



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 54080

(13) A

(51) 7 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) 2002043684

(22) 30 04 2002

(24) 17 02 2003

(46) 17 02 2003, Бюл. № 2, 2003 р.

(72) Копчак Володимир Михайлович, Тодуров Іван Михайлович, Дронов Олексій Іванович, Хомяк Ігор Васильович, Дувалко Олександр Васильович

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, який включає площинну резекцію голівки підшлункової залози та накладання холецисто-дуоденоанастомозу, який відрізняється тим, що додатково накладають холецистопанкреатоанастомоз

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний при лікуванні фіброзно-дегенеративного панкреатиту, ускладненого тубулярним стенозом холедоха.

Відомі способи хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого тубулярним стенозом холедоха, які вимагають накладання холецисто-дуоденоанастомозу, та повздожної панкреатоєюностомії [1].

Недоліком цих способів є велика кількість ускладнень у вигляді дисфункції травного тракту.

Найближчим аналогом є спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, який включає площинну резекцію голівки підшлункової залози, накладання холецисто-дуодено- та панкреатоєюноанастомозів [2].

Недоліком аналогу є велике число ускладнень у вигляді дисфункції травного тракту через те, що панкреатичний сік не надходить у дванадцятипалу кишку. Остання, як відомо, найкраще пристосована для сприйняття жовчі та панкреатичного соку.

Задачею винаходу є розробка такого способу хірургічного лікування хронічного панкреатиту, який за рахунок накладання холецистопанкреатоанастомозу забезпечував би зменшення кількості ускладнень у вигляді дисфункції шлунково-кишкового тракту.

Поставлена задача вирішується тим, що в спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, який включає площинну резекцію голівки підшлункової залози і накладання холецисто-дуоденоанастомозу, згідно винаходу додатково накладають холецистопанкреатоанастомоз.

Накладання холецистопанкреатоанастомозу забезпечує фізіологічне надходження панкреатич-

ного соку у дванадцятипалу кишку через жовчний міхур, що і призводить до зниження числа післяопераційних ускладнень у вигляді дисфункції шлунково-кишкового тракту.

Спосіб здійснюють спідуючим чином. Розкривають шлунково-ободову зв'язку та ретельно виділяють підшлункову залозу зі спайки від голівки до хвоста. Мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером. Накладають холецисто-дуоденоанастомоз. Виконують площинну резекцію підшлункової залози. Мобілізують дно і тіло жовчного міхура, та накладають холецистопанкреатоанастомоз. Зашивають лапаротомну рану з дренажуванням черевної порожнини.

Приклад. Хворий П., 38 років, поступив у клініку 20 02 2002р., історія хвороби №238. При обстеженні виявлено фіброзно-дегенеративний панкреатит, ускладнений тубулярним стенозом холедоха, механічною жовтяницею. 24 02 2002 операція верхньо-середина лапаротомія. Ревізія органів черевної порожнини, холедох до 1,2см Ø, жовчний міхур збільшений, конкрементів не містить, голівка підшлункової залози ущемлена, збільшена.

Виконана мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохером.

Накладено холецисто-дуоденоанастомоз. Виконана площинна резекція голівки підшлункової залози (операція Фрея). Тіло та дно жовчного міхура мобілізовано від печінки зі збереженням судин. Накладено холецистопанкреатоанастомоз.

Гемостаз, дренажування черевної порожнини. Зашивання рани.

В післяопераційному періоді ускладнень не спостерігали. Хворий виписаний в задовільному

(13) A

(11) 54080

(19) UA

стані на 10 добу після операції. Оглянутий через 1 місяць, скарг немає.

За запропонованим способом прооперовано 3 хворих, у яких не спостерігалось проявів дисфункції шлунково-кишкового тракту, тоді як у 3 хворих, оперованих за найближчим аналогом, у 2 випадках відзначена дисфункція кишківника.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє зменшити число ускладнень у

вигляді дисфункції шлунково-кишкового тракту.
ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

1 Золлнгер Р. Атлас хирургических операций - Москва, 1996, - с 185 - 195

2 Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы - Симферополь Таврида, 1997 - с 238 - 260 - найближчий аналог