УКРАЇНА

(19) UA (11) 19299 (13) U

(51) МПК (2006)
A61K 31/00

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

(21) u200606077
(22) 01.06.2006
(24) 15.12.2006
(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.
(72) Шапринський Євген Володимирович
(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА
(57) Спосіб лікування ентеральної недостатності, що включає інтубацію кишки під час операції, який **відрізняється** тим, що в післяопераційному періоді через інтубаційний зонд вводять 1-1,5л озонованого фізіологічного розчину натрію хлориду фракційно по 200-300мл, а також 200мл 1% розчину полісорбу з експозицією кожної фракції по 10-15хв., після кожного введення видаляють кишковий вміст електровідсмоктувачем, а після закінчення аспірації послідовно вводять 200мл розчину реаполіглюкіну, 0,5г цефтріаксону та 100мл метрогілу 3-4 рази на добу.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і стосується лікування ентеральної недостатності.

Відомий спосіб лікування ентеральної недостатності [А.с. 833230 Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. "Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии" М., "Медицина", 1990. с.76-77] полягає в тому, що дренують не всю тонку кишку, а її проксимальний та дистальний відділи з послідуючим ретроградним крапельно-проточним промиванням сольовими і антисептичними розчинами. Проте, при використанні цього способу лікування ентеральної недостатності не можна досягти задовільної декомпресії шлунково-кишкового тракту через назогастральний зонд при введенні 1-1,5л рідини ретроградно через цекостому. Пасивне крапельно-проточне промивання не зменшує набряку кишкової стінки, не забезпечує достатній кишечний діаліз, не передбачає застосування сорбентів, селективної кишкової деконтамінації, засобів для детоксикації організму, стимуляції імунної та антиоксидантної систем. Підвищення ж внутрішньокишкового тиску внаслідок введення 1,5л рідини погіршує мікроциркуляцію в стінці кишки, що посилює прояви ентеральної недостатності.

В основу корисної моделі "Спосіб лікування ентеральної недостатності" поставлено завдання шляхом проведення в післяопераційному періоді активного кишкового діалізу озонованим фізіологічним розчином натрію хлориду, застосування сорбентів, селективної кишкової деконтамінації засобів для детоксикації організму, стимуляції імунної та антиоксидантної систем створення незначного від'ємного тиску забезпечити евакуацію високотоксичного вмісту з паретичної кишки, селективну кишкову деконтамінацію, покращити мікроциркуляцію в стінці кишки, зменшити ендогенну інтоксикацію організму, відновити ранню моторику кишки, підвищити активність антиоксидантної та імунної систем.

Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає інтубацію кишки під час операції, згідно з корисною моделлю в післяопераційному періоді через інтубаційний зонд вводять 1-1,5л озонованого фізіологічного розчину натрію хлориду фракційно по 200-300мл, а також 200мл 1% розчину полісорбу з експозицією кожної фракції по 10-15хв, після кожного введення видаляють кишковий вміст електровідсмоктувачем, а після закінчення аспірації послідовно вводять 200мл розчину реополіглюкіну, 0,5г цефтріаксону та 100мл метрогілу 3-4 рази на добу

Спосіб лікування ентеральної недостатності здійснюється наступним чином.

Під час операції виконують інтубацію тонкої кишки (назоінтестинально, через гастростому або одним з ретроградних способів: через апендикостому, цекостому, ілеостому). В післяопераційному періоді для кишкового діалізу через інтубаційний зонд шприцом Жане вводять озонований фізіологічний розчин натрію хлориду 1-1,5л з концентрацією озону 5,5мл/л (отриманий за допомогою озонатору УМ-80), фракційно по 200-300мл з експозицією по 10-15хв. Після введення кожної фракції до зовнішнього кінця зонда підключають

(19) UA (11) 19299 (13) U

електровідсмоктувач, він працює у змінному режимі, автоматично вмикається та вимикається кожні 10с, створюючи при цьому незначний від'ємний тиск до 20мм рт.ст. Далі вводять 1% розчин полісорбу 200мл, його експозиція також 10-15хв. Кишковий вміст з сорбентом також видаляють електровідсмоктувачем. Після закінчення аспірації через зонд послідовно вводять 200мл розчину реополіглюкіну, 0,5г цефтріаксону та 100мл метрогілу, процедуру повторюють 3-4 рази на добу. Інтестинальне лікування проводять до відновлення перистальтики, відходження газів і покращення стану хворого.

