



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18458 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 5/026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ПРОЦЕС КОРЕКЦІЇ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

1

(21) u200604465

(22) 20.04.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Гусак Ігор Вікторович, Іванова Юлія Вікторівна, Москаленко Андрій Володимирович

(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) 1. Процес корекції печінкової недостатності, що включає визначення наявності інтоксикації шляхом забору крові з систем порожнистої і ворітної вен, визначення показників системної запальної відповіді в портальному і системному кровообігу, розрахунок їх співвідношення з наступним проведенням плазмаферезу і поповненням вилученої плазми колоїдними розчинами, вимірювання тиску в портальній системі, причому при співвідношенні показників системної запальної відповіді в портальному і системному кровообігу, рівному чи більшому за 1, діагностують портальну токсемію і

2

забір крові для плазмаферезу здійснюють з системи ворітної вени, при співвідношенні, меншому за 1, діагностують системну токсемію і забір крові для плазмаферезу здійснюють з системи порожнистої вени, при цьому при нормальних показниках тиску в портальній системі об'єм вилученої плазми поповнюють колоїдними і кристалоїдними розчинами, а при підвищеному тиску - кристалоїдними розчинами, який **відрізняється** тим, що при наявності портальної токсемії в систему ворітної вени вводять тіотріазолін, а при наявності системної токсемії його вводять в систему порожнистої вени.

2. Процес за п. 1, який **відрізняється** тим, що при наявності портальної токсемії в систему ворітної вени тіотріазолін вводять в дозі 2-6 мл крапельно на фізіологічному розчині.

3. Процес за п. 1, який **відрізняється** тим, що при наявності системної токсемії тіотріазолін вводять по 2 мл тричі на добу внутрішньовенно.

Корисна модель стосується хірургії і може бути використана при лікуванні хворих з тяжкою абдомінальною інфекцією, зокрема з перитонітом і панкреонекрозом.

У хворих з тяжкою абдомінальною інфекцією, зокрема з перитонітом і панкреонекрозом, розвиток поліорганної дисфункції пов'язаний з маніфестацією системної запальної відповіді, головним чинником розвитку якої є порушення спланхнічного кровообігу, моторики і екосистеми кишечника, що сприяє транслокації мікроорганізмів і токсинів через систему ворітної вени в печінку, веде до розвитку печінкової недостатності, наростанню інтоксикації. Це значно погіршує перебіг захворювання і негативно відображається на результатах лікування цієї категорії хворих.

Відомий процес корекції печінкової недостатності (детоксикації організму), описаний в [монографії Ю.М.Лопухина, М.Н. Молоденкова "Гемосорбция", див. М.- Медицина. - 1978. - С.128]. Він полягає у визначенні наявності інтоксикації шляхом проведення клінічних і біохімічних аналізів

крові, подальшому вилученні крові для проведення плазмаферезу з системи порожнистої вени.

Цей процес не забезпечує адекватної диференційованої діагностики патологічного стану хворого і, як наслідок, індивідуалізованих підходів до лікування у кожному конкретному випадку.

Відомий процес корекції печінкової недостатності шляхом детоксикації організму [див. патент UA №45643A, пр.15.04.2002р., бюл. №14], який полягає у визначенні тиску в портальній системі, визначенні тиску в портальній системі, розрахунку їх співвідношення. При співвідношенні, рівному чи більшому за 1, діагностують портальну токсемію, кров для проведення плазмаферезу забирають з ворітної вени, а при співвідношенні меншому за 1 діагностують системну токсемію, а забір крові для плазмаферезу здійснюють із системи порожнистої вени. При нормальних показниках тиску в портальній системі об'єм вилученої плазми поповнюють колоїдними і кристалоїдними розчинами, а при підвищених - тільки кристалоїдами.

Цей процес дозволяє проводити індивідуалізовану корекцію органних порушень, але не дає

(13) U

(11) 18458

(19) UA

зможу проведення гепатотропної і протизапальної терапії в кожному конкретному випадку.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого процесу корекції печінкової недостатності, у якому зниження кількості післяопераційних ускладнень і покращення результатів лікування хворих здійснюється шляхом корекції печінкової недостатності в залежності від наявності і ступеня її вираженості введенням в системний або портальний кровообіг (в залежності від результатів обстеження) гепатотропних і протизапальних препаратів, наприклад, тіотріазоліну.

Поставлене завдання вирішується тим, що в процесі корекції печінкової недостатності, який включає визначення наявності інтоксикації шляхом забору крові з систем порожнистої і ворітної вен, визначення показників системної запальної відповіді в портальному і системному кровообігу, розрахунок їх співвідношення з наступним проведенням плазмаферезу і поповненням вилученої плазми колоїдними розчинами, вимірювання тиску в портальній системі, причому при співвідношенні показників системної запальної відповіді в портальному і системному кровообігу, рівному чи більшому за 1, діагностують портальну токсемію, і забір крові для плазмаферезу здійснюють з системи ворітної вени, при співвідношенні меншому за 1 діагностують системну токсемію і забору крові для плазмаферезу здійснюють з системи порожнистої вени, при цьому при нормальних показниках тиску в портальній системі, об'єм вилученої плазми поповнюють колоїдними і кристалоїдними розчинами, а при підвищеному тиску - кристалоїдними розчинами, згідно з корисною моделлю при наявності портальної токсемії в систему ворітної вени вводять тіотріазолін в дозі 2-6мл крапельно на фізіологічному розчині, а при наявності системної токсемії його вводять в систему порожнистої вени, при цьому тіотріазолін вводять по 2мл. тричі на добу внутрішньовенно.

Введення нових операцій (введення тіотріазоліну в портальну систему при наявності портальної токсемії і в систему порожнистої вени при наявно-

сті системної токсемії) дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень і покращити результати лікування хворих за рахунок гепатопротекторного і протизапального ефектів тіотріазоліну.

Дози тіотріазоліну встановлені на основі оригінальних досліджень авторів, які встановили, що саме вони є оптимальними для корекції портальної і системної токсемії.

Заявнику невідомі приклади введення тіотріазоліну в системний або портальний кровообіг в залежності від результатів лабораторного обстеження в сукупності з проведенням портальної або системної детоксикації.

Докладний опис корисної моделі суміщено з прикладом його виконання в клінічній практиці.

Хворий К, 46 років. Оперований в клініці інституту з приводу розповсюдженого гнійного перитоніту. Під час операції хворому катетеризовано пупову вену. Післяопераційний період проходив важко. На другу добу після операції рівень інтерлейкіну -8 в портальній системі складав 260пкг/мл, С-реактивного білка - 4+; в системі порожнистої вени - 96пкг/мл і 2+ відповідно. У хворого діагностовано портальну токсемію, крім того виявлені ознаки портальної гіпертензії. В комплексі інтенсивної терапії протягом трьох днів здійснювали забір крові для проведення плазмаферезу в системі ворітної вени, обсяг вилученої плазми поповнювали кристалоїдними розчинами, в систему ворітної вени вводили 2,5% розчин тіотріазоліну крапельно на фізіологічному розчині. На шосту добу стан пацієнта покращився. На 14 добу в задовільному стані хворого виписано додому.

Таким чином, використання рішення за корисною моделлю в порівнянні з відомими засобами аналогічного призначення дозволяють знизити кількість післяопераційних ускладнень шляхом корекції печінкової недостатності в залежності від наявності і ступеня її вираженості. Тим самим скорочуються строки лікування пацієнтів і покращуються результати хірургічного лікування.