



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41600 (13) A
(51) 7 A61K31/00, A61B17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕМОРАГІЧНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

1

2

(21) 2000105613

(22) 03.10.2000

(24) 17.09.2001

(46) 17.09.2001, Бюл. № 8, 2001 р.

(72) Капшитар Олександр Васильович, Капшитар
Олексій Олександрович(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, Капшитар Олександр Васильович,
Капшитар Олексій Олександрович

(57) Спосіб лікування геморагічного панкреонекрозу шляхом виконання блокади круглої зв'язки печінки новокаїном, спазмолітиками, протизапальними, антиферментними засобами та цитостатиками під контролем лапароскопу, який відрізняється тим, що додатково у круглу зв'язку печінки вводять тіотриазолін, а також одночасно виконують блокаду поперечної ободової кишки розчином новокаїну з тіотриазоліном.

Винахід відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може бути використаний у лікуванні хворих з геморагічним панкреонекрозом.

Серед панкреонекрозів геморагічний займає 1-е місце, є однією із самих тяжких її форм /Зайцев В.Т. з співавт., 1999; Криворучко І.А. с соавт., 1999; Шалимов А.А. с соавт., 1999; Шуркалин Б.К. с соавт., 1999/. В ранні терміни агресивне прогресування патологічного процесу як в самій підшлунковій залозі, так і за її межами /заочеревинна клітковина, черевна та грудна порожнини та ін./ характеризується значною ферментною токсемією, що проявляється панкреатогенним шоком, ферментативним перитонітом, який призводить до динамічної кишкової непрохідності, панкреатичним легеньми, геморагічним гастроентероколітом, енцефалопатією, комов та ін. Прогресування патологічного процесу веде до розвитку гнійних та вісцеральних ускладнень.

Летальність при прогресуючих формах захворювання досягає 64-76%, а при блискавичних - 100% /Шалимов С.А. с соавт., 1990; Шалимов А.А. с соавт., 1994; Гальперин Б.И., 1998; Доценко Г.Д. з співавт. 1999 та ін. /.

На протязі останніх років відмічається зростання числа хворих з геморагічним панкреонекрозом. Помітно збільшився контингент осіб молодого та середнього віку, що має велике соціальне значення.

Лікування геморагічного панкреонекрозу залишається однією з найбільш складних та до кінця не вирішених: проблем невідкладної хірургії органів черевної порожнини /Филин В.И. с соавт., 1994;

Земсков В.С. с соавт., 1998; Шалимов А.А. с соавт., 1998 /.

Хворі на початку лікування отримують повноцінну консервативну терапію, яка у частини з них веде до зворотного розвитку захворювання. Поряд з цим багато хірургів піддають хворих оперативному втручанню широким лапаротомним доступом з різним об'ємом втручання. Такі операції, виконані у фазі ферментної токсемії, часто і ведуть до прогресування захворювання, тяжких післяопераційних ускладнень, повторних оперативних втручань, високої летальності.

Вказане обумовлює необхідність розробки нових більш ефективних способів лікування геморагічного панкреонекрозу.

Відомий спосіб лікування геморагічного панкреонекрозу при наявності динамічної кишкової непрохідності, який полягає у виконанні широкої лапаротомії, розтині шлунково-ободочної зв'язки, ревізії, видаленні ексудату із черевної порожнини та сальникової сумки, введенні по верхньому та нижньому краях підшлункової залози заочеревинно довгою голкою 100-150мл 0,25% розчину новокаїну з інгібіторами ферментів підшлункової залози (20 000-30 000 од. контрікалу). Виконується блокада кореня оточини поперечної ободочної кишки та круглої зв'язки печінки шляхом введення по 30 - 40мл 0,29% розчину новокаїну. При наявності показників можливе втручання на підшлунковій залозі, біліарній системі та ін. /Шевчук М.Г., Генік С.Н., Хохла В.П. та ін. - К.; Здоров'я, 1986. - С. 84-88/.

