



УКРАЇНА

(19) UA (11) 39505 (13) A

(51) 7 G01N33/487, A61B19/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

(21) 2000095409

(22) 21.09.2000

(24) 15.06.2001

(46) 15.06.2001, Бюл. № 5, 2001 р.

(72) Бабак Олег Якович, Чернова Валентина Михайлівна, Кушнір Інна Ернестівна

(73) БАБАК ОЛЕГ ЯКОВИЧ, ЧЕРНОВА ВАЛЕНТИНА МИХАЙЛІВНА, КУШНІР ІННА ЕРНЕСТІВНА

(57) Спосіб лікування хронічного холециститу, який полягає у тому, що проводять біохімічне дослідження крові, визначають такі показники пе-

рекисного окиснення ліпідів, як малоновий діальдегід, дієнові кон'югати і призначають базисну терапію, який відрізняється тим, що додатково проводять біохімічне дослідження жовчі і при показниках малонового діальдегіду 4,1-7,2 мкмоль/л та дієнових кон'югат 6,1-9,3 мкмоль/л призначають антиоксиданти в середній добовій дозі, при значеннях малонового діальдегіду - більш ніж 7,2 мкмоль/л та дієнових кон'югат - більш ніж 6,1 мкмоль/л антиоксиданти призначають в подвійній добовій дозі.

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до гастроентерології, і може бути використан як у стаціонарних, так і у амбулаторних умовах.

Відомий спосіб лікування хронічного холециститу (Циммерман Я.С. Очерки клинической гастроэнтерологии. Пермь: Издательство Пермского университета. - 1992.-334с.), який полягає у тому, що проводять біохімічне дослідження крові і призначають базисну терапію, що містить жовчогінні засоби, спазмолітики, холінолітики.

Недоліком способу є:

- неврахування стану системи перекисного окиснення ліпідів у хворих на хронічний холецистит, яка за останніми науковими даними грає велику роль у розвитку захворювання хронічного холециститу і являє собою одну з основних ланок патогенезу цього захворювання;

- терапія хворих на хронічний холецистит не включає антиоксидантні засоби;

Відомий спосіб діагностики хронічного холециститу (Шилина Н.К. Некоторые показатели перекисного окисления липидов и липидного состава печени при холециститах и экспериментальной печеночной недостаточности: Автореф. дис.канд. биол.наук - Ворошиловград, 1988г. - С. 20), який полягає у тому, що проводять біохімічне дослідження крові і визначають показники перекисного окиснення ліпідів. При деяких значеннях цих показників діагностують хронічний холецистит.

Недоліком способу є:

- визначення показників системи перекисного окиснення ліпідів у хворих на хронічний хо-

лецистит проводиться в крові, що не є специфічним для хронічного холециститу;

Відомий спосіб лікування хронічного холециститу (Епишин А.Е., Рудяк Г.И. Применение антиоксидантов у больных хроническими заболеваниями гепатобилиарной системы. // Врачебное дело - 1990 г. - № 4. - С. 24-27) - прототип, який включає біохімічне дослідження крові і призначення жовчогінних, спазмолітичних, холінолітичних, антиоксидантних препаратів.

Недоліком цього способу лікування є призначення хворим на хронічний холецистит антиоксидантів без визначення глибини порушень в системі перекисного окиснення ліпідів, що не дозволяє проводити індивідуально орієнтовану терапію хворих.

У основу винаходу поставлена задача - визначити глибину порушень в системі перекисного окиснення ліпідів у хворих на хронічний холецистит шляхом визначення її показників в жовчі і призначення цим хворим індивідуально-орієнтованої терапії.

Ця задача вирішується авторами у способі лікування хронічного холециститу, який заключається у тому, що проводять біохімічне дослідження крові, визначають такі показники, як малоновий діальдегід, дієнові кон'югати та призначають базисну терапію.

Відрізняючими ознаками способу є те, що:

- додатково досліджують показники перекисного окиснення ліпідів в жовчі;

- при рівні малонового діальдегіду - 4,1-7,2 мкмоль/л та дієнових кон'югат- 6,1 - 9,3 мкмоль/л

призначають антиоксиданти в середній добовій дозі,

- при рівні малонового діальдегіду - більш ніж 7,2 мкмоль/л та дієнових кон'югат більш ніж 6,1 мкмоль/л запропонованим способом призначають антиоксиданти в подвійній добовій дозі. Додаткове дослідження показників перекисного окислення ліпідів в жовчі дозволяє підвищити рівень діагностики хронічного холециститу і призначити хворим індивідуально орієнтовану терапію з включенням антиоксидантних засобів.

