



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 62432

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ ІНТРАПАНКРЕАТИЧНОГО ВІДДІЛУ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ АБО ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ ГОЛІВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

(21) 2003032489

(22) 24 03 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р

(72) Ярешко Володимир Григорович, Рязанов Дмитро Юрійович, Бамбизов Леонід Михайлович

(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ІНСТИТУТ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ

(57) Спосіб лікування непрохідності інтрапанкреатичного відділу загальної жовчної протоки при хронічному панкреатиті або злоякісних пухлинах голівки підшлункової залози, що включає тунелі-

2

зацію звуженого інтрапанкреатичного відділу загальної жовчної протоки, який відрізняється тим, що перед тунелізацією проводять дуоденоскоп у вертикальний відділ дванадцятипалої кишки, виконують холедоходуоденостомію, а тунелізацію звуженого інтрапанкреатичного відділу загальної жовчної протоки виконують проведенням у її просвіт через холедоходуоденостомію внутрішнього попихпорвинілового дренажу довжиною не менше 12 см з боковими отворами, розташованими у шаховому порядку

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії органів травлення

При непрохідності інтрапанкреатичного відділу загальної жовчної протоки (ЗЖП), обумовленої хронічним панкреатитом (ХП) або злоякісною пухлиною голівки підшлункової залози (ПЗ), використовуються відкриті лапаротомні операції

Відкриті лапаротомні операції полягають у лапаротомії, накладанні анастомозу між дванадцятипалою кишкою (ДПК) та ЗЖП, тобто холедоходуоденостомії (ХДС). Відомий спосіб лікування непрохідності інтрапанкреатичного відділу ЗЖП (Н.А. Майстренко, А.И. Нечай. Гепатобилиарная хирургия - Санкт-Петербург. Специальная литература, 1999 - с. 268) - супрадуоденальна ХДС за Юраш-Виноградовим, яка полягає у лапаротомії, повздожній холедохотомії, яка виконується шляхом розтину передньої стінки ЗЖП, поперекової дуоденотомії, яка виконується шляхом розтину стінки ДПК у безпосередній близькості від холедохотомічного отвору, формуванні співустя шляхом накладання окремих вузлових швів по краю розрізу ЗЖП і стінки ДПК.

Вказаний спосіб дозволяє створити внутрішнє дренування жовчних протоків, але потребує виконання лапаротомії, холедохотомії, дуоденотомії, що є травматичним і тривалим оперативним втручанням, а також супроводжується неспроможністю ХДС у післяопераційному періоді. Ці недоліки при-

зводять до підвищення післяопераційної летальності

Найбільш близьким по сукупності ознак до пропонованого способу є спосіб лікування непрохідності інтрапанкреатичного відділу загальної жовчної протоки шляхом тунелізації, при цьому виконується лапаротомія, холедохотомія в супрадуоденальному відділі ЗЖП, тунелізація звуженого інтрапанкреатичного відділу ЗЖП маточним зондом, встановлення внутрішнього дренажу (Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях - М. - Медицина, 1987 - с. 336). Вказана методика має такі недоліки

1 Потребує виконання лапаротомії, холедохотомії

2 Неспроможність швів холедоху

3 Травматичність та тривалість операції

В основу винаходу поставлена задача створити такий спосіб лікування непрохідності інтрапанкреатичного відділу ЗЖП при ХП або злоякісних пухлинах голівки ПЗ, який дозволив би зменшити тривалість, травматичність операції, знизити післяопераційну летальність, запобігти неспроможності швів холедоху завдяки уникненню виконання лапаротомії, холедохотомії

Поставлена задача здійснюється завдяки тому, що у способі, який включає тунелізацію звуженого інтрапанкреатичного відділу загальної жов-

(13) A

(11) 62432

(19) UA

ного протоку, спочатку проводять дуоденоскоп у вертикальний відділ ДПК, а потім виконують холедоходуоденостомію шляхом розтину повздожньої складки ДПК та інтрапанкреатичного відділу ЗЖП довжиною до 5мм голчастим папілостомом вище великого сосочку дванадцятипалої кишки (ВСДК), а тунелізацію звуженого інтрапанкреатичного відділу ЗЖП виконують через холедоходуоденостомію поліхлорвініловим дренажем довжиною не менше 12см, який виготовляють із стандартної системи для переливання розчинів, виконуючи 5-7 бокових отворів розміром 3-5мм, розташованих з обох боків дренажу на однаковій відстані один від одного у шаховому порядку. При цьому три чверті дренажу розміщують у просвіті загального жовчного протоку, а одну чверть - у просвіті ДПК. Дотримання довжини поліхлорвінілового дренажу не менше 12см необхідне для гарантованого його надходження через звужений відділ ЗЖП у просвіт гепатикохоледоху, а наявність бокових отворів забезпечує адекватний відтік жовчі.

Спосіб показано на кресленнях.