Спільними суттєвими ознаками аналогу і винаходу, що заявляється, є такі:

(13) A

(11) 41600

(19) UA

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сім'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 – 20 – 90



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41600 (13) A

(51) 7 A61K31/00, A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕМОРАГІЧНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

1

2

(21) 2000105613

(22) 03.10.2000

(24) 17.09.2001

(46) 17.09.2001, Бюл. № 8, 2001 р.

(72) Капшитар Олександр Васильович, Капшитар
Олексій Олександрович(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, Капшитар Олександр Васильович,
Капшитар Олексій Олександрович

(57) Спосіб лікування геморагічного панкреонекрозу шляхом виконання блокади круглої зв'язки печінки новокаїном, спазмолітиками, протизапальними, антиферментними засобами та цитостатиками під контролем лапароскопу, який відрізняється тим, що додатково у круглу зв'язку печінки вводять тіотриазолін, а також одночасно виводять блокаду поперечної ободової кишки розчином новокаїну з тіотриазоліном.

Винахід відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може бути використаний у лікуванні хворих з геморагічним панкреонекрозом.

Серед панкреонекрозів геморагічний займає 1-е місце, є однією із самих тяжких II форм /Зайцев В.Т. з співавт., 1999; Криворучко І.А. с соавт., 1999; Шалимов А.А. с соавт., 1999; Шуркалин Б.К. с соавт., 1999/. В ранні терміни агресивне прогресування патологічного процесу як в самій підшлунковій залозі, так і за її межами /заочеревинна клітковина, черевна та грудна порожнини та ін./ характеризується значною ферментною токсемією, що проявляється панкреатогенним шоком, ферментативним перитонітом, який призводить до динамічної кишкової непрохідності, панкреатичними легеньми, токсичною дистрофією печінки та нирок, ерозивно-геморагічним гастроентероколітом, енцефалопатією, комов та ін. Прогресування патологічного процесу веде до розвитку гнійних та вісцеральних ускладнень.

Летальність при прогресуючих формах захворювання досягає 64-76%, а при блискавичних - 100% /Шалимов С.А. с соавт., 1990; Шалимов А.А. с соавт., 1994; Гальперин Б.И., 1998; Доценко Г.Д. з співавт. 1999 та ін. /.

На протязі останніх років відмічається зростання числа хворих з геморагічним панкреонекрозом. Помітно збільшився контингент осіб молодого та середнього віку, що має велике соціальне значення.

Лікування геморагічного панкреонекрозу заливається однією з найбільш складних та до кінця не вирішених: проблем невідкладної хірургії органів черевної порожнини /Филин В.И. с соавт., 1994;

Земсков В.С. с соавт., 1998; Шалимов А.А. с соавт., 1998 /.

Хворі на початку лікування отримують повноцінну консервативну терапію, яка у частини з них веде до зворотного розвитку захворювання. Поряд з цим багато хірургів піддають хворих оперативному втручанню широким лапаротомним доступом з різним об'ємом втручання. Такі операції, виконані у фазі ферментної токсемії, часто і ведуть до прогресування захворювання, тяжких післяопераційних ускладнень, повторних оперативних втручань, високої летальності.

Вказане обумовлює необхідність розробки нових більш ефективних способів лікування геморагічного панкреонекрозу.

Відомий спосіб лікування геморагічного панкреонекрозу при наявності динамічної кишкової непрохідності, який полягає у виконанні широкої лапаротомії, розтині шлунково-ободочної зв'язки, ревізії, видаленні екссудату із черевної порожнини та сальникової сумки, введенні по верхньому та нижньому краях підшлункової залози заочеревинно довгою голкою 100-150мл 0,25% розчину новокаїну з інгібіторами ферментів підшлункової залози (20 000-30 000од.контрікалу). Виконується блокада кореня оточини поперечної ободочної кишки та круглої зв'язки печінки шляхом введення по 30 - 40мл 0,29% розчину новокаїну. При наявності показників можливе втручання на підшлунковій залозі, біліарній системі та ін. /Шевчук М.Г., Генік С.Н., Хохоля В.П. та ін. - К.; Здоров'я, 1986. - С. 84-88/.

