



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4107 (13) U

(51) 7 A61K35/78, A61N1/18

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

(21) 2004010078

(22) 08.01.2004

(24) 17.01.2005

(46) 17.01.2005, Бюл. № 1, 2005 р

(72)

(73) ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ
МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) 1. Спосіб лікування хронічного панкреатиту, що включає дієту, внутрішньотканинний електрофорез лікарських засобів, що вводяться усередину організму хворого, який відрізняється тим, що як лікарський засіб застосовують настійки лікарських рослин, що вводяться усередину дванадцятипалої кишки, а внутрішньотканинний електрофорез проводять гальванічним струмом на ділянку підшлункової залози

2. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що лікарський засіб, що вводиться в дванадцятипалу

2

кишку, включає 10 % спиртові настійки кореня дев'ясила високого, кореня ірису, трави кропу, листя вахти трьохлистої, плодів оману в розведенні $1 \cdot 10^{-7}$, які беруться нарівно в кількості 10 крапель в 100 мл води при температурі 37-38°C.

3. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що лікарський засіб вводять краплинно протягом 20-30 хвилин двічі на день, курс лікування-12-14 днів

4. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що для виконання внутрішньотканинного електрофорезу використовують електроди розмірами 25,0 x 25,0 см, при цьому сила струму - 10-15 мА, потужність потоку - 0,66 мА/см².

5. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що внутрішньотканинний електрофорез проводять водночас з введенням лікарського засобу в дванадцятипалу кишку.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до способів лікування захворювань внутрішніх органів людини, і може бути використаний для лікування хронічного панкреатиту

Хронічний панкреатит є широко розповсюдженим захворюванням серед населення багатьох країн, в тому числі, і України. Так, показник захворюваності хронічним панкреатитом в Україні за період з 1997 до 2002 року зріс на 49,9% [1].

Для лікування хронічного панкреатиту запропоновано і широко використовується велика кількість лікарських засобів і способів лікування з застосуванням як медикаментів, так і фізичних та інших факторів [2, 3]

Відомі способи лікування хронічного панкреатиту з використанням спазмолітичних, холінолітичних, антисекреторних засобів, інтестинальних гормонів. В ряді відомих способів лікарські засоби приймають усередину, в інших випадках їх вводять у виді підшкірних, внутрішньовенних чи внутрішньом'язових ін'єкцій [2, 4].

Відомі способи лікування за допомогою фізіотерапевтичних засобів, наприклад, впливом на

спінальні ганглії лазерним випромінюванням визначених характеристик [5], електрофорез лікарських засобів, наприклад, інгібіторів протеолізу (контрикалу чи трасилолу) [6].

Відомі засоби і способи лікування хронічного панкреатиту не забезпечують високої терапевтичної ефективності, не попереджають загострень захворювання, не забезпечують належної якості життя. Тому пошук засобів і способів лікування хронічного панкреатиту продовжується.

В ряді випадків при безуспішному консервативному лікуванні хронічного, часто рецидивуючого панкреатиту застосовують хірургічне лікування [7].

Відомий спосіб лікування хронічного панкреатиту шляхом внутрішньотканинного електрофорезу. Суть методу полягає в тому, що хворому, поряд з призначенням дієти, вводять лікарський засіб, наприклад, контрикал, трасилол, внутрішньовенне, а потім, після досягнення його максимальної концентрації в крові, виконують гальванізацію при розташуванні ураженого органу, зокрема підшлункової залози, в міжелектродному просторі [8]. По даним, які опубліковані, відомо, що спосіб

(13) U

(11) 4107

(19) UA

внутрішньотканинного електрофорезу підвищує ефективність лікування на 10-15% в порівнянні з другими способами лікарської терапії [6].

Дані способи, як більш близькі по технічній сутності і досягаємому ефекту, прийняті за прототип. Недоліком прототипів є те, що контрикал і тразилол можуть викликати алергічні реакції, дорого коштують, потребують внутрішньовенної інфузії, при проведенні якої досить важко визначити час, коли досягається максимальна концентрація препарату в зоні розташування підшлункової залози (тобто визначення часу для початку проведення гальванізації).

В основу корисної моделі поставлене завдання розробити такий спосіб лікування хронічного панкреатиту, який забезпечував би високу ефективність лікування, скорочення термінів лікування, прискорення зникнення чи зменшення клінічних проявів захворювання, попередження побічної дії препарату.

