



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **87887** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61P 1/16 (2006.01)
A61P 39/00
A61N 5/02 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 10059	(72) Винахідник(и): Саволюк Сергій Іванович (UA), Годлевський Аркадій Іванович (UA), Томашевський Ярослав Віталійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 13.08.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.02.2014	(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.02.2014, Бюл.№ 4	

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ВІДДАЛЕНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНІ ФОРМИ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

(57) Реферат:

Спосіб профілактики віддалених ускладнень після холецистектомії у хворих на деструктивні форми гострого холециститу включає призначення комбінації препаратів "Мексідол" та "MagBit", яке поєднують з призначенням регіонарної мікрохвильової терапії в дециметровому діапазоні (ДМХ-терапія) на проекцію печінки в правій підреберній області.

UA 87887 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів профілактики віддалених ускладнень після виконання холецистектомії у хворих на деструктивні форми гострого холециститу, забезпечуючи досягнення оптимальних строків настання клініко-лабораторного одужання та медико-соціальної реабілітації, високих показників якості життя та профілактику виникнення ускладнень та рецидиву доброякісної гепатобіліарної патології після застосування різних методів хірургічного лікування. Може бути використана як провідна методика здійснення реабілітаційних заходів впродовж віддаленого післяопераційного терміну у хворих, яким виконана холецистектомія лапароскопічним, лапаротомним та мінілапаротомним доступами з приводу доброякісної патології жовчного міхура, так і в комплексі хірургічного лікування гепатобіліарної патології ендоскопічними, лапароскопічними та лапаротомними методиками та асистованими операціями, які поєднують в собі позитивні моменти всіх існуючих хірургічних технологій, для профілактики рецидиву доброякісної гепатобіліарної патології, виникнення ускладнень в віддаленому післяопераційному терміні, пов'язаних з недостатнім впливом реабілітаційних технологій на корекцію наявних, існуючих та виникаючих порушень реологічних та фізико-хімічних властивостей жовчі.

