



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **48412** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/22МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ВІРСУНГОЕКТАЗІЄЮ**

1

(21) u200911849

(22) 19.11.2009

(24) 10.03.2010

(46) 10.03.2010, Бюл.№ 5, 2010 р.

(72) ДЗЮБАНОВСЬКИЙ ІГОР ЯКОВИЧ, ПОЛЯЦКО
КОСТЯНТИН ГРИГОРОВИЧ, СВИСТУН РОМАН
ВАСИЛЬОВИЧ, БОЙКО ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬО-
ВИЧ, МІГЕНЬКО БОГДАН ОРЕСТОВИЧ, ОНИСЬ-
КІВ ОРЕСТ ОМЕЛЯНОВИЧ(73) ДЗЮБАНОВСЬКИЙ ІГОР ЯКОВИЧ, ПОЛЯЦКО
КОСТЯНТИН ГРИГОРОВИЧ, СВИСТУН РОМАН
ВАСИЛЬОВИЧ(57) 1. Спосіб лікування хронічного панкреатиту з
вірсунгоектазією, що включає ревізію головної
протоки підшлункової залози і розсічення стриктур
протоки для відновлення пасажу секрету підшлун-
кової залози, який **відрізняється** тим, що ревізію

2

протоки здійснюють за допомогою фіброендоско-
па, який вводять після пункційного дренирування
через катетер у головну панкреатичну протоку, а
розсічення стриктур проводять за допомогою хіру-
ргічного лазера, оптичне волокно якого вводять в
інструментальний канал фіброендоскопа.2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що пун-
кційне дренирування здійснюють через шкіру.3. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що пун-
кційне дренирування здійснюють після лапаротомії.4. Спосіб за будь-яким з пп. 1-3, який **відрізняєть-
ся** тим, що пункційне дренирування здійснюють під
контролем сонографії.5. Спосіб за будь-яким з пп. 1-4, який **відрізняєть-
ся** тим, що після розсічення стриктур додатково
здійснюють лазерну літотрипсію.

Корисна модель відноситься до медицини, зо-
крема хірургії, і може бути використана для ліку-
вання рубцевих стриктур та літіазу протоків підш-
лункової залози у хворих з хронічним
панкреатитом та вірсунгоектазією.

За найближчий аналог прийнятий спосіб ліку-
вання хронічного панкреатиту з вірсунгоектазією,
який включає лапаротомію, поздовжню панкреато-
томію з розсіченням головної панкреатичної про-
токи, розсічення стриктур протоки для відновлення
пасажу секрету підшлункової залози, ревізію голо-
вної протоки підшлункової залози, видалення кон-
крементів при їх наявності і накладання панкреа-
тоентероанастомозу (див. Шалимов А.А.,
Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П.
Хирургия поджелудочной железы. - Симферополь:
Таврида, 1997. - 560с).

Недоліком відомого способу є висока травма-
тичність операційного втручання, за рахунок трав-
матичного лапаротомного доступу і поздовжнього
розсічення підшлункової залози, утруднена ревізія
дистального відділу головної панкреатичної прото-
ки, необхідність сполучення протокової системи
підшлункової залози з просвітом тонкої кишки та
високий ризик в зв'язку з цим розвитку важких піс-
ляопераційних ускладнень та післяопераційної
летальності.

В основу корисної моделі поставлене завдан-
ня створити такий спосіб лікування хронічного пан-
креатиту з вірсунгоектазією, в якому шляхом чере-
зшкірного пункційного дренирування під контролем
сонографії розширеної головної панкреатичної
протоки забезпечується малотравматичний доступ
для введення фіброендоскопа, за допомогою яко-
го здійснюється повноцінна ревізія панкреатичної
протоки, а через інструментальний канал фіброє-
ндоскопа методом лазерної хірургії здійснюється
розсічення стриктур протоки підшлункової залози і
літотрипсія при наявності конкрементів, що приво-
дить до зниження травматичності операційного
втручання, відновлення пасажу панкреатичного
секрету природним шляхом, тобто підвищення
ефективності лікування.

Поставлене завдання вирішують тим, що за-
пропонований спосіб лікування хронічного панкре-
атиту з вірсунгоектазією, який включає ревізію
головної протоки підшлункової залози і розсічення
стриктур протоки для відновлення пасажу секрету
підшлункової залози, за яким, згідно з корисною
моделлю, ревізію протоки здійснюють за допомо-
гою фіброендоскопу, який вводять після пункційно-
го дренирування через катетер у головну панкреати-
чну протоку а розсічення стриктур проводять за
допомогою хірургічного лазера, оптичне волокно

(19) **UA** (11) **48412** (13) **U**

якого вводять в інструментальний канал фіброендоскопу.

В переважному варіанті пункційне дренивання здійснюють через шкіру.

