



УКРАЇНА

(19) UA (11) 19013 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/22МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u200607927

(22) 14.07.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Кривченя Данило Юліанович, Притула Василь Петрович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування кисти підшлункової залози, що включає мобілізацію порожньої кишки, пересічення її на відстані 20-30см від зв'язки Трейтця, проведення відвідного кінця через вико-

нане вікно в брижі товстої кишки, зшивання його із поздовжньо розсіченою стінкою кисти та накладання тонко-тонкокишкового анастомозу (кінець привідної кишки в бік відвідної) на відстані 30-40см від підшлункової залози, який **відрізняється** тим, що на відвідній кишці в зоні тонко-тонкокишкового анастомозу десерозують ділянку шириною 2,5см і довжиною 5,0см, до неї підводять привідну кишку та накладають серо-серозні шви по периметру ділянки між відвідною та привідною петлями порожньої кишки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і призначена для хірургічного лікування кисти підшлункової залози.

Кіста підшлункової залози - це осумковане сполучнотканинною оболонкою накопичення рідини в підшлунковій залозі, яке виникає в результаті порушення процесу розвитку або деструкції тканини підшлункової залози запального чи посттравматичного походження. Вмістом кисти підшлункової залози можуть бути панкреатичний сік, кров, некротизована тканина підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини, запальний ексудат.

Дана патологія складає 0,006% від усіх госпіталізованих хірургічних пацієнтів, а в закладах, що займаються невідкладною хірургією, частота цього захворювання досягає 0,1% [1].

Основними клінічними ознаками цієї аномалії є біль у верхній половині живота, більше в правому підребер'ї, з іррадіацією в поперекову ділянку та ліве плече, часто оперізуючого характеру, нудота і наявність об'ємного утворення в черевній порожнині.

Лікування кисти підшлункової залози може бути тільки хірургічним. Без хірургічного лікування пацієнти із цією патологією помирають від кровотечі, нагноєння або перфорації кисти. Суть операції при цій патології полягає в ліквідації вмісту кисти за рахунок налагодження відтоку його в кишковий тракт.

Недолік існуючих способів хірургічного лікування цієї патології полягає в тому, що у віддале-

ному періоді після кожного з них у близько 20% випадків наступають післяопераційні ускладнення, найчастішим серед яких є прогресуючий післяопераційний панкреатит через попадання в порожнину кисти вмісту шлунково-кишкового тракту [2]. Основною причиною такого ускладнення при лікуванні кисти підшлункової залози є неврахування анатомо-фізіологічних особливостей підшлункової залози та шлунково-кишкового тракту при цій патології. Це призводить в подальшому до інвалідації пацієнтів та летальності.

Відомий спосіб хірургічного лікування кисти підшлункової залози, запропонований Юрашем, при якому поперечно розсікають задню стінку шлунку та стінку кисти з наступним накладанням анастомозу бік-в-бік між ними [3]. Основним недоліком такої операції є високий ризик післяопераційного прогресуючого панкреатиту через попадання шлункового вмісту в порожнину кисти.

Найближчим аналогом способу, що заявляється, є операція, при якій після мобілізації порожньої кишки, її пересікають на відстані 20-30см від зв'язки Трейтця, проводять відвідний кінець через зроблене вікно в брижі товстої кишки, зшивають його із поздовжньо розсіченою стінкою кисти та накладають тонко-тонкокишковий анастомоз (кінець привідної кишки в бік відвідної) на відстані 30-40см від воріт печінки [4]. Проте дренирування кисти підшлункової залози через тонкокишкову петлю не запобігає закиданню кишкового вмісту в порожнину кисти, що може призвести до розвитку

(19) UA (11) 19013 (13) U

прогресуючого панкреатиту в післяопераційному періоді.

Корисна модель, що заявляється, вирішує задачу підвищення ефективності хірургічного лікування кісти підшлункової залози за рахунок забезпечення умов, які запобігають закиданню кишкового вмісту в порожнину кісти шляхом формування антирефлюксного тонкокишкового клапана.

Отриманий технічний результат зводиться до зниження частоти розвитку післяопераційного прогресуючого панкреатиту при хірургічному лікуванні кісти підшлункової залози.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі хірургічного лікування кісти підшлункової залози, що включає мобілізацію порожньої кишки, пересічення її на відстані 20-30см від зв'язки Трейтца, проведення відвідного кінця через зроблене вікно в брижі товстої кишки, зшивання його із поздовжньо розсіченою стінкою кісти та накладання тонко-тонкокишкового анастомозу (кінець привідної кишки в бік відвідної) на відстані 30-40см від підшлункової залози, згідно корисної моделі, на відвідній кишці в зоні тонко-тонкокишкового анастомозу десерозують ділянку шириною 2,5см і довжиною 5,0см, до неї підводять привідну кишку та накладають серо-серозні шви по периметру ділянки між відвідною та привідною петлями порожньої кишки.

