



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47185 (13) A

(51) B A61K31/00, A61N1/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ РЕГІОНАЛЬНОЇ ЛІМФОТРОПНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ АПЕНДИКУЛЯРНОМУ ПЕРИТОНІТІ У ДІТЕЙ**

1

2

(21) 2001085852

(22) 21 08 2001

(24) 17 06 2002

(46) 17 06 2002, Бюл. № 6, 2002 р.

(72) Лойко Євген Євгенович, Кукуруза Юрій Петрович, Коноплицький Віктор Сергійович, Лойко Людмила Святославівна, Ялунін Євген Валерійович

(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ М. ПИРОГОВА

(57) Спосіб паравертебральної регіональної лімфотропної антибактеріальної терапії при апендикулярному перитоніті у дітей, що включає антибактеріальну терапію, який відрізняється тим, що антибактеріальні препарати вводять лімфотропно шляхом внутрішньошкірного і підшкірного введення один-два рази на добу за 30 хвилин до операції і продовжують в післяопераційному періоді, місце ін'єкції вибирають в залежності від рівня

біфуркації черевної аорти, локалізації червоподібного відростка, віку дитини, з обох сторін від хребта /L₃-L₃ або L₅-L₅/ на межі середньої і латеральної третини м'язу, що випрямляє хребет, як лімфостимулятор використовують 0,25-0,5%-ний розчин новокаїну /0,15-0,25 мл внутрішньошкірно і 0,25 мл підшкірно/, через 2-3 хвилини вводять антибактеріальний препарат в об'ємі 1/8 добової дози на кожну сторону, сумарна доза його з обох сторін становить 1/4 добової дози і не повинна разом з лімфостимулятором перевищувати 0,4-0,5 мл внутрішньошкірно на кожну точку ін'єкції, решту вводять підшкірно, при введенні кут голки дорівнює 30-45° по відношенню до хребта, через три години після введення антибактеріального препарату на ділянку післяопераційної рани проводять традиційний внутрішньотканинний електротрофрез

Винахід відноситься до медицини, а саме до дитячої хірургії і належить до антибактеріальної терапії апендикулярного перитоніту у дітей і може використовуватись при комплексному лікуванні апендикулярного перитоніту у дітей

Основним принципом етіотропного лікування апендикулярного перитоніту у дітей залишається антибактеріальна терапія, що проводиться традиційним методом. При цьому антибіотики, переважно широкого спектра дії, вводять на фоні комплексної або інтенсивної терапії одночасно місцеве - в черевну порожнину через мікроіригатор і внутрішньом'язове, внутрішньовенне або внутрішньоартеріально. Курс лікування в середньому складає 5-7 днів, в подальшому при потребі, враховуючи клінічний перебіг, призначають антибіотики до яких визначена висока чутливість мікрофлори при бактеріологічному дослідженні вмісту черевної порожнини. В черевну порожнину через мікроіригатор два рази на добу на 0,25% розчині новокаїну, в кількості 5-10 мл вводять антибактеріальні препарати /Г.А. Баиров, Срочная хирургия детей /руководство для врачей - СПб Питер Пресс, 1997 - с 302-332/

Проте, проведення антибактеріальної терапії при апендикулярному перитоніті у дітей цим методом недостатньо ефективно через зростаючу на сьогодні частину мікст-інфекції їх поліморфізм, етапність міграції по лімфатичному руслу, а також неможливість створення по різниці причинам високих концентрацій антибіотиків в органах і тканинах черевної порожнини на фоні зростаючої стійкості мікрофлори до відомих антибактеріальних засобів.

В основу винаходу поставлене завдання розробити спосіб введення антибактеріальних препаратів, який дозволив би створити більш високу і довготривалу концентрацію цих препаратів у лімфатичній системі, був би доступний при використанні в повсякденній медичній практиці і економічно вигідним при лікуванні апендикулярного перитоніту у дітей.

