



УКРАЇНА

(19) UA (11) 48092 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ УСКОПЛДНЕНОГО ХРОНІЧНОГО ФІБРОЗНО-ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) u200908483

(22) 12.08.2009

(24) 10.03.2010

(46) 10.03.2010, Бюл.№ 5, 2010 р.

(72) КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, СИВОЖЕЛІЗОВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ТЕСЛЕНКО СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ГОНЧАРОВА НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА, ЛАВРЕНТЬЄВА ОЛЬГА ЮРІЇВНА

(73) КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, СИВОЖЕЛІЗОВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ТЕСЛЕНКО СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ГОНЧАРОВА НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА, ЛАВРЕНТЬЄВА ОЛЬГА ЮРІЇВНА

(57) 1. Спосіб лікування ускладненого хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту, що включає формування дуоденоцистоанастомозу, який

відрізняється тим, що послідовно виконують гурморальне відключення підшлункової залози шляхом виконання селективної ваготомії, антроектомії по Ру і накладання дуоденоцистоанастомозу, який виконують, відступивши 1,5-2 см від лінії відсікання дванадцятипалої кишки від шлунка нижче лінії механічного шва, після чого додатково через стінку кісти і дуоденоцистоанастомоз в дванадцятипалу кишку вводять зонд для декомпресії.

2. Спосіб лікування ускладненого хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту за п. 1, який **відрізняється** тим, що лінію дуоденоцистоанастомозу додатково укріплюють круглою зв'язкою печінки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для лікування хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту, ускладненого кістою голівки підшлункової залози.

Хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит - захворювання підшлункової залози різної етіології, здебільше запальної природи, з фазово-прогресуючими вогнищевими, сегментарними або дифузними дегенеративними чи деструктивними змінами її ендокринної тканини, атрофією панкреатитів та заміщенням їх фіброзною тканиною, змінами у потоковій системі підшлункової залози з утворенням кіст, з різним ступенем порушення екзокринної та ендокринної функцій.

Результати хірургічного лікування кістозних уражень підшлункової залози залежать від вибору адекватного втручання [Панченко С.Н., Шалимов А.А. и Соавт. Патогенез, основные принципы моделирования и хирургического лечения панкреатита // Клиническая хирургия - 1986. - № 6. - с. 43-46]. Органозбережувальна направленість хірургічних втручань при доброякісних захворюваннях підшлункової залози в теперішній час є загальноприйнятою.

Визнаючи зовнішнє дренування кіст підшлункової залози важливим і необхідним способом лікування, необхідно застерегти від надто необґрун-

тованого розширення показань до цієї операції внаслідок утворення зовнішніх панкреатичних нориць і рецидивів захворювання.

Внутрішнє дренування кісти усуває больовий синдром, зберігає надходження панкреатичного соку в шлунково-кишковий тракт, запобігає подальшому зниженню функції підшлункової залози, що дає більш високий процент гарних результатів.

Відомий спосіб лікування ускладненого хронічного панкреатиту, що використовує цистоеюностомію, і складається з лапоротомії, розтину порожнини кісти підшлункової залози і евакуації її вмісту, розтину просвіту тощої кишки шляхом поздовжнього розрізу петлі тощої кишки на відстані 25-30см від зв'язки Трейтца та формування співустя шляхом накладання двурядового вузлового шву по краю розрізу кісти і тощої кишки. Потім виконується накладання міжкишкового співустя за Брауном шляхом повздовжнього розтину стінки тощої кишки і зшиванні її країв двурядовим вузловим швом із заглушкою петлі, яка приводить між брауновським співустям і цистоеюностомією апаратом УКЛ-40 [А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Нечитайло, А.П. Радзиховский. Хирургия поджелудочной железы - Симферополь, Таврида, 1997 - с. 283].

Вказаний спосіб дозволяє здійснити внутрішнє дренування кісти підшлункової залози, але потре-

(19) UA (11) 48092 (13) U

бує використання лапоротомії, цистоеюностомії, накладання міжкишкового співюстя за Брауном, що є тривалим та травматичним оперативним втручанням, супроводжується в після операційному періоді неспроможністю швів у місцях цистоеюностомії міжкишкового співюстя. Ці недоліки призводять до збільшення післяопераційних ускладнень і летальності.

