



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **45079** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

1

2

(21) u200905049

(22) 22.05.2009

(24) 26.10.2009

(46) 26.10.2009, Бюл.№ 20, 2009 р.

(72) КОПЧАК ВОЛОДИМИР МИХАЙЛОВИЧ, ЧОРНИЙ ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ, КОПЧАК КОСТЯНТИН ВОЛОДИМИРОВИЧ, ДУВАЛКО ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, ЧЕВЕРДЮК ДМИТРИЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЗЕЛІНСЬКИЙ АРТЕМ ІГОРОВИЧ, СИМОНОВ ОЛЕГ МИХАЙЛОВИЧ, ЦУБЕРА БОГДАН ІВАНОВИЧ

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АМН УКРАЇНИ(57) Спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, який включає локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози та розсічення головної панкреатичної протоки на усьому її протязі з наступним накладанням латерального панкреатоєюноанастомозу, який **відрізняється** тим, що додатково виконують резекцію язичкового відростка головки підшлункової залози.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути використана для хірургічного лікування хронічного панкреатиту.

Відомий спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту який включає локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози та розсічення головного панкреатичного протоку на усьому його протязі з наступним накладанням латерального панкреатоєюноанастомозу [Hung S. Ho, Charles F. Frey, Operative Techniques in General Surgery, Vol 4, No 2 (June), 2002: pp. 153-167].

Недоліком відомого способу є велика кількість післяопераційних ускладнень, так як він не забезпечує надійної профілактики виникнення біліарної гіпертензії викликаній прогресуванням хронічного панкреатиту в післяопераційному періоді, а у випадку наявності біліарної гіпертензії вже під час операції постає необхідність у внутрішньому дренажу жовчних шляхів яке істотно порушує автономність біліарної системи.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування хронічного панкреатиту, який за рахунок додаткової резекції язичкового відростка головки підшлункової залози забезпечив би зниження кількості післяопераційних ускладнень, за рахунок профілактики та усунення біліарної гіпертензії викликаній хронічним панкреатитом.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування хронічного панкреатиту, що включає локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози та розсічення головного панкреатичного

протоку на усьому його протязі з наступним накладанням латерального панкреатоєюноанастомозу, згідно корисної моделі, додатково виконують резекцію язичкового відростка головки підшлункової залози.

Додаткова резекція язичкового відростка підшлункової залози забезпечує зниження кількості таких післяопераційних ускладнень, як біліарна гіпертензія, викликана прогресуванням хронічного панкреатиту, за рахунок усунення здавлення термінального відділу холедоха між фіброзно зміненими тканинами головки та язичковим відростком підшлункової залози.

Спосіб здійснюють таким чином. Після виконання оперативного доступу, ревізії органів черевної порожнини та встановлення показів до виконання операції за методикою Фрея мобілізують дванадцятипалу кишку (ДПК) за Кохером, розділяють шлунково-ободову зв'язку. За допомогою пункції тонкою голкою встановлюють точну локалізацію головного панкреатичного протоку в ділянці перешийка підшлункової залози і в цьому місці поздовжньо розсікають його на протязі декількох сантиметрів. Виконують локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози шляхом їх парціального видалення. Наступним етапом поздовжньо розсікають головний панкреатичний проток на усьому його протязі, за потребою виконують літоекстракцію. Виконують дисекцію гепатодуоденальної зв'язки в якій виділяють холедох та беруть його на трималку. Через точковий холедохотомічний отвір в просвіт холедоха вводять тонкий зонд, який використовують як орієнтир при подальших маніпуляціях. Далі

(13) **U**
(11) **45079**
(19) **UA**

головку підшлункової залози та ДПК ротують в медіальному напрямку, чим забезпечують доступ до їх задньої поверхні. Тупим шляхом за допомогою дисектора виконують дисекцію сполучнотканинного шару між задньою стінкою холедоха та язичковим відростком головки підшлункової залози, у створений тунель проводять трималку. Виконуючи тракцію за цю трималку у латеральному напрямку сепарують латеральний край язичкового відростку головки підшлункової залози, за можливості зберігаючи задню панкреатодуоденальну артеріальну аркаду. На верхньому та нижньому краї латерального краю язичкового відростку накладають шви-трималки. Виконуючи тракцію за ці шви у латеральному напрямку відсікають язичковий відросток від головки підшлункової залози. Зріз що після цього утворюється ушивають безперервним швом. Після цього виконують ретельну ревізію дистального відділу холедоха та виконують інтраопераційну холангіографію, переконуючись у повноті звільнення його від здавлюючих тканин. Накладають латеральний панкреатоєюноанастомоз. Видаляють зонд з холедоха, холедохотомічний отвір ушивають. За показанням виконують холецистектомію та дренують черевну порожнину.