Рішення задачі, яка надається, відповідно предмету корисної моделі, досягається тим, що в способі лікування хронічного панкреатиту, який містить дієту, додатково через назоудоанальний зонд вводять в просвіт дванадцятипалої кишки краплинне 100мл розчину, який містить 10 крапель спиртової настойки кореня девясилу високого, кореня іриса, трави кропу, листя вахти трьохлистої, плодів оману в розведенні $1:10^{-7}$, які беруться нарівно, а потім проводять внутрішньотканинний електрофорез на протязі 20-30 хвилин, двічі на день, при цьому використовують електроди $25,0 \times 25,0$ см, які розташовують на ділянці підшлункової залози; сила гальванічного струму 10-15мА, щільність струму $0,66\text{мА/см}^2$, курс лікування 12-14 днів.

Завдання, що поставлене відносно предмету корисної моделі, досягається тим, що в способі лікування хронічного панкреатиту, який включає дієту, внутрішньотканевий електрофорез лікарських засобів, в якості лікарського засобу використовують 10% настойку кореня девясилу високого, кореня іриса, трави кропу, листя вахти трьохлистої, плодів оману в розведенні $1:10^{-7}$, які беруться нарівно, вводяться за допомогою назоудоанального зонду в кількості 10 крапель, що розчинені в 100,0мл води з температурою $37-38^{\circ}$.

Введення лікарського засобу здійснюють краплинне на протязі 20-30 хвилин, двічі на день щоденно, курс лікування 12-14 днів. Для внутрішньотканинного електрофорезу використовують електроди розміром $25,0 \times 25,0$ см, які розташовують в проекції підшлункової залози один проти одного так, що орган знаходиться між них. При цьому використовують силу струму 10-15мА, потужність потоку $0,66\text{мА/см}^2$. Внутрішньотканинний електрофорез проводять одночасно з введенням лікарського засобу в дванадцятипалу кишку.

Спосіб лікування хронічного панкреатиту, що заявляється, і прототип мають загальні ознаки:

До них відносяться:

- застосування дієти,
- внутрішньотканинний електрофорез;
- введення лікарського засобу усередину

Признаками, що відрізняються є:

- застосування в якості лікарського засобу 10% спиртової настойки кореня девясилу високого, кореня іриса, трави кропу, листя вахти трьохлистої, плодів оману в розведенні $1:10^{-7}$, які беруться нарівно в кількості 10 крапель в 100 мл води, при температурі $37-38^{\circ}$;

- лікарський засіб в дванадцятипалу кишку вводять краплинне на протязі 20-30 хвилин двічі на день;

- для внутрішньотканинного електрофорезу, який виконується одночасно з введенням піків в дванадцятипалу кишку, використовують електроди розміром $25,0 \times 25,0$ см, при цьому сила струму 10-15мА, потужність потоку $0,66\text{мА/см}^2$,

- електрофорез проводять одночасно з введенням лікарського засобу в дванадцятипалу кишку двічі на день.

Сполучення загальних та відмінних ознак дозволяють вирішити задачу винаходу, яка поставлена.

Спосіб лікування, що заявляється, пояснюється конкретними прикладами його використання:

Приклад 1

Хвора С.Н.М., 47 років. (Історія хвороби №2612(03/7239).

Знаходилась під спостереженням в відділенні захворювань печінки та підшлункової залози інституту гастроентерології АМН України з 25.09.03 по 30.10.03.

Діагноз Хронічний панкреатит з больовим синдромом та порушенням зовнішньосекреторної функції підшлункової залози (Холецистектомія - червень 2003) Хронічний гастрит зі збереженою кислотопродукуючою функцією шлунка. Хронічний коліт з гіпомоторним синдромом. Остеохондроз хребта.

При вступі до клініки: скарги на болі в епігастрії, які посилюються після їжі, постійні болі в правій здухвинній ділянці, болі у лівому підреб'ї, нудоту, гіркоту в роті, відрижку повітрям, запори до 3-4 днів, слабкість.

