



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **554**

(51) **МПК(2012.01)**
A61B17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) **1200704**

(22) 26.09.2012

(46) Бюл.84, 2013

(71) Сафаров Б.А. (ТJ); Сафаров А.С. (ТJ).

(72) Сафаров Б.А. (ТJ); Сафаров А.С. (ТJ).

(73) Сафаров Б.А. (ТJ); Сафаров А.С. (ТJ).

(54) **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ
БОЛЕЗНИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ПЕРИТО-
НИТА У ДЕТЕЙ.**

(56) 1. Дронов А.Ф., Поддубный И. В. Лапароскопические операции при кишечной непроходимости у детей / М., -1999. -С.247.

2. Исаков Ю.Ф., Степанова Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. -М., -1988. -С. 416.

3. Перловская В.В. Избранные вопросы хирургии детского возраста. - Иркутск. -2004. -С. 233.

4. Салимов Ш.Т., Адылова Г.С., Бердиев Э.А., Нажмитдиннова Я.С. Лечение послеоперационной спаечной болезни у детей. /Ж. Детская хирургия. - №4. -2006. -с.15-17.

5. Шатохина С.Н., Бирюков В.В., Рубинова Л.В., Бурков И.В., Шабалин В.Н. Прогнозирование

2

послеоперационного спайкообразования в брюшной полости у детей, при исследовании морфологии перитонеального экссудата. /Ж. Детская хирургия. -№2, -2004. -с.19-24.

6. Цуман В.Г., Машков А.Е. Гнойно-септические осложнения острых хирургических заболеваний у детей. -М.: Медицина. -2005. -с.88-167.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской абдоминальной хирургии.

Целью данного изобретения является предупреждения развития спаечных процессов приводящие к спаечной кишечной непроходимости.

Суть предложенного способа заключается в том, что в момент операции и в послеоперационном периоде в брюшную полость вводится смесь состоящая из левомеколевой мази, растворов гидрокортизона, химотрипсина, новокаина и метронидазола. Кроме того наряду с применением смеси, в послеоперационном периоде для более эффективной профилактики спаечной болезни больным назначали препараты, замедляющие синтез коллагена и ускоряющие его утилизацию.

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии детского возраста.

В литературе причины образования спаек в брюшной полости в послеоперационном периоде трактуются по-разному: мероприятия по высушиванию брюшной полости во время операции, хирургическая агрессия, гнойно-воспалительные процессы, способствующие образованию инфильтратов, абсцессов и толстых фибриновых отложений на стенке кишечника, парез и паралич кишечника, склонность к спайкообразованию, иммунологические факторы и дисплазия соединительной ткани [2, 3, 4; 6].

Проблема профилактики и лечения спаечной кишечной непроходимости при перитонитах у детей остается актуальной. Если брать во внимание тот факт, что от 80 до 87,6% случаев [2, 5], спаечная болезнь развивается после лапаротомии, проведенные по поводу гнойного перитонита и 60% релапаротомий выполняются по поводу спаечной кишечной непроходимости [1], актуальность данной проблемы становится очевидной. Рецидив спаечной болезни отмечается у 8-20% больных [1]. Летальность при этом составляет от 5-7% до 17-20% [3].

Прототипом является «Способ предупреждения повторных спайкообразований» [4]. Способ заключается в том, что после завершения основного этапа операции по поводу ликвидации спаечной кишечной непроходимости в брюшную полость заливают противоспаечную смесь состоящую из растворов гидрокортизона (125-250мг), левомеколевой мази, и фибринолизина (20 000 ЕД.). В первые двое суток после операции в брюшной полости оставляют микроиригатор для введения в него протеолитических ферментов. После появления перистальтики кишечника и удаления дренажей проводят физиотерапию: УВЧ чередуют с электрофорезом с препаратом трипсин в области пораженной зоны.

Данный способ не исключает рецидива болезни, которое может составлять до 6,3% случаев.

