



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36041 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ПСЕВДОКІСТОЮ

(21) 99105857

(22) 27.10.1999

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Копчак Володимир Михайлович, Дронов Олександр Іванович, Тодуров Іван Михайлович, Крестянов Микола Юхимович, Шевколенко Геннадій Геннадійович, Хомяк Ігор Васильович, Сердюк В'ячеслав Петрович

(73) ІНСТИТУТ КЛІНІЧНОЇ ТА

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування хронічного панкреатиту, ускладненого псевдокістою, який включає поздовжнє розсічення головного панкреатичного протока та дренування порожнини псевдокіста, який **відрізняється** тим, що після поздовжнього розсічення головного панкреатичного протока, розсікають його задню стінку та стінку псевдокіста, яка підлягає, і накладають цистодуктостомію та дуктоєюностомію.

Винахід відноситься до області медицини, а саме до хірургії і може бути використаний в лікуванні хронічного панкреатиту з протоковою гіпертензією ускладненою псевдокістою.

Відомі способи лікування хронічного панкреатиту з протоковою гіпертензією ускладненою псевдокістою.

Відомі способи лікування хронічного панкреатиту з протоковою гіпертензією псевдокістою це поздовжня панкреатоцистоєюностомія та поздовжня панкреатоєюностомія в комбінації з зовнішнім дренуванням псевдокісти [1,2].

Недоліком цих способів є тривалі терміни лікування, можливість виникнення рецидиву з-за облітерації співусть кисти з протоком.

Найбільш близьким по технічній сутності та прийнятим за прототип є спосіб лікування хронічного панкреатиту, який включає поздовжню панкреатоєюностомію та внутрішньо-зовнішнє дренування кіста [2].

Недоліком прототипу також є тривалий термін лікування, можливість виникнення рецидиву за рахунок швидкої облітерації вузького співусть кисти і протоку.

Завданням винаходу є розробка такого способу лікування хронічного панкреатиту ускладненого ретропанкреатичною псевдокістою, який за рахунок накладання цистодукто- та поздовжньої дуктоєюностомії забезпечував би зменшення терміну лікування та профілактику рецидивів.

Поставлене завдання вирішується тим:» що в способі лікування хронічного панкреатиту, який включає поздовжнє розсічення головного панкреа-

тичного протока та дренування порожнини псевдокісти, згідно до винаходу, після поздовжнього розсічення головного панкреатичного протока, та дренування порожнини псевдокісти, згідно до винаходу, після поздовжнього розсічення головного панкреатичного протока, розсікають його задню стінку та підлежачу 4-5 см і накладають цистодуктостомію та поздовжню дуктоєюностомію.

Розсічення задньої стінки головного панкреатичного протоку та підлежачої стінки псевдокісти і накладання цистодуктостомії та поздовжньої дуктоєюностомії забезпечує широке внутрішнє дренування псевдокісти, що зумовлює скорочення терміну лікування та швидке закриття порожнини псевдокісти. Це і попереджає рецидив захворювання. Водночас ліквідується протокова гіпертензія, яка є патогенетичним фактором прогресування хронічного панкреатиту.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після виконання лапаротомії, виконують ревізію органів черевної порожнини, ревізію підшлункової залози попередньо розкривши сальникову сумку. При уточненні локалізації кісти розташованій в ретропанкреатичному протоці головки та тіла підшлункової залози з ділясткою головного панкреатичного протоку та підлежачу стінку псевдокісти на протязі 4-5 см. Виконують аспірацію вмістимого псевдокісти, ревізію та гемостаз. Потім накладають цистодуктотомію та поздовжню дуктоєюностомію. Операцію завершують дренуванням та ушиванням черевної порожнини.

Приклад.

Хворий Ю., 46 р., історія хвороби № 1535. По-

(19) UA (11) 36041 (13) A

ступив в клініку 19.04.99 р. зі скаргами на біль в верхніх відділах черева, посилюючихся при погрішності в дієті, нудоту. З анамнезу: хворіє протягом двох років, коли вперше з'явилися болі, неодноразово знаходився на лікуванні. При обстеженні - стан задовільний. Шкіра та видимі слизові нормальні на забарвлення. Пульс - 80 АТ 140/80 мм.рт.ст.

УЗД № 633 20.04.99 р. Холедох не розширений. V.portae 13 мм. В області голівки панкреас виявлено рідкий утвір 79×70 мм з одиничними внутрішніми включеннями - кіста панкреас. Селезінка 10,9×4,7 см. Нирки - вікові зміни.

21.04.99 р. ЕГДФС - стравохід вільно прохідний з явищами запалення. В шлунку помірна кількість рідини. В антральному відділі одиничні ерозії. Воротар широкий. В цибуліні ДПК одиничні ерозії. Заключення: хр.езофагіт ерозивний гастродуоденіт.

Встановлено діагноз - хронічний індуративний панкреатит кісти головки підшлункової залози.

Ер. - $4,5 \cdot 10^{12}$ л. Біохімія крові - НЬ - 135 г/л; КП - 0,9; лейкоц. - $8,5 \cdot 10^9$ л. Загальний білок крові - 68,7 г/л, білірубін - 10,7 мкмоль/л; K^+ - 4,2 ммоль/л; Na^+ ммоль/л; АлАТ - 0,57 ммоль/ч.л; АсАТ - 0,28 ммоль/ч.л.; цукор крові - 3,8 ммоль/л.

Враховуючи клініку та наявність кісти хворобу в плановому порядку 23.04.99 р. виконано оперативне лікування.

Виконали верхньо-серединну лапаротомію. При ревізії: головка підшлункової залози збільшена, виявляється щільно-еластичний утвір округлої форми 7×8 см в ретропанкреатичному відділі головки підшлункової залози, пальпується розшире-

ний головний панкреатичний проток в тілі залози, останній розсічений поздовжньо на протязі 12 см. Широка протока до 6 мм. Виявлено стеноз головного панкреатичного протока на відстані 2 см від медіальної стінки ДПК. Задня стінка розсічена від місця звуження до латеральної стінки воротної вени довжиною 4 см, після чого виконано дуктоцистостомію вузловими шовковими швами. Розсічений головний панкреатичний проток (передня стінка) вшиваємо в виключену з пасажу їжі пегаю тощої кишки формуючи поздовжню панкреатоєюностомію.

Виписаний в задовільному стані через 7 діб після оперативного лікування. Оглянутий через 6 місяців. Скарг немає, по даним УЗД рецидиву кісти немає. По запропонованому способу прооперовано 4 хворих. У всіх хворих відмічено задовільний стан терміни перебування в клініці склали 8 діб. В той час, як у трьох хворих, пролікованих по способу прототипу терміни лікування склали 20 діб.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє знизити термін лікування та профілактику рецидивів.

Джерела інформації

1. Шалимов С. А., Земсков В. С., Доманский Б. В., Шкарбан П. Е., Кадошук Т. А. Способ хирургического лечения кист поджелудочной железы //Авторское свидетельство СССР, № 806006. МКИ А 61В17/00, 1981.

2. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М. Е., Радзиховский А. П. Хирургия поджелудочной железы //1997. - Симферополь «Таврида».- с. 101-103 - прототип.

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 60×84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

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