

Винахід стосується медицини, зокрема хірургії і може бути використаний для відновлення внутрішньокішкової флори у пацієнтів з гострим деструктивним панкреатитом у ранньому післяопераційному періоді.

Статистичні дані свідчать, що процес інфікування ділянок деструкції паренхіми підшлункової залози та парапанкреатичних просторів спостерігаються у 40 - 70% пацієнтів із гострим панкреатитом (ГП) у різні терміни захворювання, а їх частка серед причин смерті хворих на ГП складає 80%. Цілком очевидно, що інфіковані форми ГП, а також гнійно-запальні зміни парапанкреатичної зони є абсолютним показом до операції та призначенню антибактерійної терапії. Однак своєчасна та рання діагностика інфікованого ГП є вкрай важкою, саме тому повстає питання про профілактичне застосування антибіотиків.

Відомими способами післяопераційного ведення даного контингенту хворих є масивна антибактерійна терапія з тривалим використанням протимікробних засобів [1], а також селективна деконтамінація товстого кишківника [2].

Відомий, та вибраний прототипом спосіб відновлення внутрішньої кишкової флори у пацієнтів з гострим деструктивним панкреатитом в ранньому післяопераційному періоді [3], який полягає у дом'язевому введенні пацієнту антибактерійних препаратів таких як цефтриаксон, триметоприм або цефтазидим, які впливають на флору кишківника.

Проте, таке лікування супроводжується розвитком цілої низки ймовірних ускладнень, а саме: сенсibiлізація організму, та розвиток алергічних ускладнень, значне зниження імунітету хворого, висока ймовірність розвитку дисбактеріозу у ослаблених післяопераційних хворих, значний відсоток ризику розвитку діарейного синдрому, недосконала система корекції внутрішньокішкової флори не забезпечує повноцінного засвоєння продуктів харчування.

В основу винаходу поставлено завдання, шляхом зміни препарату та способу його введення, забезпечити співвідношення усіх компонентів мікрофлори кишківника, попередити розвиток процесів бактерійної транслокації в умовах дисбіозу товстого кишківника та відновити процеси травлення, у хворих з важким перебігом гострого деструктивного панкреатиту.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі відновлення внутрішньокішкової флори у пацієнтів з гострим деструктивним панкреатитом у ранньому післяопераційному періоді, який полягає у введенні антибактерійного препарату, згідно з винаходом як антибактерійний препарат використовують пробіотик Ентерол 250 (*Saccharomyces boulardii*), який вводять протягом 14 діб - перша-третя доба по 500мг тричі на добу, четверта - шоста доба по 250мг тричі на добу, сьома - чотирнадцята доба по 250мг двічі на добу, причому препарат вводять безпосередньо у порожнину тонкої кишки через єюностому.

Примінення Ентеролу 250 безпосередньо у порожнину тонкої кишки, через єюностому у хворих на гострий панкреатит є принципово новим підходом стосовно застосування даної форми препарату та методу профілактики та лікування діарейного синдрому і кишкового дисбактеріозу у хворих на гострий панкреатит. Завдяки ентеральному введенню *Saccharomyces boulardii* у пацієнтів з гострим деструктивним панкреатитом не спостерігається картина ураження клітин слизовки тонкого та товстого кишківника, а сприятливий вплив *Saccharomyces boulardii* на флору шлунково-кишкового тракту забезпечує відновлення нормального співвідношення усіх компонентів мікрофлори кишківника, посилює неспецифічний імунний захист внаслідок підвищення продукції Ig A, профілактує розвиток процесів бактерійної транслокації, цілковито гарантує засвоєння харчових продуктів при їх ентеральному введенні.

Спосіб здійснюють таким чином.

У хворих з гострим деструктивним панкреатитом поряд з традиційними методами оперативного лікування примінено підвісну єюностому (для раннього ентерального харчування) з одночасним введенням у просвіт кишки Ентерол 250 (*Saccharomyces boulardii*) згідно до запропонованої схеми лікування:

1 доба - 3 доба - 500мг х 3 рази

4 доба - 6 доба - 250мг х 3 рази

7 доба - 14 доба - 250мг х 2 рази

при продовженні курсу консервативної терапії та ентеральному введенні продуктів харчування у просвіт тонкої кишки через єюностому по 250мг х 1 раз на добу (на весь курс лікування).

Приклад 1. Хворий Ю., 31 рік поступив з гострим інтенсивним больовим синдромом, профузним блюванням АТ 80/60мм рт.ст, пульс 120, частота дихання 22. З анамнезу відомо, що внаслідок зловживанням алкоголю неодноразово відмічав посилення болів у епігастральній ділянці та попереку, тривалість приступу до моменту госпіталізації - 2 доби. На момент поступлення лейкоцитоз $11.8 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобін 118г/л, діастаза сечі 128Од, заг. білок 65.5, білірубін 50.7, цукор крові 11.2ммоль/л, сечовина 7.6, креатинін 0.15.

Дані УЗД огляду: головка підш. 49, тіло 33, хвіст 51, наявність рідини в сальниковій сумці, значний набряк та деструкція клітковини заочеревинного простору. Термін лікування в хірургічному відділенні становив 72 доби. За цей період проведено 6 програмованих оперативних втручань з накладанням єюностом на першій операції. Перше оперативне втручання на 12 добу, починаючи з 16 доби проведено інтенсивний курс консервативної терапії та раціонального ентерального харчування згідно з запропонованою схемою застосування Ентерол 250. На момент виписки стан пацієнта повністю скомпенсований, що підтверджено даними об'єктивного огляду, лабораторних обстежень, показами УЗД дослідження.

Приклад 2. Хвора Ч., 69 років поступила у х/в 11.12.01р. з гострим інтенсивним больовим синдромом, профузним блюванням до 10р., АТ 150/90мм рт.ст, пульс 102, частота дихання 18. З анамнезу відомо, що неодноразово відмічала інтенсивний больовий синдром з локалізацією у епігастральній ділянці та попереку, тривалість приступу до моменту госпіталізації - 3 доби. На момент поступлення лейкоцитоз $10.8 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобін 138г/л, діастаза сечі 4096Од, заг. білок 77, білірубін 51.24, цукор крові ммоль/л, сечовина,

креатинін.

Дані УЗД огляду: головка підш. 31, тіло 22, хвіст не візуалізується, наявність рідини в сальниковій сумці, значний набряк та деструкція клітковини позаочеревинного простору. Жовчевий міхур 92 x 29, округлої форми із стінкою 6.3мм Термін лікування в хірургічному відділенні становив 79 діб. За цей період проведено 5 оперативних втручань. Перше оперативне втручання на 8 добу, починаючи з 10 доби проведено інтенсивний курс консервативної терапії та раціонального ентерального харчування згідно з наведеною схемою примінення Ентерол 250. На момент виписки стан пацієнтки скомпенсований, що підтверджено даними об'єктивного огляду, лабораторних обстежень, показами УЗД дослідження.

Джерела інформації:

1. Mayer K.L., Ho H.S., Frey C.F. Repetytorium z chirurgii ogoinej. Current. Ostre zapalenie trustki // Medycyna practyczna - chirurgia. - 2000. - N.6. - S. 1 - 11.
2. Ho H.S., Frey C.F. The role of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis. Arch Surg 1997; 132: 487 - 93.
3. Uhl W., Isenmann R., Buchler M. Infections complication pancreatitis: diagnosing, treating, preventing. New Horiz 1998; 6 (Suppl 2): 72 - 9.