



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58080

(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) 2002097541

(22) 19 09 2002

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. №7, 2003 р.

(72) Копчак Володимир Михайлович, Дронов  
Олексій Іванович, Тодуров Іван Михайлович, Хо-  
мяк Ігор Васильович(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ(57) Спосіб хірургічного лікування хронічного пан-  
креатиту, який включає накладання панкреа-

тоєюноанастомозу з виділеною ділянкою тонкої  
кишки у вигляді сегмента по довжині підшлункової  
залози, який **відрізняється** тим, що додатково  
накладають холедоходуєноєюноанастомоз з  
цим сегментом тонкої кишки, для чого виконують  
холедохотомію і папіллодуоденотомію, послідовно  
зшивають холедох з дванадцятипалою кишкою і  
панкреатичним протоком та анастомозують з дис-  
тальним кінцем сегменту тонкої кишки

Винахід відноситься до медицини, а саме до  
хірургії і може бути використаний при лікуванні  
фіброзно-дегенеративного панкреатиту ускладне-  
ного тубулярним стенозом загальної жовчної про-  
токи

Відомі способи хірургічного лікування хроніч-  
ного панкреатиту, які включають накладання пан-  
креатоєюноанастомозу з петлею тонкої кишки ви-  
ключеною з травлення за способом Ру [1]

Недоліком цих способів є велика кількість уск-  
ладнень у вигляді дисфункцій травного тракту

Найближчим аналогом є спосіб хірургічного лі-  
кування хронічного панкреатиту, який включає  
накладання панкреатоєюноанастомозу з виділе-  
ною ділянкою тонкої кишки у вигляді сегменту по  
довжині підшлункової залози [2]

Недоліком аналогу є велике число ускладнень  
у вигляді механічної жовтяниці

Задачею винаходу є розробка такого способу  
хірургічного лікування хронічного панкреатиту,  
який за рахунок додаткового накладання холедо-  
ходуєноєюноанастомозу забезпечував би зме-  
ншення кількості ускладнень у вигляді механічної  
жовтяниці

Поставлене завдання вирішується тим, що в  
спосіб хірургічного лікування хронічного панкреа-  
титу, який включає накладання панкреатоєюноа-  
настомозу з виділеною ділянкою тонкої кишки у  
вигляді сегменту по довжині підшлункової залози,  
згідно до винаходу, додатково накладають холе-  
доходуєноєюноанастомоз з цим сегментом тон-  
кої кишки, для чого виконують холедохотомію і

папіллодуоденотомію, послідовно зшивають холе-  
дох з дванадцятипалою кишкою і панкреатичним  
протоком та анастомозують з дистальним кінцем  
сегменту тонкої кишки

Додаткове накладання холедоходуєде-  
ноєюноанастомозу забезпечує

фізіологічний відтік жовчі з загальної жовчної  
протоки в дванадцятипалу кишку, що і попереджує  
виникнення ускладнень у вигляді механічної жо-  
втяниці. Цьому також сприяє виконання холедохо-  
томії і папіллодуоденотомії, послідовне зшивання  
холедоху з дванадцятипалою кишкою і панкреати-  
чним протоком та анастомозування з дистальним  
кінцем сегменту тонкої кишки

Спосіб виконують наступним чином

Проводять лапаротомію. Мобілізують двана-  
дцятипалу кишку за Кохером, розкривають шлун-  
ково-ободову зв'язку та ретельно виділяють під-  
шлункову залозу зі спайок від голівки до хвоста.  
Пальпаторно визначають величину збільшення  
голівки підшлункової залози, місце тубулярного  
стенозу загальної жовчної протоки, місце знахо-  
дження головної панкреатичної протоки.  
Послідовно розскають головну панкреатичну про-  
току від хвоста до великого дуоденального сосоч-  
ка, розтинають фатеровий сосочок, загальну  
жовчну протоку на протязі тубулярного стенозу.  
Тонку кишку в 20см від зв'язки Трейтца перетина-  
ють у двох місцях так, щоб ділянка кишки, яка  
утворилася, за розмірами відповідала довжині  
розтину від хвоста підшлункової залози до фате-  
рового сосочка і ізолювано кровопостачалася

(13) A

(11) 58080

(19) UA

судинною ніжкою магістральних судин брижі. Кінці тонкої кишки, які залишилися, анастомозують між собою "кінець в кінець". Виділена ділянка тонкої кишки розсікається повздож напроти брижі і з протокою підшлункової залози формується повздожний панкреатоеюноанастомоз. Дистальний кінець виділеного сегменту тонкої кишки анастомозують з попередньо послідовно зшитими між собою загальною жовчною протокою, дванадцятипалою кишкою та панкреатичною протокою.

