

Изобретение относится к медицине, в частности к гастроэнтерологии, и может быть использовано в стационарных и амбулаторных условиях.

Известен способ лечения хронического панкреатита (см. И.И. Дегтярева. Панкреатит. - К.: Здоровье, 1992) - прототип, включающий базисную терапию, т.е. ферменты, м-холинолитики, антациды, H₂-блокаторы гистамина в средней терапевтической дозе.

Недостаток прототипа заключается в том, что он не предусматривает индивидуально-ориентированный выбор лекарственных средств, что не позволяет применить адекватную терапию на ранних стадиях болезни, а также предотвратить ее затяжное течение и возможные осложнения.

Задача изобретения: подбор индивидуально-ориентированного лечения хронического панкреатита на основе неспецифической индивидуальной реактивности организма.

Для решения поставленной задачи авторами предложен способ индивидуально-ориентированного лечения хронического панкреатита, включающий базисную терапию и определение неспецифической индивидуальной реактивности организма перед началом лечения. Больным с гипозергией дополнительно к базисной терапии назначают стимуляторы неспецифической реактивности, а больным с гиперэргией - иммуносупрессивные препараты дополнительно к базисной терапии.

Определение неспецифической индивидуальной реактивности организма перед началом лечения хронического панкреатита обусловлено тем, что именно реактивность организма больного является ключевым звеном в варианте течения и исхода заболевания. Выделяют гипо-, нормо- и гипергические формы реактивности организма. Дифференцированное воздействие на реактивность конкретного больного хроническим панкреатитом дает возможность управлять течением воспалительного процесса, приводить его к условиям, обеспечивающим благоприятное разрешение с минимальными структурными последствиями для поджелудочной железы и организма в целом. Поэтому дополнительно к базисной терапии при гипозергии больному назначают стимуляторы неспецифической реактивности организма, например продегиозан, а при гиперэргии - иммуносупрессивные препараты, например ибупрофен.

Использование данного способа в медицинской практике позволяет осуществить индивидуально ориентированную терапию для достижения оптимального течения заболевания, а также дает возможность сократить срок лечения, увеличить продолжительность ремиссии.

Способ индивидуально-ориентированного лечения хронического панкреатита осуществляют следующим образом:

1. Перед началом лечения у каждого больного определяют индивидуальную неспецифическую реактивность организма по известной методике, например путем введения подкожно 0,2мл 0,005% раствора продигозана и определения среднего геометрического диаметра - (СГД) розеолы, после чего выделяют 3 группы больных:

- С гипозергией организма при величине СГД розеолы менее 50мм.

- С нормозергией организма при величине СГД розеолы, равной 50 - 70мм.

- С гиперэргией организма при величине СГД розеолы более 70мм.

2. Назначают базисную терапию, включающую ферментные препараты, м-холинолитики, антациды, витамины, H₂-блокаторы гистамина в средней терапевтической дозе.

3. Дополнительно к базисной терапии назначают при гипозергии стимуляторы неспецифической реактивности организма, например продигозан по 1мл 0,05% раствора внутримышечно один раз в 4 дня, курс лечения составляет 3 - 4 инъекции.

4. Дополнительно к базисной терапии назначают при гиперэргии организма иммуносупрессивные препараты, например, ибупрофен перорально по 0,2 × 3 раза в день в течение 14 дней.

В таблице представлены преимущества предложенного способа лечения по сравнению с известным.

Пример 1. Больная М., 56 лет. Диагноз: хронический панкреатит, рецидивирующая форма, средней тяжести с умеренным нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

При поступлении в стационар больная жаловалась на боли в верхней половине живота, боли проходили после приема анальгетиков. Другие жалобы: периодическая тошнота, вздутие живота, неустойчивый стул. При объективном обследовании со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Язык влажный и обложен у корня белым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье и эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Пульс - 72 удара в мин., АД - 130/80мм рт.ст.

Данные дополнительного обследования: общий анализ крови, белки и белковые фракции без патологии. Амилаза крови - 35,6гг/л, амилаза мочи - 180гг/л.

При исследовании копрограммы установлено увеличенное количество нейтрального жира, крахмала и умеренное количество клетчатки. Результаты эхоскопии поджелудочной железы: повышенная эхогенность, контуры уплотнения неровные.

По предложенному способу до лечения проведены исследования для определения индивидуальной неспецифической реактивности организма. Результаты этого исследования: средний геометрический диаметр (СГД) розеолы после постановки пробы с продигозаном - 48мм. Учитывая сниженную реактивность организма, больной М. в дополнение к базисной терапии (ферментные препараты, М-холинолитики, антациды) назначили стимуляторы неспецифической реактивности организма - продигозан по 1 мл 0,005% раствора внутримышечно 1 раз в 4 дня. Курс лечения - 4 инъекции.

В результате проведенного лечения уже на 6 день уменьшилась интенсивность абдоминально-болевого синдрома, на 9 день прекратились диспепсические проявления, содержание амилазы в крови и моче доведено до нормы, уменьшилось количество нейтрального жира и крахмала при

повторном исследовании коптограммы. Больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Заключение: индивидуально-ориентированный способ лечения позволил подобрать адекватную терапию, которая снизила тяжесть течения заболевания и способствовала исчезновению клинических синдромов.

Пример 2. Больная Г., 48 лет, диагноз: хронический панкреатит, болевая форма, средней тяжести, стадия обострения с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Жалобы при поступлении в стационар: постоянные боли тупого ноющего характера в эпигастриальной области и в левом подреберье, боли усиливаются к вечеру и после приема большого количества пищи, боли иррадируют в поясничную область. Отмечаются выраженная тошнота: рвота, вздутие живота, неустойчивый стул, снижение массы тела за месяц на 6кг. Больная Г. болеет в течение 13 лет. После амбулаторного и стационарного лечения с применением радиационных методов улучшение состояния не наблюдается.

При объективном обследовании со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Пульс - 70 ударов в минуту, АД - 140/80мм рт.ст. Язык влажный, обложен густым белым налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный, особенно в левом подреберье. Печень и селезенка не увеличены.

Данные дополнительного обследования: амилаза в крови - 36,4гг/л, амилаза в моче - 190гг/л. Результаты исследования коптограммы: жир нейтральный, большое количество крахмала, умеренное количество клетчатки. В результате эхоскопии поджелудочной железы установлены повышенная эхогенность, контуры уплотнены, увеличение головки поджелудочной железы.

По предложенному способу определили индивидуальную неспецифическую реактивность организма. Результаты исследования: СГД розеола после проведения пробы с продигозаном - 73мм. Учитывая высокую реактивность организма больной Г., ей в дополнение к базисной терапии (ферментные препараты, витамины, М-холинолитики, H₂-блокаторы гистамина) назначили ибупрофен по 0,2 × 3 раза в день перорально в течение 14 дней.

На 4 - й день лечения значительно уменьшился болевой синдром, на 10 - й день нормализовались диспепсические расстройства. Больная Г. после окончания курса лечения выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение: индивидуально-ориентированный подход при выборе адекватной терапии позволил повысить терапевтический эффект и предотвратить осложнение заболевания.

Контрольные показатели	Пр
<p>1. Средняя продолжительность лечения, влияющего на исчезновение клинических синдромов, дни</p> <p>1.1. абдоминально-болевого синдрома</p> <p>1.2. астеновегетативного</p> <p>1.3. диспенсического</p> <p>1.4. нарушения внешнесекреторной функции</p> <p>1.5. нарушения внутрисекреторной функции</p> <p>2. Сроки пребывания в стационаре, дни</p> <p>3. Продолжительность ремиссии, месяцы</p>	