



УКРАЇНА

(19) UA (11) 34598 (13) U

(51) МПК (2006)

A61K 31/715

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ТОКСИКОСЕПТИЧНОГО БІЛІАРНОГО СИНДРОМУ

1

2

(21) u200805280

(22) 23.04.2008

(24) 11.08.2008

(46) 11.08.2008, Бюл.№ 15, 2008 р.

(72) БУРЕНКО ГЕОРГІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
КОБЗАР АНДРІЙ ЯКОВИЧ, UA, СТЕЦЬ МИКОЛА
МИРОСЛАВОВИЧ, UA, ХАРЧЕНКО ЛЕОНІД АПО-
ЛЛОНОВИЧ, UA(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA(57) Спосіб лікування гострого панкреатиту та ток-
сикосептичного біліарного синдрому, що здійсню-

ють шляхом застосування ізольованої ультрафільтрації, який **відрізняється** тим, що за 10 хвилин до сеансу ультрафільтрації у вену вводять гепарин у дозі 5-30ОД/кг/год маси тіла хворого або низькомолекулярні гепарини (фарксипарин 0,3-0,6 одноразово), під час сеансу проводять динамічне спостереження за артеріальним тиском, центральним венозним тиском, гематокритом, при цьому курс лікування складає 1-5 сеансів поспіль щоденно до покращення стану хворого, зменшення ознак ендотоксикозу.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до хірургії, та може бути використана для лікування гострих захворювань органів травлення, а саме гострого панкреатиту та токсикосептичного біліарного синдрому.

Актуальність питання інтенсивної терапії гострого панкреатиту (ГП) та токсико-септичного біліарного синдрому не викликає сумнівів, незважаючи на винахід надпотужних фармакотерапевтичних засобів. Тому розробка та впровадження нових методик лікування цієї патології перспективні та цікаві.

Незадовільні результати лікування ГП і токсикосептичного біліарного синдрому змусили шукати нові підходи до цієї проблеми, що на теперішньому етапі відобразилось у зміні тактики від агресивної до консервативної з використанням малоінвазивних технологій, що вимагає, звичайно ж, інтенсифікації терапевтичних заходів.

Інтоксикаційний синдром при ГП та токсикосептичному біліарному синдромі з перших годин є одним із основних у структурі захворювання. Наразі відомі наступні методи детоксикації: корпоральні та екстракорпоральні. До корпоральних віднесемо гемодилуцію та форсований діурез, пероральні сорбенти, очисні клізми. Останні три методи при вищезгаданих станах неприйнятні вважаючи на: токсичне ураження ниркових каналців (включаючи і анурію при ГП), парез кишківнику. Отже підходимо логічно до вирішення питан-

ня про дезінтоксикаційні заходи "за межами" організму.

Відомі принципи застосування ізольованої ультрафільтрації (ІУФ) при серцевій, хронічній нирковій недостатності, на різних стадіях лікування перитоніту, при синдромі поліорганної (мультиорганної) недостатності. Механізм дії ІУФ заснований на видаленні з судинного русла надлишку рідини, сполук з молекулярною масою 6000-20000Да. Є дані про вплив на інтенсивність перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), зменшення концентрації білірубину плазми, сечовини та креатину [1]. Можливий опосередкований вплив на функцію органів детоксикації (нирки, печінка) через зменшення інтерстиціального набряку та нормалізації проникливості клітинної мембрани. Ультрафільтрація не змінює електролітного складу плазми та її осмотичного стану.

Відомий спосіб вибіркового видалення протеплітичних ферментів [2], який обраний нами за прототип. Однак, даний спосіб не дозволяє уникнути ускладнень, які виникають під час його виконання, він тривалий та потребує спеціального обладнання.

Відмінною особливістю корисної моделі, що заявляється, є застосування ультрафільтрації з використанням гепарину, що дозволяє значно покращити лікування пацієнтів хворих на гострий панкреатит та токсикосептичний біліарний синдром та зменшити вірогідність розвитку ускладнень.