Якщо розвиток гострої печінкової недостатності та гнійно-септичні ускладнення визначають перебіг та наслідки хірургічного лікування у ранній післяопераційний період, то якість життя та тривалість реабілітації оперованих хворих є визначальними в оцінці віддалених наслідків хірургічної корекції хворих з доброякісною патологією гепатобіліарної зони, і питання їх підвищення в віддаленому післяопераційному періоді залишається далекими від остаточного вирішення (Арутюнов С.Э. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с осложненной желчно-каменной болезнью // Вісник Української стоматологічної академії. 2008. Том 7, випуск 1 2. с. 15-17; Сиплиев В.А., Котовщиков М.С., Петюнин А.Г. Отдаленные результаты и качество жизни больных после хирургического лечения механической желтухи // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. 2008. Том 144, часть 1, С. 210-213). Якість життя визначається впливом ускладнень віддаленого післяопераційного періоду, що обумовлюють незадовільність комплексного хірургічного лікування, впливаючи на тривалість етапів медико-соціальної реабілітації, на первинну та накопичену інвалідність (Литвиненко О.М., Лукеча І.І. Мікроходедохолітиаз як одна з причин виникнення ускладнень жовчнокам'яної хвороби // Клінічна хірургія. 2007. - № 2-3. С. 75-76; Маев І.В., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г. Коррекция проявлений холестаза у больных с калькулезным холециститом, перенесших холецистэктомию // Практикующий врач. 2006. - № 1. С. 29-34; Мамчич В.И., Головин А.В., Накашидзе М.Д., Параций З.З. Проблемы клиники, диагностики и лечения минихолелитиаза // Матеріали наукового конгресу "IV Міжнародні Пироговські Читання", присвячений 200-річчю М.І. Пирогова, XXII з'їзду хірургів України. Вінниця. 2010. Том 2. с. 29-30). Ці ускладнення пов'язані з неоднозначним впливом різних методів та тактики хірургічного лікування на функцію органів гепатобіліарної системи при їх експертній оцінці (Циммерман Я.С., Кунстман Т.Г. Постхолецистэктомический синдром: современный взгляд на проблему // Клиническая медицина. 2006. - № 6. С. 4 11; Лоранская И.Д., Вишневская В.В. Изучение моторной функции желчевыделительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 7, № 1. С. 1-7; Огородник П.В., Леоненко С.Н., Дейниченко А.Г. Повторные транспиллярные вмешательства по поводу рецидивного холедохолитиаза и рестеноза большого сосочка двенадцатиперстной кишки // Клінічна хірургія. 2007. - № 2 3. С. 79). Ускладнена тривала біліарна обструкція призводить до розвитку фіброзу печінкової паренхіми в 31,3 % хворих. В 29,2 % хворих, оперованих з приводу ускладнень жовчнокам'яної хвороби, діагностують другорядні біліарні ураження печінки, з них в 26,1 % має місце вторинний гепатит, в 3,1 % - цироз печінки. Ці ураження зумовлені відсутністю чи неадекватним лікуванням гнійного холангіту, який вже через 1-3 місяці призводить до множинних холангіогенних абсцесів печінки, а терміни формування бінарного цирозу коливаються в межах 1-2 років (Хворостов Є.Д., Бичков С.О., Гриньов Р.М., Томін М.С. Неспецифічний реактивний гепатит у хворих із ускладненими формами жовчнокам'яної хвороби // Науковий вісник Ужгородського університету, серія „Медицина“. 2007. Випуск 31. С. 143-145; Мищенко В.В., Давыдов Д.М., Кадочников В.С., Журавок А.И. Структурно-метаболическое состояние печени и его коррекция у больных с острым холециститом // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. 2005. Том 1. С. 229-230; Іваночко Н.Я., Гончар М.Г., Дельцова О.І. Реакція печінки при гострому калькульозному холециститі у людей похилого та старечого віку // Матеріали наукового конгресу "IV Міжнародні Пироговські Читання", присвячений 200-річчю М.І. Пирогова, XXII з'їзду хірургів України, Вінниця. 2010. Том 1. С. 179-180).

Необхідно здійснювати науковий пошук медикаментозного впливу на літогенність жовчі в ранньому післяопераційному періоді, що створить передумови до превентивного лікування та ефективної профілактики цілої низки ускладнень віддаленого післяопераційного періоду (холестатичний гепатит, біліарний цироз печінки, рецидивуючий холангіт, рецидив холедохолітазу, папіліт, папілостеноз) (Межаков С.В., Кузьменко А.Е., Дудин А.М., Хацко В.В., Греджев Ф.А. Биохимический состав желчи у больных с постхолецистэктомическим синдромом // Харківська хірургічна школа. 2009. № 4.1 (36). С. 251-252; Успенский Ю.П., Мехтиев С.Н. Клиническое значение нарушений реологии желчи и холестаза у больных с гепатобилиарной патологией. Общий подход к фармакотерапии // Сучасна гастроентерологія, 2004. - № 6. С. 71-78; Литвиненко О.М., Лукеча І.І. Використання поляризаційної мікроскопії протокової жовчі в діагностиці мікрохоледохолітазу у хворих із різними формами прояву жовчнокам'яної хвороби // Хірургія України. 2008. - № 4 (1). С. 156-158). Розроблений на цій основі обґрунтований комплекс реабілітаційних технологій буде сприяти підвищенню показників якості життя оперованих хворих та покращенню віддалених наслідків хірургічного лікування (Дюспаталин при физикохимической стадии желчнокаменной болезни / В. Максимов, С. Бунтин, С. Каратаев и др. // Врач, 2003. - №5. С. 47-49; Федоров А.В., Кравцов Г.А., Карпов О.Э. Таривердиев М.Л. Пути улучшения результатов лечения больных желчнокаменной болезнью // Эндоскопическая хирургия. 2008. - № 4. С. 3-5; Хворостом Є.Д., Бичков С.О., Олефіренко О.О., Слета І.В., Сандомирський Б.П. Вплив кріодеструкції та тканинних екстрактів на відновні процеси в печінці при експериментальному цирозі // Науковий вісник Ужгородського університету, серія "Медицина". 2009. Випуск 36. С. 143-147; Павлов Ч.С., Золоторевский В.Б. Ивашкин В.Т. Возможность обратимости цирроза печени (клинические и патогенетические предпосылки) // Российский журнал гастроэнтерологии, гематологии, колопроктологии. 2006. Том 16, № 1. С. 20-29).

