



УКРАЇНА

(19) UA (11) 35414 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТИ ГОЛІВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ

1

2

(21) u200808238

(22) 18.06.2008

(24) 10.09.2008

(46) 10.09.2008, Бюл.№ 17, 2008 р.

(72) ДРОНОВ ОЛЕКСІЙ ІВАНОВИЧ, UA, КРЮЧИ-
НА ЄВГЕНІЯ АНДРІЙВНА, UA, ГОРЛАЧ АНДРІЙ
ІВАНОВИЧ, UA, ДОБУШ РОМАН ДАНИЛОВИЧ, UA
(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб лікування псевдокісти голівки підшлункової залози, ускладненої кровотечею, що здійс-

нюють шляхом ізолюваної резекції голівки підшлункової залози з розмежуванням протокової системи підшлункової залози та порожнини кісти, який **відрізняється** тим, що після резекції вентральної частини голівки підшлункової залози з резекцією головної панкреатичної протоки, зв'язаної з кістою, проводять формування єдиного панкреатосюноанастомозу з проксимальним та дистальним відділами підшлункової залози на ізолюваній за Ру петлі тонкої кишки.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до гепатопанкреатобіліарної хірургії, і може бути використана при лікуванні псевдокіст голівки підшлункової залози, ускладнених кровотечею.

Одним з найнебезпечніших ускладнень панкреатичної кісти є кровотеча, яка зустрічається в 5,5-7,8% випадків, при цьому летальність серед хворих, що оперовані, досягає 20% [2]. При розташуванні кісти в голівці підшлункової залози найчастішим джерелом кровотечі є воротна та верхня брижова вени, верхня брижова артерія, верхні і нижні панкреатодуоденальні судини. Псевдокісти голівки підшлункової залози, ускладнені кровотечею, найчастіше мають ретропанкреатичне або інтрапанкреатичне розташування.

Відомі способи лікування панкреатичних псевдокіст, ускладнених кровотечею, містять виконання паліативних і радикальних втручань [3, 4, 5]. До паліативних операцій відносять транскатетерну артеріальну емболізацію, перев'язку судини, що кровоточить, в порожнині кісти з подальшим дренируванням або тампонадою кістозної порожнини [3]. При відносно низькому рівні післяопераційних ускладнень, суттєвим недоліком цих втручань є висока частота (20-30%) рецидивних кровотеч, неможливість усунення джерела захворювання. До радикальних операцій при даній патології належать резекції підшлункової залози з кістою. Радикальне оперативне втручання дозволяє ліквідувати джерело кровотечі і видалити саму кісту, яка

є причиною рецидивних кровотеч і інших ускладнень з боку кісти, ліквідувати "пейсмейкер" фіброзу в голівці підшлункової та протокову гіпертензію у хворих на ускладнені форми хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту [2, 4, 5].

Радикальною операцією при локалізації кісти, що ускладнена кровотечею, в голівці підшлункової залози, є гастропанкреатодуоденальна резекція (операція Whipple) [1]. Даний спосіб оперативного лікування обраний нами за прототип, проте він має суттєві недоліки - високу частоту безпосередніх післяопераційних ускладнень, що обумовлено тривалістю і складністю операції у хворих на тлі гострої крововтрати, та несприятливій віддалені метаболічні наслідки (суттєве зниження якості життя, екзо- та ендокринну панкреатичну недостатність, нутритивні порушення тощо).

В основу корисної моделі поставлена задача розробити такий спосіб лікування псевдокіст голівки підшлункової залози, ускладнених кровотечею, який дозволить би знизити ризик рецидивних кровотеч, зменшити частоту ранніх післяопераційних ускладнень, усунути негативні метаболічні наслідки панкреатодуоденальної резекції.

Відмінною особливістю корисної моделі, що заявляється, є виконання ізолюваної резекції голівки підшлункової залози з резекцією головної панкреатичної протоки з розмежуванням протокової системи підшлункової залози та порожнини кісти з формуванням панкреатосюноанастомозу на ізолюваній за Ру петлі тонкої кишки.

UA (19)
35414 (11)
U (13)

Задачею корисної моделі, що заявляється, є покращення ефективності лікування хворих з псевдокістами голівки підшлункової залози, ускладненими кровотечею.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі лікування псевдокісти голівки підшлункової залози, ускладненої кровотечею, згідно корисної моделі виконують вентральну резекцію голівки підшлункової залози з резекцією головної панкреатичної протоки з розмежуванням протокової системи підшлункової залози та порожнини кісти з формуванням панкреатоєюноанастомозу з проксимальним та дистальним відділами підшлункової залози на ізольованій за Ру петлі тонкої кишки.

