



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **65533** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ВІРСУНГОЛІТІАЗОМ ТА ПСЕВДОКІСТОЮ ХВОСТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u201105822

(22) 10.05.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл.№ 23, 2011 р.

(72) ЯРЕШКО ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ,
МІХЕЄВ ЮРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, КРИВОРУЧКО
ІННА ВІКТОРІВНА

(73) ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, ЯРЕШКО ВОЛОДИ-
МИР ГРИГОРОВИЧ, МІХЕЄВ ЮРІЙ ОЛЕКСАНД-
РОВИЧ, КРИВОРУЧКО ІННА ВІКТОРІВНА

(57) Спосіб лікування хронічного панкреатиту,
ускладненого вірсунголітіазом та псевдокістою

хвоста підшлункової залози, що включає виконан-
ня лапаротомії, розтин шлунково-ободової зв'язки,
мобілізацію підшлункової залози, дистальну резек-
цію підшлункової залози з вірсунголітотомією та
трансдуоденальною папілосфінктеротомією, який
відрізняється тим, що додатково в куку головної
панкреатичної протоки вводять зонд у напрямку до
великого соску дванадцятипалої кишки, проводять
трансдуоденальну папілосфінктеротомію, вида-
ляють конкременти та виконують зовнішнє дрена-
вання головної панкреатичної протоки та холедо-
ху.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме до хірургії органів травлення.

Відомий спосіб лікування хронічного кістозно-
калькульозного панкреатиту полягає у виконанні
повздовжньої панкреатоєюностомії або панкреа-
тоєюностомії (розтин підшлункової залози з
видаленням конкрементів та накладанням панкреа-
тоєюноанастомозу або панкреатоєюноана-
стомозу) [Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L.
Diseases of the Pancreas. - Springer-Verlag, Berlin,
2008.-381-387р]. Однак, для накладання анасто-
мозу з підшлунковою залозою (ПЗ) або кістою не-
обхідні такі умови, як відсутність активного запалення підшлункової залози та зрілість стінки ки-
сти.

Даний спосіб не може бути використаний при
локалізації в хвості підшлункової залози та гостро-
му запаленні паренхіми підшлункової залози, бо
при цьому існує певний ризик неспроможності
анастомозу.

Найбільш близьким по сукупності ознак до за-
пропонованого є спосіб, що включає дистальну
резекцію підшлункової залози [Beger H.G., Matsuno
S., Cameron J.L. Diseases of the Pancreas. - Sprin-
ger-Verlag, Berlin, 2008.-259-271p].

При цьому виконують лапаротомію, розтин
шлунково-ободової зв'язки, мобілізацію підшлун-
кової залози та власне дистальну резекцію підш-
лункової залози, що полягає в пересіченні ПЗ на

рівні тіла, проксимальніше кісти та обробці кукси
ПЗ.

Вказаний спосіб дозволяє радикально видалити
кісту підшлункової залози, але не усуває причи-
ну її утворення (стриктури або конкременту), що в
подальшому може призвести до рецидиву кісти
або до утворення зовнішньої панкреатичної нори-
ці.

Вказаний спосіб має такі недоліки:

1. Не дозволяє видалити конкременти з прото-
ків підшлункової залози.

2. Не усуває явища панкреатичної гіпертензії.

3. Виключає можливість ревізії ампулярної ді-
лянки вірсунгової протоки.

В основу корисної моделі поставлена задача
створити такий спосіб лікування хронічного пан-
креатиту, ускладненого вірсунголітіазом та псев-
докістою хвоста підшлункової залози, який би до-
зволяв уникнути явищ панкреатичної гіпертензії
шляхом розсічення вірсунгової протоки з видален-
ням конкрементів і виконати адекватну ревізію
проксимальної ділянки панкреатичної протоки та
видалення безпосередньо самої кісти.

Поставлена задача вирішується шляхом вико-
нання дистальної резекції підшлункової залози з
кістою, одночасним видаленням конкрементів з
головної панкреатичної протоки, введенням зон-
ду до кукси головної панкреатичної протоки в об-
ласті голівки, з послідуною трансдуоденальною

(13) **U**
(11) **65533**
(19) **UA**

папілосфінктеротомією з вірсунгопластикою на зонді. Операція закінчується дрениванням холедо-ху та вірсунгової протоки.

