



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 46657

(13) A

(51) 6 A61B17/00, A61K31/00, A61K47/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) 2001128338

(22) 05 12 2001

(24) 15 05 2002

(46) 15 05 2002, Бюл. № 5, 2002 р.

(72) Сипливий Василь Олексійович, Тесленко
Сергій Миколайович, Грінченко Сергій Володимир-
ович, Шаповалов Євген Анатолійович, Абрамик
Микола Миколайович(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ(57) Спосіб терапії гострого панкреатиту, що вклю-
чає внутрішньовенне введення препарату «Перф-
торан», який відрізняється тим, що додатково
попередньо інтраопераційно із застосуванням від-
еолапароскопії вводять в сальникову сумку "Перф-
фторан" в кількості 15-20 мл на 1 кг маси тіла хво-
рого

Винахід відноситься до медицини, а саме - до
хірургії і може бути використаний в хірургічних від-
діленнях для підвищення ефективності терапії
гострого панкреатиту (ГП)

При розвитку гострого панкреатиту відбува-
ється порушення кровообігу і мікроциркуляції па-
ренхіми підшлункової залози (ПЗ), що призводить
до тканинної гіпоксії із виникненням запального
інфільтрату стромі і некробіотичними змінами
паренхіми ПЗ, що у подальшому призводить до
розвитку асептичного панкреонекрозу із наступним
його інфікуванням

Однією з головних умов успішного лікування
хворих на гострий деструктивний панкреатит є
деконтамінація черевної порожнини, що досяга-
ється усім комплексом лікувальних заходів від
різних видів оперативного втручання, які забезпе-
чують якісне дренування вогнища запалення, до
післяопераційної антибактеріальної та імуномод-
люючої терапії, при цьому основне значення ма-
ють способи обробки сальникової сумки (СС) під
час операції лаваж великою кількістю рідини,
вплив низькочастотним ультразвуком або низько-
енергетичним лазером, розчинами антисептиків,
антибіотиків

Відомий спосіб лікування ГП, в якому основ-
ними методами консервативної терапії є знебо-
лювання, корекція порушень центральної гемоди-
наміки, пригнічення секреторної активності ПЗ,
корекція імунних порушень, дезінтоксикаційна те-
рапія, профілактика гнійної інфекції, профілактика
виникнення стресових виразок, гепатопротектори
(Шалимов А.А. і соавт. // Лечение острого пан-
креатита // Клін хірургія — 2000 №4 — с 5 - 9)

Використовується також спосіб лікування інфі-
кованого панкреатиту із застосуванням відеолапа-
роскопічного зрошування підшлункової залози і СС
великими дозами антибіотиків, розчинами нитро-
фуранів та інгібіторами протеаз. Лікувальна суміш
включає наступні інгредієнти: антибіотики аміно-
глікозидного ряду, канаміцин, мономіцин — 10 -
12г, а в останні роки - кефзол, зінацеф — 2 - 3г,
розчин фурациліну 1 5000 - 350мл, контрикал, гор-
докс, цалол 20000 - 50000ОД, розчин новокаїну
або лідокаїну 0,5% - 150мл (добова доза препара-
тів у лікувальній суміші). Лікувальна суміш безпе-
ревано зі швидкістю 5 - 8 крапель за хвилину по-
ступає до підшлункової залози протягом 3 - 5 діб.
Температура суміші — 18 - 20°C (Сипливий В.О. і
співавт. Лапароскопічна діагностика й лікування
гострого панкреатиту // Мат. наук. конф. Малоінва-
зивна хірургія без кордонів. Тернопіль 2001 — с
15 - 16)

Ці способи, безумовно, ефективні й дозволили
значно поліпшити результати лікування хворих на
ГП. Однак загальним їх недоліком є досягнення
санаційного ефекту в уже некротизованих ділянках
ПЗ без урахування природних чинників захисту, а
також відсутність профілактики тканинної гіпоксії
ПЗ і подальшого розвитку некрозу. У зв'язку з цим
одноразове втручання часто не призводить до
ліквідації запального процесу в СС і виникає необ-
хідність у повторних хірургічних втручаннях, у тому
числі - репапаратомія

В літературі останніх років приводяться ре-
зультати досліджень біологічної дії емульсій фто-
рованих похідних вуглецю, зокрема препарату
«Перфторан». Запропонований спосіб лікування

(19) UA (11) 46657 (13) A

замісник, що володіє газотранспортною функцією, в подальшому він отримав застосування не тільки при крововтраті, але й інших критичних станах. При місцевому застосуванні відмічено прискорення відторгнення некротизованих тканин та регенерації, цитопротекторна дія, посилення активності фагоцитозу, попередження розвитку спайкового процесу.

