, натрій - 140Мекв/л. Лейкоцитарний індекс інтоксикації - 1,5. Гематологічний індекс інтоксикації - 1,35. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. Пацієнтка була виписана в задовільному стані на 8 добу після операції для подальшого амбулаторного спостереження.