Спільними суттєвими ознаками аналогу і винаходу, що заявляється, є такі:

(13) A

(11) 41600

(19) UA

блокада оточини поперечної ободочної кишки 0,25% розчином новокаїну,

блокада круглої зв'язки печінки 0,25% розчином новокаїну

Однак, спосіб-аналог є більш травматичним, тому що для підходу до підшлункової залози використовується широка лапаротомія - розтин усіх тканин передньої черевної стінки, а це у частини хворих приводить до появи різних ускладнень як зі сторони післяопераційної рани - гематома, кровотеча, серома, запальний інфільтрат, евентрація, так і черевної порожнини - інфільтрат, абсцес, перитоніт, рання гостра непрохідність кишків та ін. У деяких хворих розвиваються екстраабдомінальні ускладнення - запалення легень, тромбози та емболії, пролежні та ін. Значно зростає, травматичність та тривалість внутрішнього очеревиного етапу операції. Не виключені і більш пізні ускладнення післяопераційної киля, нориця, спайкова хвороба черевної порожнини та ін. Після операції використовується значно більше перев'язочного матеріалу, частіше перев'язки. Летальність більш висока.

Під час лапаротомії виконується блокада з введенням розчину новокаїну у оточину поперечної ободочної кишки та круглої зв'язки печінки, але не вводяться інші лікарські засоби, що є вельми важливими для позитивного впливу на інші ланки геморагічного панкреонекрозу.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у виконанні під контролем лапароскопу блокади круглої зв'язки печінки такими препаратами: спазмолітики, протизапальні, розчин новокаїну, антифермент (контрикал) та цитостатики (5-фторурацил). /Динамическая лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии / С. Б. Пинский, А. И. Брегель, И. Ю. Олейников, Н. А. Мутин // Хирургия - 1990, - № 8 - С. 113/

Загальними суттєвими ознаками прототипу і способу, що заявляється, є такі:

виконання блокади круглої зв'язки печінки,

використання для блокади новокаїну, спазмолітиків, протизапальних, антиферментів препаратів та цитостатиків,

блокада виконується під контролем лапароскопу

Однак, цей спосіб є недостатньо ефективний, тому що у комплекс препаратів не включені гепатопротектори (при вказаному захворюванні швидко пошкоджується печінкова клітка, що призводить до різкого погіршення усіх функцій печінки з розвитком гострої печінкової недостатності), засоби, що підвищують імунітет (він різко подавлений), препарати, що мають достатній протизапальний ефект та в достатньому ступені підсилюють мікроциркуляцію.

Крім того, препарати під час блокади круглої зв'язки печінки підводяться до підшлункової залози лише зі сторони II голови, а потім у меншому ступені - I до тіла. Відсутнє введення препарату одночасно з інших точок для більшого підведення його до голови, та особливо до II тіла, а також I первинне відведення його до хвоста підшлункової залози.

Поряд з цим заочеревинно не вводяться препарати для боротьби з динамічною кишковою не-

прохідністю (у хворих роздуті, гіперемовані тонко кишково петлі, перистальтика відсутня, або різко млява).

Внаслідок цього ефективність лікування недостатньо висока, значні відсотки ускладнень, висока летальність. Має місце прогресування геморагічного панкреонекрозу з розвитком ускладнень завдяки подавленню функції печінки (розвивається гостра печінкова недостатність), ослабленню імунітету (збільшуються інфекційні ускладнення), недостатній протизапальній дії та мікроциркуляції, недостатньому підведенню лікарських препаратів до тіла підшлункової залози, а II хвіст заливається недоторканим для них. У неповній мірі проводиться боротьба з динамічною тонко кишковою непрохідністю, що веде до транслокації патогенної флори з просвіту кишечника у черевну порожнину, заочеревинний простір з розвитком гнійного перитоніту, флегмон, абсцесів, а в грудній порожнині зменшується об'єм легень, що призводить до ателектазу, пневмонії, плевриту за рахунок підняття діафрагми і зменшенню її екскурсій та ін.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування геморагічного панкреонекрозу з динамічною кишковою непрохідністю шляхом одночасного додаткового введення у круглу зв'язку печінки та оточину поперечної ободочної кишки нового лікарського препарату, що забезпечить збільшення ефективності лікування, зменшить кількість ускладнень, летальність.

