



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36775 (13) A

(51) 7 A61B17/00, A61K31/00

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

(21) 2000020669

(22) 08.02.2000

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Капшитар Олександр Васильович

(73) Запорізький державний медичний університет,
Капшитар Олександр Васильович

(57) Спосіб, лікування гострого некротичного панкреатиту шляхом виконання під контролем лапароскопу блокади оточини поперечної ободової кишки новокаїном і інгібіторами ферментів підшлункової залози, який відрізняється тим, що до додатково у оточину вводять 5-фторурацил.

Винахід відноситься до медицини, а саме - до абдомінальної хірургії, і може бути використаний у лікуванні некротичного панкреатиту (геморагічний, жировий, змішаний).

Статистичні дані свідчать про постійне зростання випадків некротичного панкреатиту, особливо серед осіб працездатного віку. Як і раніше, летальність при прогресуючих формах сягає 70-80%, а при блискавичних - навіть 100% (див.: Шалимов С.А. с соавт., 1990; Шалимов А.А. с соавт., 1994; Гальперін Є.І., 1996; Гончар М.Г. з співавт., 1998).

Лікування некротичного панкреатиту залишається однією з найбільш складних і не вирішених в абдомінальній хірургії (див.: Шалимов А.А. с соавт., 1998; Земсков В.С. с соавт., 1998; Филин В.И. с соавт. 1994).

Рання інтенсивна консервативна терапія часто призводить до зворотного розвитку патологічного процесу. Однак чимало хірургів виконують оперативні втручання широким лапаротомним доступом з різним об'ємом. Проте статистичні дані свідчать - якщо подібні операції виконують у фазі ферментної токсемії - це часто призводить до прогресування захворювання, тяжких післяопераційних ускладнень, тривалого лікування, високої летальності. Чим вища оперативна активність, тим вища летальність. Вказане обумовлює необхідність розробки нових і більш ефективних способів лікування некротичного панкреатиту.

Відомий спосіб лікування геморагічного некротичного панкреатиту, який полягає у виконанні лапаротомії, розтині шлунково-ободової зв'язки, ревізії, видаленню ексудату із черевної порожнини та сальникової і сумки, блокаді (введенні по верхньому і нижньому краю підшлункової залози заочеревинно 100-150 мл 0,25% розчину новокаїну з інгібіторами ферментів підшлункової залози (20000-30000 од. контрікалу), в корінь оточини по-

перечної ободової кишки і круглу зв'язку печінки також вводять по 30-40 мл 0,25% розчину новокаїну). Можливе втручання на підшлунковій залозі та ін. (див.: Неотложные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии / М.Г. Шевчук, С.Н. Геных, В.П. Хохоля и др. - К.: Здоровье, 1988. - С. 84-88).

Спільними суттєвими ознаками аналогу і винаходу є такі: блокада оточини поперечної ободової кишки 0,25% розчином новокаїну.

Однак спосіб-аналог є більш травматичним внаслідок того, що розтин черевної стінки виконується шляхом широкого розсічення її тканин, а це у частини хворих веде до розвитку різних ускладнень зі сторони післяопераційної рани - запальний інфільтрат, гематома, кровотеча, нагноєння, евентрація та пізніх - абсцеси та інфільтрати, гостра непрохідність кишок, перитоніт та ін. Розвиваються екстраабдомінальні ускладнення - запалення легень, тромбози та емболії та ін. Значно зростає травматичність та тривалість внутрішньоочеревинного етапу операції.

Під час лапаротомії у оточину поперечної ободової кишки вводиться новокаїн, але не вводяться інші лікарські засоби, що є важливими для позитивного впливу на інші ланки некротичного панкреатиту.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у виконанні під контролем лапароскопу блокади оточини поперечної ободової кишки такими препаратами: місцевий анестетик (розчин новокаїну)+інгібітори ферментів підшлункової залози (див.: Васильєв Р.Х. Комбинированная лапароскопия. - М.: Медицина, 1975. - С. 150-152).

Загальними суттєвими ознаками прототипу і способу за даним винаходом є такі: виконання блокади оточини поперечної ободової кишки; ви-

користання для блокади новокаїну, інгібіторів ферментів підшлункової залози; блокада виконується під контролем лапароскопу.