Відмінними ознаками корисної моделі, що заявляється, є запобігання закиданню кишкового вмісту в порожнину кісти підшлункової залози, яке досягається формуванням антирефлюксного тонкокишкового клапана на ділянці тонко-тонкокишкового анастомозу. Для цього на відвідній кишці в зоні тонко-тонкокишкового анастомозу десерозують ділянку шириною 2,5см і довжиною 5,0см, до неї підводять привідну кишку та накладають серо-серозні шви по периметру ділянки між відвідною та привідною петлями порожньої кишки. Саме ці технічні особливості запобігають появі післяопераційного прогресуючого панкреатиту при хірургічному лікуванні кісти підшлункової залози. Новизна полягає в оптимізації хірургічного втручання шляхом врахування анатомофізіологічних особливостей підшлункової залози і кишечника при цій патології. За доступними літературними даними такий спосіб хірургічного лікування кісти підшлункової залози невідомий.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Верхньосерединна лапаротомія. Ревізія органів гепатопанкреатодуоденальної зони. При ревізії переконаються в наявності кісти підшлункової залози.

Далі проводять мобілізацію порожньої кишки, пересікають її на відстані 20-30см від зв'язки Трейтца і проводять відвідний кінець через зроблене вікно в брижі товстої кишки.

Передню стінку кісти розсікають в поперечному напрямку і видаляють її вміст. Відвідний кінець пересіченої порожньої кишки анастомозують із поперечно розсіченою кістою підшлункової залози двохранним швом. На відстані 30-40см від підшлункової залози накладають тонко-тонкокишковий анастомоз (кінець привідної кишки в бік відвідної).

На відвідній кишці в зоні тонко-тонкокишкового анастомозу десерозують ділянку кишки шириною 2,5см і довжиною 5,0см, до неї підводять привідну кишку та накладають серо-серозні шви по периметру ділянки між відвідною та привідною петлями порожньої кишки, формуючи таким чином антрефлюксний клапан. Лапаротомну рану зашивають пошарово.

Приклад

Хлопчик С., 13 років (історія хв. №335) поступив 17.03.2003 року у відділення торако-абдомінальної хірургії із діагнозом: Посттравматична кіста головки підшлункової залози.

При поступленні дитина скаржилася на періодичні болі в ділянці живота. Із анамнезу відомо, що 6 років назад він впав з велосипеда на правий бік. За 1 місяць перед поступленням появились болі в животі; обстежувався за місцем проживання, де на УЗД було виявлено кісту головки підшлункової залози.

Дитина направлена в клініку дитячої хірургії НМУ.

За даними УЗД (18.03.2003): Головка підшлункової залози збільшена за рахунок утворення округлої форми діаметром 32мм з анехогенним вмістом, що має ультразвукові ознаки кісти. Видимого зв'язку із судинним руслом та шлунково-кишковим трактом не виявлено. Висновок: кіста головки підшлункової залози.

1.04.2003 року проведено операцію - лапаротомію. Встановлено, що в ділянці головки підшлункової залози наявне кістозне утворення. Порожню кишку мобілізували та пересікли на відстані 25см від зв'язки Трейтца, провели відвідний кінець через вікно, зроблене в брижі товстої кишки, зшили його із поздовжньо розсіченою стінкою кісти та наклали тонко-тонкокишковий анастомоз (кінець привідної кишки в бік відвідної) на відстані 35см від підшлункової залози. На відвідній кишці в зоні тонко-тонкокишкового анастомозу десерозували ділянку кишки шириною 2,5см і довжиною 5,0см, до неї підвели привідну кишку та наклали серо-серозні шви по периметру ділянки між відвідною та привідною петлями порожньої кишки, сформувавши таким чином антрефлюксний клапан.

Післяопераційний період протікав гладко. Через 13 днів після операції в задовільному стані дитина виписана додому.

При контрольному огляді через 3, 6, 12, 24 і 36 місяців у пацієнта ні скарг, ні клінічних ознак післяопераційного панкреатиту немає. Росте і розвивається згідно віку.

У клініках кафедри дитячої хірургії НМУ ім. О.О. Богомольця з 1981 до 2006 року нами проліковано 13 дітей у віці від 14 місяців до 15 років з кістою підшлункової залози за способом, що заявляється. Спостереження у віддаленому періоді від 3 місяців до 16 років показали, що у жодного з пацієнтів не було ознак післяопераційного панкреатиту. Протягом цього часу діти добре розвивалися.

За способом-прототипом в нашій клініці хірургічну корекцію кісти підшлункової залози не проводили. За літературними даними у близько 20% випадків після такого лікування настають післяопераційні ускладнення у віддаленому періоді,

найчастішим серед яких є прогресуючий післяопераційний панкреатит через попадання в порожнину кісти вмісту шлунково-кишкового тракту.

Таким чином, завдячуючи формуванню антирефлюксного тонкокишкового клапана на відвідній петлі після формування панкреатоцистоєюностомії на відвідній петлі з тонко-тонкокишковим анастомозом кінець привідної в бік відвідної кишки, значно падає частота післяопераційного панкреатиту після хірургічного лікування кісти підшлункової залози. Це дозволяє знизити інвалідизацію пацієнтів з цією тяжкою патологією, зберегти життя та відновити повноцінну активність у суспільстві.

Список літератури:

1. Курыгин А.А., Нечаев Э.А., Смирнов А.Д. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. - СПб.: Гиппократ, 1996. - С.3.
2. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. - Симферополь. Таврида, 1997. - 560с.
3. Павловський М.П., Чуклін С.М., Переяслов А.А. Псевдокісти підшлункової залози. - Львів, 1997. - С.116-120.
4. Золлингер Р., Золлингер Р. Атлас хирургических операций. - М.: Доктор и К°, 2002. - С.182-183.