Поставлене завдання здійснюється способом паравертебральної регіональної лімфотропної антибактеріальної терапії при апендикулярному перитоніті у дітей, який включає антибактеріальну терапію і в якому, згідно з винаходом, антибактеріальні препарати вводять лімфотропно, шляхом внутрішньошкірного і підшкірного введення один-

(13) A

(11) 47185

(19) UA

два рази на добу за 30 хвилин до операції і продовжується в післяопераційному періоді, місце ін'єкції вибирають в залежності від рівня біфуркації черевної аорти, локалізації червоподібного відростка, віку дитини, L_3-L_3 або L_5-L_5 з обох сторін від хребта, на межі середньої і латеральної третини м'яза, що випрямляє хребет, як лімфостимулятор використовується 0,25-0,5% розчин новокаїну / 0,15-0,25мл внутрішньошкірно і 0,25мл підшкірно / через 2-3 хвилини вводять антибактеріальний препарат в об'ємі 1/8 добової дози на кожну сторону, сумарна доза його з обох сторін становить 1/4 добової дози і метою профілактики некрозу, не повинна разом з лімфостимулятором перевищувати 0,4-0,5 мл внутрішньошкірно на кожну точку ін'єкції, решта вводиться підшкірно, при введенні кут голки дорівнює 30-45° по відношенню до хребта, через три години після введення антибактеріального препарату на область післяопераційної рани проводиться традиційний внутрішньотканнинний електрофорез

Основні етапи способу паравертебральної репональної лімфотропної антибактеріальної терапії представлені на фіг 1,2 Фіг 1 - місце введення ін'єкції, фіг 2 - стан після ін'єкції

Спосіб здійснюється слідуєчи" чином За 30 хвилин до операції і в післяопераційному періоді лімфотропно, шляхом внутрішньошкірного і підшкірного введення, вводять антибактеріальні препарати. Місце ін'єкції вибирають в залежності від рівня біфуркації черевної аорти, локалізації червоподібного відростку, віку дитини, L_3-L_3 або L_5-L_5 з обох сторін від хребта, на межі середньої і латеральної третини м'яза, що випрямляє хребет

Як лімфостимулятор використовується 0,25-0,5% розчин новокаїну / 0,15-0,25мл внутрішньошкірно і 0,25мл підшкірно / Через 2-3 хвилини вводиться антибактеріальний препарат в об'ємі 1/8 добової дози на кожну сторону. Сумарна разова доза його з обох сторін становить 1/4 добової. Для профілактики некрозу шкіри сумарна доза антибіотика і лімфостимулятора - 0,4-0,5мл внутрішньошкірно на кожну точку ін'єкції, решта-вводиться підшкірно. Кут введення голки дорівнює 30-45° по відношенню до хребта. Для швидкого розсмоктування "пимонної шкірочки" в місцях ін'єкції проводять циркулярні рухи за годинниковою стрілкою вказівним і середнім пальцями через ватні кульки. При місцевому необмеженому апендикулярному перитоніті паравертебральна репональна антибактеріальна терапія проводиться по типу іонотерапії на протязі трьох діб один раз на добу, при лікуванні обмеженого та поширеного апендикулярного перитоніту вона доповнюється традиційним місцевим або парантеральним введенням іншого препарату, нерідко метранідазолу курсом 5-7 днів, один-два рази на добу. Загальний курс антибактеріальної терапії відповідно 12 та 14-16 днів. З першої післяопераційної доби через три години після введення антибактеріального препарату на область післяопераційної рани проводиться традиційний внутрішньотканнинний електрофорез. Після відміни антибіотика останній продовжується з лідазою, KI або $CuSO_4$.

Приклад виконання способу

Хворий В-о А К, 1995 року народження, госпі-

талізований в хірургічне відділення ОДКЛ міста Вінниці 3 05 2001р через 22 години після початку захворювання зі скаргами на інтенсивну постійну біль в правій клубовій ділянці, дворазову блювоту, що не давала покращення, загальну слабкість, сухість у роті, підвищення температури тіла до 38,4°C. З анамнезу відомо, що дитина захворіла 22 години тому коли вперше виникли болі у животі, з'явилась одноразова блювота, температура тіла підвищилась до 37,6°C. Біль залишався постійний і через 18 годин після захворювання посилювся, локалізація обмежилась правою клубовою ділянкою, виникла повторна блювота, температура тіла підвищилась до 38,4°C.

