



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **79082** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 11858	(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Горбенко Костянтин Володимирович (UA), Білецький Олексій Володимирович (UA), Білецька Марія Олексіївна (UA), Волкова Юлія Вікторівна (UA), Павленко Андрій Юрійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 15.10.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.04.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.04.2013, Бюл.№ 7	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-103, 61103 (UA)

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УШКОДЖЕННЯМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

(57) Реферат:

Спосіб лікування хворих з ушкодженнями підшлункової залози включає виконання холецистектомії, дренування сальникової сумки та черевної порожнини, а також двоетапне введення місцевого анестетику. Перший етап здійснюють інтраопераційно, а другий - в післяопераційному періоді, шляхом інфільтрування парапанкреатичної клітковини розчином місцевого анестетику. На першому етапі вводять розчин 0,75 % наропіну 40-60 мл, а на другому етапі введення місцевого анестетику здійснюють введення розчину наропіну 0,75 % - 5-10 мл крізь холецистостому протягом 10 діб кожні 12 годин.

UA 79082 U

Корисна модель належить до медицини, а саме хірургії та анестезіології, і може бути використана для профілактики та лікування посттравматичного панкреатиту.

В останні роки у зв'язку з ростом побутового й транспортного травматизму відзначається світова тенденція до збільшення числа пацієнтів із ушкодженнями підшлункової залози, які являють собою один з найбільш складних та найменш розроблених розділів невідкладної абдомінальної хірургії.

Частота травм підшлункової залози серед усіх пошкоджень органів черевної порожнини складає від 1 до 20 %. Інвалідизація внаслідок травм підшлункової залози досягає 30-40 % та, перш за все, обумовлена супутніми ушкодженнями печінки та дванадцятипалої кишки, тоді як рівень летальності становить у різних випадках 9-34 %. Рання смертність найчастіше є наслідком неконтрольованої кровотечі, а пізня - сепсису та супутньої органної недостатності. В той же час, летальність, яка безпосередньо пов'язана з пошкодженням підшлункової залози, складає 2-17 % (Замятин П.Н. Выбор хирургической тактики у пострадавших с политравмой при доминирующем повреждении полых органов живота, диафрагмы и поджелудочной железы // Клінічна хірургія.-2004. - № 8. - С. 26-28).

Для травм підшлункової залози у перші години характерним є наявність геморагічного випоту у черевній порожнині та сальниковій сумці, який має високу ферментативну активність, парадуоденальні гематоми, гематоми шлунково-ободової кишки та малого сальника, парапанкреатична гематома від малих крапкових крововиливів до великих, пізніше 6-12 годин після травми відмічається наявність вогнищ стеатонекрозу на очеревині, наявність гнійного ексудату в черевній порожнині і сальниковій сумці, наявність парезу кишок, запалення або нагноєння заочеревинної клітковини. Надійна зупинка кровотечі і адекватне дренивання - це основні принципи хірургічного лікування пацієнтів з травмою ПЗ. [В.И. Филин и др. Травматический панкреатит. - Кишинев: "Штиинца", 1990. - С. 199-200].

Посттравматичний панкреатит є основним ускладненням механічної травми ПЗ. Терміни його розвитку припадають на гострий (до двох діб) і ранній (до 14 діб) періоди травматичної хвороби. Він належить до найменш вивченої групи, розвивається у 46-74,9 % потерпілих і супроводжується летальністю 55-73 %. Це обумовлено частим розвитком тяжких форм та недостатньою обґрунтованістю лікувальної концепції [Радзіховський А.П. Посттравматичний панкреатит: актуальні проблеми, особливості клінічного перебігу та лікування [Текст] / А.П. Радзіховський, О.І. Мироненко // Проблеми військової охорони здоров'я: збірник наукових праць.-2006. - Вип. 17. - С. 376-378]. Корекція цього стану здійснюється наступними способами.

Обколювання підшлункової залози розчином місцевого анестетика новокаїну з антибіотиком та антиферментом, внутрішньовенне введення інгібіторів протеаз контрикалу та гордоксу, цитостатика 5-фторурацилу, спазмолітиків, постійна аспірація шлункового вмісту через зонд в післяопераційному періоді, проведення новокаїнових блокад [О.Е. Бобров, В.И. Зубаль, С.С. Гречаный. Диагностика и лечение острого послеоперационного панкреатита // Проблемы медицины.-1995. - № 5. - С. 26].

