

Descriere:

Invenția propusă se referă la medicină, în special la chirurgie.

Este cunoscută metoda de profilaxie a complicațiilor postoperatorii la intervențiile chirurgicale proctologice planificate, propusă de Roney și Smidt, care constă în administrarea per oral a 6-8 g de sulfataladină în 24 de ore timp de 3 zile [1].

De asemenea este cunoscută metoda propusă de Reifferscheid, care presupune administrarea teleudronului cu 5 zile înainte de intervenția chirurgicală per oral câte 4 g la fiecare 6 ore. Cu 3 zile până la intervenția chirurgicală planică, paralel cu tratamentul indicat, bolnavului i se administrează la fiecare 6 ore câte 250 000 - 270 000 unități de nistatină, iar cu o zi până la operație se administrează câte 1 g de neomicină de 4 ori la fiecare 6 ore. În procesul de pregătire preoperatorie se efectuează purgarea mecanică a intestinului [2].

Metodele propuse au următoarele dezavantaje. Medicamentele folosite pentru pregătirea preoperatorie sunt ototoxice și nefrotoxice. Administrarea lor provoacă distrugerea rapidă a lactobacililor și bacteroizilor care, la rândul lor, au funcția de menținere a echilibrului din primele luni ale vieții și de suprimare a microflorei patogene. Dispariția bacteriilor primare ale intestinului conduce la pătrunderea sau substituirea acestora prin bacterii și microspori patologici în intestinul gros, mai ales în rect, intestinul subțire și chiar în stomac, provocând apariția disbacteriozelor și a enterocolitei postoperatorii. Folosirea antibioticelor în pregătirea preoperatorie ar putea crea condiții pentru supraviețuirea celulelor cancerigene și împlântarea lor ulterioară în zona anastomozei.

Mai este cunoscută metoda de profilaxie a complicațiilor postoperatorii la intervențiile chirurgicale proctologice planificate, care presupune pregătirea preliminară și nemijlocită. Pregătirea preliminară are ca scop profilaxia intoxicației cauzate de coprostază și combaterea acesteia, care include tratamentul conservator: dietă, masajul abdomenului, exerciții curativ-fizice, purgative, clisme înalte și evacuatoare, colostomii, precum și ameliorarea stării generale a organismului și corecția efectelor secundare, indicând dietă, transfuzii, perfuzia plasmei și a soluțiilor electrolitice, vitaminoterapie, colibacterin. Durata de pregătire este variabilă - de la 20 de zile până la 6 luni în funcție de gravitatea procesului patologic. Pregătirea nemijlocită începe cu 2-3 zile înainte de intervenția chirurgicală și constă în eliberarea intestinului de masele fecale și sterilizarea rapidă a intestinului în segmentele distale prin indicarea dietei acidofile, purgarea mecanică a intestinului cu ajutorul clismelor de 2 ori pe zi și administrarea locală a antibioticelor de tip neomicină în conformitate cu vârsta. Cu o zi înainte de intervenția chirurgicală în ultima porție a soluției pentru clismă se adaugă 600 000-

1000 000 unități de micerină și se efectuează irigarea cavității intestinale cu soluția dată. În ziua intervenției chirurgicale, cu 3-4 ore înainte, se efectuează clismă cu 50-150 ml de soluție, adăugând aceleași doze de neomicină [3].

Metoda descrisă are următoarele dezavantaje: insuficiența purgării mecanice a intestinului cu ajutorul clismelor, suprimarea microflorei autohtone de protecție, diminuarea imunității locale, care la rândul ei provoacă disbacterioza, declanșarea complicațiilor postoperatorii de tipul enterocolitei.

Problema pe care o rezolvă prezenta invenție este normalizarea biocenozei intestinului, eliberarea mai eficace a reziduurilor din colon.