Приклад. Хворий Д., 52 років, поступив у відділ хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток інституту хірургії та трансплантології АМН України з скаргами на постійну помірну біль у епігастральній ділянці, нудоту, жовтизну склер та шкіри, анорексію, загальну слабкість, нездужання. Хворіє протягом 3-х років коли з'явилася біль у верхніх ділянках живота, останні 2 місяці відзначає жовтизну склер та шкіри. Лікувався амбулаторно та стаціонарно. Останнім часом стан хворого погіршився. При об'єктивному обстеженні стан хворого середньої важкості. Конституція - тіпостенік. Шкіра та видимі слизові жовтуватого кольору. Пульс - 84 уд/хв в хвилину, АТ - 130/90 мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, болючий в проекції підшлункової залози. Печінка біля краю реберної дуги, селезінка не пальпується. Кал періодично білуватого кольору.

Проведені лабораторні та інструментальні обстеження.

Аналіз крові: Ер -  $4,0 \cdot 10^{12}/л$ , Гем - 112 г/л, Лейк -  $8,9 \cdot 10^9/л$ , ШОЕ - 18 мм/год.

Біохімія крові: заг. білок - 65,4 г/л, білірубін загальний - 108 мкмоль/л, білірубін прямий - 83 мкмоль/л, К - 4,0 ммоль/л, Na - 136 ммоль/л, цукор крові - 5,2 ммоль/л.

УЗД - Холедох розширений до 1,5 см у діаметрі. Печінка з ознаками холестатичного гепатиту. Жовчний міхур містить "замазку", конкрементів немає. Підшлункова залоза збільшена у розмірах на всьому протязі, переважно у ділянці голівки. В паренхімі залози множинні мілкі кальцифікати. Вірсунгов проток розширений до 9 мм. Селезінка, нирки - без особливостей.

Дослідження зовнішньої секреторної функції підшлункової залози - гідроліз білка значно знижений,  $T_{1/2}$  - 10,2 години.

При рентгенологічному дослідженні шлунка та дванадцятипалої кишки виявлена значна деформація останньої, низхідний відділ кишки змінений процесами у голівці підшлункової залози.

Встановлено діагноз: хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит з протоковою гіпертензією, тубулярний стеноз дистального відділу загальної жовчної протоки, механічна жовтяниця, хронічний гепатит, хронічний гастрит, дуоденіт.

Враховуючи наявність хронічного фіброзно-

дегенеративного панкреатиту з протоковою гіпертензією, тубулярного стенозу дистального відділу загальної жовчної протоки, механічної жовтяниці в плановому порядку виконали оперативне втручання. Верхньо-серединна лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини підшлункова залоза ущільнена, збільшена на всьому протязі, переважно у ділянці голівки. Гепатохоледох розширений до 1,5 см. Печінка з ознаками холестатичного гепатиту. Мобілізували дванадцятипалу кишку за Кохером. Розкрили шлунково-ободову зв'язку. Пальпаторно визначається розширена головна панкреатична протока до 10 мм у діаметрі. Розкрили вірсунгову протоку протягом хвоста, тіла, голівки. Розріз продовжили на великий дуоденальний сосочок. Додатково розсікли дистальний відділ загальної жовчної протоки у ділянці тубулярного стенозу. Тонку кишку в 20 см від зв'язки Трейтца пересікли у двох місцях так, що ділянка кишки, яка утворилася, відповідає довжині розтину від хвоста підшлункової залози до фатерового сосочка та ізолювано кровопостачається судинами брижі. Кінці кишки, які залишилися, зшили між собою "кінець в кінець". Виділену ділянку тонкої кишки розсікли повздож напроти брижі. Проксимальну частину кишки почали анастомозувати з панкреатичною протокою в ділянці хвоста підшлункової залози. Далі сформували повздожний панкреатоеюноанастомоз протягом тіла, голівки. Дистальний кінець виділеного сегменту тонкої кишки анастомозували з попередньо послідовно зшитими між собою загальною жовчною протокою, дванадцятипалою кишкою та панкреатичною протокою.

Післяопераційний період середньої важкості. Хворий в задовільному стані виписаний через 12 діб після оперативного лікування.

Оглянутий через 3 місяці. Скарг немає, за даними УЗД загальна жовчна протока 8 мм, протокової гіпертензії підшлункової залози не відзначено, ознак запалення немає.

За запропонованим способом оперовано 2-х хворих. У цих хворих не спостерігалось проявів дисфункції шлунково-кишкового тракту та механічної жовтяниці, тоді як у 2 хворих, оперованих за найближчим аналогом, у 1 випадку відзначена дисфункція кишківника, а у обох механічна жовтяниця, для усунення якої цим хворим додатково були накладені біліодигестивні анастомози.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє зменшити число ускладнень у вигляді механічної жовтяниці.

Джерела інформації

1 Золлингер Р., Золлингер Р. Атлас хірургічних операцій - Москва, 1996 - 436 с (190-194).

2 Патент України № 47721 А, МПК А61В17/00, 2001 - найближчий аналог.