Даний метод забезпечує профілактику посттравматичного панкреатиту, але при цьому має ряд недоліків: може привести до поліпрагмазії і не забезпечує достатнього знеболювання хворих в післяопераційному періоді.

Комплексна периопераційна інтенсивна терапія включає ІТТ з врахуванням фізпотреб та патологічних втрат, введення антиферментних препаратів контрикалу та гордоксу, з перших годин після операції призначення H2-блокаторів, блокаторів протонної помпи, спазмолітиків, аналогів соматостатину, антиоксидантів [Chand B., Walsh R.N., Ponsky J., Brody F. - Pancreatic complications following laparoscopic splenectomy // Surg. Endoscopic, -2001. - № 9. - P. 14-15]. Для післяопераційної подовженої аферентної блокади місцевими анестетиками використовується пролонгована епідуральна блокада [Ю.П. Костіков, Д.В. Сафронов, О.В. Білецький, Г.Р. Гільбог. Профілактика кишкової недостатності у хворих з абдомінальною травмою у клініці політравми. - Одеса: Одеський медичний журнал, 2004. - С. 40-41].

Створення режиму "охорони" органа за допомогою блока plexus hepaticus та plexus lienalis досягається інтраопераційно медикаментозною денервацією органа.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті і результатам, що досягаються, є спосіб лікування хворих з посттравматичним панкреатитом за пат. № 68300 А (див. UA, А61К 31/00, заявка від. 02.12.2003, опубл. 15.07.2004, бюл. № 7). Він включає виконання холецистектомії, дренивання сальникової сумки та черевної порожнини, а також двоетапне введення місцевого анестетика, причому перший етап здійснюється інтраопераційно, а другий - в післяопераційному періоді, шляхом інфільтрування парапанкреатичної клітковини розчином місцевого анестетика. На першому етапі вводять розчин 0,125 % бупівакаїну 40-60 мл, а на другому етапі введення

місцевого анестетику здійснюють шляхом катетеризації епідурального простору на рівні ThIV-ThX і введення крізь катетер бупівакаїну 0,25 % 7-8 мл кожні 8-12 годин протягом 10 діб.

Описаний спосіб дозволяє достатньо ефективно здійснювати блокаду підшлункової залози, але він має ряд недоліків. Головними з них є:

- травматичність методу (додаткова інвазивна маніпуляція - встановлення катетера), що особливо впливає на хворих в шоковому періоді травматичної хвороби,
- неможливість його застосування у хворих з пошкодженням хребта,
- неможливість його застосування у випадку пошкодження шкіри в указаній зоні і важкості підбору індивідуальної сегментарної дози, що може явитися причиною ускладнень, зв'язаних безпосередньо з епідуральною блокадою,
- технічна складність способу, тобто необхідність володінням певними навичками для проведення епідуральної блокади.

В основу корисної моделі поставлена задача створення удосконаленого способу лікування хворих з ушкодженнями підшлункової залози, який дозволяє зменшити травматичність втручання, а також спростити його.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування хворих з ушкодженнями підшлункової залози, який включає виконання холецистектомії, дренування сальникової сумки та черевної порожнини, а також двоетапне введення місцевого анестетика, причому перший етап здійснюється інтраопераційно, а другий - в післяопераційному періоді, шляхом інфільтрування парапанкреатичної клітковини розчином місцевого анестетику, згідно з корисною моделлю, на першому етапі вводять розчин 0,75 % наропіну 40-60 мл, а на другому етапі введення місцевого анестетику здійснюють введення розчину наропіну 0,75 % - 5-10 мл крізь холецистостому протягом 10 діб кожні 12 годин.

Введення на інтраопераційному етапі розчину 0,75 % наропіну 40-60 мл дозволяє здійснити більш тривалу та більш ефективну блокаду за рахунок властивостей препарату у порівнянні з властивостями бупівакаїну, що використовують в рішенні за пат. № 68300.

Введення на другому етапі місцевого анестетику крізь холецистостому, а також вибраний препарат і режими його введення дозволяють зменшити травматичність способу, а також створити більш ефективний режим "охорони" підшлункової залози.

Спосіб виконують наступним чином.