Metoda conform invenției înlătură dezavantajele menționate prin aceea că se efectuează pregătirea preliminară a bolnavului, care include dietoterapia, purgarea mecanică a intestinului, corecția efectelor secundare, administrarea eubioticelelor și pregătirea nemijlocită timp de 7-8 zile, care include administrarea per oral a eubiotinei în primele 3-4 zile câte 25-30 ml de 3-4 ori pe zi, cu 1 oră înainte de masă, iar în următoarele 2-3 zile de 2-3 ori pe zi se efectuează purgarea mecanică a intestinului, însoțită de irigarea cu 200-250 ml de soluție de eubiotină pentru o singură clismă până la eliminarea soluției curate. Înainte de intervenția chirurgicală, pe masa de operații se practică lavajul intestinului gros cu 200-250 ml de soluție de eubiotină, după care se introduc 50-80 ml de eubiotină și începe operația. La sfârșitul intervenției chirurgicale se aplică tubul pentru evacuarea conținutului intestinal, care este izolat cu meșe îmbibate cu eubiotină. Din ziua a doua după intervenția chirurgicală bolnavului i se administrează per oral câte 25-50 ml de eubiotină de 3-4 ori pe zi timp de 3-5 zile.

Administrând eubiotina, se schimbă pH-ul gastrointestinal spre acidoză, ultima avantajând dezvoltarea microflorei normale, crearea biocenozei favorabile pentru dezvoltarea lactobacililor și bifidobacteriilor autohtone. În același timp pH-ul acid acționează nefavorabil asupra florei condițional patogene și patogene. O mare parte din lactobacili, din care este compusă eubiotina, este distrusă la nivelul stomacului și duodenului. Restul, parcurgând tractul gastrointestinal, se fixează pe stratul mucos al intestinului subțire. Introducând eubiotina rectal, nemijlocit în zona intervenției chirurgicale, lactobacilii care intră în componența eubiotinei se lipesc de stratul mucos al intestinului gros, reducând procesele inflamatoare locale și stimulând factorii de protecție. Administrarea paralel a eubiotinei per oral și rectal conduce la creșterea răspunsului imunologic local, iar folosirea nemijlocită a 50-80 ml de eubiotină pe masa de operație conduce la nimicirea florei condițional patogene și patogene, având efect benefic postoperatoriu, prevenind apariția complicațiilor septice de tipul peritonitei. Diluarea a 40-80 ml de eubiotină cu 150-200 ml de apă sau ser fiziologic într-o singură clismă este suficientă pentru a atinge efectul scontat, în plus introducerea a 200-250 ml de soluție în intestin nu produce disconfort și dilatarea intestinului gros și este fiziologică, provocând evacuarea prin reflex a soluției din intestin. Ca rezultat al tratamentului descris este păstrată microflora inițială autohtonă a intestinului și paralel este suprimate flora patogenă, care ar putea conduce la inflamarea anastomozei sau la enterocolită postoperatorie.

Rezultatul tehnic al metodei propuse constă în suprimarea microflorei condițional patogene și patogene, precum și stimularea imunității locale.

Metoda se aplică în modul următor. După stabilirea diagnosticului clinic pregătirea pacientului pentru intervenție chirurgicală începe în condiții de policlinică, care constă în pregătirea preliminară și nemijlocită. Pregătirea preliminară include: dietă, masaj abdominal, exerciții curativ-fizice, clisme înalte și evacuatoare, ameliorarea stării generale a organismului și lichidarea efectelor secundare, administrarea eubiotinei sau a unui alt eubiotic. Pregătirea nemijlocită începe cu 7-8 zile înainte de intervenția chirurgicală. Aceasta include, la rândul ei, administrarea per oral a eubiotinei câte 25-50 ml de 3-4 ori pe zi cu 1 oră înainte de masă timp de 3-4 zile. În următoarele 3-4 zile până la operație de 2-3 ori pe zi se efectuează irigarea intestinului gros cu soluție de eubiotină, folosind proporția de 40-80 ml de eubiotină cu 150-200 ml de apă caldă pentru o clismă. Irigarea se face până la soluție curată. Nemijlocit înainte de intervenția chirurgicală, pe masa de operație prin rectoscop se introduc 200-250 ml de soluție de eubiotină, iar după evacuarea din intestin a conținutului se introduce o doză de 50-80 ml de eubiotină, care rămâne înăuntru. La sfârșitul intervenției chirurgicale se aplică tubul pentru evacuarea conținutului intestinal. Tubul este izolat cu meșe îmbibate cu eubiotină. Începând cu ziua a doua după operație, pacientului i se administrează per oral câte 25-50 ml de eubiotină de 3-4 ori pe zi timp de 3-5 zile.