Спосіб лікування зображений на рисунках.

Спосіб здійснюють таким чином: хворому виконують лапаротомію, розтинають шлунково-ободову зв'язку, мобілізують підшлункову залозу та виконують власне дистальну резекцію підшлункової залози, яка полягає в пересіченні ПЗ на рівні тіла, видаленні конкрементів з головної панкреатичної протоки, введенні в куксу головної панкреатичної протоки зонду в області голівки, з посліду-ючою трансдуоденальною папілосфінктеротомією з вірсунгопластикою на зонді, видаляють конкременти та виконують зовнішнє дренивання головної панкреатичної протоки та холедо-ху.

Приклад.

Хворий Ш., 42 років (історія хвороби №1316), був прийнятий зі скаргами на болі в епігастральній області, збільшення живота в об'ємі, зниження маси тіла.

Об'єктивно: стан середньо важкий. Живіт збільшений в розмірі, при пальпації м'який, болючий в епігастрії і лівому підребер'ї, де знаходиться пухлино-подібний утвір діаметром до 10см. За даними ультразвукового дослідження - в проекції хвосту підшлункової залози візуалізується кіста до 10,5см в діаметрі, вірсунгова протока до 12-13мм на всьому протязі, в останньому конкремент до 15мм.

Комп'ютерна томографія: картина псевдокісти, пов'язаної з хвостом підшлункової залози.

Діагноз: Хронічний кістозно-калькульозний дегенеративний панкреатит, вірсунголітіаз, кіста хвоста підшлункової залози.

12.03.10р. виконана лапаротомія, дистальна резекція підшлункової залози, трансдуоденальна папілосфінктеротомія, вірсунголітотомія, дренивання холедо-ху та вірсунгової протоки. Через 7 діб після крізьдренажної холангіографії дренаж холедо-ху був видалений. Дренаж з головної панкреатичної протоки видалений на 10 добу. Хворий виписаний в задовільному стані на 12 добу.

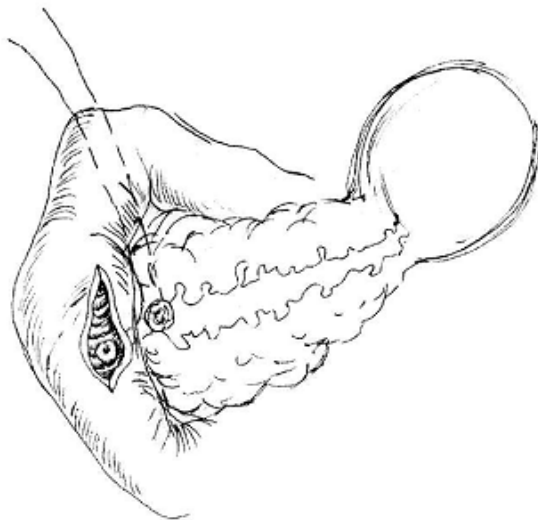


Fig. 1

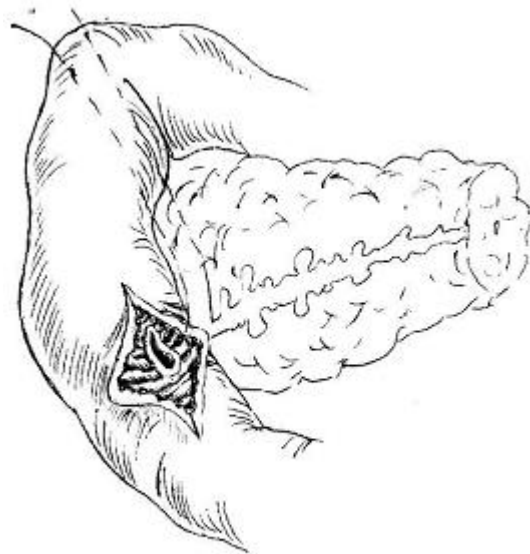


Fig. 2