



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **44648** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
**A61B 17/00**  
**A61K 31/00**  
**A61P 31/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ**

1

2

(21) u200904291  
(22) 30.04.2009  
(24) 12.10.2009  
(46) 12.10.2009, Бюл.№ 19, 2009 р.  
(72) ДУЖИЙ ІГОР ДМИТРОВИЧ, ПОНОМАРЕНКО ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ  
(73) СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
(57) 1. Спосіб профілактики гнійних ускладнень при лікуванні хворих на гострий апендицит, що здійснюють шляхом введення антибіотиків, який **відрізняється** тим, що перед введенням антибіотиків хворому проводять сеанс лімфотропної терапії, для чого заочередивно вводять спочатку збудник лімфоутворення, потім з інтервалом у п'ять хвилин, не виймаючи голки, послідовно додають спазмолітик, реологічний препарат, знеболювальний засіб, при цьому місцем введення ін'єкції є точка, що знаходиться медальніше і нижче на 2-3см від передньо-верхнього гребня клубової кістки під кутом 45° до кістки, після проведення цієї ін'єкції хворому пропонують походити протягом 15

хвилин, у подальшому введення цих препаратів здійснюють протягом не менш трьох діб через кожні 12 годин, а потім поступово зменшують введення препаратів щонайменше до одного разу на добу у добовій дозі до повного вилікування хворого.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як препарат збудника лімфоутворення використовують лідазу або трипсин.

3. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як спазмолітик використовують препарат НО-ШПА.

4. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як реологічний препарат використовують гепарин.

5. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як знеболювальний препарат використовують лідакоїн.

6. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як антибіотик використовують ампісульбін чи ампіцилін або один із препаратів цефалоспоринового ряду.

Корисна модель належить до медицини, а саме - до хірургії і може використовуватись при оперативному лікуванні хворих на гострі форми апендициту, у т.ч. і деструктивні.

Відомі способи антибактеріальної терапії, що застосовуються при лікуванні хворих на гострі форми апендициту шляхом внутрішньо-м'язевого введення антибіотиків (Страгунский Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. Антибактериальная терапия: Практическое руководство. - М.: Фармединфо, 2000. - С.37-41) Методика має ряд недоліків:

- антибіотики повільно всмоктуються у кров після чого проявляється їхня терапевтична дія;

- оскільки антибіотики в організмі швидко дезактивуються, виникає потреба у кількаретовому їх введенні в організм;

- тривало циркулюючи у крові антибіотики токсично діють на ті чи інші органи, залежно від своїх хімічних властивостей;

- циркулюючи у крові деякі антибіотики здатні визивати сенсibiлізацію організму, а можливо і окремих органів, що може призвести при повторних введеннях до проявів алергії;

- багаторазове введення антибіотиків вимагає, відповідно, значних матеріальних витрат.

Деяко ефективнішим є метод внутрішньовенного введення антибіотиків (Белобородова Н.В., Богданов М.Б., Черненькая Т.В. Алгоритмы антибиотикотерапии: Руководство для врачей. - М. - 1999. - С.55-62), але і він не позбавлений перерахованих недоліків, до того ж веде до розвитку флебітів, а іноді і до рубцювання вен, тобто до розвитку додаткового захворювання.

Головним недоліком цих способів є те, що вони не санують регіонарних лімфатичний апарат. Способом, направленим на його санацію є методика лімфотропної антибактеріальної терапії, при якій у зону збудженого лімфоутворення вводиться

**U**  
(13)

**44648**  
(11)

**UA**  
(19)

антибіотик, який лімфою заноситься у регіонарні лімфовузли (Левин Ю.М. Основи лечебной лимфологии. - М: Медицина - 1986. - С.145-146).

Недоліком способу є дистанційне введення антибіотиків, при якому вони на шляху до регіонарних лімфатичних вузлів проходять декілька груп інших лімфовузлів, затримуючись у них у різному об'ємі. Таким чином терапевтична доза антибіотика для кожної наступної групи лімфовузлів зменшується.

Найбільш близьким по технічній суті до запропонованого нами способу є спосіб лікування катаральної форми гострого апендициту шляхом проведення лапароскопічного втручання, який відрізняється тим, що червоподібний відросток зберігають, а під очеревину його брижи вводять розчин новокаїну, спазмолітин, антигістамінний препарат та антибіотик (див. патент України №69224А, М кл. А61В17/00, 16.08.2004).

Недоліками прототипу є:

- травматичність способу, оскільки при ньому обов'язкова лапароскопія;

- відсутність у «наборі» препаратів збуджуючих лімфоутворення компонентів, отже, частина медикаментів «обійде» регіонарні лімфовузли, всмоктавшись відразу у кровоносну систему;

- проводити лікування повинен лише спеціаліст підготовлений в галузі лімфотропної терапії та такий, що володіє лапароскопічною хірургією;

- можливе проведення лише одного сеансу антибактеріальної терапії, що при катаральній формі апендициту допустимо, а при деструктивних його формах - абсолютно протипоказане;

У зв'язку з перерахованим досягати належного терапевтичного ефекту в червоподібному відростку при його деструктивній формі запалення неможливо.

