



УКРАЇНА

(19) UA (11) 71273 (13) A
(51) 7 A61B17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

(21) 20031211664

(22) 16.12.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Клименко Володимир Микитович, Ісайчиков Іван Іванович, Беляєва Тетяна Миколаївна, Клименко Андрій Володимирович, Гайдаш Олег Віталійович

(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, Клименко Володимир Микитович, Ісайчиков Іван Іванович, Беляєва Тетяна Миколаївна, Клименко Андрій Володимирович, Гайдаш Олег Віталійович

(57) Спосіб лікування гострого панкреатиту, який включає проведення інтенсивної консервативної

2

терапії з самого початку захворювання, зовнішнє дренування грудної лімфатичної протоки з виведенням токсичної лімфи, проведення оперативного втручання при прогресуванні захворювання, катетеризацію лімфатичних колекторних судин на одній чи обох кінцівках для проведення ендолімфатичної терапії, яка включає ендолімфатичне введення антиферментних препаратів, антикоагулянтів, препаратів, що підвищують фібринолітичну активність лімфи, знеболюючих засобів, антитаболітів, антибіотиків, який відрізняється тим, що комплексну ендолімфатичну терапію признають з самого початку захворювання.

Винахід відноситься до медицини, а саме, хірургії, і може бути використаним при лікуванні хворих з гострим панкреатитом.

Відомо багато способів лікування гострого панкреатиту. Серед них особливе місце займає лікування гострого панкреатиту в умовах відділення інтенсивної терапії, чи у хірургічному відділенні, що є комплексом заходів консервативної терапії та оперативних втручань. Необхідність комплексного лікування гострого панкреатиту ні в кого вже не викликає сумніву, проте, за різними авторами його ефективність недостатньо висока, що викликало необхідність у розробці нових способів.

Відомий спосіб лікування гострого панкреатиту, який полягає у достатньому знеболюванні, корекції порушень центральної гемодинаміки та периферичного кровообігу, зменшені секреторної активності підшлункової залози, що досягається призначенням назогастральної аспірації, Н₂-блокаторів, внутрішньовенним введенням препаратів, що переривають синтез ферментів, інгібують протеази, комплексом заходів, які знижують секреторний тиск у протоках підшлункової залози, при цьому проводять корекцію імунних порушень, дезінтоксикаційну терапію, адекватне білково-енергетичне забезпечення, профілактику виникнення стресових виразок та профілактику гнійної інфекції шляхом ентеросорбції, внутрішньокишко-

вого лаважу, корекції порушень метаболізму, селективної деконтамінації кишечника, внутрішньовенного введення антибіотиків, застосовуються гепатопротектори, при наявності показань проводиться оперативне лікування (Шалимов А.А., Крыжевский В.В., Ничитайло М.Е. Лечение острого панкреатита //Клінічна хірургія. -2000. -№4. -С.5-9).

Суттєві ознаки аналога і винаходу, то збігаються, є такі:

- лікування захворювання здійснюється шляхом призначення достатнього знеболювання, корекції порушень центральної гемодинаміки та периферичного кровообігу, зменшення секреторної активності підшлункової залози, що досягається застосуванням назогастральної аспірації, Н₂-блокаторів, введенням препаратів, що переривають синтез ферментів, інгібують протеази, комплексом заходів, що знижують секреторний тиск у протоках підшлункової залози, при цьому проводиться корекція імунних порушень, дезінтоксикаційна терапія, адекватне білково-енергетичне забезпечення, профілактика виникнення стресових виразок та профілактика гнійної інфекції шляхом ентеросорбції, внутрішньокишкового лаважу, корекції порушень метаболізму, селективної деконтамінації кишечника, введення антибіотиків, використовуються гепатопротектори,

- при наявності показань проводиться опера-

(13) A

(11) 71273

(19) UA

тивне лікування.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що:

- внутрішньовенне введення препаратів, що переривають синтез ферментів підшлункової залози, інгібують протеази, не здатне забезпечити адекватне зниження активності панкреатичних ферментів за рахунок недостатнього їх транспортування до підшлункової залози з током крові,
- при призначенні антибактеріальних препаратів шляхом внутрішньовенного введення більша їх частина інактивується печінкою та не досягає підшлункової залози,
- при використанні наведеного способу лікування не приділяється уваги токсичним та реологічним властивостям лімфи, які суттєво впливають на розвиток панкреатиту.

Найбільш близьким за технічною суттю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у початку лікування гострого панкреатиту з інтенсивної консервативної терапії, зовнішнього дренивання грудної лімфатичної протоки з виведенням токсичної лімфи, проведенні оперативного втручання при прогресуванні захворювання, а, при відсутності ефекту від проведених заходів, катетеризації лімфатичних колекторних судин на одній чи обох кінцівках для проведення ендолімфатичної терапії, що включає ендолімфатичне введення антиферментних препаратів, антикоагулянтів, препаратів, що підвищують фібринолітичну активність лімфи, знеболюючих засобів, антиметаболітів, антибіотиків при приєднанні інфекції (Ендолимфатическая антибиотикотерапия /Р.Т. Панченков, Ю.Е. Выренков, И.В. Ярема, Э.Г. Щербакова. -М.: Медицина -1984. -136-148с).