Поставлена задача вирішується тим, що у спосіб, який включає виконання блокади круглої зв'язки печінки новокаїном, спазмолітиками, протизапальними, антиферментними засобами та цитостатиками під контролем лапароскопу новим є те, що додатково у круглу зв'язку печінки вводять тіотриазолін, а також одночасно виконують блокаду оточини поперечної ободочної кишки розчином новокаїну з тіотриазоліном.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у наступному: введення у склад препаратів для блокади круглої зв'язки печінки тіотриазоліну та одночасної блокади оточини поперечної ободочної кишки з введенням тіотриазоліну дозволяє покращити гепатопротекторну дію, що полягає у нормалізації функціонального стану печінки, чим перешкоджає розвитку гострої печінкової недостатності, підвищує імунітет, що сприяє відмежуванню геморагічного панкреонекрозу та зворотньому розвитку патологічного процесу, зменшити число гнійно-гнильних ускладнень, збільшити регенераторні можливості тканин, протизапальну дію, прискорюючи ліквідацію запалення, покращити мікроциркуляцію, що дасть можливість краще проникати різним лікарським препаратам у підшлункову залозу, зменшить тканинну гіпоксію, перешкодить активації внутрішньо клітинних ферментів, а підведення препаратів з двох точок дозволяє підвести їх у більшому об'ємі до тіла підшлункової залози, а також підвести первинно I до II хвоста, ліквідувати динамічну кишкову непрохідність, чим не допустити транслокацію патогенної флори з просвіту кишечника у черевну порожнину, заочеревинний простір та попередити можливість розвитку гнійного перитоніту, абсцесів, флегмон.

клітковини заочеревинного простору, ускладнень зі сторони органів грудної порожнини та ін

Спосіб здійснюється таким чином. У лівій здухвинній ділянці у черевну порожнину вводять "пустотілий" маніпулятор через пльзу троакара та інсуфлюють 3л кисню. У лівій нижній точці Калька вводять лапароскоп також у черевну порожнину. Встановлюють наявність геморагічного панкреонекрозу з динамічною кишковою непрохідністю та встановлюють показники до лікувальної лапароскопії. Спочатку виконують блокаду круглої зв'язки печінки. Під контролем лапароскопу пальцями лівої кисті надавлюють на черевну стінку, визначаючи по II прогину місце входження круглої зв'язки печінки у передню черевну стінку. Із цієї точки голкою проходять у клітковину круглої зв'язки печінки як можливо ближче до II воріт, подаючи розчин новокаїну. Спочатку вводимо струмно шприцем 400мл 0,25% розчину новокаїну, через 3 хвилини через ту ж голку вводимо 1мл 2,5% розчину тіотриазоліну. За 5 хвилин послідовно - 5мл 5-фторурациду (цитостатик), 2мл но-шпи (спазмолітик), 20000од контрикалу (антиферментний препарат), 2г канаміцину (протизапальний засіб). По закінченню виконують блокаду оточини поперечної ободочної кишки. Стіл з хворим переводять у положення Тренделенбурга під кутом 15-20°. Під силою земного тяжіння поперечна ободочна кишка з великим сальником зміщується у головному напрямі. Маніпулятором допомагаємо їм зміститися якомога більше і добре відкрити оточину поперечної ободочної кишки, втримуючи її. 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 ободочної кишки, не пошкоджуючи судин. Отруйно шприцем вводимо 200мл 0,25% розчину новокаїну + 1мл 2,5% тіотриазоліну. Голку витягуємо, видаляємо лапароскоп, кисень, "пустотілий" маніпулятор, пльзи із черевної порожнини, залишаючи в ній дренажні трубки. Шви на шкіру.

При такому способі введення лікарські препарати легко розповсюджуються по парапанкреатичній клітковині, охоплюючи підшлункову залозу із усіх сторін, та максимально проникаючи у її тканину і виконуючи своє лікарське дійство.