Анамнез захворювання: хворіє 18 років, коли почався біль в епігастрії, правому підреб'ї. Лікувалась з приводу хронічного гастриту. На протязі 12 років самопочуття покращувалось, а останній рік - погіршилося: почалися приступи болю в правому підреб'ї та епігастрії. В квітні 2003 року діагностовано лодинокий камінець в шийці жовчного міхура, 3 місяця тому виконана лапароскопічна холецистектомія. На протязі перших двох неділь після операції самопочуття покращувалось, потім знову погіршилося, з'явилися вищенаведені скарги. Приймала спазмолітики, гепатопротектори, анальгетики, панкреоферментні, антиферментні препарати (контрикал) без суттєвих змін, в зв'язку з чим направлена на лікування в інститут гастроентерології.

Анамнез життя: 2 пологові, фіброматоз матки з 1986 року, пертонічна хвороба, поліноз, менопауза на протязі останніх 5-ти місяців.

При огляді: Будова тіла нормостенічна, вага помірно підвищена, шкіра, слизові оболонки фізіологічного забарвлення, периферичні лімфовузли не збільшені. Над легенями дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ 130/80, ЧСС -

76 за 1 хвилину. Язик обкладений білою смагою, живіт м'який, болючий в епігастрію, в лівому підреб'ї, правому підреб'ї, в правій здухвинній ділянці. Печінка та селезінка не збільшені.

Загальний аналіз крові 26.09.03: гемоглобін - 122 г/л; еритроцити - $4,0 \cdot 10^{12}$, цв.пок. 0,9; лейкоцити $6,1 \cdot 10^9$, ШОЕ - 16 мм/год.; еоз. 2; пал. -; сегм. 59; лімф. 37; мон. 2.

Біохімічне дослідження крові 26.09.03: білок загальний - 80 г/л; білірубін загальний: 18,4 мкмоль/л; білірубін прямий: 6,4 мкмоль/л; глюкоза 4,3 ммоль/л; АЛТ: 0,35 ммоль/л; жовчні кислоти 0,186 ммоль/л; загальний холестерин 4,88 ммоль/л; загальні ліпіди 4,86 г/л., β -ліпопротеїди 45,5 од; α -ліпопротеїди 2,0 умов.од; тригліцериди: 1,04 ммоль/л; мідь 20,2 ммоль/л; церулоплазмін 288,75 мг/мл; АОА сироватки 35,3%.

УЗД органів черевної порожнини 01.10.03: Заключення: Хронічний панкреатит. ФГДС 03.10.03: Заключення - хронічний антральний гастрит без ознак загострення. Недостатність функції, яка замикає, кардіальної розетки. Дослідження шлункової секреції 02.10.03: Заключення - Гіперацидна гіперсекреція.

Біохімічний аналіз жовчі 30.09.03: Заключення - знижена холатотворююча, білірубінвідільна функція печінки.

Загальний аналіз сечі 26.09.03: уд.в - 1012, кисл., лейкоцити - 3-5 в полі зору.

Амілаза сечі 9.10.03: - 78,3 г/л; 22.10.03 - 29,2 г/л.

Лікування:

Мезим 2 т 3 рази на день з 25.09.03 по 08.10.03

Метоклопрамид 1 т 3 рази на день з 25.09.03 по 08.10.03

Викаир 2 т 3 раз на день з 25.09.03 по 08.10.03

Суттєвого поліпшення самопочуття не відбулося, у зв'язку з чим було призначено інтрадуоденальне краплинне введення екстрактів лікарських рослин до прийому їжі: перед сніданком, обідом. Паралельно з цим перед сніданком та обідом під час краплинного введення екстрактів з рослин проводився внутрішньотканинний електрофорез цих ліків.

Лікування тривало з 10.10.03 по 25.10.03. Поліпшення самопочуття спостерігалось з перших днів лікування. Після проведеного лікування самопочуття значно покращилося, відсутні болі в епігастрію і підреб'ях, нудота, зменшилися нічні болі, сухість у роті, покращився сон, нормалізувався показник активності амілази. Відсутня болючість при пальпації в підреб'ях, зменшилася болючість при пальпації в епігастрію.

Приклад 2.

М.Н.А., 67 років. (Історія хвороби № 2594 (02/2610).

Знаходилася під спостереженням у відділенні захворювань печінки і підшлункової залози ІГАНУ з 24.09.03 по 31.10.03

Діагноз: Хронічний панкреатит з больовим і диспептичним синдромом. (Холецистектомія - червень 2000 року). Хронічний гастродуоденит у стадії загострення із секреторною недостатністю. Дисбактеріоз кишечника. Гіпертонічна хвороба II стадія. Остеохондроз хребта. При вступі до клініки скарги на постійні болі в епігастрію і підреб'ях, що підсилюються після їжі, нічні приступи болю, постійну нудоту, сухість у роті, слабкість, підвищену стомлюваність, запаморочення, поганий сон. Стилець регулярно.