Якщо анатомо-конституційні особливості пацієнта не дозволяють проводити пункційне дренивання, його здійснюють після лапоротомії.

Для поліпшення візуалізації протоки пункційне дренивання здійснюють під контролем сонографії.

При наявності конкрементів після розсічення стриктур додатково здійснюють лазерну літотрипсію.

Технічний результат досягається завдяки тому, що доступ до головної панкреатичної протоки здійснюється малотравматичним способом - пункційним дрениванням під контролем сонографії, за допомогою фіброендоскопа проводиться детальна ревізія головної панкреатичної протоки та її устя, що має вирішальне значення для встановлення причини вірсунгоектазії, розсічення структур головної панкреатичної протоки хірургічним лазером (в режимі різання) через інструментальний канал фіброендоскопу дозволяє відновити природній пасаж панкреатичного секрету та усуває необхідність накладання панкреатоентероанастомозу, у випадку наявності конкрементів у протоці можливе виконання лазерної літотрипсії тим же хірургічним лазером (в режимі літотрипсії). Беручи це до уваги, очевидно не буде перебільшенням ствердження того, що запропонованим спосіб лікування хронічного панкреатиту з вірсунгоектазією зменшує травматичність операційного лікування даної категорії хворих, зберігає фізіологічну автономність протокової системи підшлункової залози, дозволяє провести її більш детальну ревізію та встановити причину вірсунгоектазії.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином.

У хворого з хронічним панкреатитом та вірсунгоектазією під загальним знечуленням після обробки операційного поля антисептиками під контролем сонографії проводять черезшкірне пункційне дренивання головної панкреатичної протоки за допомогою стилет-катетера діаметром 10-14F в напрямку до головки підшлункової залози. Після видалення стилета через катетер у просвіт головної панкреатичної протоки вводять фіброендоскоп і проводять ревізію середньої і дистальної третини протоки і її устя. Виявлені рубцеві стриктури розсікають, конкременти руйнують за допомогою хірургічного лазера, оптичне волокно якого вводять через інструментальний канал фіброендоскопу. Проводять біопсію за показаннями. Після відновлення прохідності головної панкреатичної протоки фіброендоскоп видаляють, а катетер підтягують з панкреатичної протоки у сальникову сумку і фіксують.

Приклад 1. У хворого Ф. 42 роки з хронічним фіброзно-індуративним панкреатитом з порушенням прохідності вірсунгової протоки і вірсунгоектазією під загальним знечуленням проведено пункційне дренивання головної панкреатичної протоки в ділянці тіла підшлункової залози під контролем сонографії стилет-катетером діаметром 12 F. По катетеру у головну протоку підшлункової залози введено уретерофіброскоп KARL STORZ Flex-X™. При ревізії виявлено рубцеві стриктури дистальної третини і устя головної панкреатичної протоки. По інструментальному каналу уретерофіброскопа введено оптичне волокно хірургічного лазера CALCULASE, в режимі різання проведено розсічення рубцевих стриктур - відновлено прохідність протоки. Уретерофіброскоп видалено, а катетер підтягнуто у сальникову сумку і фіксовано до шкіри.

Приклад 2. У хворого Б. 56 років з хронічним фіброзно-індуративним панкреатитом з порушенням прохідності вірсунгової протоки, вірсунгоектазією і вірсунголітіазом під загальним знечуленням проведено невдала спроба пункційного дренивання головної панкреатичної протоки. Після лапоротомії, роз'єднання шлунково-сальникової зв'язки в ділянці тіла підшлункової залози під контролем сонографії проведено пункційне дренивання головної панкреатичної протоки стилет-катетером діаметром 12F. По катетеру у головну протоку підшлункової залози введено уретерофіброскоп KARL STORZ Flex-X™. При ревізії виявлено рубцеві стриктури дистальної третини і конкремент устя головної панкреатичної протоки. По інструментальному каналу уретерофіброскопа введено оптичне волокно хірургічного лазера CALCULASE, в режимі різання проведено розсічення рубцевих стриктур, в режимі літотрипсії зруйновано конкремент устя головної панкреатичної протоки - відновлено прохідність протоки. Уретерофіброскоп видалено, сальникову сумку дреновано, пошарово зашито операційну рану.

Запропонований спосіб хірургічного лікування є менше травматичним (середній ліжкодень менший у 2,3 рази) і більш фізіологічним у порівнянні способом-прототипом, оскільки зберігає автономність протокової системи підшлункової залози, супроводжується меншою частотою післяопераційних ускладнень.

Отже, застосування запропонованого способу забезпечує досягнення більш вираженого, ніж за способом-прототипом, лікувального ефекту, що свідчить про доцільність його впровадження в практику хірургічного лікування хронічного панкреатиту з вірсунгоектазією.