



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **58738** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
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 ХРОНІЧНОГО ФІБРОЗНО-ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

1

2

(21) u201011165

(22) 17.09.2010

(24) 26.04.2011

(46) 26.04.2011, Бюл.№ 8, 2011 р.

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

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

ВОЛОДИМИРОВИЧ, ТОНКОГЛАС ОЛЕКСАНДР
АРКАДІЙОВИЧ

(57) Спосіб лікування хронічного фіброзно-
дегенеративного панкреатиту шляхом резекції
голівки підшлункової залози, розтину залози біля
мезентеріально-портальних судин, формування
панкреатоентероанастомозу на виділеній за Ру
петлею порожньої кишки, який **відрізняється** тим,
що проводять поперечний розтин тіла підшлунко-
вої залози зліва від мезентеріальних судин до ві-
зуалізації головної панкреатичної протоки, розти-
нають її, вводять в її просвіт затискач і поетапно
при розкритому затискачі вирізають фіброзну тка-
нину в області перешийка голівки підшлункової
залози, включаючи її дорзальну та вентральну
ділянки.

Корисна модель стосується медицини, а саме
хірургії і може бути використана для лікування
хронічного фіброзно-дегенеративного панкреати-
ту.

Хронічний панкреатит це запальне захворю-
вання, яке характеризується прогресивним та не-
оборотним перетворенням панкреатичної парен-
хіми у фіброзну тканину.

До теперішнього часу цей розділ клінічної пан-
креатології є найбільш складним, не дивлячись на
значні успіхи, що досягнуті в останні роки в діагно-
стиці, фармакотерапії та розробці нових ефектив-
них органозберігаючих методів хірургічного ліку-
вання хронічного панкреатиту.

Протягом багатьох років хірургічним стандар-
том в лікуванні хронічного панкреатиту і його
ускладнень була гастропанкреатодуоденальна
резекція.

Операція А.О.Whipple в більшості клінік стала
операцією вибору при больовому панкреатиті і
запальному інфільтраті в голівці підшлункової за-
лози (Панкреатит. Травми підшлункової залози.
І.А.Криворучко, В.В.Бойко, Н.І.Березка,
С.М.Тесленко, Р.С.Шевченко. - Харків, 2006. -
с.283-284). Стандартним доступом при виконанні
панкреатодуоденальної резекції є верхньо-
серединна лапаротомія. Виконується ревізія орга-

нів черевної порожнини, приділяючи особливу
увагу стану суміжних органів панкреатодуодена-
льної ділянки. Широко розкривається сальникова
сумка, що може бути виконано, в залежності від
ситуації, декількома способами: шляхом розтину
шлунковоободової зв'язки або відсікання сальника
від поперекоободової кишки. Виконується мобілі-
зація дванадцятипалої кишки за Кохером від гепа-
тодуоденальної зв'язки до нижньогоризонтальної
частини максимально у напрямку до дуоденоєю-
нального переходу. Голівка підшлункової залози
разом з дванадцятипалою кишкою широко мобілі-
зується у ретропанкреатичному просторі до зв'язки
крючоподібного відростка та верхньобрижових
судин. Після широкої мобілізації панкреатодуоде-
нального комплексу (у класичному варіанті) вико-
нують холецистектомію, куску міхурового протоку
перев'язують, виділяють загальну жовчну протоку,
тупим шляхом відокремлюють від ворітної вени.
Жовчна протока перетинається на рівні 1-2см від
краю підшлункової залози, а дистальна її частина
перев'язується. На проксимальну частину накла-
дають нитки-трималки. Далі перетинають шлунок,
на рівні його 1/2 або 2/3 та ліву шлункову артерію.
Порожня кишка перетинається нижче дуоденоєю-
нального переходу, що дає можливість надалі ві-
льно перемішувати кишку для реконструктивного

(19) **UA** (11) **58738** (13) **U**

етапу, хоча можливий перетин нижньогоризонтальної гілки дванадцятипалої кишки справа від брижових судин. Варіанти реконструкції після панкреатодуоденальної резекції запропоновано багато. Найбільш частіше використовується накладання панкреатоєюнального та біліодигестивного анастомозів на виділеній петлі тонкої кишки за Ру окремо гастроєюнального анастомоза.

