

Винахід, що заявляється, відноситься до медицини, а точніше до хірургії, та призначений для лікування кісти головки підшлункової залози (ПЗ) при хронічному панкреатиті (ХП).

Кіста головки ПЗ є одним з частих та тяжких ускладнень хронічного панкреатиту, яке виникає після деструктивних процесів в ПЗ та (або) є результатом порушення відтоку панкреатичного секрету. За наявності кісти існує небезпека її нагноєння, перфорації, внутрішньої кровотечі. Збільшуючись в розмірах, кіста ПЗ може стискати сусідні органи, порушуючи їх функції. Тривале існування кісти ПЗ призводить до незворотних дегенеративних процесів в паренхімі органу зі стійкою втратою його функції. В основі прогресування хронічного панкреатиту, ускладненого кістою ПЗ, а також розвитку явищ зовнішньосекреторної недостатності ПЗ і больового синдрому лежить порушення відтоку панкреатичного секрету, що супроводжується протоковою гіпертензією. Виходячи з цього, важливою умовою успішного лікування кісти головки підшлункової залози при хронічному панкреатиті, окрім ліквідації власне кісти, є адекватна корекція відтоку панкреатичного соку по головному панкреатичному протоку (ГПП) та дольових протоках з включенням в акт травлення ділянок ПЗ, що не дрениуються. Таким чином, оперативне лікування кісти головки підшлункової залози при хронічному панкреатиті є актуальною проблемою хірургічної панкреатології.

Існуючі способи лікування кісти головки ПЗ при ХП передбачають виконання різних варіантів зовнішнього та внутрішнього дренивання кісти та (або) ГПП. Однак, такий підхід часто не зупиняє прогресування дегенеративних процесів в ПЗ та не усуває больовий синдром у післяопераційному періоді, оскільки при фіброзно-дегенеративному ураженні ПЗ, особливо за наявності калькульозу, залишається нескоригованим відтік панкреатичного соку по невеликим панкреатичним протокам.

Так, відомий спосіб лікування кісти головки підшлункової залози при хронічному панкреатиті, який базується на зовнішньому дрениванні кісти, тобто на евакуації вмісту кісти головки ПЗ з наступним встановленням у порожнину кісти дренажних трубок [1]. Спосіб є відносно простим і ефективним, коли кіста не сполучена з ГПП. Проте, за наявності зв'язку кісти з протоковою системою ПЗ виникає загроза утворення стійкої панкреатичної нориці в післяопераційному періоді. Спосіб не забезпечує адекватного дренивання всіх відділів протокової системи ПЗ, що не зупиняє прогресування фіброзно-дегенеративних процесів в недренованих ділянках ПЗ, не повністю усуває больовий синдром та порушення екзокринної функції ПЗ у післяопераційному періоді.

Відоме також використання цистоеюностомії, як способу лікування кісти головки ПЗ при ХП [2]. Цистоеюностомія - це спосіб внутрішнього дренивання кісти шляхом накладання анастомозу між кістою та виключеною з травлення петлею тонкої кишки. Однак якщо ХП, ускладнений утворенням кісти головки ПЗ, супроводжується порушенням пасажу панкреатичного секрету по ГПП дистальніше кісти (внаслідок рубцевих його стриктур або компресії його кістою головки ПЗ), то цистоеюностомія не забезпечує адекватної декомпресії усіх відділів протокової системи ПЗ. Це може спричинити прогресування фіброзно-дегенеративних процесів в недренованих ділянках ПЗ, збереження больового синдрому та погіршення екзокринної функції ПЗ у післяопераційному періоді.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб лікування кісти головки підшлункової залози при хронічному панкреатиті, який полягає у виконанні панкреатоцистоеюностомії [3]. Цей спосіб включає лапаротомію, ідентифікацію кісти ПЗ та розширеного ГПП, розсічення стінки кісти та на всьому протязі ГПП з наступною повздожвною панкреатоцистоеюностомією, тобто накладанням анастомозу між кістою, підшлунковою залозою та виключеною з травлення петлею тонкої кишки. Цей спосіб є одним з кращих варіантів внутрішнього дренивання кісти ПЗ та дозволяє, крім ліквідації кісти ПЗ, забезпечити декомпресію ГПП. Однак цей спосіб не передбачає ліквідації оклюзії дольових панкреатичних протоків, що може призводити до прогресування фіброзно-дегенеративних процесів в недренованих ділянках ПЗ, збереження больового синдрому та погіршення екзокринної функції ПЗ в післяопераційному періоді.

Задача, яку вирішує спосіб, що заявляється, полягає у відновленні відтоку панкреатичного соку через ГПП та дольові панкреатичні протоки шляхом звільнення устів останніх з урахуванням анатомічної будови протокової системи ПЗ.

Технічний результат від впровадження запропонованого способу буде полягати у запобіганні розвитку фіброзно-дегенеративних процесів в недренованих ділянках ПЗ, ліквідації больового синдрому, збереженні функціонуючих ділянок ПЗ, зменшенні явищ екзокринної недостатності ПЗ, покращанні процесу травлення.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування кісти головки підшлункової залози при хронічному панкреатиті, який включає лапаротомію, ідентифікацію кісти підшлункової залози та розширеного головного панкреатичного протоку, розсічення стінки кісти та на всьому протязі головного панкреатичного протоку, евакуацію їх вмісту, формування повздожвної панкреатоцистоеюностомії, згідно винаходу, перед панкреатоцистоеюностомією висікають фіброзні стінки кісти головки підшлункової залози та змінені ділянки головного панкреатичного протоку перпендикулярно до кінцевих відділів дольових панкреатичних протоків.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є висічення — перед виконанням повздожвної панкреатоцистоеюностомії — фіброзних стінок кісти головки ПЗ, змінених ділянок ГПП перпендикулярно до кінцевих відділів дольових панкреатичних протоків. Оскільки при ХП, який ускладнений утворенням кісти головки ПЗ, порушення відтоку панкреатичного секрету з невеликих (дольових) панкреатичних протоків призводить до прогресування фіброзно-дегенеративних процесів в ПЗ, то відновлення відтоку панкреатичного соку з усіх ділянок ПЗ буде збільшувати ефективність оперативного втручання при ХП, який ускладнений утворенням кісти головки ПЗ.

