ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(19) **BY** (11) **16933**

(13) **C1**

(46) **2013.04.30**

(51) МПК

A 61K 38/19 (2006.01)

A 61P 37/04 (2006.01)

A 61B 17/00 (2006.01)

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ТОНЗИЛЛОГЕННОЙ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ

(21) Номер заявки: a 20101741

(22) 2010.12.02

(43) 2012.08.30

(71) Заявитель: Учреждение образования "Белорусский государственный медицинский университет" (BY)

(72) Авторы: Семак Людмила Ивановна; Меркулова Елена Павловна; Кирковский Валерий Васильевич (BY)

(73) Патентообладатель: Учреждение образования "Белорусский государственный медицинский университет" (BY)

(56) АЗИМОВА Д.Ж. Раннее сорбционно-ферментативное дренирование в лечении тонзиллогенных флегмон шеи: Автореф. дис. - Новосибирск, 2005. - С.13-17.

КУНИЦКИЙ В.С. и др. Новости хирургии. - 2009. - № 1. - Т. 17. - С. 77-81.

RU 2307597 C2, 2007.

RU 2367357 C1, 2009.

RU 2352266 C1, 2009.

(57)

Способ лечения тонзиллогенной флегмоны шеи, включающий хирургическое вмешательство в сочетании с антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной, гипосенсибилизирующей терапией, **отличающийся** тем, что дополнительно вводят ронколейкин в количестве 0,5 мг внутривенно трехкратно, начиная с первого дня после хирургического вмешательства через каждые 48 ч, при этом ронколейкин предварительно разводят в 400 мл физиологического раствора, содержащего 6 мл 10 %-ного раствора человеческого сывороточного альбумина.

BY 16933 C1 2013.04.30

Изобретение относится к области медицины, а именно к оториноларингологии, и может быть использовано при лечении флегмоны шеи тонзиллогенной природы.

Гнойно-воспалительные процессы в виде абсцессов и флегмон наиболее часто развиваются в таких анатомических областях человеческого организма, как голова и шея, а частота их возникновения в последние годы возрастает. Реальная угроза жизни больного при флегмоне шеи обусловлена анатомо-топографическими особенностями этой области, возможностью быстрого распространения воспалительного процесса по клеточным пространствам, развития медиастинита и генерализации процесса [1]. Источники развития флегмон шеи многообразны. При анализе локализации первопричин определяется переплетение "интересов" в этой анатомической области нескольких врачебных специальностей: челюстно-лицевых хирургов, стоматологов, оториноларингологов, хирургов. Однако в последние годы отмечается рост количества аденофлегмон и флегмон шеи как следствия лимфаденитов различной распространенности и выраженности у больных с паратонзиллитами, парафарингеальными и паратонзиллярными абсцессами. Анализ особенностей современного клинического течения флегмон шеи, литературных и статистических дан-

ных показывает возрастающую роль тонзиллогенной этиологии в развитии этого заболевания.

Возможность развития медиастинита, вероятность смертельного исхода заболевания, инвалидизации, дорогостоящее обследование, большая стоимость и длительность послеоперационного лечения свидетельствуют о важности проблемы лечения больных с флегмонами шеи и обуславливают ее не только медицинское, но и социальное значение.

С другой стороны, само хирургическое лечение и весь комплекс сопровождающих его воздействий могут приводить к дисбалансу иммунной системы, появлению так называемой индуцированной формы вторичного иммунодефицита. Последняя характеризуется снижением уровня лимфоцитов периферической крови, нарушением нормального соотношения между Т- и В-лимфоцитами и соотношения между субпопуляциями Т-лимфоцитов. Выявление иммунной недостаточности и ее фармакологическая коррекция - одна из актуальнейших проблем современной хирургии и оториноларингологии в частности, от которой зависит эффективность лечения и исход заболевания.

Известно применение некоторых интерлейкинов как средств иммуноориентированной терапии флегмон шеи тонзиллогенной природы [2].

Наиболее близким по технической сущности к заявляемому является способ хирургического лечения тяжелой сочетанной механической травмы с 2-кратным использованием ронколейкина в дозе 0,5 мг внутривенно, медленно, капельно, с интервалом 48 ч на 2-3 и 4-5 сутки после травмы; острого деструктивного панкреатита с 2-3-кратным введением ронколейкина внутривенно, медленно, капельно, с интервалом 48 ч без указания точных сроков введения после операции или начала процесса; гнойно-септических осложнений у хирургических больных с 2-кратным подкожным введением ронколейкина с интервалом 48-72 ч в дозе 0,5 мг без указания точных сроков введения препарата [3].

Использование ронколейкина рекомендовано в сочетании с антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной и гипосенсибилизирующей терапией. Однако схем по применению ронколейкина при тонзиллогенной флегмоне шеи нет.

Анализ особенностей развития и течения флегмоны шеи тонзиллогенной природы показывает на недостатки вышеизложенных способов использования ронколейкина при этой патологии: 2-кратное введение препарата не всегда может быть достаточно адекватным (зависит от особенностей течения процесса у конкретного пациента); отсутствие указания точных сроков начала введения препарата может свести к нулю весь результат его использования. Недостатками упомянутого подкожного введения препарата являются достаточно медленное его всасывание и определенные "потери" по пути транспорта. Учитывая быстроту развития тонзиллогенной флегмоны шеи, представляется предпочтительным быстрое попадание препарата в системный кровоток и создание в нем достаточной его концентрации.