Введення місцевого анестетика здійснюють у два етапи, при цьому перший етап виконується інтраопераційно - інфільтрується парапанкреатична клітковина розчином 0,75 % наропіну 40-60 мл, накладається холецистостома. У післяопераційному періоді здійснюється другий етап: у холецистостому протягом 10 діб кожні 12 годин вводиться розчин наропіну 0,75 % - 5 мл.

Спосіб ілюструють наступні приклади:

Хвора, Р., 28 років, № історії хвороби 13360, госпіталізована у відділення політравми ХМКЛШМД 23.04.12 з діагнозом: Закрита абдомінальна травма. Повний розрив підшлункової залози в області хвоста. Гемоперітонеум 2-3 ст.

В операційній була проведена операція: лапоротомія, резекція хвоста підшлункової залози, спленектомія, інфільтрація підшлункової залози розчином наропіну, контактна холецистостома, трансназальна інтубація кишок, дренування черевної порожнини та сальникової сумки. З початку 2 доби хворій через холецистостому вводився розчин наропіну 0,75 % - 5 мл 2 рази на добу протягом 7 днів. На фоні цього перистальтика з'явилася після першої процедури, курс лікування був повністю обмежений від застосування наркотичних анальгетиків. Лабораторні показники, 1 доба: амілаза крові - 40 мг/(с л), загальний білірубін - 15,39 мкмоль/л, глюкоза - 9,8 ммоль/л. 3 доба: амілаза крові - 10,9 мг/(с л), загальний білірубін - 10,26 мкмоль/л, глюкоза - 7,2 ммоль/л. 15 доба: амілаза крові - 22,3 мг/(с л), загальний білірубін - 10,26 мкмоль/л, глюкоза - 6,8 ммоль/л. В загальну палату хвора була переведена на 10 добу. На контрольному УЗД органів черевної порожнини стан культі підшлункової залози задовільний, ознак псевдокіст, абсцесів не виявлено. Після видужання на 16 добу хвора виписана додому у задовільному стані.

Хворий, П., 30 років, № історії хвороби 24563, госпіталізований у відділення політравми ХМКЛШМД 28.07.12 з діагнозом: Закрита абдомінальна травма. Розрив та гематома брижі товстої кишки. Забій підшлункової залози. Гемоперітонеум 1 ст.

В операційній були проведена операція: лапоротомія, ушивання розриву брижі товстої кишки, інфільтрація підшлункової залози розчином наропіну, контактна холецистостома, трансназальна інтубація кишок, дренування черевної порожнини та сальникової сумки. З початку 2 доби хворому через холецистостому вводився розчин наропіну 0,75 % - 5 мл 2 рази на добу протягом 7 днів. На фоні цього перистальтика з'явилася після першої процедури, курс

лікування був повністю обмежений від застосування наркотичних анальгетиків. Лабораторні показники, 1 доба: амілаза крові - 12,7 мг/(с л), загальний білірубін - 17,95 мкмоль/л, глюкоза - 7,8 ммоль/л. 3 доба: амілаза крові - 10,9 мг/(с л), загальний білірубін - 15,27 мкмоль/л, глюкоза - 6,5 ммоль/л. 15 доба: амілаза крові - 11,3 мг/(с л), загальний білірубін - 16,4 мкмоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л. В загальну палату хворий була переведений на 7 добу. На контрольному УЗД органів черевної порожнини стан культі підшлункової залози задовільний, ознак псевдокіст, абсцесів не виявлено. Після видужання на 13 добу хворий виписаний додому у задовільному стані.

Таким чином, виконання способу за корисною моделлю дозволяє зменшити травматичність втручання, забезпечити достатнє знеболювання хворих в післяопераційному періоді, а також спростити спосіб.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування хворих з ушкодженнями підшлункової залози, який включає виконання холецистектомії, дренування сальникової сумки та черевної порожнини, а також двоетапне введення місцевого анестетику, причому перший етап здійснюють інтраопераційно, а другий - в післяопераційному періоді, шляхом інфільтрування парапанкреатичної клітковини розчином місцевого анестетику, який **відрізняється** тим, що на першому етапі вводять розчин 0,75 % наропіну 40-60 мл, а на другому етапі введення місцевого анестетику здійснюють введення розчину наропіну 0,75 % - 5-10 мл крізь холецистостому протягом 10 діб кожні 12 годин.

Комп'ютерна верстка М. Ломалова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601