



УКРАЇНА

(19) UA (11) 57701 (13) U
(51) МПК
A61M 1/34 (2011.01)
A61M 1/36 (2011.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГЕМОКОАГУЛЯЦІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

1

(21) u201009700

(22) 03.08.2010

(24) 10.03.2011

(46) 10.03.2011, Бюл.№ 5, 2011 р.

(72) СТАРІКОВ АНАТОЛІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ,
БАРОНСЬКА ЛІЛІЯ ВАЛЕРІЇВНА, БУРНАЄВА СВИ-
ТЛАНА ВАЛЕНТИНІВНА, ПЕТРОВ АНДРІЙ КОС-
ТЯНТИНОВИЧ

2

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ГЕМА-
ТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ"

(57) Спосіб лікування хворих з гемокоагуляційними порушеннями шляхом проведення плазмаферезу з плазмовідновленням фізіологічним розчином хлориду натрію, який **відрізняється** тим, що після ексфузії 600 мл плазми, як плазмовідновлюючий розчин застосовують розчин Латрен у дозі 400 мл впродовж 120 хв.

Запропонований спосіб лікування хворих з гемокоагуляційними порушеннями відноситься до галузі медицини і може бути використаний в інтенсивній терапії хворих з синдромом ендогенної інтоксикації, що супроводжується зсувом гемостазіологічного потенціалу у бік гіперкоагуляції.

Відомо, що у комплексному лікуванні захворювань, що супроводжуються ендогенною інтоксикацією нерідко застосовують метод лікувального плазмаферезу. Використання еферентної детоксикації (плазмаферез, плазмосорбція, гемосорбція) виправдано при тяжкому перебігу токсикозу у фазі поліорганної недостатності і порушень детоксикаційних механізмів[1]. У цьому випадку, з метою плазмовідновлення використовують фізіологічний розчин хлориду натрію, нативну плазму, альбумін, тощо. Використання у якості плазмовідновника компонентів та препаратів крові може призвести до трансмісії вірусних хвороб [2]. Для корекції гіперкоагуляційних станів, що часто супроводжують синдром ендогенної інтоксикації, до комплексу інтенсивної детоксикаційної терапії включають антикоагулянти у великих дозах, що нерідко призводить до зворотнього ефекту і виникає загроза виникнення кровотеч [1].

Найближчим аналогом лікування хворих з гіперкоагуляційними порушеннями може бути застосування фізіологічного розчину хлориду натрію, декстрану, нативної плазми у якості плазмозамінника при проведенні плазмаферезу. Але ці розчини мають побічні дії, такі як зниження в'язкості крові, кровоточивість, трансмісія вірусних захворювань[2,3].

Завданням способу лікування хворих з гіперкоагуляційним синдромом є нормалізація системи гемостазу. Це досягається шляхом включення в програму плазмозамісної інфузійної терапії після проведення плазмаферезу розчину Латрен, який сприяє корекції показників системи зсідання крові.

Поставлене завдання досягається проведенням плазмаферезу з наступним плазмовідновленням розчином Латрен. Для цього використовують метод мембранного плазмаферезу на апараті «Гемофенікс» фірми «Солар», виробництва Росії.

Перед плазмаферезом та введенням Латрену проводять такі обстеження: вимірювання артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, ЕКГ, коагулограма, концентрації гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, вимірювання гематокриту, загального білку.

У хворого здійснюють венепункцію та ексфують із судинного русла 600 мл плазми. Еритроцити повертають до судинного русла хворого, а плазмозаміщення проводять розчином Латрен у дозі 400 мл, протягом 120 хв. Через 2-3 доби, в залежності від коагулологічних досліджень та гемодинамічних показників можлива повторна процедура. Приклад 1. Досліджено гемостазіологічний потенціал крові у 6-ти хворих з клінічним діагнозом: Гострий панкреатит, панкреонекроз, розповсюджений ферментативний перитоніт.

До проведення плазмаферезу, показники системи гемостазу були такі: фібриноген $6,0 \pm 2,1$ г/л, протромбіновий час $11 \pm 2,3$ с, активований парціальний тромбoplastиновий час (АПТЧ) $29 \pm 4,6$ с, Хагеман залежний фібриноліз $5,9 \pm 1,8$ хв, агрегаційна активність тромбоцитів до індуктору адено-

(13) U
(11) 57701
(19) UA

зину Діфосфат (АДФ) $35,6 \pm 2,2$ %. Після проведення плазмоексфузії 800 мл у ході плазмаферезу та плазмозаміщенням 400 мл фізіологічним розчином хлориду натрію показники системи гемостазу стали: фібриноген $5,2 \pm 2,1$ г/л, протромбіновий час $14,6 \pm 3,7$ с, АПТЧ $31,1 \pm 4,8$ с, Хагеман залежний фібриноліз $7,8 \pm 1,9$ хв, агрегаційна активність тромбоцитів до індуктору АДФ $32,4 \pm 3,0$ %.

Приклад 2. Досліджено гемостазіологічний потенціал крові у 4-х хворих з клінічним діагнозом: Гострий панкреатит, панкреонекроз, розповсюджений ферментативний перитоніт. У якості плазмозаміщення було застосовано розчин Латрен у дозі 400 мл, протягом 120 хв.

До проведення плазмаферезу показники системи гемостазу були такі: фібриноген $7,1 \pm 1,8$ г/л, протромбіновий час $10 \pm 2,2$ с, АПТЧ $30 \pm 5,2$ с, Хагеман залежний фібриноліз $6,1 \pm 1,9$ хв, агрегаційна активність тромбоцитів до індуктору АДФ $35,6 \pm 2,3$ %. Плазмозаміщення здійснювали інфузійним розчином Латрен у дозі 400 мл, протягом 120 хв. Після плазмозаміщення показники системи гемостазу стали: фібриноген $5,0 \pm 1,8$ г/л, протромбіновий час $14 \pm 3,2$ с, АПТЧ $35 \pm 4,3$ с, Хагеман залежний фібриноліз $9,2 \pm 2,3$ хв, агрегаційна активність тромбоцитів до індуктору АДФ $30,2 \pm 2,8$ %.

При застосуванні розчину Латрен у якості плазмозаміщення під час проведення плазмаферезу відмічено більш значне зниження концентрації фібриногену, подовження АПТЧ та зменшення агрегаційних властивостей

тромбоцитів до індуктору АДФ. Це свідчить про більш сприятливі умови для лікування гіперкоагуляційних станів у хворих з синдромом ендогенної інтоксикації за рахунок використання розчину Латрен у якості плазмозаміщення при проведенні плазмаферезу.

Джерела інформації:

1. Воинов В.А. Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез. Изд-е 4-е, переработанное и дополненное. - М.: Типография «Новости», 2006.- 304с.

2. Ройтман Е.В., Дементьева И.И. Гемореологические изменения в ответ на проведение плазмафереза// Тезисы докл. II Всероссийской конференции «Клиническая гемостазиология и гемореология в сердечно-сосудистой хирургии».- М., 2005.- С.279.

3. Бойко В.В., Хижняк А.А., Мушенко В.Е., Чикишева Ю.С. Дифференцированный выбор комплексной терапии септического шока у больных с деструктивным панкреатитом/ «Біль, знеболювання і інтенсивна терапія». - 2007, №1(д). - С. 8 - 9.