Однак цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що у комплекс препаратів не включені засоби, що пригнічують високу зовнішньосекреторну активність панкреатоцитів шляхом пригнічення синтезу білка, і в першу чергу, ферментів, що веде до гіперферментемії; зменшують в достатньому ступені ферментну інтоксикацію, гальмують регресуючий розвиток некрозу у підшлунковій залозі, в достатньому ступені препарати, що ліквідують парез кишечника, нормалізують кровообіг у підшлунковій залозі.

Внаслідок цього ефективність лікування недостатньо висока, значні відсотки ускладнень, некротичний процес у підшлунковій залозі нерідко прогресує завдяки зовнішньосекреторній активності панкреатоцитів, стійкій інтоксикації, що веде до гіперферментемії, значному больовому синдрому, порушується кровообіг, майже до його повного зупинення, що призводить також до поглиблення некрозу. Це веде до розвитку різних ускладнень некротичного панкреатиту (токсемічні, після-некротичні, вісцеральні) не тільки у підшлунковій залозі, але й за її межами, та потребує повторних оперативних втручань, збільшення травматичності операції, використання повторного загального знеболювання та ін., а все це різко підвищує кількість післяопераційних ускладнень, летальність.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення лікування некротичного панкреатиту шляхом додаткового введення у оточину поперечної ободової кишки лікарського препарату, що забезпечить збільшення ефективності лікування, зменшить кількість ускладнень, летальність.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає виконання блокади оточини поперечної ободової кишки новокаїном, інгібіторами ферментів підшлункової залози під контролем лапароскопу новим є те, що додатково у оточину поперечної ободової кишки вводять 5-фторурацил.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак способу за даним винаходом та технічним результатом полягає у наступному: введення у комплекс препаратів для блокади оточини поперечної ободової кишки 5-фторурацилу дозволяє ліквідувати гіперферментемію, тому що він вибірково накопичується в активних панкреатоцитах, пригнічується синтез білка, в першу чергу проферментів, що в тому числі перешкоджають активації внутрішньоклітинних ферментів, які сприяють утворенню біологічно активних пептидів, що в подальшому ведуть до прогресування некротичного панкреатиту. Додаткове введення препарату не дає можливості прогресувати некротичному панкреатиту і сприяє зворотному розвитку патологічного процесу. Крім того, накопичення лікарських препаратів у підшлунковій залозі відбувається у максимальних дозах при місцевому їх підведенні. Веде до ліквідації болю, помітного покращення загального стану, зниження парезу кишок, нормалізації активності панкреатичних ферментів і кровообігу у підшлунковій залозі.

Спосіб здійснюється таким чином. У лівій, здувинній ділянці у черевну порожнину вводять "пустотілий" маніпулятор через гільзу троакара та ін-

суфлюють 3 л кисню. У лівій нижній точці Калька вводять лапароскоп також у черевну порожнину. Встановлюють діагноз гострого некротичного панкреатиту і показники до лікувальної лапароскопії. Хворого з операційним столом переводять у положення Тренделенбурга під кутом 15-20°. Під силою земного тяжіння поперечна ободова кишка з великим сальником зміщується у головному напрямі. Маніпулятором допомагаємо їм зміститися якомога більше і добре відкрити оточину поперечної ободової кишки, втримуючи цю кишку. Через праву бокову поверхню черевної стінки довгою тонкою голкою на шприці проколюємо черевну стінку і під контролем лапароскопу проводимо голку далі, проколюючи очеревину оточини поперечної, ободової кишки, не пошкоджуючи судин. Струйно шприцом вводимо 400,0 мл 0,25% розчину новокаїну +20 000 од. контрикалу (інгібітор ферментів підшлункової залози)+5 мл 5-фторурацилу. Черевну порожнину дренують. Голку, маніпулятор, лапароскоп, кисень із черевної порожнини видаляють. Накладають шви на рани.

При такому способі введення лікарські препарати легко розповсюджуються на парапанкреатичну клітковину, швидко і в максимальній концентрації проникають у тканину підшлункової залози, виконуючи своє лікарське призначення.