Відомий спосіб застосування перфторану в лікуванні дифузного гнійного перитоніту. Після завершення операції в черевну порожнину вводили 200мл препарату, після чого дренажі перетискали на 2 години, а рану зашивали наглухо. Цей спосіб використовувався при лікуванні 13 хворих ГП. Всім хворим проводили планові санації черевної порожнини. При релапаротомії виявилось, що нових накладень фібрину не було в жодному випадку, прохідність дренажів збереглася у 9 хворих, а гнійний характер ексудату був тільки у трьох хворих. Це дозволило зробити висновок, що санаційна релапаротомія виявилася необхідною лише у 3 випадках із 13 (Гусейнов К.Г. и соавт. Применение перфторана в лечении распространенного гнойного перитонита //Тезисы Всесоюзной научной конференции Санкт-Петербург 1989 с 19 - 20).

Відомий спосіб застосування перфторану при гострому панкреатиті для попередження розвитку поліорганної недостатності шляхом однократного внутрішньовенного введення в комплексній післяопераційній консервативній терапії в дозі 5 мл на один кг маси тіла. Застосування перфторану затримує виникнення синдрому гострого легеневого пошкодження як одного з найтяжчих ускладнень у хворих з гострим панкреатитом, попереджає виникнення поліорганної недостатності, сприяє корекції різних видів гіпоксії, стимулює діяльність серця, підвищує кисневу місткість крові, поліпшує мікроциркуляцію (Шевчук І. // Вплив перфторану на перебіг синдрому гострого легеневого пошкодження у хворих на деструктивний панкреатит // Клін. хірургія. 2001 №3 с 12 - 15).

Вказаний спосіб є найбільш близьким за суттю і досягнутими результатами до того, що заявляється, і може бути обраний за прототип.

Однак при ГП процес панкреонекрозу протікає настільки інтенсивно, що лише внутрішньовенне введення перфторану не може в достатній мірі компенсувати розлади мікроциркуляції та усунути явища тканинної гіпоксії.

У зв'язку з цим сформульовано задачу вина-

ходу зниження, аж до усунення, явищ тканинної гіпоксії при ГП з метою профілактики подальшого розвитку некрозу на фоні стандартної консервативної терапії при мінімальній інвазивності методу.

Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі терапії ГП, що включає внутрішньовенне введення перфторану, згідно з винаходом, додатково попередньо інтраопераційно із застосуванням відеолaparоскопії вводять в сальникову сумку препарат «Перфторан» в кількості 15 - 20мл на 1кг маси тіла.

Спосіб виконують таким чином: після завершення відеолaparоскопічної санації і дренажування в порожнину сальникової сумки вводять 15 - 20мл перфторану, після чого дренажі перетискають на 2 години, а рани зашивають.

Даний метод був застосований при лікуванні 18 хворих на ГП. У всіх хворих із даної групи у віддаленому післяопераційному періоді не було відмічено яких-небудь ускладнень, пов'язаних із прогресуванням некрозу ПЗ або його інфікуванням (розвиток флегмон заочеревинного простору, розлитого гнійного перитоніту, абсцесу сальникової сумки і т.д.), рівень глікемії був у межах норми.

Таким чином, застосування перфторану інтраопераційно дозволяє досягти зниження вираженості деструктивних змін, зменшення тяжкості тканинної гіпоксії та некрозу паренхіми ПЗ.

Клінічний приклад: хворий Б., 52 р. історія хвороби № 2315 поступив з ознаками гострого панкреатиту. Стан хворого оцінений як середньої тяжкості по класифікації SAPS. На підставі аналізу клініко-лабораторних показників і даних ультразвукового дослідження стану ПЗ був поставлений діагноз: гострий панкреатит.

Під загальним знеболенням виконана відеолaparоскопічна санація сальникової сумки для видалення запального ексудату. В порожнину сальникової сумки ввели 15мл препарату «Перфторан», після чого дренажі були перетиснуті на 2 години, а рани зашиті. У післяопераційному періоді у хворого не було відмічено ускладнень, які б вимагали терапевтичної або хірургічної корекції. На 3 день спостерігалась позитивна динаміка лабораторних показників та стану підшлункової залози за даними ехографії.

На 10 день хворий виписаний з лікарні.

При контрольному огляді через один місяць стан хворого задовільний, скарг немає.

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 – 20 – 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 – 32 – 71