Анамнез хвороби: вважає собі хворою близько 10 років - було діагностовано хронічний гастрит. З 1997 долі почали турбувати приступи після їжі і фізичного навантаження - різкі болі, блювота, поноси. Були виявлені камені жовчного міхура. Лапароскопічну холецистектомію було виконано в червні 2000 року. Поліпшення після операції протягом 3-4 місяців, потім знову з'явилися болі, нудота. Періодично проходила стаціонарне лікування (ко-нтрикал, спазмолітики, панкреоферментні препарати, інгібітори протонної помпи, препарати жовчі) з незначним позитивним ефектом. У 2001 році виявлена виразка дванадцятипалої кишки, з приводу чого стримувала лікування. Виразка зарубцювалася.

Анамнез життя: працювала в умовах шкідливості - гарячий метал. Апендектомія в молодості. Гіпертонічна хвороба на протязі 20 років. Менопауза 20 років. Алергія на йод (сверблячка), пил. Дані обстеження: Загальний аналіз крові 29.09.03: гемоглобін - 134 г/л; еритроцити - $4,3 \cdot 10^{12}$, цв.пок. 0,91; лейкоцити $6,3 \cdot 10^9$, ШОЕ - 14 мм/год.; еоз. 2; пал. - 3; сегм. 56, лімф. 36; мон. 3.

Біохімічне дослідження крові 01.10.03: білок загальний: 76 г/л; білірубін загальний: 8,5 мкмоль/л; білірубін прямий: нег.; глюкоза 4,9 ммоль/л; АЛТ: 0,47 ммоль/л; жовчні кислоти 0,236 ммоль/л; загальний холестерин 5,46 ммоль/л; загальні ліпіди 4,34 од.; кальцій 2,09 ммоль/л; β -ліпопротеїди 57,5 од; α -ліпопротеїди 2,5 умов.од; тригліцериди: 1,34 ммоль/л; мідь 18,2 ммоль/л; церулоплазмін 288,75 мг/мл; АОА сироватки 31,43%.

Загальний аналіз сечі 01.10.03 - уд.в - 1016, сл.кисл., лейкоцити - 5-7.

Амілаза сечі 01.10.03 - 67,8 г/л; 20.10.03 - 19,2 г/л.

Цукор у добовій сечі - негативний.

УЗД органів черевної порожнини 02.10.03: Заключення: Ознаки хронічного панкреатиту, дифузії зміни печінки

ФГДС 02.10.03. Хронічний гастрит, ознаки загострення. Осередковий бульбит. Деформація цибулини ДПК, слабо виражена.

Реогепатограма 02.10.03: Зміни форми реографічної кривої. Ознаки підвищення тону судин і зниження їхньої еластичності. Зниження інтенсивності внутріпечінкового кровообігу. Дослідження шлункової секреції 06.10.03: анацидна гіпосекреція. Ферментотворююча функція головних клітин знижена.

Проводилося лікування:

Фестал - 1 др. 3 рази на добу з 24.09.03 по 07.10.03

Карсил 2 др. 3 рази на добу з 24.09.03 по 07.10.03

Гідазепам 1 т на ніч з 26.09.03 по 07.10.03

Барбовал 30 кап. на ніч з 29.09.03 по 07.10.03

Вікаір 2 т 3 рази на добу з 30.09.03 по 07.10.03

Суттєвого поліпшення самопочуття не відбулося, у зв'язку з чим було призначено інтрадуоденальне краплинне введення екстрактів лікарських рослин. Паралельно з цим перед сніданком та обідом під час краплинного введення екстрактів з рослин проводився внутрішньотканинний електрофорез цих ліків

Лікування тривало з 07.10.03 по 19.10.03, з перших днів лікування спостерігалось поліпшення самопочуття - зменшення болю, диспептичних проявів. Після курсу лікування самопочуття значно покращилося: відсутні болі в епігастрію і підребер'ях, нудота, значно зменшилися нічні болі, сухість

у роті, покращився сон. Нормалізувався показник активності амілази. Відсутня болючість при пальпації в підребер'ях, зменшилася болючість при пальпації в епігастрію.

