



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 7157

(13) U

(51) 7 A61K31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) 20040907779

(22) 24.09.2004

(24) 15.06.2005

(46) 15.06.2005, Бюл. № 6, 2005 р.

(72) Годлевський Аркадій Іванович, Каніковський Олег
Євгенович, Саволюк Сергій Іванович(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА(57) Спосіб консервативного лікування гострого панкре-
атиту, що передбачає введення судинних (нікотинава
кислота), реологічно активних препаратів (трентал,реополіглокін, гепарін), який відрізняється тим, що
після поетапного внутрішньом'язового введення 5мл
1% розчину нікотинавої кислоти, внутрішньовенної
інфузії 200мл реополіглокіну, 5мл 2% розчину трента-
лу, 10тис ОД гепарину, проводять внутрішньовенну
інфузію 3000Д 12мл берлітіону із одночасним застосу-
ванням внутрішньотампінного електрофорезу із розта-
шуванням пасивного електрода на передній черевній
стінці та активного електрода на задній поверхні спини
на проекцію підшлункової залози.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способу консервативного лікування гострого панкреатиту. Може бути використана як в комплексі ініціальної базисної консервативної терапії гострого панкреатиту, так і в післяопераційному періоді для ліквідації порушень інтраорганного кровообігу та гемокоагуляції підшлункової залози, для підвищення ефективності традиційної парентеральної антибактерійної терапії.

В патогенетичній основі гострого панкреатиту лежать синергічно діючі фактори: аутоSENSИБІЛІЗАЦІЯ тканинними антигенами, порушення інтраорганного кровообігу, зміна зсідального потенціалу крові. Порушення мікроциркуляції призводить до гіпоксії панкреатоцитів і їх асептичного некрозу. При порушенні мікроциркуляції в підшлунковій залозі в'язкість крові збільшується в 2,5 рази, що сприяє агрегації формених елементів і посилює мікротромбоз та фіксацію циркулюючих імунних комплексів із їх цитопатичною дією на ендотелій та судинну проникність, насамперед, в дрібних внутрішньорганних судинах, що підтверджується результатами дослідження секційного матеріалу. Саме порушення гемокоагуляції та мікроциркуляції зумовлюють прогресування панкреатичного та перипанкреатичного некрозу та інфікування його вогнищ внаслідок пошкодження мікроциркуляції кишечника та транслокації мікроорганізмів [Жураалева Ю.І. Патогенез гострого біліарного панкреатиту // Клінічна хірургія. - 2000. - №7 - С.49-51.; Шалимов С.А., Радзиховський А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения // Киев: Наукова Думка, 1990 - 272с., Kaska M., Pospisilova B., Slizova D. Pathomorphological changes in microcirculation of pancreas during experimental acute pancreatitis // Hepatogastroenterology. - 2000 - Vol.7, N.3. - P.253-264; Hotz

Hotz H.G., Foitzik T., Rohweder J. Intestinal microcirculation and gut permeability in acute pancreatitis: early changes and therapeutic implications // J. Gastrointest Surg. - 1998. - Vol.2, N.6 - P.518-525]

Саме тому, в комплексній ініціальній базисній консервативній терапії гострого панкреатиту застосовують медикаментозні засоби (реополіглокін, гепарин, фраксіпарин, клексан) та лікувальні міроприєма (внутрішньотампінний електрофорез) по відновленню регіонарної гемодинаміки та гемокоагуляції, інтраорганного кровообігу та мікроциркуляції для розблокування гематогенного шляху транспорту лікарських препаратів (в першу чергу, антибіотиків) в тканину підшлункової залози [Костюк Г.Я., Заблоцкий Ю.В. Спосіб хірургического лечения острого панкреатита // Тезиси докладов Всесоюзной конференции "Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы". - Киев, 1988 - С.35-36.; Іфтодій А.Г., Гребенюк В.І., Рева В.Б., Гродецький В.К. Вплив електричного поля постійного струму на локальний кровообіг у підшлунковій залозі // Клінічна хірургія - 2003. - №1 - С.20-21.; Земсков В.С., Крючина Е.А., Ковальська І.А. Порушення гемокоагуляції при деструктивному панкреатиті: роль в патогенезі та шляхи корекції // Клінічна хірургія - 2001. - №7. - С.32-35.]

Однак, наведений спосіб ліквідації порушень інтраорганного кровообігу, гемокоагуляції та мікроциркуляції не визначається особливою ефективністю, спрямовуючи однонаправлений ефект на інтраорганний кровообіг та гемокоагуляцію, що не створює відповідних умов для розблокування гематогенного транспорту медикаментозних засобів (в першу чергу, антибактерійних препаратів) до тканини підшлункової залози та клітковини заочеревинного простору.