В основу корисної моделі "Спосіб профілактики віддалених ускладнень після холецистектомії у хворих на деструктивні форми гострого холециститу" поставлено задачу шляхом використання препаратів комплексної дії, що спрямовані на превентивну корекцію критичних метаболічних процесів в паренхімі печінки, виникаючих внаслідок патологічного процесу під час перебігу доброякісної гепатобіліарної патології, та локального фізіотерапевтичного впливу на печінку та внутрішньопечінкові та позапечінкові жовчні протоки, спрямованого на стабілізацію та відновлення звичайних фізико-хімічних та реологічних властивостей жовчі досягти стрімкого відновлення порушеного структурно-метаболічного та морфофункціонального статусу печінки, пришвидшення термінів клініко-лабораторного одужання, медико-соціальної реабілітації оперованих хворих з зростанням показників якості життя в віддалені післяопераційні терміни.

Поставлена задача вирішується способом профілактики віддалених ускладнень після холецистектомії у хворих на деструктивні форми гострого холециститу, який передбачає використання комбінацію препаратів "Мексідол" (125 мг) по 2 таблетки (250 мг) 2 рази на добу та "MagBit" по 2 таблетки 1 раз на добу впродовж 24 діб, що поєднується з призначенням регіонарної мікрохвильової терапії в дециметровому діапазоні (ДМХ-терапія) на проекцію печінки в правій підреберній області 12 процедур через добу, починаючи з 7 післяопераційної доби, продовжуючи розпочате лікування в амбулаторних умовах протягом наступних 3 місяців після оперативної корекції з інтервалами між комплексами в 14 діб.

Спосіб профілактики віддалених ускладнень після холецистектомії у хворих на деструктивні форми гострого холециститу здійснюють наступним чином: в основній групі хворих, що були оперовані з приводу деструктивних та ускладнених форм гострого холециститу, з 7 післяопераційної доби призначають препарат "Мексідол" (125 мг) по 2 таблетки (250 мг) 2 рази на добу та "MagBit"(GlaxoSmithKline, Англія) (магній 470 мг, вітамін B6 5 мг) по 2 таблетки 1 раз на добу впродовж наступних 24 діб в поєднанні і призначенням регіонарної мікрохвильової терапії в дециметровому діапазоні (ДМХ-терапія: довжина хвилі 65 см, частота 461,5 мегагерц) на проекцію печінки в правій підреберній області з розташуванням випромінювача на відстані 3-4 см від шкіри передньої черевної стінки правої підреберної ділянки з потужністю 25 ват з експозицією 15 хвилин апаратом "Волна-2" або "Ранет" 12 процедур через добу, продовжуючи розпочате лікування в амбулаторних умовах протягом наступних 3 місяців після оперативної корекції з інтервалами між комплексами в 14 діб.