Лікування було проведене 11 хворим жінкам з хронічним панкреатитом у віці від 30 до 67 років з тривалістю захворювання від 3 до 18 років. При госпіталізації до клініки на біль в підребер'ях скаржились 11 (100%) хворих, епігастрію - 9 (81,8%), здуття живота - 8 (72,7%), закріп - 7 (63,6%), пронос - 4 (36,4%). Болючість при пальпації в лівому та правому підребер'ях відзначалась у всіх (100%) пацієнток, в епігастрію - у 10 (93%) хворих.

При УЗД у всіх хворих було діагностовано хронічний панкреатит. Лікування з використанням інтрадуоденальної зондової терапії та внутрішньотканинного електрофорезу тривалістю від 12 до 14 днів було примінено всім хворим.

Дані про результати лікування наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Скарги	До лікування		Після лікування					
	число	частота %	зменшилися		зникли		всього	
			число	частота %	число	частота %	число	частота %
біль								
в лівому підребер'ї	11	100	4	36,4	7	63,6	11	100
в правому підребер'ї	11	100	5	45,4	6	54,6	11	100
епігастрію	9	81,8	4	46,7	5	53,3	9	100
здуття живота	8	72,7	3	37,5	5	62,5	8	100
закріп	7	63,6	3	42,9	4	57,1	7	100
пронос	4	36,4	2	50,0	2	50,0	4	100

Як видно з наведених даних, після лікування спостерігалось покращання самопочуття у всіх хворих: воно проявлялось зменшенням чи зникненням скарг на біль та диспептичні прояви. Як правило, поліпшення самопочуття відбувалось з

перших днів лікування. Побічної дії не зареєстровано

Дані огляду хворих до і після лікування наведені в таблиці 2.

Таблиця 2

Дані огляду хворих	До лікування		Після лікування					
	число	частота %	зменшилася		зникла		всього	
			число	частота %	число	частота %	число	частота %
болючість.								
в лівому підребер'ї	11	100	4	36,4	7	63,6	11	100
в правому підребер'ї	11	100	5	45,4	6	54,6	11	100
епігастрію	9	81,8	4	46,7	5	53,3	9	100

Як видно з наведених даних, в результаті проведеного лікування спостерігалось зникнення або значне зменшення болючості при пальпації в підребер'ях та епігастрію у всіх хворих. Позитивна динаміка визначалася з перших днів лікування

Строк лікування скоротився на 3-4 дні. Випадків побічної дії не спостерігалось.

Таким чином, спосіб лікування що пропонується, є ефективним, прискорює зникнення чи зменшення клінічних проявів захворювання, дозволяє скоротити термін лікування на 3-4 дні, не надає побічної дії

Джерела інформації:

1. Філіппов Ю.О., Шмігель З.М. Стан показників здоров'я населення адміністративних територій України та діяльності гастроентерологічної служби. // Гастроентерологія. - Міжвідомчий збірник. - Випуск 34. - С. 3-12.

2. Губергриц Н.Б., Христюк Т.Н. / Клиническая панкреатология, ООО "Лебедь" - Донець - 2000, 413 с.

3. Буглак Н.А. / Способ лечения хронического панкреатита // Патент №55594 Укр. Промислова власність №4, с. 4.

4. Рафес Ю.И., Крышень П.Ф. Шелекетина И.И., Мельниченко Л.Я. Способ лечения хроничес-

кого бескаменного панкреатита // Авт. св. №6 24635 Бюл. откр. изобр. пром. обр. 78, 35.

5. Юдин В.А., Михайлов В.А., Рязанский М.И. / Способ лечения хронического панкреатита // Пат. №1769897, Бюллетень Информации №39, 23.10 92.

6. Улащик В.С. / Новые методы и методики физической терапии. Минск "Беларусь" 1986. - 176с.

7. Трэвис С.П.Л., Тэйлор Р.Х., Мисевич Дж.Дж. Гастроэнтерология - Москва: 2002. - 628 с.

8. Методические рекомендации по применению внутритканевого (внутриорганного) электрофореза в комплексном лечении заболеваний легких. / Богуцкий Б.В., Соколов С.Б., Алексеенко А.Б. и др. Ялта. - 1980. - 18с.