Задача, на решение которой направлен предлагаемый способ, заключается в достижении быстрого попадания препарата "Ронколейкин" в системный кровоток и создании в нем достаточной его концентрации.

Поставленная задача решается предлагаемым способом лечения тонзиллогенной флегмоны шеи, включающим хирургическое вмешательство в сочетании с антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной, гипосенсибилизирующей терапией и введение ронколейкина в количестве 0,5 мг внутривенно трехкратно, начиная с первого дня после хирургического вмешательства через каждые 48 ч, при этом ронколейкин предварительно разводят в 400 мл физиологического раствора, содержащего 6 мл 10 %-ного раствора человеческого сывороточного альбумина.

Предлагаемый способ использования ронколейкина при тонзиллогенной флегмоне шеи учитывает все особенности развития и течения этой патологии, в большей степени перекрывает критический период развития процесса, отличается точно определенными

сроками начала и способом введения препарата, а также кратностью введения, рационально компенсируя вторичный иммунодефицит, о котором было сказано выше.

Способ применения ронколейкина при тонзиллогенной флегмоне шеи осуществляется следующим образом.

Пациенту с тонзиллогенной флегмоной шеи начиная с первого дня после проведенного хирургического вмешательства назначают внутривенное введение ронколейкина, при этом предварительно в 400 мл физиологического раствора вводят 6 мл 10 %-ного раствора человеческого сывороточного альбумина (для предотвращения разрушения ронколейкина), затем добавляют 0,5 мг ронколейкина. Приготовленный раствор вводят внутривенно (данный путь введения разрешен инструкцией по применению), медленно, капельно трехкратно, начиная с первого дня после проведенного хирургического вмешательства, с 48-часовыми перерывами. Введение ронколейкина сочетают с антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной и гипосенсибилизирующей терапией.

Предлагаемый способ использования ронколейкина при тонзиллогенной флегмоне шеи учитывает все особенности развития и течения этой патологии, в большей степени перекрывает критический период развития процесса, отличается точно определенными сроками начала и способом введения препарата, а также кратностью введения, рационально компенсируя вторичный иммунодефицит, о котором было сказано выше.

Пример выполнения способа.

Больная Д., 1940 г.р., 67 лет, медкарта № 19681/2532. Диагноз клинический: паратонзиллярный абсцесс слева. Глубокая флегмона шеи двухсторонняя. Передний тотальный гнойный медиастинит. двухсторонняя пневмония в нижних долях, тяжелое течение. Эмпиема плевры справа. Сахарный диабет 2 типа, состояние клинико-метаболической декомпенсации. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, венечных артерий. Симптоматическая гипертензия, 2 стадия, риск 3. ХСН ФК II. Исследование иммунного статуса проводилось в лаборатории Республиканского центра трансплантологии и клеточных биотехнологий РНПЦ ГТ МЗ РБ. Проведено лечение по предлагаемому способу. В первом исследовании (до введения ронколейкина) имело место снижение CD3 (до 64 % при норме от 67 до 76 %), CD8 (до 10 % при норме от 25 до 40 %) при повышенных показателях CD4 (до 55 % при норме от 38 до 46 %) и CD19 % (до 24 % при норме от 11 до 16 %), а также соотношения CD4 и CD8 (до 5,5 при норме от 1 до 1,5). Т-лимфоциты (активированные по IL-2R) составили 16 %. Во втором исследовании иммуностатуса (после введения ронколейкина) их содержание составило 18 %. Во втором исследовании иммунного статуса вышеперечисленные показатели изменились следующим образом: увеличилось содержание CD3 (до 70 % - соответствует норме) и CD8 (до 13 %) при одновременном снижении содержания CD4 (до 45 % - норма) и уменьшении соотношения CD4 / CD8 (до 3,5).

Ронколейкин в данном случае нормализовал ряд показателей иммунограммы (CD3, CD4), иммунный ответ стал более сбалансированным (по соотношению CD4 и CD8), достигнут прирост Т-лимфоцитов, активированных по IL-2, также наблюдалась тенденция к нормализации остальных показателей иммунограммы. Применение ронколейкина по предлагаемому способу сохранило иммунную состоятельность пациента, несмотря на наличие сахарного диабета, который сам по себе вызывает иммуносупрессию системного характера.

Аналогичные и близкие изменения наблюдались в иммунограммах других пациентов с диагнозом тонзиллогенной флегмоны шеи.

Таким образом, предлагаемый способ использования ронколейкина при тонзиллогенной флегмоне шеи позволяет сократить сроки нахождения пациентов в отделении интенсивной терапии и реанимации, а также и общий койко-день нахождения пациента в стационаре. Предлагаемый способ позволяет добиться выздоровления даже при наличии

такой грозной сопутствующей патологии, как сахарный диабет, и такого опасного для жизни пациента осложнения, как медиастинит.

Источники информации:

1. Бобров В.М., Лысенко В.А. Вестник оториноларингологии. - 2003. - № 5. - С. 61-62.
2. Козлов В.К. Иммунопатогенез и цитокинотерапия хирургического сепсиса. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 22-25.
3. Ступин В.А., Гридчик И.Е., Коваленко А.Л. Применение иммуномодуляторов в хирургической практике. - М., 2005. - С. 19, 21.

Национальный центр интеллектуальной собственности.
220034, г. Минск, ул. Козлова, 20.