Технічний результат буде полягати в покращенні якості життя хворих, що оперовані, зменшенні частоти рецидивних кровотеч збільшенні виживаності, зменшенні частоти безпосередніх та віддалених післяопераційних ускладнень.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Після мобілізації панкреатодуоденального комплексу проводять висічення вентральної частини голівки підшлункової залози з резекцією частини головної панкреатичної протоки. Кровотечу з паренхіми підшлункової залози в зоні резекції зупиняють прошиванням судин, що кровоточать, панкреатодуоденальні судини залишаються неушкодженими, кровопостачання голівки підшлункової залози, дванадцятипалої кишки та великого дуоденального пиптика не порушується. Після резекції паренхіми голівки підшлункової залози візуалізуються зіяючі просвіти головної панкреатичної протоки в проксимальній та дистальній частинах підшлункової залози, які з'єднані дорзальною порцією голівки залози. Виконують евакуацію сгустків крові з резидуальної кістозної порожнини, що заміщує задню частину голівки підшлункової залози та займає ретропанкреатичний простір, однією з її стінок є верхня брижова та воротна вена. Реконструктивний етап операції полягає в формуванні єдиного панкреатоєюноанастомозу з проксимальною та дистальною ділянками підшлункової залози на ретроколярно проведений ізольованій за Ру петлі тонкої кишки. Кістозна порожнина з інтимно прилеглими судинами знаходиться зовні панкреатодигестивного співустя і не контактує з панкреатичним соком. Разом з надійною профілактикою рецидивної кровотечі, при даному методі операції виконується резекція фіброзно зміненої панкреатичної паренхіми (яка є "пейсмером" фіброзу) і ліквідація панкреатичної гіпертензії.

Спосіб, що заявляється, ілюструється прикладом.

Хворий Д. 1950 р.н., діагноз хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит, псевдокіста голівки підшлункової залози, ускладнена кровотечею в кістозну порожнину, панкреатична гіпертензія. Інтраопераційно: кіста займає ретропанкреатичний простір, під голівкою надшлункової залози, заповнена кров'ю зі згустками. До стінки кісти інтимно прилягають верхня брижова та воротна вени. Виконана операція за методом, що пропонується. Ранній післяопераційний період без ускладнень. При оцінці результатів операції через 6 місяців спостерігається помірна екзокринна панкреатична недостатність (рівень еластази калу 85мкг/г), ендокринна функція підшлункової залози не порушена (HbA1c-4,8%), якість життя (оцінена за допомогою опитувальника EORTC QLQ-C30, що адаптований для хворих на хронічний панкреатит) не порушена, хворий працює, рецидивів кровотечі не було.

Даний спосіб був апробований на базі КМКЛ №10, Київського Центру хірургії захворювань печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози, кафедри загальної хірургії НМУ імені О.О.Богомольця і може бути рекомендований для лікування хворих на псевдокісти голівки підшлункової залози, ускладнені кровотечею.

Список використаних джерел:

1. Bender J., Levison M. Massive hemorrhage associated with pancreatic pseudocyst: successful treatment by pancreaticoduodenectomy// Am Surg. 1991.- Vol.57, N10. -P.653-655.
2. Bresler L., Boissel P., Grosdidier J. Major hemorrhage from pseudocysts and pseudoaneurysms caused by chronic pancreatitis: surgical therapy //World J Surg.-1991. - Vol. 15, N5.- P.649-652.
3. Hceda O., Kume S., Torigoe Y. et al. Hemorrhage into pancreatic pseudocyst //Abdom Imaging.-2007.- Vol.32, N3.- P.370-373.
4. Masatsugu T., Yamaguchi K., Yokohata K. et al. Hemorrhagic pseudocyst and pseudoaneurysm successfully treated by pancreatectomy: report of three cases. //J Hepatobiliary Pancreat Surg. -2000.- Vol.7, N 4.- P.432-437.
5. Pitkaranta P., Haapiainen R., Kivisaari L., Schroder T. Diagnostic evaluation and aggressive surgical approach in bleeding pseudoaneurysms associated with pancreatic pseudocysts //Scand J Gastroenterol.-1991.-Vol.26,N1.-P.58-64.