



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36836 (13) A

(51) 7 A61B17/00, A61P1/18

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

(21) 2000020813

(22) 15.02.2000

(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 некротичного панкреатиту шляхом виконання під контролем лапароскопу блокади оточини поперечної ободової кишки новокаїном і інгібіторами ферментів підшлункової залози, який **відрізняється** тим, що додатково в оточину вводять сандостатин.

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

Проблема лікування некротичного панкреатиту і на сьогодні є однією з найбільш складних і дискусійних в хірургії (див.: Филин В.И. с соавт., 1994; Савельев В.С. с соавт., 1996, Шалимов А.А. с соавт., 1998). Багато вчених відмічають, що рання повноцінна консервативна терапія покращує результати лікування. Більшість хірургів все ж піддають хворих оперативному лікуванню з різним об'ємом. Проте операції при асептичному перебігу захворювання у фазі ферментної токсемії негативно впливають на результати лікування. Чим вища оперативна активність, тим частіші післяопераційні ускладнення, триваліше лікування у хірургічному стаціонарі вища летальність.

Статистичні дані свідчать про постійне збільшення хворих з некротичним панкреатитом, особливо серед осіб працездатного віку. Прогресуючі форми захворювання, як і раніше, приводять до високої летальності, яка досягає 70-80%, а блискавичні - навіть 100% (див.: Колманов С.А. 1992; Шалимов С.А. с соавт., 1994; Гончар М.Г. з співавт., 1998; Mithofer et al., 1996). У хворих, що вижили, подальший перебіг захворювання нерідко веде до рівних ускладнень, що закінчується інвалідизацією, рецидивами хвороби (див.: Шалимов С.А. с соавт., 1990; Савельев В.С. с соавт., 1993).

Вказане обумовлює необхідність розробки нових більш ефективних способів лікування цього тяжкого захворювання.

Відомий спосіб лікування геморагічного панкреатиту, який полягає у виконанні лапаротомії, розтині шлунково-ободової зв'язки, ревізії органів черевної порожнини, видаленню ексудату із черевної порожнини та сальникової 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. контри калу), блокаді кореня оточини поперечної ободової кишки і круглої зв'язки печінки 30-40 мл 0,25% розчином новокаїну, можливе втручання на підшлунковій залозі та інших органах (див.: Неотложные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии / М.Г. Шевчук, С.Н. Генчик, В.П. Хохоля и др. - К.: Здоровье, 1988. - С. 84-88).

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

Однак спосіб-аналог є більш травматичним в силу того, що розтин передньої 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, евентрація абдомінальних органів та пізніх - абсцес, інфільтрат, гостра непрохідність кишківника, перитоніт та ін. Розвиваються екстраабдомінальні ускладнення - запалення легень, тромбози та емболії та ін. Значно зростає тривалість та травматичність внутрішньоочеревинного етапу операції, негативні наслідки загального знеболювання. Нерідко патологічний процес у підшлунковій залозі, навколишніх органах та тканинах прогресує, що у подальшому потребує виконання повторних операцій, зростає кількість ускладнень, летальність.

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

(19) UA (11) 36836 (13) A

Найбільш близьким за технічною суттю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у виконанні під контролем лапароскопу блокади - введенні в оточину поперечної ободової кишки місцевого анестетика (розчин новокаїну) з інгібіторами ферментів підшлункової залози (див.: Васильєв Р.Х. Комбинированная лапароскопия. - Т.; Медицина, 1975. - С. 150).

Загальними суттєвими ознаками прототипу і способу за даним патентом є такі: виконання блокади оточини поперечної ободової кишки; використання для блокади новокаїну, інгібіторів ферментів підшлункової залози; блокада виконується під контролем лапароскопу.