Кроме того, данный способ имеет ряд недостатков: во-первых, способ применяется к взрослым больным; во-вторых, на данный момент препарат фибринолизин является недоступным в связи с его отсутствием в продаже; в третьих требуется разработка более эффективной комбинации физиотерапевтических, пероральных и внутрибрюшных способов с целью профилактики спаечной болезни с учетом патогенетического подхода.

Целью изобретения является разработка нового способа профилактики спаечной болезни при тяжелых формах гнойного перитонита у детей, использование которого способствовало бы уменьшению развития и рецидива этой болезни.

Заявленный способ от прототипа отличается тем, что противоспаечная смесь состоит из 5 компонентов: левомеколевой мази; растворов гидрокортизона (Рихтер), химотрипсина, 0,5% новока-

ина и метронидазола. Смесь изготавливают в стерильном латке с учетом возраста детей, непосредственно перед применением. Дозировка компонентов смеси для больных в возрасте от 2-х до 5 лет составляет: левомеколевая мазь 100 мг + химотрипсин 5 мг + гидрокортизон 1 мл (25 мг) + новокаин 0,5% - 20 мл + метронидазол 30 мл. Доза смеси для больных в возрасте от 5 до 10 лет: левомеколевая мазь 200 мг + химотрипсин 10 мг + гидрокортизон 2 мл (50 мг) + новокаин 0,5% 30 мл + метронидазол 60 мл. Доза смеси для больных в возрасте 10-15 лет: левомеколевая мазь 300 мг + химотрипсин 20 мг + гидрокортизон 3 мл (75 мг) + новокаин 0,5% - 40 мл + метронидазол 100 мл.

Технику применения предложенного способа выполняют следующим образом: после завершения основного этапа операции по поводу перитонита в брюшную полость заливают указанные смеси по возрастной дозировке. Перед зашиванием основной раны брюшной стенки из ее нижнего угла в брюшную полость проводят мягкий силиконовый катетер с множественными мелкими боковыми отверстиями, который укладывают над петлями кишечника по средней линии. Катетер используется для послеоперационного введения смеси в брюшную полость. Данная смесь имеет свойство разрыхлять и отчасти растворять фибриновые спайки, что дает возможность с минимальной травмой разъединять спайки и удалять фибриновые пленки. В связи с этим его можно использовать во время операции с целью облегчения разъединения межкишечных спаек и абсцессов.

В послеоперационном периоде смесь в брюшную полость вводилась один раз в сутки в объеме 10 мл в течение 5 дней. Необходимо отметить, что для предотвращения скопления смеси в брюшной полости и возможности образования абсцессов важное значение придавалось адекватному ее дренированию.

Наряду с применением смеси, в послеоперационном периоде для более эффективной профилактики спаечной болезни больным назначали препараты, замедляющие синтез коллагена и ускоряющие его утилизацию. Начиная с 10 дня назначали препарат купринил – перорально и электрофорез коллалазином на переднюю брюшную стенку в 10 сеансах. Суточная доза купринила для детей в возрасте до 5 лет составляла 1 капсулу (0,15г), 5-12 лет – 2 капсулы (0,3г), старше 12 лет – 3 капсулы (0,45г) один раз в день в течение 10 дней.

В этот период также назначали УВЧ (ультравысокие частоты) на переднюю брюшную стенку с интервалом между электрофорезом 6 часов.

После выписки эти больные находились под строгим наблюдением и каждые 3 месяца проводилось поэтапная реабилитационная терапия, включающая электрофорез коллалазином или

лидазой, аппликации озокеритом, повторный приём купринила.

Благодаря этим мероприятиям, случаи спаечной кишечной непроходимости у данной группы больных не наблюдалось.

