



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **87890** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2013 10063</p> <p>(22) Дата подання заявки: 13.08.2013</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.02.2014</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.02.2014, Бюл.№ 4</p>	<p>(72) Винахідник(и): Саволюк Сергій Іванович (UA), Годлевський Аркадій Іванович (UA), Томашевський Ярослав Віталійович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
---	---

(54) СПОСІБ ПОКРАЩЕННЯ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

(57) Реферат:

Спосіб покращення віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ускладненими формами гострого холецистити передбачає використання препарату "Антраль", починаючи з 7 післяопераційної доби з дози 400 мг на добу впродовж 8-14 доби, в дозі 300 мг на добу впродовж 15-21 доби, в дозі 200 мг на добу впродовж 22-28 доби, в дозі 100 мг на добу впродовж 29-35 доби в поєднанні з проєкційним впливом па печінку сеансів локальної магнітотерапії впродовж 8-14 доби на протязі 10 хвилин, впродовж 14-21 доби 15 хвилин, впродовж 21-35 доби 20 хвилин.

UA 87890 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів покращення віддалених результатів комплексного хірургічного лікування хворих з доброякісною гепатобіліарною патологією взагалі та хворих з ускладненими формами гострого холециститу зокрема, забезпечуючи досягнення швидких термінів клініко-лабораторного одужання, підвищення показників якості життя оперованих хворих, прискорення темпів медико-соціальної реабілітації. Може бути використана як основна технологія ефективного досягнення оптимальної якості післяопераційної реабілітації оперованих хворих з приводу доброякісної патології гепатобіліарної зони, зокрема хворих з гострим холециститом та його ускладненнями, досягнення зростання показників якості життя в віддалені післяопераційні терміни, профілактиючи виникнення рецидивів та ускладнень основної патології, ефективно впливаючи на системні метаболічні процеси, функціональний статус печінки, відновлюючи та прискорюючи відновлення морфофункціонального та структурно-метаболічного стану печінки, коригуючи порушення реологічних властивостей жовчі, змінюючи її фізико-хімічний склад та зменшуючи ступінь її літогенних властивостей.

Розглядаючи зростання показників захворюваності жовчнокам'яної хвороби в контексті глобального поширення метаболічного синдрому, в поєднанні з ішемічною хворобою серця, гіпертонічною хворобою, аліментарним ожирінням, цукровим діабетом, які, взаємно обтяжують та впливають на виникнення, перебіг та розвиток ускладнень для кожної окремої патології, стає зрозумілим чисельні намагання науковців впливати на покращення результатів хірургічного лікування хворих з гострим холециститом та його ускладненнями, в особливості на віддалені наслідки, що є визначальним та фінальним результатом комплексних лікувальних стратегій та хірургічної тактики, визначаючи їх оптимальні варіанти та концепції (Мамчич В.И., Головин А.В., Накашидзе М.Д., Параций З.З. Проблемы клиники, диагностики и лечения минихолелитиаза // Матеріали наукового конгресу "IV Міжнародні Пироговські Читання", присвячений 200 річчю М.І. Пирогова, XXII з'їзду хірургів України. - Вінниця, 2010. - Т. 2. - С. 29-30).

Якщо розвиток печінкової недостатності та гнійно-септичні ускладнення визначають перебіг та наслідки лікування в ранній післяопераційний період, то якість життя та тривалість реабілітації оперованих хворих є визначальними в оцінці віддалених наслідків хірургічної корекції, і питання їх підвищення в віддаленому післяопераційному періоді залишаються далекими від остаточного вирішення (Маев И.В., Вьючнова Е.С, Лебедева Е.Г. Коррекция проявлений холестаза у больных с калькулезным холециститом, перенесших холецистэктомию // Практикующий врач. 2006. - № 1. С. 29-34). Якість життя визначається виливом ускладнень віддаленого післяопераційного періоду, що обумовлюють незадовільність комплексного лікування, впливаючи на тривалість етапів медико-соціальної реабілітації, на первинну та накопичену інвалідність. Ці ускладнення пов'язані з неоднозначним впливом різних методів та тактики хірургічного лікування на функції органів гепатобіліарної системи при їх експертній оцінці (Мамчич В.И., Накашидзе М.Д., Параций З.З., Головин А.В. Диагностика и лечение атипичного и асимптомного холедохолитиаза Матеріали наукового конгресу "IV Міжнародні Пироговські Читання", присвячений 200-річчю М.І. Пирогова. XXII з'їзду хірургів України. - Вінниця, 2010. - Т. 2. - С. 28). Тривалий перебіг ускладненої біліарної патології призводить до розвитку фіброзу печінкової паренхіми (в 30 %). У 29,2 % хворих діагностують другорядні біліарні ураження печінки: з них у 26,1 % має місце вторинний гепатит, у 3,1 % - цироз печінки (Литвиненко О.М., Лукеча І.І. Використання поляризаційної мікроскопії протокової жовчі в діагностиці мікрохоледохолітиазу у хворих із різними формами прояву жовчнокам'яної хвороби // Хірургія України. 2008. - № 4(1). - С. 156-158; Литвиненко О.М., Лукеча І.І. Мікрохоледохолітиаз як одна з причин виникнення ускладнень жовчнокам'яної хвороби // Клінічна хірургія 2007. - № 2 3. - С. 75-76).