Спільними суттєвими ознаками прототипу і винаходу, що заявляється, є такі:

- проведення інтенсивної консервативної терапії з самого початку захворювання,
- зовнішнє дренивання грудної лімфатичної протоки з виведенням токсичної лімфи,
- проведення оперативного втручання при прогресуванні захворювання,
- катетеризація лімфатичних колекторних судин на одній чи обох кінцівках для проведення ендолімфатичної терапії, що включає ендолімфатичне введення антиферментних препаратів, антикоагулянтів, препаратів, що підвищують фібринолітичну активність лімфи, знеболюючих засобів, антиметаболітів, антибіотиків.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що:

- початок ендолімфатичної терапії тільки при встановленні відсутності ефекту від інших заходів не дозволяє використати переваги ендолімфатичної терапії з самого початку лікування, що знижує загальний ефект від терапії,
- призначення ендолімфатичного введення антибактеріальних препаратів тільки у разі приєднання інфекції не дозволяє провести ранню адекватну санацію лімфатичних вузлів, то можуть бути осередками інфекційного агенту.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування гострого панкреатиту шляхом проведення ендолімфатичної терапії з початку захворювання, що дозволить підвищити

ефективність лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у спосіб, який включає проведення інтенсивної консервативної терапії з самого початку захворювання, зовнішнє дренивання грудної лімфатичної протоки з виведенням токсичної лімфи, проведення оперативного втручання при прогресуванні захворювання, катетеризацію лімфатичних колекторних судин на одній чи обох кінцівках для проведення ендолімфатичної терапії, яка представлена ендолімфатичним введенням антиферментних препаратів, антикоагулянтів, препаратів, що підвищують фібринолітичну активність лімфи, знеболюючих засобів, антиметаболітів, антибіотиків, новим є те, що комплексна ендолімфатична терапія призначається з самого початку захворювання.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому:

- застосування ендолімфатичної терапії з самого початку захворювання підвищить загальний ефект лікування гострого панкреатиту за рахунок використання з перших годин захворювання переваг ендолімфатичної терапії, що включають покращення реологічних властивостей лімфи, зменшення її токсичності, покращення транспортування медикаментів до підшлункової залози,
- призначення ендолімфатичного введення антибактеріальних препаратів у якості профілактики інфікування при гострому некротичному панкреатиті дозволить провести ранню адекватну санацію лімфатичних вузлів, які можуть бути осередками інфекційного агенту, що попередить розвиток та розповсюдження інфекції.

Спосіб здійснюється таким чином.

Одразу після встановлення діагнозу гострий панкреатит починають інтенсивну терапію, що включає достатнє знеболювання, корекцію порушень центральної гемодинаміки та периферичного кровообігу, зменшення секреторної активності підшлункової залози, проведення корекції імунних порушень, дезінтоксикаційну терапію, адекватне білково-енергетичне забезпечення, профілактику виникнення стресових виразок та гнійної інфекції, використання гепатопротекторів. Одночасно виконують зовнішнє дренивання грудної лімфатичної протоки з виведенням токсичної лімфи та катетеризацію лімфатичних колекторних судин на одній чи обох кінцівках для проведення ендолімфатичної терапії, яка полягає у ендолімфатичному введенні антиферментних препаратів, антикоагулянтів, препаратів, що підвищують фібринолітичну активність лімфи, знеболюючих засобів, антиметаболітів, антибіотиків. У разі необхідності в подальшому проводять оперативне втручання з адекватним анестезіологічним забезпеченням згідно клінічної ситуації.

Приклад

Пацієнт Соболев, 38 років, 22.04.2003 в 5 годин 45хв. був доставлений у медико-санітарну частину комбінату "Запоріжсталь" та "Днепроспецсталь" машиною швидкої допомоги з діагнозом "перитоніт". З анамнезу: 21.04.2003р. вживав алкогольні напої у великій кількості. В ніч на 22.04.2003 прокинувся близько 5 години від сильного болю по

всьому животу. Відразу викликав швидку допомогу.

В приймальному відділенні почалася блювота їжею та застійним шлунковим вмістом. Під час госпіталізації стан важкий, біль у всіх відділах животу. При обстеженні: аналіз крові - еритроцити - $4,2 \times 10^{12}$ клітин/л, лейкоцити - $16,5 \times 10^9$ клітин/л, з них паличкоядерні - 28%; швидкість осідання еритроцитів - 27мм/ч; загальний білок - 72г/л, білірубін - 7,7мкмоль/л; α амілаза - 218мг/л; рентгенограма черевної порожнини: без "вільного газу" і "рівней". Негайно (22.04 в 9 годин 30 хвилин) пунктований живіт, отриманий мізерний випіт (активність амілази 69мг/(млхсек), залишений дренаж. Ультразвукове дослідження: діагностовано гострий панкреатит. Паралельно з діагностичними процеду-

рами катетеризована центральна вена, почата інфузійна терапія, виконане зовнішнє дренування грудної лімфатичної протоки, проведена катетеризація лімфатичної судин на стегні - почата пряма комплексна ендолімфатична терапія, що включає інгібітори ферментів підшлункової залози, антикоагулянти, препарати, які поліпшують реологічні властивості лімфи, знеболюючі засоби, антиметаболіти, антибіотики. До кінця доби 22.04.2003 болі значно поменшилися. Стан швидко нормалізувався: з 25.04.2003 ентеральне харчування. Був виписаний 12.05.03 у задовільному стані; клініко-лабораторні показники в межах норми, при ультразвуковому дослідженні перед виписуванням візуалізується помірне збільшення підшлункової залози.