Фіг 1 Проведення дуоденоскопа у вертикальний відділ дванадцятипалої кишки з виконанням холедоходуоденостомії.

Фіг 2 Тунелізація звуженого інтрапанкреатичного відділу загального жовчного протоку через холедоходуоденостомію з встановленням внутрішнього поліхлорвінілового дренажу.

Спосіб здійснюється таким чином: дуоденоскоп проводять у вертикальний відділ ДПК. Після виявлення повздожньої складки ДПК, яка розташована вище ВСДК, через інструментальний канал дуоденоскопа вводять голчастий папілостом. Виконується холедоходуоденостомія вище ВСДК (Фіг 1) шляхом розтину повздожньої складки ДПК з розсіченням інтрапанкреатичного відділу ЗЖП довжиною до 5мм. Через інструментальний канал дуоденоскопа вводять поліхлорвініловий дренаж довжиною не менше 12см з 5-7 боковими отворами розміром 3-5мм, які розташовані з обох боків дренажу на однаковій відстані один від одного у шаховому порядку і виконують тунелізацію звуженого інтрапанкреатичного відділу загального жовчного протоку, яка викликана зтискуванням збільшеною голівкою підшлункової залози при хронічному панкреатиті або зльокісній пухлині. При цьому три чверті дренажу розміщують у просвіті ЗЖП, а одну чверть - у просвіті ДПК. Внаслідок цього забезпечується внутрішнє дренажування жовчних шляхів при ХП або зльокісних пухлинах ПЗ без застосування лапаротомії, холедохостомії та пов'язаних з ними ризиком післяопераційних ускладнень у вигляді неспроможності швів холедоху. Контролем адекватного виконання операції є надходження жовчі у ДПК.

Приклади

Спостереження 1. Хвора Г., 49 років (історія хвороби №5372), 12 09 2002р потрапила зі скаргами на жовтяницю, нудоту, блювоту, озноб, слабкість, підвищення температури тіла до 38°C. Вважає себе хворою з 07 09 2002р, жовтяниця з 09 09 2002р. В анамнезі - хронічний панкреатит, з приводу якого багаторазово обстежувалась та лікувалась у клініках м. Запоріжжя.

Об'єктивно: стан тяжкий, жовтяниця. Живіт

м'який, хворобливий у епігастрії. Аналіз крові: Гб-138г/л, ер-3612¹²/л, лейкоц-15,412⁹, е-0, п-31, с-43, л-24, м-2, ШОЕ-22мм/год. Загальний білірубін 88мкмоль/л, зв'язаний білірубін 44мкмоль/л, вільний - 44мкмоль/л, АЛТ 1,55мкмоль/л, а-амілаза крові 90г/год-л, діастаза мочі -2048 од. За даними УЗД - ЖКХ, хронічний калькульозний холецистит, хронічний панкреатит, ділятка вугру - та позапечінокових жовчних шляхів з блоком на рівні дистального відділу загального жовчного протоку. Онкомаркер СА 19-9 у межах норми.

Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія: блок на рівні інтрапанкреатичного відділу загального жовчного протоку, ознаки збільшення головки підшлункової залози.

Діагноз: Хронічний псевдотуморозний панкреатит, загострення. Синдром механічної жовтяниці.

24 09 2002р операція (Л.М. Бамбізов) - ендоскопічна тунелізація інтрапанкреатичного відділу ЗЖП з встановленням внутрішнього дренажу. Ендоскоп проведено у ДПК, у просвіті жовчі немає ВСДК у типовому місці, розміром 0,5х0,5см, не змінений. Канюлювати ВСДК не вдалося. Голчастим папілостомом вище ВСДК виконано холедоходуоденостомію шляхом розтину повздожньої складки ДПК та інтрапанкреатичного відділу ЗЖП довжиною до 5мм (Фіг 1). Через інструментальний канал ендоскопа у просвіт ДПК введено поліхлорвініловий дренаж довжиною 12см з 5-7 боковими отворами розміром 3-5мм, які розташовані з обох боків дренажу на однаковій відстані один від одного у шаховому порядку. Виконано тунелізацію звуженого інтрапанкреатичного відділу ЗЖП через холедоходуоденостомію поліхлорвініловим дренажем з встановленням його у просвіт ЗЖП вище звуження до 8см і залишенням вільної частини довжиною до 4см у просвіті ДПК (Фіг 2). Відмічається надходження жовчі чорного кольору у просвіт ДПК через встановлений внутрішній дренаж.

Тривалість операції 15 хвилин.

Післяопераційний діагноз: Хронічний псевдотуморозний панкреатит. Синдром механічної жовтяниці.

Контрольна дуоденоскопія 01 10 2002р у просвіті шлунку і ДПК значна кількість жовчі. Дуоденоскоп проведено у ДПК. Вище ВСДК у просвіті ДПК вистає вільна частина внутрішнього дренажу довжиною до 4см, через який надходить жовч звичайного кольору.