(13) U

(11) 34598

(19) UA

Задачею корисної моделі, що заявляється, є покращення ефективності лікування.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі лікування шляхом застосування ізолюваної ультрафільтрації згідно корисної моделі за 10 хвилин до сеансу ультрафільтрації у вену вводять гепарин в дозі 5-30 ОД/кг/год маси тіла хворого або низькомолекулярні гепарини (фарксипарин 0,3-0,6 одноразово); під час сеансу проводять динамічне спостереження за артеріальним тиском, центральним венозним тиском, гематокритом, при цьому курс лікування складає 1-5 сеансів поспіль щоденно до покращення стану хворого, зменшення ознак ендотоксикозу.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Для проведення ІУФ використовують райковий насос та діалізатор "штучної нирки". Ультрафільтрацію виконують через вено-венозний або артеріо-венозний доступи. Найчастіше використовують два підключичні катетери діаметром 1,4мм, фільтр мембранний, напівпроникливий (фільтр Ультрауел, купрофан). За 10 хвилин до сеансу ультрафільтрації у вену вводять гепарин в дозі 5-30 ОД/кг/год маси тіла хворого або низькомолекулярні гепарини (фраксипарин 0,3-0,6 одноразово). Об'ємний кровообіг становить 100-130мл/хв, за 1 годину виводять 1-1,3л ультрафільтрату. Під час сеансу проводять динамічне спостереження за артеріальним тиском (АТ), центральним венозним тиском, гематокритом. Проводять від одного до п'яти сеансів ІУФ поспіль щоденно, до покращення стану хворого, зменшення ознак ендотоксикозу. Замість вилученого ультрафільтрату паралельно у кровеносне русло вводять фізіологічний розчин або розчин Рінгера. Віддають перевагу методиці предилуції, вважаючи на важкі розлади водно-електролітного стану хворих з важким перебігом ГП. Одночасно проводять моніторинг кислотно-лужного балансу. Зазначимо, що у переважної більшості хворих до проведення сеансу екстракорпоральної детоксикації відзначалась тенденція до зміщення рН плазми у кислий-лужний бік. Застосовують апаратуру для слідування за АТ, Sp O₂, ЧСС - пульсоксиметр.

Після проведення сеансів ультрафільтрації зафіксовано суб'єктивні (зниження інтенсивності больового синдрому, покращення загального стану) та об'єктивні критерії зменшення рівня ендотоксикозу: стабілізацію артеріального тиску, ЦВТ, зменшення тахікардії, зниження лейкоцитозу та зсуву лейкоцитарної формули вліво, зниження діастазурії, а також зниження показників білірубину плазми крові, сечовини.

Протипоказання до ІУФ:

- тотальне ураження міокарду зі значним зменшенням насосної функції;
- порушення гемодинаміки, що не піддаються корекції з систолічним АТ нижче 60мм. рт. ст.;
- наявність внутрішньої кровотечі або внутрішньочерепної гематоми.

Спосіб, що заявляється, ілюструється прикладами.

1. Хворий К., 23 роки, госпіталізований з гострим панкреатитом, важкою формою. Артеріальний тиск - 100/60мм рт ст, ЧСС - 126 на хвилину. Нв 140г/л, лейкоцити $18,8 \cdot 10^9$ /л, п - 16, діастаза сечі 2048, білок сечі - 0,066г/л, сечовина - 12,3ммоль/л, загальний білірубін 28,4ммоль/л. Виражений больовий синдром у епігастрії та поперековій ділянці, загальна слабкість, спрага. Проведені загальноприйнятий комплекс медикаментозної терапії та сеанс ультрафільтрації. Стан хворого покращився. Артеріальний тиск - 120/70мм рт ст, ЧСС - 96 на хвилину. Нв 128г/л, лейкоцити $12,6 \cdot 10^9$ /л, п - 10, діастаза сечі 256, білок сечі - н/в, сечовина - 9,3ммоль/л, загальний білірубін 13,6ммоль/л.

2. Хворий Н. 67 років поступив у лікарню з обтураційною жовтяницею зумовленого папілітом, який супроводжувався гнійним холангітом. На 1-у добу артеріальний тиск - 110/60мм рт ст, ЧСС - 110 на хвилину. Нв 150г/л, лейкоцити $16,4 \cdot 10^9$ /л, п - 16, діастаза сечі 512, білок сечі - 0,066г/л, сечовина - 9,3ммоль/л, загальний білірубін 46ммоль/л, АЛТ - 0,37ммоль/л, АСТ - 0,30ммоль/л. Після папілотомії та санації жовчного дерева антисептиками на фоні проведення базисної трансфузійної терапії проведено сеанс ІУФ. Стан хворого покращився. Артеріальний тиск - 130/80мм рт ст, ЧСС - 92 на хвилину. Нв 135г/л, лейкоцити $13,8 \cdot 10^9$ /л, п - 12, діастаза сечі 128, білок сечі - 0,033г/л, сечовина - 7,6ммоль/л, загальний білірубін 26,2ммоль/л.

Даний спосіб був апробований на базі МКЛ №3 та на кафедрі загальної хірургії №2 НМУ і може бути рекомендований для лікування хворих з гострим панкреатитом важка форма, токсикосептичним біліарним синдромом.

Список використаних джерел:

1. Влияние гемосорбции на активность свободнорадикального окисления при деструктивных заболеваниях органов брюшной полости / С.Г. Конюхова, А.Ю. Дубикайтис, В.И. Страшнов и др. // Анестезиология и реаниматология. - 1990. - №6. - С. 48-51.

2. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза / Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. // Хирургия. - 1999. - №10., С 24-28.