Однак цей спосіб недостатньо ефективний, тому що у комплекс препаратів не включені засоби, що в достатньому ступені покращують клінічний перебіг некротичного панкреатиту і в недостатній ступені подавляють екзокринну секрецію у шлунково-кишковому тракті: ферменти підшлункової залози (амілаза, ліпаза, трипсин), кислоту у шлунку, секрецію пептидів у шлунково-кишковому тракті (гастрин, холецистокінін, секретин та ін.), що не зупиняють розвиток і прогресування хронічного панкреатиту (у 50,0-87,7% хворих некротичний панкреатит розвивається і прогресує хронічний панкреатит, який веде до різних ускладнень та погіршує результати лікування некротичного панкреатиту), не зменшує розмірів псевдокіст підшлункової залози (у 3,5-11,0% хворих формується псевдо кіста), що перешкоджають і ліквідують діарею (у ряду хворих розвивається цукровий діабет, який призводить до діареї). Тому ефективність лікування виявляється недостатньою. Некротичний процес у підшлунковій залозі прогресує завдяки гіперферментемії, збільшенню вмісту кислоти у шлунку, не подавленій секреції пептидів у шлунково-кишковому тракті (гастрин, холецистокінін та ін.), немає перепон для розвитку і прогресуванню хронічного панкреатиту, псевдокіст підшлункової залози і збільшення їх розмірів, діареї. Поряд з прогресуванням патологічного процесу у підшлунковій залозі останній розповсюджується і на інші ділянки (заочеревинний простір, черевна і грудна порожнина та ін.), у ряду хворих переходить у фазу гнійно-гнильних ускладнень, погіршуючи результати лікування.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування некротичного панкреатиту шляхом додаткового введення у оточину поперечної ободової кишки сандостатину, що забезпечить підвищення ефективності лікування, зменшення кількості і тяжкості ускладнень, летальності.

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

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак та технічним результатом полягає у наступному: введення у склад препаратів для блокади оточини поперечної ободової кишки сандостатину дозволяє покращити клінічний перебіг некротичного панкреатиту, привести до його зворотного розвитку, перешкодити розвитку, гнійно-гнильних

ускладнень, пригнітити секрецію ферментів підшлункової залози (амілаза, ліпаза, трипсин), ліквідувати фазу ферментної токсемії, знизити кислоту у шлунку і пригнітити секрецію пептидів у шлунково-кишковому тракті (гастрин, холецистокінін та ін.), що веде до пригнічення функції підшлункової залози і створенню необхідного їй функціонального спокою, зупиняє розвиток хронічного панкреатиту, зменшує розміри кіст, що формуються, ліквідує діарею.

Спосіб здійснюється таким чином. У лівій здухвинній ділянці у черевну порожнину вводять "пустотілий" маніпулятор черев гільзу троакара та інсуфлюють 3 л кисню. У лівій нижній точці Калька вводять лапароскоп також у черевну порожнину. Встановлюють діагноз 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, витримуючи 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 + 20000 од. контрікалу (інгібітор ферментів підшлункової залози) + 200 мкг сандостатину. Черевну порожнину дрениємо. Голку, маніпулятор, лапароскоп, кисень із черевної порожнини видаляємо. Накладаємо шви на рани.

При такому місцевому способі введенні комплекс препаратів легко розповсюджується на паранкреатичну клітковину, швидко проникає у тканину підшлункової залози, викликаючи позитивний лікувальний ефект.

Приклад. Хвора Б., 62 років, № іст. хв-би 20773 госпіталізовано у клініку загальної хірургії ЗДМУ 29.12.93 р. о 3⁴⁰ зі скаргами на різкий біль в епігастрії та підребер'ях, багаторазове нестримне блювання. 28.12.99 р. о 22⁰⁰ раптово з'явився різкий біль в епігастрії. Стан погіршився. Швидкою медичною допомогою з діагнозом "Гострий панкреатит" доставлена у клініку. Хворіє на цукровий діабет 4 роки (отримує 20 од. інсуліну на добу). У 1966 р. виконана операція: холецистектомія з приходу гострого кам'яного холециститу. У липні 1999 р. у обласній клінічній лікарні діагностовано камені у куксі пузирного протоку. Загальний стан тяжкий. Інтенсивний больовий синдром. Гіперстенік. Пульс 90 ударів у 1 хвилину. Температура тіла 37,2°C. АТ 160/100 мм рт. ст. Язик вологий. У правому підребер'ї косий рубець після оперативного доступу по Федорову у хоровому стані. Живіт у верхній половині відстає у акті дихання, при пальпації різко болючий на всьому протязі, але найбільше у епігастрії та підребер'ях з напруженням черевних м'язів. Там же виявляється тімпаніт. Перистальтика кишечника дуже в'яла. НВ - 148 г/л, ЄР - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Л - $9,0 \times 10^9$ /л, п - 8%, с - 52%, л - 38%, м - 2%, ШЗЕ 22 мм/год. Загальний стан сечі - норма. Діастаза сечі - 32 од. Діагноз при вступі "Післяхолецистектомічний синдром. Гострий пан-

