



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **66587** (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 ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПІСЛЯНЕКРОТИЧНІ КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u201107541

(22) 15.06.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) ЛЕОНОВ ВАСИЛЬ ВАСИЛЬОВИЧ, СИТНИК ОЛЕКСАНДР ЛЕОНІДОВИЧ, ЧАНЦЕВ ВІКТОР АНАТОЛІЙОВИЧ, ХАЧАПУРІДЗЕ ГЕОРГІЙ ВАСИЛЬОВИЧ

(73) СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб хірургічного лікування хворих на кісти підшлункової залози, що включає розтин стінки

кісти, виключення петлі тонкої кишки із пасажу формуванням міжкишкового анастомозу, підведення виключеної петлі тонкої кишки до розтину стінки кісти та розкривання просвіту кишки, формування цистоєюноанастомозу, який **відрізняється** тим, що ділянку петлі привідної кишки між анастомозами пересікають, формують дві кінцеві підвісні єюностоми, крізь одну єюностому виводять дренажну трубку від цистоєюноанастомозу, крізь іншу проводять зонд для ентерального харчування за міжкишковий анастомоз.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії, і може бути застосована для лікування хворих на після-некротичні кісти підшлункової залози.

Формування після-некротичних кіст підшлункової залози є найбільш поширеним ускладненням гострого некротичного панкреатиту. Такі утворення часто потребують хірургічного лікування у зв'язку з розвитком ускладнень.

Як прототип, найближчий по технічній суті, нами вибрано спосіб хірургічного лікування кіст підшлункової залози. [Шалимов А. А. Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение. М., 1970. - С. 125-133]. Спосіб здійснюють наступним чином. Після розтину стінки кісти, виключення петлі тонкої кишки із пасажу формуванням міжкишкового анастомозу, підводять виключену петлю кишки до розтину стінки кісти та розкривають просвіт кишки. Після цього формують цистоєюноанастомоз.

Наведений спосіб сприяє облітерації порожнини кісти, але має недоліки. По-перше, він не виключає рефлюксу кишкового вмісту у порожнину кісти. По-друге, пероральне харчування у ранньому післяопераційному періоді може сприяти загостренню процесу у підшлунковій залозі. По-третє, існує ризик неспроможності міжкишкового анастомозу.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є застосування двох кінцевих підвісних єюностом як для адекватного дренирування з облітерацією після-некротичних кіст підшлункової залози, так і для раннього ентерального харчування.

Технічний результат полягає у запобіганні післяопераційним ускладненням та покращенні результатів лікування хворих на кісти підшлункової залози.

Поставлена задача вирішується за рахунок того, що у відомому способі розтинають стінку кісти, виключають петлю тонкої кишки із пасажу формуванням міжкишкового анастомозу, підводять виключену петлю тонкої кишки до розтину стінки кісти та розкривають просвіт кишки, формують цистоєюноанастомоз, згідно з корисною моделлю, ділянку петлі привідної кишки між анастомозами пересікають, формують дві кінцеві підвісні єюностоми, крізь одну єюностому виводять дренажну трубку від цистоєюноанастомозу, крізь іншу єюностому проводять зонд для ентерального харчування за міжкишковий анастомоз.

Використання запропонованого способу з усіма суттєвими ознаками, включаючи відмінні, дозволяє досягти адекватної облітерації порожнини кісти, запобігає неспроможності анастомозів, дозволяє проводити раннє ентеральне харчування. Все це скорочує терміни одужання хворих на після-некротичні кісти підшлункової залози

Спосіб виконують наступним чином.

Виконують верхньо-серединну лапаротомію. Після пункції розтинають стінку кісти. Виключають петлю тонкої кишки із пасажу формуванням міжкишкового анастомозу, підводять виключену петлю до розтину стінки кісти та розкривають просвіт кишки, формують задню губу цистоєюноанастомозу. Ділянку петлі привідної кишки між анастомозами пересікають. Формують дві кінцеві підвісні єю-

(13) **U**
(11) **66587**
(19) **UA**

ностими, крізь одну виводять дренажну трубку від цистоєюноанастомозу, крізь іншу проводять зонд для ентерального харчування за міжкишковий анастомоз. Обидві кінцеві підвісні єюностами перитонізують кисетними швами. Дренажну трубку та зонд для ентерального харчування виводять на передню черевну стінку. Кінцеві підвісні єюностами фіксують до передньої черевної стінки окремими швами. Формують передню губу цистоєюноанастомозу.

Спосіб випробовано в КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5».

Приклад клінічного застосування.

Пацієнт Г., історія хвороби № 12954, 32 років, поступив у хірургічне відділення № 2 КУ СМКЛ №5 12.11.2010 р. з діагнозом після-некротичної кісти підшлункової залози.

Інтубаційний наркоз, верхньо-серединна лапаротомія. Кіста розташована у проекції головки і тіла підшлункової залози з компресією дванадцятипалої кишки та гепатодуоденальної зв'язки, розмір 120*80 мм. Після пункції стінку кісти розкрито розрізом 40 мм довжиною. Вміст - до 200 мл рідини коричневого кольору. На відстані 400 мм від зв'язки Трейца обрано петлю тонкої кишки, виключено її із пасажу формованим міжкишковим анастомозом «бік-у-бік». Виключену петлю підведено позаду-ободово до розтину стінки кісти, розкрито

просвіт кишки, сформовано задню губу цистоєюноанастомозу двома рядами швів. Ділянку петлі привідної кишки між анастомозами пересічено. Сформовано дві кінцеві підвісні єюностами, крізь одну виводять дренажну трубку від цистоєюноанастомозу, крізь іншу проводять зонд для ентерального харчування за міжкишковий анастомоз. Обидві кінцеві підвісні єюностами перитонізують кисетними швами. Дренажну трубку та зонд для ентерального харчування виводять на передню черевну стінку. Кінцеві підвісні єюностами фіксують до передньої черевної стінки окремими швами. Завершено формування передньої губи цистоєюноанастомозу двома рядами швів.

Протягом 12-24 післяопераційної години хворому крізь зонд для живлення крапельно (швидкість 40 крапель за 1 хвилину) введено 800 мл розчину Рінгера - Локка. З другої операційної доби налагоджено ентеральне харчування в обсязі 2000 - 2500 мл щодоби. Тривалість ентерального зондового харчування склала 5 діб. Дренаж із порожнини кісти видалений через 4 тижні після контрольної фістулографії. Виписаний у задовільному стані.

При використанні запропонованого способу випадків неспроможності анастомозів, єюностом, інфікування серединної рани чи формування кишкової нориці не спостерігали.