Однак, не дивлячись на те, що при повному видаленні голівки підшлункової залози біль зменшувалась, видалення пілоруса та дванадцятипалої кишки зв'язано з ускладненнями травлення і зниженням якості життя.

Відомий спосіб лікування хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту шляхом резекції голівки підшлункової залози без втрати інших органів за Бегером (Панкреатит. Травми підшлункової залози. І.А.Криворучко, В.В.Бойко, Н.І.Березка, С.М.Тесленко, Р.С.Шевченко. - Харків, 2006. - С.286-288).

Виконання операції за Бегером умовно складає три етапи. Перший етап мобілізація панкреатодуоденального комплексу, як при класичній операції А.О.Whipple. На цьому етапі особливу увагу приділяють збереженню кровопостачання дванадцятипалої кишки, виділяють верхньобрижову вену нижче, якщо можливо і вище перешийка залози, який після утворення під ним тунелю, беруть на трималки. Другий етап - етап власне секторальної резекції підшлункової залози, який починають з перетину перешийка над мезентеріально-портальним венозним стоволом із забезпеченням одноразово гемостазу на зрізі дистальної кукси шляхом прошивання судин, які кровоточать, монофіламентною ниткою. Голівку підшлункової залози разом з дванадцятипалою кишкою повертають направо та відділяють від правого краю верхньої брижової артерії та портальної вени. Відмічають лінію розтину голівки підшлункової залози, паралельно згину нижньої частини кишки, відступивши від неї 5-8мм. Далі, якщо можливо, виділяють інтрапанкреатичну частину холедоха з фіброзної тканини підшлункової залози до місця її сполучення з головною панкреатичною протокою. Третій етап включає реконструкцію дистальної кукси шляхом утворення анастомозу між нею та ізольованою за методом Ру (не менш 80см) петлею порожньої кишки по типу кінець вкінець. Обробку протоки невеликої частини проксимальної кукси залози, що залишилася, Бегер радить ізолювати фіксувати до тієї ж петлі порожньої кишки, яка була використана для анастомозу з дистальною куксою залози.

Відомий спосіб лікування хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту без пересікання підшлункової залози - Бернська модифікація операції Бегера (В.И.Егоров, В.А.Вишневский и др. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, 2009, 8, с.57-61). Відомий спосіб є найбільш близьким запропонованому по технічній суті і результату, який може бути досягнутим і тому його вибрано в якості прототипу.

На відміну від операції Бегера при Бернському її варіанті тканина перешийка і тіла залози не від-

діляється від портальної вени, а залоза не пересікається. Після резекції голівки підшлункової залози, яка виконується так само, як при операції Бегера, з залишком 5-8мм панкреатичної тканини вздовж її стінки, щоб не пошкодити кровопостачання, утворюють одну порожнину, яку анастомозують з петлею порожньої кишки, виділеною за Ру. Якщо присутні множинні стенози панкреатичної протоки, вона поздовжньо розтинається в області тіла і хвоста і включається в загальний панкреатоентероанастомоз по типу Puestow.

При наявності стенозу інтрапанкреатичної ділянки загальної жовчної протоки, який неможливо усунути декомпресією і резекцією навколишньої панкреатичної тканини, або при випадковому розтині інтрапанкреатичної порції протоки, її стінка фіксується окремими швами до навколишніх тканин по типу відкритих дверей і включається в той же загальний панкреатоентероанастомоз.

Основним недоліком відомих способів лікування хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту є ризик пошкодження судин мезентеріально-портального тракту.