Для розв'язання цих питань необхідно визначати результати віддаленого впливу окремих хірургічних методів на якість життя оперованих пацієнтів (Лоранская И.Д., Вишневская В.В. Изучение моторной функции желчевыделительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта // Русский медицинский журнал. 2005. - Т. 7, № 1. - С. 1 7). Необхідно здійснювати науковий пошук медикаментозного впливу на літогенність жовчі в ранньому післяопераційному періоді, що створить передумови до превентивного лікування та ефективної профілактики цілої низки ускладнень віддаленого післяопераційного періоду (Межаков С.В., Кузьменко А.Е., Дудин А.М., Хацко В.В., Греджев Ф.А. Биохимический состав желчи у больных с постхолецистэктомическим синдромом // Харківська хірургічна школа. 2009. - № 4.1 (36). - С. 251-252; Хацко В.В., Дудин А.М., Епифанцев В.А., Хрипкова Е.В. Динамическая межфазная тензиометрия желчи у больных с обтурационной желтухой и холангитом желчнокаменного генеза // Матеріали наукового конгресу "IV Міжнародні Пироговські Читання", присвячений 200-річчю М.І. Пирогова, XXII з'їзду хірургів України. - Вінниця, 2010. - Т. 2. - С. 211)

(холестатичний гепатит, біліарний цироз печінки, рецидивуючий холангіт, рецидив холедохолітазу, папіліт, папілостеноз) (Стенозуючий папіліт як хірургічна проблема / М.Ю. Ничитайло, Н.В. Огороднік, І.В. Гомоляко та співавт. // Шпитальна хірургія. 2010. - № 3. - С. 28-33). Розроблений на цій основі обґрунтований комплекс реабілітаційних технологій буде сприяти підвищенню показників якості життя оперованих хворих та покращенню віддалених наслідків хірургічного лікування (Успенский Ю.П., Мехтиев С.Н. Клиническое значение нарушенной реологии желчи и холестаза у больных с гепатобилиарной патологией. Общий подход к фармакотерапии // Сучасна гастроентерологія. 2004. - № 6. - С. 71-78).

Дотепер залишаються незрозумілими механізми індукції пошкодження гепатоцитів та паренхіми печінки та ранньої ініціації в ній фіброзних процесів за умови ускладненого перебігу біліарної патології. Це стимулює науковців до розробки методів діагностики глибини морфофункціональних змін та порушень, структурно-метаболічної організації печінки для об'єктивної оцінки ступеню її компенсаторних резервів на основі спостереження критичних метаболічних процесів (Дюспаталин при физикохимической стадии желчнокаменной болезни / В. Максимов, С. Бунтин, С. Каратаев и др. // Врач. - 2003. - № 5. - С. 47-49).

В основу корисної моделі "Спосіб покращення віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ускладненими формами гострого холециститу" поставлена задача шляхом використання препарату комплексної дії в комбінації з локальним фізіотерапевтичним проєкційним впливом на печінку здійснити післяопераційне відновлення морфофункціонального та структурно-метаболічного стану печінки для прискорення термінів клініко-лабораторної та медико-соціальної реабілітації хворих з ускладненими формами гострого холециститу для покращення показників якості життя та віддалених результатів.

Поставлена задача вирішується способом покращення віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ускладненими формами гострого холециститу, який передбачає використання препарату "Антраль", починаючи з 7 післяопераційної доби з дози 400 мг на добу впродовж 8-14 доби, в дозі 300 мг на добу впродовж 15-21 доби, в дозі 200 мг на добу впродовж 22-28 доби, в дозі 100 мг на добу впродовж 29-35 доби в поєднанні з проєкційним впливом на печінку сеансів локальної магнітотерапії впродовж 8-14 доби на протязі 10 хвилин, впродовж 14-21 доби 15 хвилин, впродовж 21-35 доби 20 хвилин.