Дослідження щодо заявленого способу лікування проведені у відділі гастроентерології Інституту терапії АМН України. Було обстежено 58 хворих на хронічний холецистит. Достовірність способу 94%. Запропонований спосіб здійснюють у такій послідовності:

1. У хворих на хронічний холецистит на початку лікування роблять забор крові і по відомій методиці отримують лейкоцитарну масу.

2. Проводять дослідження показників перекисного окислення ліпідів, в тому числі малонового діальдегіду, дієнових кон'югат, в лейкоцитах крові кожного хворого на хронічний холецистит за відомою методикою.

3. Проводять дослідження показників перекисного окислення ліпідів, в тому числі малонового діальдегіду, дієнових кон'югат, в жовчі кожно-

го хворого на хронічний холецистит за відомою методикою.

4. Визначають глибину порушень в системі перекисного окислення ліпідів:

- мінімальні порушення (малоновий діальдегід - менше ніж 4,1 мкмоль/л; дієнові кон'югати - менше ніж 6,1 мкмоль/л);

- помірні порушення (малоновий діальдегід - 4,1-7,2 мкмоль/л; дієнові кон'югати - 6,1 - 9,3 мкмоль/л);

- виражені порушення (малоновий діальдегід - більш ніж 7,2 мкмоль/л; дієнові кон'югати - більш ніж 9,3 мкмоль/л).

5. Призначають базисну терапію, що містить жовчогінні, спазмолітичні, холіолітичні засоби в середніх терапевтичних дозах.

6. Додатково до базисної терапії у хворих на хронічний холецистит з помірним порушенням показників перекисного окислення ліпідів призначають антиоксидантний препарат Альтан в середньотерапевтичній добовій дозі (30 мг на добу).

7. Додатково до базисної терапії у хворих на хронічний холецистит з вираженим порушенням показників перекисного окислення ліпідів призначають антиоксидантний препарат Альтан в подвійній добовій дозі (60 мг на добу).

В таблиці представлені переваги запропонованого способу лікування хронічного холециститу порівняно до відомих.

Контрольні показники	Відомий спосіб	Запропонований спосіб
1. Швидкість зникнення основних клінічних синдромів, доба:		
Абдомінально-больовий	5	3
Диспепсичний	6	3
Астенно-вегетативний	11	7
Термін перебування в стаціонарі, доба:	17	12
Термін ремісії, місяць:	9	18

Приклад 1. Виписка з історії хвороби № 3206 хворого Аглаєва С.М., 1958 р.н., що знаходився на лікуванні в відділенні гастроентерології Інституту терапії АМН України с 03.12.97 по 17.12.97р.

Клінічний діагноз: Хронічний холецистит з диспепсичним і больовим синдромами в стадії загострення.

Скарги на біль та відчуття важкості в правому підребер'ї, що виникають після прийому їжі, гіркота в роті, нудота.

Хворіє більше року, коли вперше виникли болі в правому підребер'ї. Хворий не обстежував-

ЕР Нв Цв. пок. Л. тром з
4,5 136 1,0 6,2 5

Глюкоза крові - 5,5 ммоль, амілаза крові - 10,5 г/л, креатинін крові - 0,078 ммоль/л, мочеви́на - 6,6 ммоль /л, АСТ- 0,32 ммоль/л, АЛТ- 0,22

ммоль/л, ЩФ-2214, Тим. проба - 1,96 ед., загальний білірубін - 11,90 ммоль/л, білірубін прямий -

ся, не лікувався. Поступив до відділення гастроентерології.

Об'єктивно: Шкірні покриви звичайного кольору, чисті. Периферичні лімфовузли не збільшені. В легенях дихання везикулярне. Серцеві тони ритмічні, приглушені. ЧСС = 76 в 1 хвил. АТ 130/80 мм рт. ст. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт м'який, при пальпації в правому підребер'ї відчувається біль. Печінка у края реберної дуги, селезінка не пальпується.

Дані клініко-біохімічних досліджень.
Аналіз крові клінічний:

п с л м ШОЕ
4 58 30 3 15

1,77 ммоль/л, протромбіновий індекс- 74%. Аналіз сечі: уд. вага -1022, цукор, білок не знайдені, Л.1-2 екз. в п/зор., оксалати.