За відомими літературними даними, такий спосіб лікування кісти головки підшлункової залози при хронічному панкреатиті не відомий.

Спосіб, що заявляється, здійснюється наступним чином. В умовах операційної виконують лапаротомію, ідентифікують кісту ПЗ та розширеними ГПП, розсікають стінку кісти та ГПП на всьому його протязі,

евакуують їх вміст. Висікають фіброзні стінки кісти головки ПЗ, змінені ділянки ГПП перпендикулярно проходженню дольових протоків, тим самим звільняючи їх устя. Це відповідає анатомічній будові протокової системи ПЗ. Далі виконують панкреатоцистоеюностомію. При цьому петлю тонкої кишки, на 30см від зв'язки Трейця, проводять через вікно у брижі поперечно-ободової кишки та підшивають дворядним швом до ПЗ. Виконують заглушку привідної петлі за О.О. Шалімовим, нижче формують співустя між привідною та відвідною петлями тонкої кишки за Брауном. Після санації черевної порожнини та встановлення дренажів у черевну порожнину, закінчують операцію пошаровим зашиванням операційної рани.

Конкретний приклад впровадження:

Хворий К. 39 років, історія хвороби №2301. Діагноз: Хронічний псевдотуморозний панкреатит, протокова форма, кіста головки підшлункової залози. Хворіє 3 роки. Основні скарги: болі, нудота, блювота, здуття живота незалежно від характеру їжі, схильність до проносів, втрата маси тіла на 20кг. При КТ: в ділянці головки підшлункової залози утворення 77мм в діаметрі, гетерогенної структури з наявністю кіст у ньому. Відмічається розширення головного панкреатичного протоку.

При лапаротомії підшлункова залоза збільшена на всьому протязі, особливо за рахунок головки. Розсічено розширений головний панкреатичний проток на всьому його протязі та кісту головки підшлункової залози. Фіброзні стінки кісти та змінені ділянки головного панкреатичного протоку висічені перпендикулярно до кінцевих відділів дольових панкреатичних протоків. Відновлено відтік панкреатичного соку з усіх відділів підшлункової залози. Петлю тонкої кишки, на 30см від зв'язки Трійця, проведено через вікно у брижі поперечно-ободової кишки та підшито до підшлункової залози дворядним швом. Виконана заглушка привідної петлі за О.О. Шалімовим, нижче сформоване співустя між привідною та відвідною петлями тонкої кишки за Брауном. Операцію закінчено встановленням дренажів в черевну порожнину та пошаровим зашиванням рани. В післяопераційному періоді повністю зникли болі, нудота, блювота, здуття живота, що турбували хворого до операції.

За період з 1999 по 2002 рр. в клініці кафедри госпітальної хірургії №1 Національного медичного університету з використанням запропонованого способу прооперовано 5 хворих на хронічний панкреатит, ускладнений утворенням кісти головки підшлункової залози. У всіх хворих відмічався стійкий больовий синдром, явища зовнішньої секреторної недостатності підшлункової залози у вигляді нудоти, блювоти, болю, здуття живота незалежно від характеру їжі, схильність до проносів, втрата маси тіла. Після виконання оперативного втручання вказані симптоми у хворих зникли. Таким чином, запропонований спосіб лікування кісти головки підшлункової залози при хронічному панкреатиті шляхом ліквідації кісти, звільнення устів дольових панкреатичних протоків, декомпресії усіх відділів протокової системи зупиняє прогресування фіброзно-дегенеративних процесів у підшлунковій залозі при хронічному панкреатиті. Ефективне усунення больового синдрому, явищ зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози завдяки відновленню відтоку панкреатичного секрету з усіх відділів протокової системи підшлункової залози роблять запропонований спосіб адекватним та достатньо радикальним оперативним втручанням у лікуванні кісти головки підшлункової залози при хронічному панкреатиті. Запропонований спосіб, завдяки включенню в акт травлення тих ділянок підшлункової залози, що не дренивались, значно поліпшує якість життя хворих на ХП та може бути рекомендований для широкого використання у хірургічних клініках.

Список використаної літератури:

1. Шалімов А.А., Грубник В.В., Джоел Горовиц, Зайчук А.И., Ткаченко А.И. Хронический панкреатит, К.: Здоров'я, — 2000. — С.213-215.
2. Бабенков Г.Д., Ольшанецкий А.А., Кириченко Б.Б., Ковешников А.В., Усов С.Н., Зинченко А.В., Глазунов В.К. Острая постнекротическая киста поджелудочной железы / Клін. хір. — 2003. — №1. С.5.
3. Сипливый В.А., Петренко Г.Д., Тесленко С.Н., Петюнин А.Г. Хирургическое лечение кисты поджелудочной железы / Клін. хір. — 2003. — №1. С.53.