



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55919 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

(21) u201008529

(22) 08.07.2010

(24) 27.12.2010

(46) 27.12.2010, Бюл. № 24, 2010 р.

(72) КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, БОЙКО  
ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ТЕСЛЕНКО СЕРГІЙ  
МИКОЛАЙОВИЧ, ГОНЧАРОВА НАТАЛЯ МИКОЛА-  
ЇВНА, ГОНТАРЬ ВАЛЕНТИНА ФЕДОРІВНА, ВОВК  
ВАЛЕРІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ, ГРІНЧЕНКО СЕРГІЙ  
ВОЛОДИМИРОВИЧ, БАЛАКА СВЯТОСЛАВ МИ-  
ХАЙЛОВИЧ

(73) КРИВОРУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, БОЙКО  
ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ТЕСЛЕНКО СЕРГІЙ  
МИКОЛАЙОВИЧ, ГОНЧАРОВА НАТАЛЯ МИКОЛА-  
ЇВНА, ГОНТАРЬ ВАЛЕНТИНА ФЕДОРІВНА, ВОВК  
ВАЛЕРІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ, ГРІНЧЕНКО СЕРГІЙ

2

ВОЛОДИМИРОВИЧ, БАЛАКА СВЯТОСЛАВ МИ-  
ХАЙЛОВИЧ

(57) Спосіб лікування ускладнених форм хронічно-  
го панкреатиту, що включає секторальну резекцію  
голівки підшлункової залози, викроювання трансп-  
лантата тонкої кишки на судинній ніжці, послідовне  
накладання панкреатодигестивного анастомозу,  
анастомозу між трансплантатом та низхідною гіл-  
кою дванадцятипалої кишки та білідигестивного  
анастомозу, а безперервність травного каналу  
виконують шляхом накладання ентероанастомозу,  
який **відрізняється** тим, що додатково проводять  
гуморальне відключення підшлункової залози  
шляхом виконання селективної ваготомії і антру-  
мектомії.

Корисна модель стосується медицини, а саме  
хірургії, і може бути використана для лікування  
ускладнених форм панкреатиту.

Хронічний панкреатит (ХП) є актуальною про-  
блемою сучасної панкреатології. Терміном ХП по-  
значають групу хронічних захворювань підшлунк-  
ової залози різної етіології, переважно запальної  
природи з фазово-прогресуючими вогнищевими  
сегментарними або дифузійними дегенеративни-  
ми, деструктивними змінами її екзокринної части-  
ни, атрофією залозистих елементів (панреоцитів) і  
заміщенням їх фіброзною тканиною, змінами в  
протоковій системі підшлункової залози з утворен-  
ням кист і конкрементів, з різним ступенем пору-  
шення екзокринної і ендокринної функції (І.В. Маєв  
з співавт., 2003).

Показаннями до хірургічного лікування ХП є  
біль, яка не знімається іншими методами, кісти і  
абсцеси підшлункової залози, стриктури або об-  
струкція жовчних протоків, дванадцятипалої киш-  
ки, оклюзія селезінкової вени і кровотеча з варико-  
зних вен, нориці підшлункової залози, підозра на  
рак підшлункової залози.

Ускладнення ХП є безумовними показаннями  
до оперативного лікування (Несторенко Ю.А., Гла-  
бай В.П., Шаповальянц С.Г., // Хронический пан-  
креатит. -М.:Россия, 1997.-173 с).

Одним із ускладнень ХП є синдром біліарної  
гіпертензії та неповне відновлення ендокринної

функції підшлункової залози внаслідок незадові-  
льного надходження панкреатичного соку в кише-  
чник.

На сьогодні відомі наступні способи лікування  
хронічного панкреатиту з переважним ураженням  
голівки підшлункової залози. Відома, наприклад,  
операція А.О. Whipple - стандартним доступом при  
виконанні панкреатодуоденальної резекції є верх-  
ньо-судинна лапаротомія. Виконується ревізія ор-  
ганів черевної порожнини, широко розкривається  
сальникова сумка, виконується мобілізація двана-  
дцятипалої кишки за Кохером від гепатодуодена-  
льної зв'язки до нижньогоризонтальної частини  
максимально у напрямку до дуоденоєюнального  
переходу. Голівка підшлункової залози разом з  
дванадцятипалою кишкою широко мобілізується у  
ретропанкреатичному просторі до зв'язки криюч-  
ко-подібного відростка та верхньобрижових судин.  
Після широкої мобілізації панкреатодуоденального  
комплексу виконують холецистектомію, кукусу міху-  
рового протоку перев'язують, виділяють загальну  
жовчну протоку, тупим шляхом відокремлюють від  
воротної вени. Жовчна протока перетинається на  
рівні 1-2 см від краю підшлункової залози, а дис-  
тальна його частина перев'язується. На проксима-  
льну частину накладають нитки-трималки. Далі  
перетинають шлунок, на рівні його 1/2 або 2/3 та  
ліву шлункову артерію. Тонка кишка перетинаєть-  
ся нижче дуоденоєюнального переходу, що дає

(19) UA (11) 55919 (13) U

можливість надалі вільно перемішувати кишку для реконструктивного етапу. Найбільш частіше у реконструктивному етапі класичної операції використовується накладання панкреатосюнального та білідигестивного анастомозів на відключеній петлі тонкої кишки за Ру окремо гастроюнального анастомозу. (І.А. Криворучко, В.В.Бойко, Н.І. Березка, С.М. Тесленко, Р.С. Шевченко. Панкреатит. Травми підшлункової залози. - Харків, 2006.-284с).

