



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 54446

(13) U

(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

(21) u201005270

(22) 29.04.2010

(24) 10.11.2010

(46) 10.11.2010, Бюл. № 21, 2010 р.

(72) ЛУПАЛЬЦОВ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ, МІ-  
РОШНИЧЕНКО СЕРГІЙ СЕРГІЙОВИЧ, МОРОЗ  
СЕРГІЙ ВІКТОРОВИЧ(73) ЛУПАЛЬЦОВ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ, МІ-  
РОШНИЧЕНКО СЕРГІЙ СЕРГІЙОВИЧ, МОРОЗ  
СЕРГІЙ ВІКТОРОВИЧ

2

(57) 1. Спосіб лікування гострого панкреатиту, що включає проведення інтенсивної консервативної терапії, проведення оперативного лікування при прогресуванні захворювання, який **відрізняється** тим, що з самого початку захворювання додатково вводять антиоксидантні препарати.

2. Спосіб лікування гострого панкреатиту за п. 1, який **відрізняється** тим, що як антиоксидантний препарат вводять  $\alpha$ -токоферолу ацетат.

Корисна модель стосується медицини, а саме, хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих з гострим панкреатитом.

В лікуванні гострого панкреатиту пріоритетне місце займають комплексні заходи консервативної терапії та оперативних втручань.

Необхідність комплексного лікування гострого панкреатиту не викликає сумнівів, проте його ефективність недостатньо висока через велику кількість ускладнень, що викликало необхідність у розробці нових способів лікування.

Гострий панкреатит супроводжується важкими ферментативними, гемодинамічними, мікроциркуляторними, кисневими розладами, порушенням антиоксидантної системи, які призводять до погіршення загального стану хворого та ефективності подальшого його лікування.

Відомий спосіб лікування гострого деструктивного панкреатиту, що включає холецистектомію, дренивання холедоха, сальникової сумки і черевної порожнини, проведення медикаментозної терапії з застосуванням антибіотиків і цитостатиків [Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под. ред. Савельева В.С. - М.: «Триада-Х», 2004. С. 640, Ничитайло М.Е. и соавт. Принципы антибиотикопрофилактики и антибактериальной терапии при панкреонекрозе. // Вісник Вінницького національного медичного університету. - № 10/2. - 2006].

Недоліком відомого способу є відсутність в ньому засобів, що відновлюють антиоксидантну систему організму, та спричиняють зниження активності перекисного окислення ліпідів.

Відомий спосіб лікування гострого панкреатиту, який полягає у достатньому знеболюванні, інфузійній терапії, корекції порушень центральної гемодинаміки та периферичного кровообігу, зменшенні секреторної активності підшлункової залози, корекції імунних порушень, дезінтоксикаційній терапії, корекції порушень метаболізму, антибіотикотерапії, при наявності показань проводиться оперативне лікування [Шалимов А.А., Крыжевский В.В., Ничитайло М.Е. Лечение острого панкреатита/ЛСлінічна хірургія.-2000.№4.-С.5-9].

Цей спосіб є найбільш близьким запропонованому і тому вибраний як найближчий аналог.

Однак недоліком цього способу є також недостатній рівень відновлення показників антиоксидантної системи і тривалість лікування.

Н.В.Прокоф'єва та співат. (2000) на прикладі досліджень підшлункової залози досліджували вплив процесів ліпопероксидації на органному рівні. За їх думкою відбувається інтенсифікація перекисного окислення ліпідів та активація факторів антиоксидантної системи при гострому панкреатиті. Однак до теперішнього часу алгоритм лікування гострого панкреатиту з врахуванням антиоксидантної системи у доступній літературі не описані.

В основу корисної моделі поставлено задачу в способі лікування гострого панкреатиту шляхом додаткових заходів забезпечити корекцію антиоксидантної активності і скорочення термінів лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування гострого панкреатиту, що включає проведення інтенсивної консервативної тера-

(13) U

(11) 54446

(19) UA

пії, проведення оперативного лікування при прогресуванні захворювання, який відрізняється тим, що з самого початку захворювання додатково вводять антиоксидантні препарати. Як антиоксидантний препарат застосовують а-токоферолу ацетат.

Застосування запропонованого способу дозволяє знизити число ускладнень, покращати результати лікування.