Exemplu. Pacientul V., anul nașterii 1990, fișa de observație nr. 1780, cu diagnosticul: Boala Hirschsprung (aganglioniectomie rectală), colostomă cronică decompensată, megadilatare secundară, intoxicație fecaloidă, disbioză intestinală de gradele III-IV.

Diagnosticul a fost confirmat radiologic și prin alte examinări (biochimică și neurofiziologică). A fost prescris tratament antibacterian, pregătirea preoperatorie a intestinului gros după schema propusă (începutul tratamentului în prealabil de la 10.03.1997, pregătirea preoperatorie nemijlocită cu eubiotină, la 17.03.1997 s-a efectuat analiza repetată a biocenozei intestinale (disbioza a fost lichidată). La 17.03.1997 s-a efectuat intervenția chirurgicală: laparotomia transrectală stângă. Rezecția colonului pe stânga cu aplicarea anastomozei colorectale după Swenson-Pelersen. Perioada postoperatorie a evoluat fără complicații. Pe data de 31.03.1997 au fost înlăturate ațele.

Metoda enunțată a fost aplicată la 24 de copii. Au fost studiați indicii cantitativi ai microflorei intestinului până la începutul pregătirii preoperatorii preliminare și după tratamentul cu eubiotină. Datele sunt prezentate în tabelul 1. Pentru comparație a fost folosit un lot de 21 de copii, la care pregătirea intestinului pentru intervenția chirurgicală proctologică a fost efectuată aplicând metoda-analog, care este cea mai apropiată de soluția propusă. Datele sunt prezentate în tabelul 2. Controlul datelor cantitative ale microflorei intestinului a fost stabilit în baza investigației a 20 de copii practic sănătoși. Datele sunt prezentate în tabelul 3.

Tabelul 1

Dinamica biocenozei intestinului gros la copiii bolnavi de sindromul colostazei cronice înainte de pregătirea preoperatorie și după tratamentul cu eubiotină

Factorii microbieni ai biocenozei	Indicii cantitativi (lg)		
	până la pregătirea preoperatorie $M\pm m$	după tratamentul cu eubiotină $M\pm m$	p
1. Flora autohtonă			
a) bifidoflora	4,8±0,51	7,1±0,63	0,001
b) lactobacilii	3,21±0,87	8,71±0,44	0,001
c) bacilul intestinal cu activitate fermentativă normală	5,3±0,64	6,8±0,70	0,05
2. Flora facultativ patogenă (<i>Staphylococcus</i> , <i>Streptococcus</i> , <i>Proteus</i> , <i>Clebsiella</i> , <i>Clostridium</i> etc.)	5,8±0,29	4,2±0,52	0,001

Tabelul 2

Dinamica biocenozei intestinului gros la copiii bolnavi de sindromul colostazei cronice până la și după tratamentul indicat folosind metoda-analog

Factorii microbieni ai biocenozei	Indicii cantitativi (lg)		
	până la pregătirea în prealabil $M\pm m$	după tratament, folosind metoda-analog $M\pm m$	p
1. Flora autohtonă			
a) bifidoflora	4,9±0,41	3,8±0,24	0,05
b) lactobacilii	5,21±0,53	4,31±0,34	0,05
c) bacilul intestinal cu activitate fermentativă normală	4,69±0,37	5,3±0,37	0,05
2. Flora facultativ patogenă (<i>Staphylococcus</i> , <i>Streptococcus</i> , <i>Proteus</i> , <i>Clebsiella</i> , <i>Clostridium</i> etc.)	5,4±0,29	6,1±0,24	0,05

Tabelul 3

Dinamica biocenozei intestinului gros la copiii practic sănătoși

Factorii microbieni ai biocenozei	Indicii cantitativi $M\pm m$ (lg)
1. Flora autohtonă	
a) bifidoflora	8,96±0,36
b) lactobacilii	6,34±0,22
c) bacilul intestinal cu activitate fermentativă normală	6,84±0,46
2. Flora facultativ patogenă (<i>Staphylococcus</i> , <i>Streptococcus</i> , <i>Proteus</i> , <i>Clebsiella</i> , <i>Clostridium</i> etc.)	2,5±0,4

Aplicarea metodei enunțate a permis ameliorarea considerabilă a indicilor biocenozei intestinului gros, apropiindu-i practic de indicii normali.