креатин". Оглядова рентгеноскопія органів грудної та черевної порожнин без патологічних змін. УЗД: Печінка без змін. Жовчний міхур 48x26 мм, стінка товщиною 3 мм, у просвіті конкременти діаметром 3-7 мм. Холедох шириною 15 мм. Підшлункову залозу не видно із-за роздутого кишечника. Оглянута терапевтом: ішемічна хвороба серця. Стенокардія напруження. Атеросклеротичний кардіосклероз. Н₂А ст. Цукровий діабет 2 тип. Симптоматична гіпертензія. Білок крові 69,47 г/л. Загальний білірубін 34,32 (прямий 16,02) мкмоль/л. Амілаза крові 150 ммоль/л. Цукор крові 17,6 ммоль/л. Креатинин 105 мкмоль/л. Тімолова проба 0,5 Н. АсТ 1,6 ммоль/л. АлТ 2,5 ммоль/л. К - 4,0 ммоль/л, На - 139 ммоль/л. Протромбін крові 103%. Фібріноген 2,88 г/л. Фібріноген Б +. Гематокрит 0,5. Незважаючи на проведену інтенсивну консервативну терапію стан погіршився, у зв'язку з чим 29. 12. 99 р. о 11⁰⁰ виконана лапароскопія під місцевою анестезією з попереднім діагнозом "Некротичний панкреатит тяжкий клінічний перебіг. Ожиріння 3 ступеню. Стан після холецистектомії у 1966 р. Залишкова кукса пузирної протоки з каменями". В усіх ділянках живота, більше у правій половині, невелика кількість темно-геморагічного ексудату з діастазою 1024 од. Великий сальник закриває праву долю печінки, так як площинними спайками фіксований до неї та до передньої черевної стінки. Ліва доля печінки не збільшена, мілкоп'ятниста. коричнево-червоного кольору, капсула рівна, еластична, край гострий. На великому сальнику багато стеатонекрозів. Лапароскопічний діагноз "Змішаний некротичний панкреатит. Розлитий ферментативний

геморагічний перитоніт. Хронічний гепатит". Виконана блокада оточини поперечної ободової кишки розчином новокаїну 0,25% - 400,0 мл + 20000 од. контрікалу + 200 мкг сандостатину. Дренаж в правий боковий канал і в порожнину малого тазу. Видалені інструменти, кисень із черевної порожнини. Шви на рани. Продовжена інтенсивна консервативна терапія.

Амілаза крові поступово нормалізувалась на 3-ю добу, діастаза сечі та білірубін крові - на 2-у. Кількість лейкоцитів на 5-у добу збільшилась до $16,2 \times 10^9$ /л, зсув вліво - п - 24%, с - 56%. л - 16%, м - 4% з поступовою нормалізацією. Цукор крові коливався від 20 до 6,5 ммоль/л. Температура тіла підвищувалася на протязі 3 днів до 37,6°C. При подальшому УЗД інших, крім виявлених, змін зі сторони печінки та кукси жовчного міхура не було. Підшлункова залоза спочатку була збільшена за рахунок набряку, контур розлитий, у ділянці головка-тіло гідрофільна структура, що відповідало гострому панкреатиту, кісті підшлункової залози; в подальшому підшлункова залоза стала нормальної структури та розмірів, що підтверджувало клінічне одужання. Стан хворої, лабораторно-біохімічні показники під впливом консервативної терапії та лікувальної лапароскопії нормалізувались.

Хвора виписана із клініки 4.02.2000 р. з рекомендацією планового оперативного лікування з приводу післяхолецистектомічного синдрому, залишкової кукси пузирної протоки з каменями. Остаточне рішення про об'єм оперативного втручання після операційної ревізії.

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 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

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