Пример 1: Больной Х.А., 6 лет. История болезни №166/76. Поступила в клинику детской хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан 12.02.2005г. и была оперирована в экстренном порядке с диагнозом «Перфорация брюшнотифозных язв тонкой кишки. Общий перитонит с межкишечными абсцессами». При операции произведена «резекция пораженной части тонкой кишки, энтеростомия, санация и дренирование брюшной полости». После операции, на фоне комплексного лечения, на 5-е сутки у больной развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость, по поводу чего больной произведена повторная лапаротомия с разединением спаек. Но, однако, за 25 дней больной было 5 раз повторно оперировано по поводу ранней рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости. Несмотря на применение ретроградной интубации кишечника, не удавалось избежать повторных релапаротомий. После того как на 5-ой операции была использована предложенная смесь, препараты купринила и коллализина повторного развития спаечной кишечной непроходимости не отмечалось. Больная выписана с выздоровлением. Больная госпитализирована повторно спустя 6 месяцев. Произведена плановая операция «Ликвидация энтеростомы с наложением анастомоза тонкой кишки конец в конец», где также было использовано смесь и противоспаечная терапия по вышеприведенной схеме. За период наблюдения в течение 4 лет развития спаечной непроходимости кишечника у больного не отмечалось. Именно эта больная была первой, к кото-

рой был применён предложенный способ.

Пример 2. Больная Э.М., 13 лет, история болезни №298/43, была оперирована 23.07.2005г. по поводу «Общего аппендикулярного перитонита с множественными внутрибрюшными абсцессами». Произведена «Лапаротомия, аппендэктомия, цекстомия с интубацией тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости». Однако после операции на 4 день развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость. По поводу чего повторно оперирована. После ликвидации непроходимости в брюшную полость заливалась смесь с оставлением дренажей и микроиригатора с последующим послеоперационным ее введением. Повторной спаечной кишечной непроходимости у больной не наблюдалось. С того времени мы всем больным на первой операции по поводу тяжелых форм перитонита используем предложенный способ профилактики спаечной болезни.

Преимуществом данного способа заключается в том, что разработана специальная смесь для предотвращения спаечного процесса в брюшной полости с учетом патогенетического механизма ее образования. Смесь состоит из 5 компонентов, которые имеют комбинированное антибактериальное, смазывающее, противовоспалительное, обезболивающее и рассасывающее действие. Кроме того разработана дозировка смеси с учетом возраста больных. Наряду с этим сгруппированы и выявлены препараты способствующие рассасыванию внутрибрюшных спаек и препятствующие их образованию путем перорального приема, внутримышечного и подкожного введения, а также с помощью электрофореза. Разработаны сроки применения смеси и каждого из этих препаратов. Вместе с тем применение комплекс предложенных препаратов являются безвредными и доступными.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ профилактики спаечной болезни при тяжелых формах перитонита у детей, включающий заливание в брюшную полость противовоспалительной смеси после завершения основного этапа операции, содержащей гидрокортизон и левомеколевую мазь, после операции проводят физиотерапию и электрофорез с ферментным препаратом в области пораженной зоны, отличающийся тем, что смесь заливают во время операции, после операции перорально дают препарат купринил, под кожу брюшной стенки вводят коллализин с чередованием лидазы в течение 10 дней, проводят электрофорез, на брюшную стенку накладывают азокерит в течение 10 дней.

2. Способ по п. 1, отличающийся тем, что для больных в возрасте от 2-х до 5 лет применяют смесь состоящей из левомеколевой мази 100 мг, химотрипсина 5 мг, гидрокортизона 25 мг, метронидазол 30 мл и 0,5% новокаина 20 мл.

3. Способ по п. 1, отличающийся тем, что для больных в возрасте от 5 до 10 лет применяют смесь состоящей из левомеколевой мази 200 мг, химотрипсина 10мг, гидрокортизона 50 мг, метронидазол 60 мл и 0,5% новокаина 30 мл.

4. Способ по п. 1, отличающийся тем, что для больных в возрасте 10-15 лет применяют смесь состоящей из левомеколевой мази 300мг, химотрипсина 20мг, гидрокортизона 75 мг, метронидазол 100 мл и 0,5% новокаина 40 мл.

Компьютерный набор: Фатхуллоева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а