Основним недоліком відомого способу є розвиток внутрішньопротокової гіпертензії та синдрому мальабсорбції.

Відомий спосіб лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту, який забезпечує профілактику внутрішньопротокової гіпертензії та синдрому мальабсорбції.

Згідно з відомим способом, виконують секторальну резекцію голівки підшлункової залози, викроюють трансплантат тонкої кишки на судинній ніжці, послідовно накладають панкреатодигестивний анастомоз, анастомоз між трансплантатом та низхідною гілкою дванадцятипалої кишки та білідигестивний анастомоз, а безперервність травного каналу виконують шляхом накладання ентероанастомозу (див. патент України №32479 U, МПК А61В17/00).

Даний спосіб лікування ускладнених форм панкреатиту є найбільш близьким до того, що заявляється по технічній суті та результату, який може бути досягнутим, тому його вибрано в якості прототипу.

Однак недоліком відомого способу є недостатня панкреатична секреція та попадання їжі в жовчну та протокову системи підшлункової залози.

В основу корисної моделі поставлено задачу в способі лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту шляхом додаткових заходів забезпечити достатню панкреатичну секрецію та запобігання попаданню їжі в жовчну та протокову системи підшлункової залози.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту виконують секторальну резекцію голівки підшлункової залози, викроюють трансплантат тонкої кишки на судинній ніжці, послідовно накладають панкреатодигестивний анастомоз, анастомоз між трансплантатом та низхідною гілкою дванадцятипалої кишки та білідигестивний анастомоз, а безперервність травного каналу виконують шляхом накладання ентероанастомозу, згідно з корисною моделлю, додатково проводять гуморальне відключення підшлункової залози шляхом виключення селективної ваготомії і антрумектомії.

Спосіб виконують наступним чином. Виконують верхньо-серединну лапаротомію. Мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером. Розкривають сальникову сумку, виконують викроювання трансплантату із порожньої кишки довжиною 25 см на судинній ніжці. Виконують резекцію вентральної частини голівки підшлункової залози. З трансплантата, який було викроєно раніше, накладають панкреатосюнальний анастомоз дворядковим швом. Додатково ретродуоденально у порожнину кісти вводять дренаж для декомпресії протоку. Між трансплантатом та інтрапапілярною частиною два-

надцятипалої кишки накладають анастомоз дворядковим швом бік у бік. Накладають гепатикоєюноанастомоз з трансплантатом за типом бік у бік з попереднім назобіліарним дренажуванням жовчних шляхів. Виконують антрумектомію по Брауну, з формуванням гастроентероанастомозу на довгій петлі позаободово з Браунівським сполученням, селективно-проксимальну ваготомію для виключення гуморального фактора травлення. Безперервність шлунково-кишкового тракту відновлюють шляхом накладання тонкокишкового анастомозу бік у бік. Трансназально у порожню кишку вводять зонд для декомпресії. Правий підпечінковий простір та порожнину малого тазу дренують рукавицею та трубкою. Окремо трубчатий дренаж підводять до області панкреатосюноанастомозу.

Спосіб пояснюється наступним прикладом.

Хвора Д. 31 р. поступила в клініку з приводу кісти підшлункової залози.

Виконана операція.

Під ендотрахіальним наркозом проведена верхньо-серединна лапоротомія. При ревізії черевної порожнини встановлено, що головка підшлункової залози кістозно трансформована розміром до 12 см в діаметрі, здавлює дванадцятипалу кишку та ворітну вену. Присутні ознаки вторинної портальної гіпертензії. Печінка темно-вишневого кольору., Жовчний міхур збільшений, випорожнюється.

У хворої виявлено хронічний фібрознокістозний панкреатит, кісту головки підшлункової залози, вторинну портальну гіпертензію.

Виконана мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохером, розкрита сальникова сумка, виконано викроювання трансплантату із порожньої кишки довжиною 25 см на судинній ніжці.

Виконана антрумектомія по Брауну, з формуванням гастроентероанастомозу на довгій петлі позаободово з Браунівським сполученням, селективно-проксимальна ваготомія для виключення гуморального фактора травлення. Проведено розтин кісти, евакуйовано до 500 мл її вмісту. Накладено дуоденоцистоанастомоз дворядковим швом, з додатковим зовнішнім дренажуванням порожнини кісти.

Безперервність шлунково-кишкового тракту відновлюють шляхом накладання тонкокишкового анастомозу.

Черевна порожнина дренована двома трубками і рукавичками. Накладені шви на рану, йод, асептична пов'язка.

Хвора виписана через 12 днів в задовільному стані. Оглянута через місяць, стан задовільний.

Запропонований спосіб лікування ускладненого хронічного панкреатиту забезпечує задовільну декомпресію шлунково-кишкового тракту, зводить до мінімуму вірогідність розвитку ускладнень, пов'язаних з виключенням значних ділянок шлунково-кишкового тракту з процесів травлення, забезпечує відсутність грубих порушень координації секреторного і моторного компонентів травлення, виключає попадання їжі в жовчну та протокову системи. Тим самим знижується кількість ускладнень як в післяопераційному періоді, так і у віддалені терміни після операції.