Спосіб покращення віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ускладненими формами гострого холециститу здійснюють наступним чином: з 7 доби після операції з приводу ускладненого гострого холециститу хворому призначають препарат "Антраль" 100 мг (виробник: Фармак, Україна) по 2 таблетки 2 рази на добу впродовж 8-14 післяопераційної доби в поєднанні з сеансом локальної магнітотерапії апаратом "Магофон-01" на проєкцію печінки в правій підреберній області, що створює поєднання перемінною магнітного поля та широкосмугового віброакустичного сигналу з амплітудним значенням магнітної індукції на робочій поверхні 30 мТл, частотою звукового діапазону 0,5 кГц впродовж 10 хвилин 1 раз на добу, з 15-21 доби в дозі 300 мг (зранку 200 мг, ввечері 100 мг) в поєднанні з сеансом магнітотерапії впродовж 15 хвилин, з 22-28 доби в дозі 200 мг 1 раз на добу з сеансом магнітотерапії впродовж 20 хвилин, з 29-35 доби в дозі 100 мг 1 раз на добу з сеансом магнітотерапії впродовж 20 хвилин.

Клінічний приклад: Хвора Р., 1952 р. н., історія хвороби № 1413, госпіталізована в ургентну клініку кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова МОЗ України 16.03.2013 р., з клінікою жовчнокам'яної хвороби, гострого калькульозного холециститу. Під час ультрасонографічного дослідження верифіковано емпієму жовчного міхура з ознакою підпечінкового абсцесу (в підпечінковому просторі наявна вільна рідина). Лабораторно-біохімічні дані засвідчили ознаки гострого деструктивного холециститу з проявами ендогенної токсемії та ознаками субкомпенсованої гострої печінкової недостатності (загальний білірубін 86 мкмоль/л). Хворій розпочата передопераційна підготовка впродовж перших 12 годин після госпіталізації в хірургічну клініку. Хворій виконана відкрита (лапаротомна) холецистектомія від шийки з дренажуванням підпечінкового простору. Контроль ефективності періопераційної консервативної терапії здійснювався на основі моніторингу маркерів системного запалення, ендогенної токсемії, функціонального стану печінки на основі реєстрації маркерів мітохондріальної дисфункції гепатоцитів, антиоксидантного дисбалансу (маркери мембрано-деструктивного процесу) та цитопатичної гіпоксії для оцінки періопераційного протективного впливу на морфофункціональних та структурно-метаболічний стан печінки. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, рана загоїлася первинним натягом. Хвора на 8 післяопераційну добу виписана в задовільному стані в поліклініку за місцем проживання для продовження амбулаторного лікування під спостереження хірурга, згідно з розробленим способом, а саме: хворій призначено препарат "Антраль" 100 мг (виробник: Фармак, Україна) по

2 таблетки 2 рази на добу впродовж 8-14 післяопераційної доби в поєднанні з сеансом локальної магнітотерапії апаратом "Магофон-01" на проекцію печінки в правій підреберній області, що створює поєднання перемінного магнітного поля та широкосмугового віброакустичного сигналу з амплітудним значенням магнітної індукції на робочій поверхні 30 мТл, частотою звукового діапазону 0,5 кГц впродовж 10 хвилин 1 раз на добу, з 15-21 доби в дозі 300 мг (зранку 200 мг, ввечері 100 мг) в поєднанні з сеансом магнітотерапії впродовж 15 хвилин, з 22-28 доби в дозі 200 мг 1 раз на добу з сеансом магнітотерапії впродовж 20 хвилин, з 29-35 доби в дозі 100 мг 1 раз на добу з сеансом магнітотерапії впродовж 20 хвилин. Динаміка метаболічних маркерів та показників якості життя констатували ефективність запропонованого реабілітаційного комплексу.

Запропонована корисна модель дозволяє здійснювати ефективну корекцію післяопераційних порушень функціонального стану печінки, в основі яких лежить складний каскадний механізм причинних та наслідкових базових метаболічних порушень, що забезпечує досягнення оптимальних термінів клініко-лабораторного одужання, пришвидшення темпів післяопераційної та медико-соціальної реабілітації, профілактику можливих рецидив доброякісної біліарної патології, впливаючи на показники функції печінки через відновлення звичних реологічних та фізико-хімічних властивостей жовчі, що сприяє достовірному зростанню показників якості життя оперованих пацієнтів, відповідальних за результати віддалених наслідків хірургічного лікування.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб покращення віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ускладненими формами гострого холециститу, який **відрізняється** тим, що передбачає використання препарату "Антраль", починаючи з 7 післяопераційної доби з дози 400 мг на добу впродовж 8-14 доби, в дозі 300 мг на добу впродовж 15-21 доби, в дозі 200 мг на добу впродовж 22-28 доби, в дозі 100 мг на добу впродовж 29-35 доби в поєднанні з проекційним впливом па печінку сеансів локальної магнітотерапії впродовж 8-14 доби на протязі 10 хвилин, впродовж 14-21 доби 15 хвилин, впродовж 21-35 доби 20 хвилин.

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601