Відомий спосіб лікування ускладненого хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту, що включає виконання лапоротомії і операції по відведенню соку шлункової залози у дванадцятипалу кишку. [Патент України № u 4467, МПК А61В17/00]. Згідно з зазначеним способом підготовлений за Ру сегмент порожньої кишки проводять через брижу поперечно ободової кишки, розсікають її поздовжньо на довжину, що дорівнює суцільному розтину головної панкреатичної протоки, великого дуоденального сосочка та лівої передньобокової стінки дванадцятипалої кишки і формують єдине співюстя між цими органами у вигляді панкреатоєюнодуоденоанастомозу.

Недоліком відомого способу є травматичність, а також складність виконання, великий відсоток розвитку панкреонекрозу.

Найбільш близьким технічним рішенням до способу, що заявляється, є спосіб лікування ускладненого хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту шляхом накладання дуоденоцистоанастомозу, запропонований Kerschner в 1929 р. [Имре Литман, Оперативная хирургия, изд. Венгрия, Будапешт, 1978 г.], що передбачає дуодентомію, створення співюстя між просвітом дванадцятипалої кишки і кісти гострим шляхом з допомогою скальпелю, накладання швів між стінками дванадцятипалої кишки і кісти, дуоденорафію. Однак при створенні співюстя з допомогою ріжучого інструменту існує небезпека поранення панкреатодуоденальних судин інтрапанкреатичного відділу холедоуху. Крім того, при накладанні дуоденоцистоанастомозу вказаним способом не завжди вдається одержати повну герметизацію анастомозу, так як кіста і стінка шлунку недосить міцно прилягають одна до одної. Існує можливість того, що дуоденальний вміст буде просочуватися між ними в черевну порожнину.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування ускладненого хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту шляхом зменшення пошкоджень, усунення протокової гіпертензії та гуморальної секреції підшлункової залози.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування ускладненого хронічного фібро-

зно-дегенеративного панкреатиту, що включає формування дуоденоцистоанастомозу, згідно з корисною моделлю, послідовно виконують гуморальне відключення підшлункової залози шляхом виконання селективної ваготомії, антрумектомії по Ру і накладання дуоденоцистоанастомозу, який виконують відступив 1,5-2см від лінії відсікання дванадцятипалої кишки від шлунку нижче лінії механічного шва, потім додатково через стінку кісти і дуоденоцистоанастомоз в дванадцятипалу кишку вводять зонд для декомпресії.

Лінію дуоденоцистоанастомозу додатково укріплюють круглою зв'язкою печінки.

Завдяки виконанню селективної ваготомії, антрумектомії по Ру і накладання дуоденоцистоанастомозу відбувається усунення протокової гіпертензії в підшлунковій залозі, спостерігається усунення гуморальної стимуляції секреції підшлункової залози.

Завдяки виконанню декомпресії відбувається відновлення нормального стравотоку при стенозі дванадцятипалої кишки і жовчетоку дистального відділу холедоуху. Відбувається профілактика синдрому мальабсорбції.

Спосіб виконують таким чином.

Виконують селективну ваготомію, антрумектомію по Ру, накладають дуоденоцистоанастомоз, відступив 1,5-2см від лінії відсічення дванадцятипалої кишки від шлунку. Потім через стінку кісти і цистодуоденоанастомоз в дванадцятипалу кишку додатково вводять зонд для декомпресії. Лінію дуоденоанастомозу укріплюють круглою зв'язкою печінки.

Приклад.

Хворий К. 35 р. поступив в хірургічне відділення з приводу хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту, кісти підшлункової залози. Хворіє біля 8 років, неодноразово лікувався за місцем проживання. Проведені обстеження. При УЗД та КТ виявлені ознаки хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту, кісту підшлункової залози.

Виконана операція: Виконано селективну ваготомію, антрумектомію по Ру, накладено дуоденоцистоанастомоз, відступив 1,5-2см від лінії відсічення дванадцятипалої кишки від шлунку. Потім через стінку кісти і цистодуоденоанастомоз в дванадцятипалу кишку додатково введено зонд для декомпресії. Лінію дуоденоцистоанастомозу укріплено круглою зв'язкою печінки.

Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний із клініки на 15 добу. Оглянутий через три тижні. Стан хворого задовільний.