В основу корисної моделі "Спосіб консервативного

(13) U

(11) 7157

(19) UA

лікування гострого панкреатиту¹ поставлене завдання шляхом поетапного застосування судинного (нікотинової кислоти) та реологічно активних препаратів (трентал, реополіглокін, гепарін) і берлітіону в одночасній комбінації з внутрішньотканинним електрофорезом на проекцію підшлункової залози досягти відновлення інтраорганного кровоплину та регіонарної гемодинаміки, загального та регіонарного гемокоагуляційного потенціалу, ліквідації мікроциркуляторних порушень, розблокування гематогенного шляху транспорту антибактерійних препаратів в тканину підшлункової залози при їх системному парентеральному застосуванні і, таким чином, попередження інфікування асептичних вогнищ запальної деструкції підшлункової залози та клітковини заочеревинного простору

Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає введення лікарських засобів, згідно з корисною моделлю після поетапного внутрішньом'язового введення 5мл 1% розчину нікотинової кислоти, внутрішньом'язової інфузії 200мл реополіглокіну, 5мл 2% розчину тренталу, 10тис. ОД гепарину, проводять внутрішньом'язову інфузію 300ОД 12мл берлітіону із одночасним застосуванням внутрішньотканинного електрофорезу із розташуванням пасивного електроду на передній черевній стінці та активного електроду на задній поверхні спини на проекцію підшлункової залози.

Спосіб здійснюється наступним чином поетапно вводять внутрішньом'язово 5мл 1% розчину нікотинової кислоти, внутрішньом'язово вводять 200мл реополіглокіну, 5мл 2% розчину тренталу, 10тис. ОД гепарину, після чого проводять внутрішньом'язову інфузію 300ОД 12мл берлітіону, розведеного в 200мл 0,9% розчину хлористого натрію, із швидкістю 40 крапель на хвилину. Після введення половинної дози берлітіону приєднується вплив електричного поля постійного струму за допомогою внутрішньотканинного електрофорезу із щільністю струму 0,1-0,15мА/см² за допомогою гальванічного апарату "Поток-1" із тривалістю процедури 45 хвилин, завершуючи до цього часу інфузію препарату, 1 раз на добу протягом 7-10 діб. Вологі гідрофільні прокладки з пластинами електродів накладали на передню черевну стінку (пасивний електрод) та задню поверхню спини (активний електрод) в ділянці проекції підшлункової залози, площа електродних прокладок становила 250см².

Клінічний приклад. Хвора Н., 84 років, ІХ. №3194, знаходилася в клініці факультетської хірургії Вінницького Національного медичного університету ім.М.І.Пирогова, що розміщена на базі міського центру хірургії печінки, позапечінкових жовчних шляхів та підшлункової залози, з 2.04 04 по 14.04 04 з клінічним діагнозом: ЖКХ: гострий калькульозний холецистит, гострий біліарний асептичний некротичний панкреатит, ІХС:

атеросклеротичний кардіосклероз, СН2 Аст., миготлива аритмія тахісistolічна форма постійний варіант, гіпертонічна хвороба 2 стадія, аліментарно-конституціональне ожиріння 2ст. Хворій після відповідного клініко-інструментального обстеження, що дозволило верифікувати клінічний діагноз була розпочата комплексна ініціальна базисна консервативна терапія із застосуванням з 1 дня стаціонарного лікування запропонованого комплексу внутрішньом'язового введення 5мл 1% розчину нікотинової кислоти, внутрішньом'язової інфузії реополіглокіну 200мл, розчину 2% тренталу 10мл, 10тис. ОД гепарину, після чого виконували внутрішньом'язову інфузію 300ОД 12мл берлітіону, розведеного в 200мл 0,9% розчину хлористого натрію із швидкістю 40 крапель на хвилину. Після внутрішньом'язового введення половинної дози берлітіону приєднували вплив електричного поля постійного струму за методикою внутрішньотканинного електрофорезу із щільністю струму 0,1-0,15мА/см² за допомогою гальванічного апарату "Поток-1" із тривалістю процедури 45 хвилин, завершуючи до цього часу інфузію препарату із розташуванням вологих гідрофільних прокладок з пластинами електродів на передній черевній стінці та задній поверхні спини в ділянці проекції підшлункової залози, площа електродних прокладок становила 250см². Цей запропонований лікувальний комплекс проводився протягом 10 діб 1 раз на добу. На 5 добу клінічні та лабораторні ознаки гострого біліарного панкреатиту зникли. Ніяких ускладнень та реакцій при проведенні методики у хворої під час лікування не спостерігалось. Хворій на 7 добу з моменту госпіталізації була виконана лапароскопічна холецистектомія, хвора виписана у задовільному стані на 5 добу післяопераційного періоду

Запропонована корисна модель "Спосіб консервативного лікування гострого панкреатиту" дозволяє ліквідувати порушення інтраорганного кровоплину та регіонарної гемодинаміки, загального та регіонарного гемокоагуляційного потенціалу, негативні зміни мікроциркуляторного русла, розблокувати гематогенний шлях транспорту антибактерійних препаратів в тканину підшлункової залози при їх системному парентеральному застосуванні і, таким чином, попередити інфікування асептичних вогнищ запальної деструкції підшлункової залози та клітковини заочеревинного простору, що дозволяє підвищити ефективність традиційного комплексу консервативної терапії гострого панкреатиту, профілакувати пийні постнекротичні ускладнення, зменшити кількість повторних оперативних втручань з цього приводу, зменшити терміни загального та післяопераційного лікування, що має значний фармакоеконічний ефект в порівнянні із іншими відомими способами лікування гострого панкреатиту.