В основу корисної моделі поставлено задачу в способі лікування хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту шляхом зміни оперативних заходів зменшити ризик пошкоджень судин та покращити якість життя пацієнтів в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту Спосіб лікування хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту шляхом резекції голівки підшлункової залози, розтину залози біля мезентеріально-портальних судин, формування панкреатоентероанастомозу на виділеній за Ру петлею порожньої кишки, згідно з корисною моделлю, проводять поперечний розтин тіла підшлункової залози зліва від мезентеріальних судин до візуалізації головної панкреатичної протоки, розтинають її, вводять в її просвіт затискач і поетапно при розкритому затискачі вирізають фіброзну тканину в області перешийка голівки підшлункової залози, включаючи її дорзальну та вентральну ділянки.

Спосіб виконують таким чином.

Стандартним доступом при виконанні панкреатодуоденальної резекції виконують верхньосерединну лапаротомію. Виконують ревізію органів черевної порожнини. Приділяючи особливу увагу збереженню кровопостачання дванадцятипалої кишки, виділяють верхньобрижову вену нижче, якщо можливо і вище перешийка залози, який після утворення під ним тунелю, беруть на трималки.

При неможливості виділити мезентеріально-портальний тракт в зв'язку залучення його в процес фіброзу, проводять поперечний розтин тіла підшлункової залози зліва від мезентеріальних судин до візуалізації головної панкреатичної протоки, розтинають її, вводять в її просвіт затискач і поетапно при розкритому затискачі вирізають фіброзну тканину в області перешийка голівки підшлункової залози, включаючи її дорзальну та вентральну ділянки, відступив 5-8мм від

дванадцятипалої кишки вздовж її стінки, для того, щоб зменшити кровопостачання. Утворюється порожнина зі збереженням тонкого містка паренхіми над верхньою брижовою веною.

Загальна жовчна протока у зоні розкриття її просвіту вшивається у загальну порожнину.

Реконструкцію виконують петлею тонкої (порожньої) кишки, виділеній за Ру, яку використовують для панкреатоентероанастомозу кінець в бік з тілом підшлункової залози і бік в бік з частиною голівки підшлункової залози, що залишилася. Панкреатоентеростомія виконується дворядним вузловим швом ниткою PDS-5.0.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

Хворий М., 34р. поступив в хірургічне відділення з приводу хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту, ускладненого кістою голівки підшлункової залози. Із анамнезу зловживає алкоголем біля 10 років, біля 7 років хворіє на хронічний панкреатит. Неодноразово лікувався за місцем проживання. Обстежений. За даними УЗД та КТ у хворого ознаки хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту, кіста голівки підшлункової залози. Виконано операцію: Субтотальна дуоденозберігаюча резекція голівки підшлункової залози за запропонованим способом.

Після обробки операційного поля за Пироговим виконано верхньо-серединну лапаротомію, мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером.

При ревізії підшлункова залоза фіброзно-дегенеративно змінена, у голівці підшлункової залози виявлено кісту до 40мм у діаметрі. Іншої патології органів черевної порожнини не виявлено.

Попередньо накладаються 4 шви-трималки на верхньому та нижньому краях тіла підшлункової залози поряд з вірогідною лінією резекції. Виділення голівки підшлункової залози від ворітної вени починається зліва від ворітної вени та продовжується у напрямку загальної жовчної протоки.

Виконується резекція голівки підшлункової залози, залишаючи 5-8мм панкреатичної тканини вздовж її стінки, для того, щоб не порушити кровопостачання. Утворюється порожнина зі збереженням тонкого містка паренхіми над верхньою брижовою веною. Головна панкреатична протока розтягується зажимом. Загальна жовчна протока у зоні розкриття її просвіту вшивається у загальну порожнину. Накладається анастомоз порожнини підшлункової з петлею тонкої кишки, виділеною за Ру. Гемостаз за перебігом операції. Дренування черевної порожнини з 2 точок, додатково підведено дренаж до зони анастомозу, накладено пошарово шви на рану Йод. Асептичні наклейки.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Виписаний із клініки на 14 добу. Обстежений через два тижні, 1, 3, 6 місяців. Стан хворого задовільний. Хворий дотримується дієти, замісної терапії.