



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16779 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61K 35/00  
A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ**

1

(21) u200602825

(22) 16.03.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Клименко Володимир Микитович, Ісайчиков Іван Іванович, Беленічев Ігор Федорович, Клименко Андрій Володимирович

(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, Клименко Володимир Микитович, Ісайчиков Іван Іванович, Беленічев Ігор Федорович, Клименко Андрій Володимирович

2

(57) Спосіб патогенетичного лікування гострого панкреатиту та профілактики його ускладнень, що включає призначення загальноприйнятої терапії та "Тіотриазоліну", який відрізняється тим, що додатково призначають "Віта-мелатонін" внутрішньо по 1 таблетці (3мг) 1 раз на добу між 20-00 та 21-00 годинами протягом 10 діб та "Церулоплазмін" шляхом внутрішньовенного введення у кількості 2-4мг/кг з 200мл фізіологічного розчину із шостої доби захворювання протягом 5 діб.

Корисна модель стосується медицини, а саме, хірургії, і може бути використаною при лікуванні хворих з тяжким перебігом гострого панкреатиту.

Необхідність комплексного лікування гострого панкреатиту ні в кого вже не викликає сумніву, проте, за різними авторами його ефективність недостатньо висока через велику кількість ускладнень захворювання, що викликало необхідність у розробці нових способів їх профілактики. Існує багато способів лікування гострого панкреатиту та профілактики його ускладнень. Серед них особливе місце займає лікування, спрямоване на профілактику панкреонекрозу, особливо його інфікованих форм, які є причиною розвитку критичних станів з летальністю 60-85%.

Відомо, що патофізіологічну основу практично будь якого критичного стану формує загальна та регіональна гіпоксія поряд з ендегенною інтоксикацією.

Гострий панкреатит з самого початку захворювання супроводжується важкими ферментативними, гемодинамічними, мікроциркуляторними, кисневими розладами, порушеннями антиоксидантної системи, балансу мікроелементів та транслокаційного механізму, які призводять до кисневій недостатності, частіше циркуляторного типу, що суттєво погіршує загальний стан хворого та ефективність подальшого лікування.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб лікування

гострого панкреатиту, який полягає у використанні на тлі загальноприйнятої терапії препарату "Тіотриазолін", що має суттєвий антиоксидантний ефект і може бути використаний за наступною схемою: з першої по п'яту добу препарат вводиться внутрішньовенно крапельно у кількості 100мг 1 раз на добу та внутрішньом'язово 50мг 3 рази на добу, а починаючи з шостої доби - по 50мг внутрішньом'язово 3 рази на добу [В.Н. Старосек, І.І. Фомочкин, А.Н. Скоромный. Экспериментальное и клиническое обоснование применения тиотриазолина при остром панкреатите // Сучасна гастроентерологія. - 2003. - №4 (14). - С.77-80].

Спільними суттєвими ознаками прототипу і корисної моделі, що заявляється, є такі:

- призначення загальноприйнятої терапії;
- призначення "Тіотриазоліну" на тлі загальноприйнятої терапії;

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що:

- представлена схема лікування гострого панкреатиту не впливає на синтез ендегенних антиоксидантних ферментів, що, відповідно не дозволяє повною мірою використати власні можливості макроорганізму;

- запропонована схема не має патогенетичного впливу на баланс мікроелементів, порушення якого ускладнює перебіг захворювання;

- в представленому способі лікування гострого панкреатиту відсутні заходи, здатні вплинути на

(19) UA (11) 16779 (13) U

еритропоез, в той час як саме еритроцити є основними переносниками кисню в організмі.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу патогенетичного лікування гострого панкреатиту та профілактики його ускладнень шляхом включення в загальноприйняту терапію лікарських речовин, які впливають на різні ланки гомеостазу, що дозволить підвищити ефективність лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає використання на тлі загальноприйнятої терапії препарату "Тіотриазолін", новим є те, що в комплекс лікування додають "Віта-мелатонін", який призначають внутрішньо по 1 таблетці (3мг) 1 раз на добу між 20-00 та 21-00 годинами протягом 10 діб, та "Церулоплазмін", який призначають шляхом внутрішньовенного введення у кількості 2-4мг/кг з 200мл фізіологічного розчину з шостої доби захворювання протягом 5 діб.