Застосування озонованого фізіологічного розчину натрію хлориду забезпечує детоксикаційний ефект, згубно діє на мікроорганізми, пригнічує вільно-радикальне окислення і стимулює антиоксидантну систему, що призводить до активації мікросомального і ферментативного перекисного окислення, продукти якого стабілізують показники гомеостазу, контролюють судинний тонус і проникність капілярів. Воно підвищує енергетичний ефект окислювальних процесів, підсилює метаболізм глюкози, стимулює пластичний обмін, забезпечує репаративно-регенеративні процеси. Має імуномодулюючу дію як з боку гуморальної ланки системи протиінфекційного захисту організму, так і клітинної, стійко нормалізує показники фагоцитарної активності. Одночасно підвищується ефективність ентеросорбції, яка в свою чергу веде до зменшений токсичності кишкового вмісту, зменшує надмірну контамінацію кишечника умовно-патогенною флорою. Фракційне введення цих розчинів з наступним підключенням електровідсмоктувача підвищує ефективність лаважу і ентеросорбції, усуває внутрішньокишкову гіпертензію, що в свою чергу веде до покращення мікроциркуляції в кишковій стінці та сприяє усуненню ентеральної недостатності. Для більш ефективного відновлення мікроциркуляції після закінчення аспірації додатково вводять реополіглюкін, а введення цефтріаксону та метрогілу забезпечує селективну кишкову деконтамінацію, що зменшує надмірне утворення токсинів в просвіті кишки та їх вплив на кишкову стінку, попереджує чи зменшує бактеріальну транслокацію з паретичної кишки.

Приклад

Хворий, 46 років, госпіталізований в клініку через 3 доби від початку захворювання з діагнозом: гостра спайкова непрохідність кишки, розповсюджений перитоніт. Під час операції на відстані 90см від ілеоцекального кута виявлено некроз тонкої кишки довжиною 20см, гнійний перитоніт. Виконано резекцію 70см тонкої кишки з анастомозом кінець в кінець. Виконано назоінтестинальну інтубацію з проведенням кишкового зонда через анастомоз і заведенням його до термінального відділу тонкої кишки. Санація, дренування черевної порожнини.

В післяопераційному періоді проводили інфузійну та антибактеріальну терапію. Через 8 годин після операції почали проводити лікування ентеральної недостатності: в кишковий зонд вводили фракційно по 200мл озонованого фізіологічного розчину натрію хлориду і через 10-15хв. після кожного введення розчину підключали до електровідсмоктувача. Після аспірації озонованого фізіологічного розчину натрію хлориду вводили 150-200мл 1% розчину полісорбу, який також видалявся з кишковим вмістом через 15хв. Після закінчення активної декомпресії в просвіт кишки вводили 200мл реополіглюкіну, 0,5г цефтріаксону, 100мл метрогілу. Інтестинальне лікування проводили 4 рази на добу протягом 3 діб, до відновлення активної перистальтики та відходження газів.

Спосіб простий в технічному виконанні, підвищує ефективність лікування хворих з розповсюдженим перитонітом та гострою непрохідністю кишки, сприяє більш ранньому відновленню перистальтики кишки, зменшує явища інтоксикації та летальність, скорочує тривалість стаціонарного лікування.

Комп'ютерна верстка Л.Литвиненко Підписне Тираж 26 прим.

Міністерство освіти і науки України

Державний департамент інтелектуальної власності, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

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