Хворий Ул., 1953 р. н., історія хвороби № 4211, госпіталізований в ургентну клініку кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова МОЗ України 17.04.2013 р. з клінікою жовчнокам'яної хвороби, гострого калькульозного холециститу. Під час ультрасонографічного дослідження верифіковано емпієму жовчного міхура з ознакою підпечінкового абсцесу (в підпечінковому просторі наявна вільна рідина). Лабораторно-біохімічні

дані засвідчили ознаки гострого деструктивного холециститу з проявами ендогенної токсемії та ознаками субкомпенсованої гострої печінкової недостатності (загальний білірубін 74 мкмоль/л). Хворому розпочата передопераційна підготовка впродовж перших 12 годин після госпіталізації в хірургічну клініку. Хворому виконана відкрита (лапаротомна) холецистектомія від шийки з дренажуванням підпечінкового простору. Контроль ефективності періопераційної консервативної терапії здійснювався на основі моніторингу маркерів системного запалення, ендогенної токсемії, функціонального стану печінки на основі реєстрації маркерів мітохондріальної дисфункції гепатоцитів, антиоксидантного дисбалансу (маркери мембрано-деструктивного процесу) та цитопатичної гіпоксії для оцінки періопераційного протективного впливу на морфофункціональних та структурно-метаболічний стан печінки, в віддаленому післяопераційному терміні здійснення фракційного дуоденального зондування з дослідженням печінкової жовчі (порція С) з визначенням вмісту дієнових кон'югатів, малонового діальдегіду, холестерину, молекул середньої маси. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, рана загоїлася первинним натягом. Хворому з 7 післяопераційної доби розпочато реалізацію запропонованого реабілітаційного комплексу: препарат "Мексідол" (125 мг) по 2 таблетки (250 мг) 2 рази на добу та "MagBit"(GlaxoSmithKline, Англія) (магній 470 мг, вітамін В6 5 мг) по 2 таблетки 1 раз на добу впродовж наступних 24 діб в поєднанні з призначенням регіонарної мікрохвильової терапії в дециметровому діапазоні (ДМХ-терапія: довжина хвилі 65 см, частота 461,5 мегагерц) на проекцію печінки в правій підреберній області з розташуванням випромінювача на відстані 3-4 см від шкіри передньої черепної стінки правої підреберної ділянки з потужністю 25 ват з експозицією 15 хвилин апаратом "Волна-2" або "Ранет" 12 процедур через добу, продовжуючи розпочате лікування в амбулаторних умовах протягом наступних 3 місяців після оперативної корекції з інтервалами між комплексами в 14 діб. Динаміка метаболічних маркерів, показників фізико-хімічних та реологічних властивостей жовчі та показників якості життя констатували ефективність запропонованого реабілітаційного комплексу в віддаленому післяопераційному періоді.

Запропонована корисна модель дозволяє здійснювати цілеспрямовану корекцію критичних метаболічних процесів, що відбуваються в печінці під час патологічного процесу при ускладненій доброякісній гепатобіліарній патології, та зберігаються впродовж тривалого післяопераційного терміну, впливаючи на показники якості життя, відповідальні за віддалені результати оперативної корекції, прискорити терміни клініко-лабораторного одужання та медико-соціальної реабілітації, впливаючи на функціонально-метаболічний статус печінки, запобігати рецидиву та розвитку ускладнень, в віддаленому післяопераційному терміні, здійснюючи вплив на нормалізацію порушених показників фізико-хімічних та реологічних властивостей печінкової жовчі, опосередковано відображаючи відновлення печінкової функції.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб профілактики віддалених ускладнень після холецистектомії у хворих на деструктивні форми гострого холециститу, в якому призначають комбінацію препаратів "Мексідол" (125 мг) по 2 таблетки (250 мг) 2 рази на добу та "MagBit" по 2 таблетки 1 раз на добу впродовж 24 діб, і поєднують з призначенням регіонарної мікрохвильової терапії в дециметровому діапазоні (ДМХ-терапія) на проекцію печінки в правій підреберній області 12 процедур через добу, починаючи з 7 післяопераційної доби, продовжуючи розпочате лікування в амбулаторних умовах протягом наступних 3 місяців після оперативної корекції з інтервалами між комплексами в 14 діб.

Комп'ютерна верстка М. Ломалова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601