Завданням нашої корисної моделі є:

- створити терапевтичну концентрацію антибіотиків у регіонарних лімфовузлах, та наступних за ними групах;

- санувати регіонарні лімфовузли та наступні за ними групи;

- створити терапевтичну концентрацію антибіотиків у хробакоподібному відростку;

- санувати на рівні можливого хробакоподібний відросток перед його видаленням;

- зменшити частоту введення антибактеріальних препаратів протягом доби;

- зменшити економічні витрати на лікування хворого;

- скоротити термін лікування хворих на гострий деструктивний апендицит у стаціонарі;

- зменшити кількість гнійних ускладнень у післяопераційний період після апендектомії з приводу деструктивних форм запалення хробакоподібного відростка.

Поставлене завдання вирішується тим, що збудники лімфоутворення, а слідком за ними й інші патогенетичні препарати вводяться послідовно з проміжками у 5хв у заочеревинний простір клубової кістки.

Технічно це виконується наступним чином. На 2-3см нижче і на стільки ж сантиметрів медіальніше передньо-верхнього гребеня клубової кістки під

кутом 45° пунктують шкіру, підшкірну клітковину та очеревину. При цьому «упираємось» у внутрішню стінку клубової кістки. Дещо змінивши нахил голки по внутрішній поверхні цієї кістки проходимо у глибину миски на 2-3см. Після цього вводимо перераховані вище фармакологічні засоби: лімфостимулятор - 64од лідази, спазмолітик - 2мл НО-ШПА, антиагрегатор - 5000ОД гепарину, знеболювач - 2мл - 2% лідази, антибактеріальний препарат - ампісульбін, або ампіцилін 1,5. Після чого рекомендуємо хворому походити 15хв., що покращує реологічні властивості лімфи.

Операцію апендектомії виконуємо через 60-120 хвилин після сеансу лімфотропної терапії, залежно від підготовки хворого і операційної бригади. Оперативне втручання і методи ведення черевної порожнини - типові.

Наступні сеанси введення лімфостимулюючих та антибактеріальних препаратів у перші 3 доби виконуємо кожні 12год, а потім - (2-3 сеанси) - 1 раз на добу у добовій дозі.

Перераховане створює максимальну концентрацію патогенетичних та антибактеріальних препаратів у внутрішніх та зовнішніх клубових лімфовузлах і наступних за ними, що є регіонарними до ілеоцекальної зони. Це веде до закидання антибактеріальних препаратів у хробакоподібний відросток, сануючи останній, що сприяє проведенню операції на відростку, звільненому від бактеріальної флори, тим самим попереджуючи бактеріальне засмічення оточуючих тканин ілеоцекального кута, черевної порожнини та післяопераційної рани черевної стінки. Останнє опосередковано підтверджується досвідом 17 оперативних втручань з відсутністю гнійних ускладнень у хворих після апендектомії з приводу деструктивного апендицита.

Наводимо клінічні приклади

Хворий В. 28 років, захворів 8год тому: з'явився сильний біль у епігастральній ділянці, нудота. Поступово біль змістився у праву здухвинну ділянку, підвищилась температура до 38°. Після огляду лікаря направлений у хірургічне відділення. При госпіталізації - скарги ті ж. Об'єктивно: болісність у правій здухвинній ділянці, симптоми подразнення очеревини. Запропоноване оперативне втручання із застосуванням лімфотропної антибактеріальної терапії. За описаною методикою проведено сеанс введення ампісульбіну 1,5. Через 2год виконана апендектомія. Хробакоподібний відросток набряклий, місцями некротизований, покритий фібрином. Випоту у черевній порожнині не було.

Гістологічне заключення: флегмозний апендицит. У подальшому сеанси антибактеріальної лімфотропної терапії проводили двічі на добу протягом трьох днів, після чого - 1 раз на добу - 3 дні. Заживлення первинним натягом.

Хвора З. 23 років захворіла вчора, коли з'явився біль у нижніх відділах живота. До лікаря не звернулася оскільки вважала, що біль пов'язаний із майбутнім місячним циклом. На ранок підвищилась температура. Тоді звернулася до лікаря. Знайдені симптоми подразнення очеревини. Після сеансу лімфотропної терапії за запропонованою методикою було введено 1,5 ампісульбіну. Через 1,5 год оперативне втручання - апендектомія, дре-

нування черевної порожнини, на шкірі - два провізорні шви. Через дві доби випускники із черевної порожнини видалені. Антибактеріальні препарати в подальшому проводили двічі на добу протягом трьох днів, після чого 3 дні - 1 раз на добу. Макропрепарат: хробакоподібний відросток гангренозно перероджений. Хвора виписана із відділення на 6 день при нормальній температурі. Остання нормалізувалась на другу добу після операції. Заживлення - первинним натягом.

Дана методика застосована з хорошим безпосереднім та віддаленим результатами у 17 осіб різного віку.

Викладене дає право рекомендувати до широкого застосування запропонованої методики лімфотропної антибактеріальної терапії при оперативному лікуванні гострих форм апендициту з метою профілактики гнійних ускладнень при лікуванні.