Приклад.

Хворий С. історія хвороби №1377 поступив на стаціонарне лікування 02.03.2009 зі скаргами на інтенсивні болі у епігастрії та епізод механічної жовтяниці в анамнезі, з приводу чого 04.02.2009 йому була виконана холецистостомія за місцем проживання. Хворий був обстежений клінічно, лабораторно, інструментально у повному обсязі. Встановлено діагноз: Хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит. Кальциноз підшлункової залози. Вірсунгоектазія, вірсунголітіаз. Тубулярний стеноз холедоха. Холангіоектазія. Стан після холецистостомії (04.02.2009).

17.03.2009 операція. Верхньо-середина лапаротомія. Вісцероліз. Ревізія: після розкриття шлунково-ободової зв'язки та мобілізації ДПК за Кохером в чепцевій сумці виявлено рихлий інфільтрат представлений задньою стінкою шлунка, брижою поперечної ободової кишки, підшлунковою залозою та медіальною стінкою ДПК. Інфільтрат розділено тупим та гострим шляхами. Підшлункова залоза з вираженими явищами фіброзу, кальцинозу, її головний проток розширений до 5 мм, заповнений конкрементами на усьому протязі. Головка підшлункової залози кам'янистої щільності. Холедох 1,2 см шириною. Жовчний міхур збільшений у розмірах. Іншої патології не виявлено. Зважаючи на холангіоектазію, тубулярний стеноз холедоха, механічну жовтяницю в анамнезі вирішено виконати операцію Фрея з додатковою резекцією язичкового відростка головки підшлункової залози. За допомогою пункції тонкою голкою вста-

новили точну локалізацію головного панкреатичного протоку в ділянці перешийка підшлункової залози і в цьому місці поздовжньо розіклали його на протязі декількох сантиметрів. Виконали локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози шляхом їх парціального видалення. Наступним етапом поздовжньо розіклали головний панкреатичний проток на усьому його протязі, виконали літоекстракцію. Виконали дисекцію гепатодуоденальної зв'язки в якій виділили холедох та взяли його на трималку. Через точковий холедохотомічний отвір в просвіт холедоха ввели тонкий зонд, який використовували як орієнтир при подальших маніпуляціях. Далі головку підшлункової залози та ДПК ротували в медіальному напрямку, чим забезпечили доступ до їх задньої поверхні. Тупим шляхом за допомогою дисектора виконали дисекцію сполучнотканинного шару між задньою стінкою холедоха та язичковим відростком головки підшлункової залози, у створений тунель провели трималку. Виконуючи тракцію за цю трималку у латеральному напрямку сепарували латеральний край язичкового відростку головки підшлункової залози, зберігаючи задню панкреатодуоденальну артеріальну аркаду. На верхньому та нижньому краї латерального краю язичкового відростку наклали шви-трималки. Виконуючи тракцію за ці шви у латеральному напрямку відіклали язичковий відросток від головки підшлункової залози. Зріз що після цього утворився ушили безперервним швом. Після цього виконали ретельну ревізію дистального відділу холедоха та інтраопераційну холангіографію, якими було підтверджено повноту звільнення його від здавлюючих тканин. Наклали латеральний панкреатоєюноанастомоз. Видалили зонд з холедоха, холедохотомічний отвір ушили. Дреновано черевну порожнину. Рану ушито пошарово наглухо. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. При плановому контрольному УЗ-дослідженні 27.04.2009 ознак холангіоектазії не виявлено.

За запропонованим способом прооперовано 4 хворих, ознак біліарної гіпертензії викликаної прогресуванням хронічного панкреатиту в післяопераційному періоді не було виявлено в жодного з них. У 2 з 4 хворих, оперованих за способом-аналогом в післяопераційному періоді виникла механічна жовтяниця викликана прогресуванням хронічного панкреатиту, за рахунок здавлення термінального відділу холедоха між фіброзно зміненими тканинами головки та язичковим відростком підшлункової залози.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень пов'язаних з біліарною гіпертензією викликаною прогресуванням хронічного панкреатиту в післяопераційному періоді.