Приклад. Хворий Г., 47 р., історія хвороби № 4012, госпіталізований у клініку загальної хірургії ЗДМУ 9.03.99 р. о 14.25 зі скаргами на інтенсивний постійний біль по всьому животі, більше в епігастрії, нудоту, блювання. Після їжі 9.03.99 р. о 10³⁰ зненацька з'явився різкий біль в епігастрії, підсилювався. Доставлений ШМД з діагнозом "Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки". Загальний стан тяжкий. Не знаходить місця від болю. Шкіряні і слизові оболонки звичайні. Пульс 68 ударів у 1 хвилину. Температура тіла 36,9°C. АТ 125/80 мм. рт. ст. Язик вологий. Живіт м'який, різко болючий в епігастрії. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Діагноз "Гострий панкреатит". Загальний аналіз крові: ЕР. - $4,7 \times 10^{12}/л$, НВ. - 150 г/л, Л. - $15,5 \times 10^9/л$, п - 12%, с - 73%, л - 13%, м - 2%, ШЗЕ 14 мм/год. Загальний стан сечі без патологічних змін. Діастаза сечі 1024 од. Оглядова рентгеноскопія грудної порожнини без змін. Рентгеноскопія черевної порожнини - широкий рівень рідини у шлунку. УЗД - хронічний кам'яний холецистит без загострення. Підшлункової залози не видно внаслідок газів у кишечнику. Білірубін крові 11,8 мкмоль/л. Амілаза крові 133,3 ммоль/л. Проведена інтенсивна консервативна терапія, але стан погіршився. Скарги на біль по всьому животі з іррадіацією у попереку, сухість у роті, нудоту. Обличчя гіперемізоване. Язик сухий. Живіт здутий у верхній половині, болючий у епігастрії, мезогастрії, лівому підребер'ї, менше в інших ділянках з напруженням черевних м'язів. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. При перкусії черевної порожнини - тимпаніт. Перистальтика кишечника досить в'яла. Л. - $18,0 \times 10^9/л$, е - 4%, п - 26%, с - 64%, л - 2%, м - 4%. Діастаза сечі 1024 од. Заключення: у хворого гострий деструктивний панкреатит, розлитий перитоніт. Прогресуючий тяжкий перебіг захворювання. У зв'язку з цим 11.03.99 р. о 10.00 виконана лапароскопія. В усіх ділянках живота, більше під печінкою, по правому латеральному каналу, порожнині

малого тазу виявлено 300 мл темно-геморагічного екссудату з діастазою 64 од., який аспірований. Уся очеревина гіперемована. Жовчний міхур збільшений, м'який, тонкостінний, звичайного кольору, субсерозні судини розширені, їх кількість збільшена. Печінка збільшена (+3 см), мілкомплямиста, край закруглений, темно-коричне-ва, м'якувата. Великий сальник набряклий зі стеатонекрозами. Тугий інфільтрат підшлункової залози здавлює і піднімає шлунок до передньої черевної стінки.

Парез поперечної ободової кишки та тонкої. Лапароскопічний діагноз: Гострий змішаний панкреонекроз, фаза ферментної токсемії.

Панкреатогенний інфільтрат. Розлитий ферментативний геморагічний перитоніт. Жовчнокам'яна хвороба, хронічний кам'яний холецистит без загострення. Хронічний гепатит. У оточину поперечної ободової кишки введено 400,0 мл 0,25% розчину новокаїну +20 000 од. контрикалу +5 мл 5-фторурацилу. Дренажі до вінслового отвору, підпечінковий та піддіафрагмальний простори, порожнину малого тазу. Клінічний перебіг тяжкий. Амілаза крові нормалізувалась на 4 добу. Креатинин

крові, АлТ, АсТ, білірубін крові прийшли до норми на 2 добу. Діастаза сечі періодично збільшувалась до 256 од. Гемоглобін крові знизився до 96 г/л, еритроцити - до $3,0 \times 10^{12}$ /л. Лейкоцити підвищилися до $19,6 \times 10^9$ /л, кількість палочкоядерних нейтрофілів - до 19%, ШЗЕ - до 56 мм/год, гематокрит - до 54, фібриноген - до 12 г/л, фібриноген Б - до +++. В подальшому наступила поступова нормалізація лабораторно-біохімічних показників. Вперше виявлений цукровий діабет. При контрольному УЗД печінка збільшена на 3 см, структура середньозерниста, однорідна. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Загальна жовчна протока діаметром 8 мм. Розміри жовчного міхура стандартні, наявності конкрементів 1,0-1,6 см. Підшлункова залоза збільшена, контур розмитий, структура гідрофільна. Вірсунгов проток 2 мм в діаметрі. Заключення: Гострий панкреатит. ЖКХ. Хронічний кам'яний холецистит без загострення. Хронічний гепатит. Продовжена інтенсивна консервативна терапія привела до видужання. Виписаний 4.04.99 р.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