Приклад. Хворий К. 42 років, № історії хвороби 704, госпіталізований у клініку загальної хірургії ЗДМУ 12.01.99 р. о 16.25 год, зі скаргами на біль у епігастральній ділянці, правому підребер'ї, сухість у роті. 12.01.2000 р. о 12.00 після споживання гострої їжі раптово з'явився різкий біль у епігастральній ділянці. Оглянутий лікарем ШМД і з діагнозом "Гострий панкреатит? Загострення хронічного гастроуденіту" доставлений у хірургічну клітку. Переніс хворобу Боткіна у тяжкій формі у 1996 р. Загальний стан тяжкий. Пульс 90 ударів у 1 хвилину. АТ 120/70 мм рт.ст. Температура тіла 36,9°C. Язик підсушений, обкладений білим нальотом. Живіт піддутий у верхній половині, відстає в акті дихан-

ня. При пальпації - м'який, болючий у епігастральній ділянці та правому підребер'ї. Симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. Перкуторно відзначається тимпаніт. Перистальтичні хвилі кишечника різко ослаблені. НВ - 148г/л, ЗР - $4,5 \times 10^{12}/л$, Л - $6,2 \times 10^9/л$, п - 6%, С - 68%, л - 21%, м - 5%. ШЗЕ - 6мм год. Загальний стан сечі білок - 0,039%, цукру немає, еритроцити незмінні 1-2 в полі зору. Діастаза сечі - 1024 од. Виставлений діагноз "Гострий панкреатит. Гепатит". Оглядова рентгеноскопія органів грудної та черевної порожнини не виявила патологічних змін. Білірубін крові - 45,7 (прямий - 6,8) мкмоль/л. Амілаза крові - 157 ммоль/л. Цукор крові - 7,0 ммоль/л. Фібрinоген - 7,55. Фібрinоген Б ++. УЗД печінка збільшена на 4см, структура середньозерниста. Жовчний міхур без патологічних змін. Загальна жовчна протока діаметром 6мм, конкрементів немає. Підшлункова залоза збільшена, контур розмитий, структура гідрофільна. Над нею рідинне утворення. Заключення "Гострий панкреатит. Гепатит. Кіста підшлункової залози". Незважаючи на інтенсивну консервативну терапію стан погіршився. Загострився різкий біль у епігастральній ділянці та правому підребер'ї. З'явилось напруження черевних м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, підвищилася температура тіла до 38,1°C. З діагнозом "Гострий деструктивний холецистит? Гострий деструктивний панкреатит. Кіста підшлункової залози. Хронічний гепатит". Виконана лапароскопія. У всіх ділянках черевної порожнини невелика кількість геморагічного ексудату середньої густоти. Судини очеревини, особливо верхнього поверху черевної порожнини, розширені. Їх кількість збільшена. Очеревина гіперемована. Шлунок гідний тугим інфільтратом підшлункової залози. Парез поперечної ободочної кишки. Тонкий кишечник гіперемований, його діаметр збільшений, перистальтика дуже в'яла. Кругла зв'язка печінки гіперемована, набрякла. Великий сальник з розширеними судинами. Жовчний міхур збільшений без інших патологічних змін. Печінка на 4см виступає з-під краю підребер'я, край закруглений, м'якоплиста, дуже м'яка, набрякла, капсула блискуча, червоно-коричневого кольору. Лапароскопічний діагноз "Геморагічний панкреонекроз. Панкреатогенний інфільтрат. Загальний ферментативний перитоніт. Динамічна кишкова непрохідність. Хронічний гепатит. Кіста підшлункової залози". Під контролем лапароскопу виконана блокада круглої зв'язки печінки розчином новокаїну 0,25% - 400мл + 1мл 2,5% тіотриазоліну + 5мл 5-фторурациду + 2мл но-шпи + 20 000 од. контрикалу + 2г канаміцину. Потім виконана блокада оточини поперечної ободочної кишки розчином новокаїну 0,25% - 200мл + 1мл 2,5% тіотриазоліну. Черевна порожнина та малий таз дреновані. З них видалені кисень, інструменти. Шви на шкіру. Продовжена інтенсивна консервативна терапія. Поступово стан хворого, лабораторно-біохімічні показники нормалізувалися і хворий 17.02.2000 р. виписаний із клініки у задовільному стані.

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)
вул. Сім'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна
(044) 456 – 20 – 90