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

- використання "Віта-мелатоніну", який містить мелатонін, підсилить експресію генів, відповідальних за синтез антиоксидантних ферментів, що дозволить повною мірою використати власні можливості макроорганізму;
- введення в схему лікування "Церулоплазміну" сприятиме нормалізації балансу мікроелементів, що позитивно вплине на перебіг захворювання;
- застосування "Церулоплазміну" простимулює еритропоез, що підсилить вміст кисню в крові, та зменшить загальну інтоксикацію макроорганізму.

В цілому, така схема лікування дозволить забезпечити підвищення ефективності способу патогенетичного лікування гострого панкреатиту та профілактики його ускладнень, зменшити кількість ускладнень.

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 призначають "Тіотриазолін" (з першої по п'яту добу препарат вводиться внутрішньовенно крапельно у

кількості 100мг 1 раз на добу та внутрішньом'язово 50мг 3 рази на добу, починаючи з шостої доби - по 50мг внутрішньом'язово 3 рази на добу) та "Віта-мелатонін" (внутрішньо по 1 таблетці (3мг) 1 раз на добу між 20-00 та 21-00 годинами протягом 10 діб); починаючи з шостої доби захворювання протягом 5 діб до лікування додають "Церулоплазмін" (внутрішньовенно крапельно у кількості 2-4мг/кг на 200мл фізіологічного розчину).

#### Приклад

Пацієнтка Татко В.О., 42 років, 12.12.2005 о 19 годині 15хв була доставлена у медико-санітарну частину комбінату "Запоріжсталь" та "Днепроспецсталь" машиною швидкої допомоги з діагнозом "гострий панкреатит". З анамнезу: 11.12.2005 та 12.12.2005 вживала гостру та жирну їжу, алкогольні напої у великій кількості. О 16 годині 55хв 12.12.2005 відчувала сильний біль по всьому животу. Відразу викликала 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 -  $3,6 \times 10^{12}$  клітин/л, лейкоцити -  $14,7 \times 10^9$  клітин/л, з них паличкоядерні - 24%; швидкість осідання еритроцитів - 22мм/ч; загальний білок-68г/л, білірубін - 8,7мкмоль/л;  $\alpha$ -амилаза 194мг/л; рентгенограма черевної порожнини: без "вільного газу" і "рівней". Ультразвукове дослідження: діагностовано гострий панкреатит. Паралельно з діагностичними процедурами катетеризована центральна вена, почата інфузійна терапія, що включає інгібітори ферментів підшлункової залози, антикоагулянти, препарати, які поліпшують реологічні властивості лімфи, знеболюючі засоби, антиметаболіти, антибіотики. Одночасно призначений «Тіотриазолін», який з першої по п'яту добу препарат вводився внутрішньовенно крапельно у кількості 100мг 1 раз на добу та внутрішньом'язово 50мг 3 рази на добу, а починаючи з шостої доби - по 50мг внутрішньом'язово 3 рази на добу, та "Віта-мелатонін" (внутрішньо по 1 таблетці (3мг) 1 раз на добу між 20-00 та 21-00 годинами протягом 10 діб). Починаючи з шостої доби захворювання протягом 5 діб до лікування був включений "Церулоплазмін" (внутрішньовенно крапельно у кількості 2-4мг/кг на 200мл фізіологічного розчину). Стан хворої швидко нормалізувався. Ускладнень не було. Пацієнтка виписана 28.12.2005 у задовільному стані; клініко-лабораторні показники в межах норми, при ультразвуковому дослідженні перед виписуванням візуалізується помірне збільшення підшлункової залози.