Дані інструментальних досліджень.
УЗД: Печінка не збільшена в розмірах, права доля - 12,8 см, однорідна, середньої ехогенності.

Жовчний міхур 6,6x2,5 см, стінки щільні, явища пристінного застою жовчі, конкременти не знайдені. Підшлункова залоза не збільшена, діаметр головки - 2,0 см. Селезінка без бачених змін. Нирки: "пісок" з обох боків. Досліджували показники перекисного окислення ліпідів в крові і жовчі:

МДА 6,7 мкмоль/л 9,2 мкмоль/л
ДК 8,9 мкмоль/л 12,4 мкмоль/л

Враховуючи виражені порушення в системі перекисного окислення ліпідів хворому згідно запропонованому способу лікування на фоні базисної терапії був призначений антиоксидант Альтан в подвійній добовій дозі (60 мг на добу).

Стан хворого покращився, болі в правому подребер'ї зменшилися на 6 добу, диспептичні явища не турбують. Виписаний в задовільному стані на 12 добу перебування в лікарні. На протязі 2-х років загострення хронічного холециститу не було.

Приклад 2. Виписка з історії хвороби № 163 хворого Сергієнко К.П., 1963 р.н., що знаходився на лікуванні в відділенні гастроентерології Інституту терапії АМН України с 12.12.97 по 25.12.97р.

ЕР	На	Цв.пок.	Л.трем	з
4,4	142	1,0	5,6	6

Глюкоза крові - 5,7 ммоль, амілаза крові - 15,5 г/л, креатинін крові - 0,088 ммоль/л, мочеви́на - 9,6 ммоль/л, АСТ - 0,35 ммоль/л, АЛТ - 0,19 ммоль/л, ЩФ-2080, Тим. проба - 1,66 од., загальний білірубін - 12,50 ммоль/л, білірубін прямий - 3,85 ммоль/л, протромбіновий індекс - 88%. Аналіз сечі: уд.вага-1019, цукор, білок не знайдені, Л. 2-4 екс. в п/зр., оксалати.

Данні інструментальних досліджень. УЗД: Печінка не збільшена в розмірах, права доля-13,2 см, однорідна, середньої ехогенності. Жовчний міхур 6,4x2,8 см, стінки щільні, явища пристінного застою жовчі, конкременти не знайдені. Підшлункова залоза не збільшена, діаметр головки- 2,2 см. Селезінка без бачених змін. Нирки: пісок з обох боків.

Досліджували показники перекисного окислення ліпідів в крові і жовчі, відносно:

Клінічний діагноз: Хронічний холецистит з диспептичним і больовим синдромами в стадії загострення.

Скарги на біль в правому подребер'ї, що виникають після прийому жирної та жареної їжі, гіркота в роті, іноді нудота.

Хворіє 4 роки, коли вперше виникли болі в правому подребер'ї. Хворий обстежувався і лікувався за місцем проживання з періодичним покращенням. Поступив до відділення гастроентерології.

Об'єктивно: Шкірні покриви звичайного кольору, чисті. Периферичні лімфоузли не збільшені. В легенях дихання везикулярне. Серцеві тони ритмічні, приглушені. ЧСС=72 в 1 хвил. АТ 140/90 мм рт. ст. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт м'який, при пальпації в епігастральній області та пілородуоденальній зоні відчувається біль. Печінка у края реберної дуги, селезінка не пальпується.

Дані клініко-біохімічних досліджень. Аналіз крові клінічний:

п	с	л	м	ШОЕ
1	58	32	3	21

МДА 5,4 мкмоль/л 7,2 мкмоль/л
ДК 6,9 мкмоль/л 9,0 мкмоль/л

Враховуючи помірні порушення в системі перекисного окислення ліпідів хворому згідно запропонованому способу лікування на фоні базисної терапії був призначений антиоксидант Альтан в добовій дозі (30 мг на добу).

За час перебування в стаціонарі стан хворого став краще, больовий та диспептичний синдроми були купіровані на 4 добу перебування хворого в стаціонарі. Термін ремісії- 12 місяців.

Технічний ефект.

Використання запропонованого способу лікування забезпечує призначення адекватної терапії, підвищення ефективності лікування, можливість досягти оптимального перебігу захворювання, а також дозволяє скоротити термін лікування, продовжити час ремісії.

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 - 72 - 89 (03122) 2 - 57 - 03