Об'єктивно загальний стан хворого середнього ступеню важкості, в свідомості. Шкіра бліда. Видимі слизові оболонки сухі, бліді. Пульс-103 ударів за 1 хвилину, ритмічний. ЧД - 20 за 1 хвилину. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання. Тони серця чисті, середньої гучності. Язик сухий, блідо-рожевого кольору. Живіт звичайної форми. При пальпації передньої черевної стінки визначалась болючість з правій клубовій ділянці, локальне напруження м'язів цієї ділянки, симптоми подразнення очеревини позитивні. Ректальне виявлена болючість правої стінки прямої кишки.

Загальний аналіз крові

Нв - 128г/л, еритроцити - $4,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити - $14,6 \cdot 10^9$ /л,

пал - 2%, сегм - 74%, еозин - 1%, лімф - 18%, мон - 5%,

ШОЕ - 18 мм/год

Загальний аналіз сечі - без особливостей

Цукор крові - 5,6 ммоль/л

Передопераційний діагноз: Гострий апендицит. Місцевий апендикулярний перитоніт.

Передопераційна підготовка. За 30 хвилин до операції на рівні L_5 з обох сторін від хребта, на межі середньої і латеральної третини м'яза, що випрямляє хребет, на кожну точку ін'єкції вводили 0,5% розчин новокаїну в кількості 0,15мл внутрішньошкірно і 0,25мл підшкірно, через 2 хвилини вводили 4% розчин гентаміцину сульфату 0,25мл - внутрішньошкірно і 0,25мл - підшкірно / об'єм антибіотика склав 1/8 добової дози на кожну точку ін'єкції /

Протокол операції

Після обробки операційного поля по Пирогову, під загальним наркозом /5% розчин каліпсолю/, доступом по Волковичу - Д'яконову була розкрита черевна порожнина. Після цього було проведено видалення серозно-гнійного ексудата в кількості 70 мл. Виконана апендектомія. Черевна порожнина промита теплим ізотонічним розчином і розчином фурациліна. Проведено контроль на гемостаз-сухо. Черевна порожнина зашита пошарово, наглухо. Асептична пов'язка.

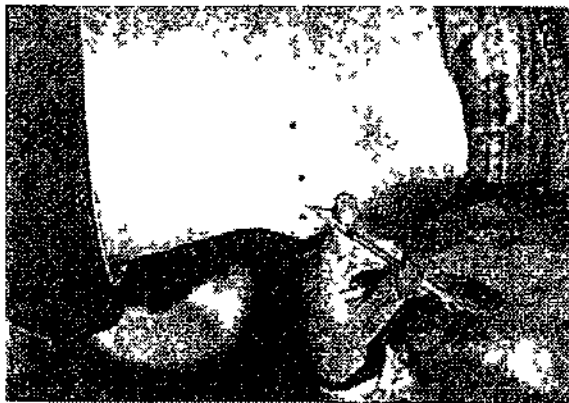
Червоподібний відросток мав медіальне низхідне положення, був гіперемован, набрякший, з нашаруванням фібрину в дистальній третині органу. Парієтальна очеревина була набрякла, гіперечована з нашаруванням фібрину, що легко відокремлювався.

Клінічний діагноз: Гострий апендицит, місцевий необмежений серозно-гнійний перитоніт.

В післяопераційному періоді продовжили паравертебральну регіональну лімфотропну терапію з 4% розчином гентаміцину сульфата у зазначеній вище кількості один раз на добу на протязі трьох діб. Через три години після введення антибіотика на область післяопераційної рани проводився традиційний внутрішньотканинний електрофорез. Після відміни антибіотика через три доби електрофорез проводили з лідазою. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Хворий на сьому добу виписан в задовільному стані.

Запропонований спосіб антибактеріальної те-

рапії апендикулярного перитоніту дозволяє створити високу і стійку концентрацію антибактеріального препарату в вогнищі запалення, що підтверджено даними бактеріологічного дослідження - визначення концентрації гентаміцину в тканинах червоподібного відростку методом дифузії в агар на щільному поживному середовищі скорочує загально курсову дозу антибіотика в 3-5 разів, доступний у використанні у повсякденній клінічній практиці. Економічні витрати при лікуванні апендикулярного перитоніту у дітей зменшуються в 3-5 разів.



Фиг 1



Фиг 2

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сім'ї Хохлових 15 м. Київ 04119 Україна

(044) 456 – 20 – 90

ТОВ Міжнародний науковий комітет

вул. Артема 77 м. Київ 04050 Україна

(044) 216 – 32 – 71