



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62501 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ФІБРОЗНО-ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) u201103898

(22) 31.03.2011

(24) 25.08.2011

(46) 25.08.2011, Бюл. № 16, 2011 р.

(72) КОВАЛЬСЬКА ІННА ОЛЕКСАНДРІВНА,
ШВЕЦЬ ЮРІЙ ПАВЛОВИЧ, НАСТАШЕНКО ІГОР
ЛЕОНІДОВИЧ, ГОРЛАЧ АНДРІЙ ІВАНОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб лікування хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту, що включає стентування протоків печінки та підшлункової залози, який **відрізняється** тим, що виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію до розділення усть протокових систем печінки та підшлункової залози, після чого почергово, починаючи з загальної жовчної протоки, встановлюють стенти за зони стенозу.

Корисна модель, що заявляється, належить до галузі медицини, зокрема до хірургії і може бути використана при виконанні стентування у хворих з ускладненими формами хронічного панкреатиту.

Хронічний фіброзний панкреатит сприяє виникненню компресійних ускладнень, що потребують застосування резекційних операцій. Стиснення фібрознозміненою головкою підшлункової залози загальної жовчної протоки, дванадцятипалої кишки та портомезентеріального стовбура призводить до тубулярного стенозу холедоха, хронічної дуоденальної непрохідності та сегментарної портальної гіпертензії. Наявність вищеназваних компресійних ускладнень є показником до виконання панкреатодуоденальної резекції (1). Окрім змін у панкреатичній паренхімі, хронічний панкреатит передбачає ураження головної панкреатичної протоки. Протоковий блок обумовлює стійкий больовий синдром, який можливо ліквідувати завдяки дренажу головної панкреатичної протоки, що розкривається від голівки до хвоста підшлункової залози, з подальшим формуванням повздожнього дуктопанкреатосюноанастомоза. Дегенеративний компонент хронічного панкреатиту характеризується утворенням панкреатичних псевдокіст, які також є джерелом життєнебезпечних ускладнень (кровотеча, перфорація, нагноєння, тощо) та потребують зовнішнього чи внутрішнього їх дренажу. Тобто, комбіноване оперативне втручання направлене на ліквідацію усіх вищеназваних проявів хронічного панкреатиту є запорукою успішного лікування даної патології (2,3).

Найбільш близьким до способу, що заявляється і вибраний як прототип є спосіб ендоскопічного

стентування при ускладнених формах хронічного панкреатиту, який включає стентування загальної жовчної протоки або головного панкреатичного протоку (4).

Недоліком прототипу є тимчасовий характер декомпресії жовчного міхура в зв'язку з інкрустацією стента солями жовчних кислот та наявністю невідалених конкрементів в порожнині жовчного міхура, які і обумовлюють симптоматику жовчнокам'яної хвороби.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу стентування, який би за рахунок одномоментної декомпресії протокових систем печінки та підшлункової залози приводив до поліпшення результатів лікування у хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі буде полягати у профілактиці розвитку ускладнень з боку кістозного утворення, покращення якості життя оперованих хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає стентування протоків печінки та підшлункової залози, згідно з корисною моделлю, виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію до розділення усть протокових систем печінки та підшлункової залози, після чого почергово, починаючи з загальної жовчної протоки, встановлюють стенти за зони стенозу.

Спосіб виконують таким чином:

При протоковій гіпертензії викликаній фіброзно-дегенеративними змінами у головці підшлункової залози, виконують папілосфінктеротомію до усть протокових систем печінки та підшлункової залози, після чого встановлюють стенти, почергово

(13) U
(11) 62501
(19) UA

во у загальну жовчну протоку та головний проток підшлункової залози за зони стенозу. Одномоментне стентування призводить до декомпресії протокових систем, що в свою чергу веде до поліпшення результатів лікування у хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту.

Приклад. Хвора П. 1959 р. н., була прийнята у клініку 05 січня 2011 р., історія хвороби № 100030. При обстеженні пацієнтки (УЗД, КТ): Хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит з протоковою гіпертензією та розширенням головної панкреатичної протоки в тілі та хвості підшлункової залози до 6-7 мм у діаметрі. Тубулярний стеноз панкреатичного відділу холедоха з пристіночним розширенням до 12 мм у діаметрі. ЕРПХГ (06.01.11 р.): слизова низхідного відділу дванадцятипалої кишки інфільтрована, бугриста, регідна. Вторинні зміни слизової обумовлені патологічним процесом у головці підшлункової залози.

Встановлений діагноз: Хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит з протоковою гіпертензією. Механічна жовтяниця.

Враховуючи важкість стану пацієнтки, який обумовлений довготривалою гіпербілірубінемією, прийнято рішення про застосування способу лікування хронічного панкреатиту. Виконана папілосфінктеротомія до розділення усть панкреатичного та жовчного протоків. Після чого почергово, починаючи з жовчної протоки, в обидві протоки за зону стеноза встановлені стенти діаметром 10 та 8 Fr відповідно (R-логічна перевірка їх дренажної функції-адекватна). В післяопераційному періоді хвора

відмітила значне зменшення больового синдрому (відмовилася від анальгетиків). Проводилось консервативне лікування. 13.01.11 р. була виписана у задовільному стані.

За запропонованим способом проліковано 9 хворих, відновлення больового синдрому чи явищ жовтяниці не відмічалось. Тим часом як у 9 хворих пролікованих за способом прототипу, у трьох хворих виникали періодичні болі та відчуття дискомфорту у верхніх ділянках живота.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє покращити якість життя та показники лікування хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту.

Джерела інформації:

1. Козлов І. А., Кубышкин В. А. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. - Хирургия.-2004, № 11. - С. 64-69.

2. Данилов М. В., Федоров В. Д. Хирургия поджелудочной железы, - Медицина.-1995. - С. 291-292.

3. Тарасенко С. В., Рахмаев Т. С., Песков О. Д. Анали классификаций хронического панкреатита и критерии, определяющие тактику хирургического лечения. - Вестник хирургии.-2008, № 3. - С. 15-18

4. К. Г. Кубачев, В. А. Кашенко, Е. Г. Солошизон, В. В. Хромов. Опыт выполнения эндоскопических вмешательств при биллиарном панкреатите, (Тезисы 1 всероссийской научно-практической конференции "Актуальные вопросы экстренной эндоскопии.Ю.Э.2010 г.").