Спосіб здійснюють 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, профілактику виникнення стресових виразок та гнійної інфекції, антикоагулянтну терапію, антибіотикотерапію. Одночасно поводять антиоксидантну терапію. Як антиоксидант використовують а-токоферолу ацетат, починаючи з першої доби після діагностування гострого панкреатиту до нормалізації клініки. У разі необхідності проводять оперативне втручання з адекватним анестезіологічним забезпеченням згідно клінічної ситуації.

Приклад 1.

Хворий О. 64 р. поступив в хірургічний стаціонар в ургентному порядку через 12 годин від початку захворювання з підозрою на перфоративну язву. Хворий оглянутий, обстежений. Об'єктивно стан тяжкий, живіт дошкоподібний, здутий, у всіх відділах болючий, симптом Щеткіна-Блюмберга в правій клубовій і гіпогастральній областях позитивний. В клінічному аналізі крові: лейкоцитоз -  $18,5 \times 10^9/\text{л}$ , зі зсувом формули вліво (паличко ядерних 13%), токсична зернистість нейтрофілів -76%, СОЕ -17мм/год. В сироватці крові: МДА-2,7нмоль/мл, ДК -155,2нмоль/мл. Активність каталази - 0,48мккат/л, СОД -0,84мккат/л, коефіцієнт СОД/МДА склав 0,3. На обзорній рентгенограмі органів черевної порожнини виявляються множинні чаші Клойбера.

Встановлений діагноз: гострий панкреатит, перитоніт.

Операція - лапоротомія, розтин і дренування сальникової сумки, дренування черевної порожнини. Діагноз після операції: гострий панкреатит. Дифузний серозний перитоніт.

Стан хворого в перші три доби післяопераційного періоду оцінювався як тяжкий. Проводилася інтенсивна консервативна і антиоксидантна терапія. Вміст продуктів ПОЛ складав: МДА - 3,44нмоль/мл., ДК -240нмоль/мл. Активність ката-

лази -7,3мккат/л, СОД -0,83мккат/л, коефіцієнт СОД/МДА склав 0,24. На 3 добу перистальтика не відновилася, на обзорній рентгенограмі органів черевної порожнини визначається гіперпневматоз кишечника. Ефект від антиоксидантної терапії, яка проводилася, був отриманий на 4 добу і на 7 добу явища інтоксикації значно зменшилися.

Хворий був виписаний зі стаціонару в задовільному стані.

Приклад 2.

Хворий В. 26 р. поступив в хірургічний стаціонар в ургентному порядку через 12 годин після початку захворювання з підозрою на перфоративну виразку. Хворий оглянутий, обстежений. Об'єктивно стан середньої тяжкості, живіт здутий, у всіх відділах болючий, симптом Щеткіна-Блюмберга сумнівний. В клінічному аналізі крові: лейкоцитоз -  $16,2 \times 10^9/\text{л}$ , зі зсувом формули вліво (паличко ядерних 14%), токсична зернистість нейтрофілів -70%, СОЕ -12мм/год. В сироватці крові: МДА-2,5нмоль/мл, ДК -157,3нмоль/мл. Активність каталази - 0,51мккат/л, СОД -0,86мккат/л, коефіцієнт СОД/МДА склав 0,35. На обзорній рентгенограмі органів черевної порожнини визначаються "арки", гіперпневматоз кишечника. Встановлений діагноз: гострий панкреатит.

Хворому застосовано стандартне лікування з застосуванням а-токоферолу ацетату. Стан хворого в перші дві доби оцінювався як середньої тяжкості. Вміст продуктів ПОЛ складав: МДА - 3,40нмоль/мл., ДК -190нмоль/мл. Активність каталази -5,1мккат/л, СОД -0,81мккат/л, коефіцієнт СОД/МДА склав 0,29. Ефект від антиоксидантної терапії, яка проводилася, був отриманий на 4 добу і на 7 добу стан хворого був задовільним.

Введення антиоксидантних препаратів з метою нормалізації антиоксидантно-прооксидантної рівноваги вже на 3 добу привело до зниження концентрації маалонного альдегіду (МДА). Активність супероксиддисмутази (СОД) на 3 добу почала збільшуватися, а підвищена активність каталази знижуватися, і на 7 -14 добу обидва показники досягли значення, що наближалось до норми, а в деяких випадках і досягало її. Коефіцієнт СОД/МДА мав тенденцію до нормалізації.

Застосування запропонованого способу лікування гострого панкреатиту дозволило скоротити терміни перебування хворих в стаціонарі, зменшити кількість релапоротомій, зменшити прогресування ускладнень в ранньому післяопераційному періоді.