Післяопераційний період без ускладнень. Загальний білірубін нормалізувався 03 10 2002р - 21мкмоль/л. Виписана 04 10 2002р у задовільному стані.

Спостереження 2. Хвора П., 71 року (історія хвороби №205), 13 01 2003р потрапила зі скаргами на жовтяницю, темну сечу, слабкість, зниження маси тіла на 15кг за 1 місяць. Вважає себе хворою з 28 12 2002р, коли з'явилася жовтяниця.

Об'єктивно: стан тяжкий, жовтяниця. При пальпації живіт м'який, безболісний, у правому підребер'ї визначається дно жовчного міхура. Аналізи крові та сечі без особливостей. Загальний білірубін 365мкмоль/л, зв'язаний білірубін 168мкмоль/л, вільний - 197мкмоль/л, АЛТ - 4,64мкмоль/л. За даними УЗД - в голівці ПЗ ппоехогенне новоутворення розміром 4х3,5см, ділятка вірсунгова протока

до 8мм, дилатація внутрі- та позапечінкових жовчних шляхів (до 14мм). При ендоскопічній ретроградній панкреатохолангіографії встановлена пухлина головки ПЗ, дилатація загального жовчного протоку до 18мм.

Діагноз: Пухлина головки ПЗ. Синдром механічної жовтяниці.

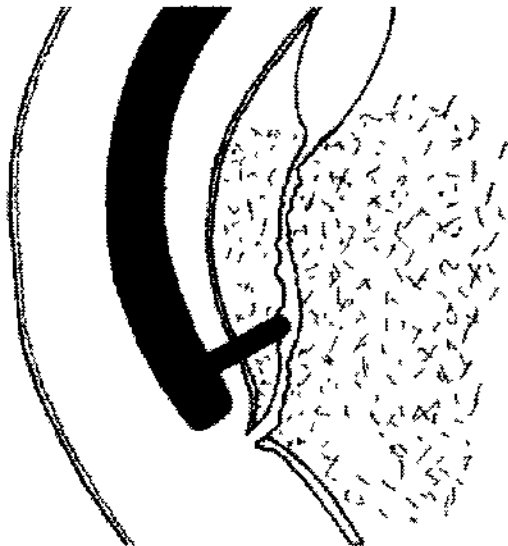
13.01.2003р. операція (Л.М. Бамбизов) - ендоскопічна тунелізація інтрапанкреатичного відділу ЗЖП з встановленням внутрішнього дренажу. Ендоскоп проведено у ДПК, у просвіті жовчі немає ВСДК у типовому місці, розміром 0,5х0,5см, не змінений. Голчастим папілотомом вище ВСДК виконано холедоходуоденостомію шляхом розтину повздожньої складки ДПК та інтрапанкреатичного відділу ЗЖП довжиною до 5мм (Фіг.1). Через інструментальний канал ендоскопу у просвіт ДПК введено поліхлорвініловий дренаж довжиною 12см з 5-7 боковими отворами розміром 3-5мм, які розташовані з обох боків дренажу на однаковій

відстані один від одного у шаховому порядку. Виконано тунелізацію інтрапанкреатичного відділу ЗЖП через холедоходуоденостомію поліхлорвініловим дренажем з встановленням його у просвіт ЗЖП вище пухлини до 8см і залишенням вільної частини довжиною до 4см у просвіті ДПК (Фіг.2). Відмічається надходження жовчі темної жовчої чорного кольору у просвіт ДПК через встановлений внутрішній дренаж.

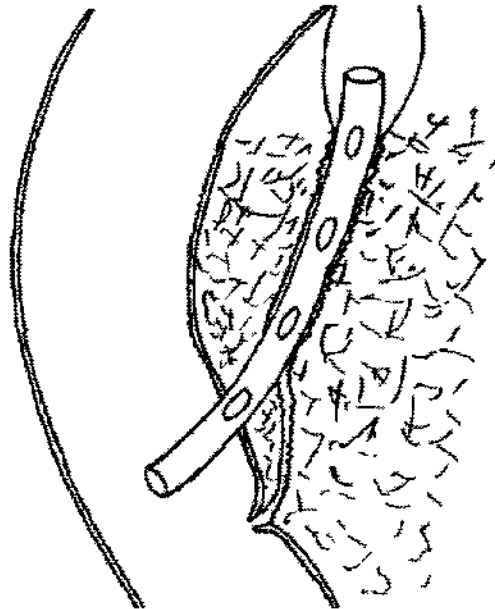
Тривалість операції 15 хвилин. Післяопераційний діагноз: Рак головки ПЗ. Синдром механічної жовтяниці.

Післяопераційний період без ускладнень. Загальний білірубін знизився до 65мкмоль/л. Випи-сана 23.01.2003р. у задовільному стані.

Отже, спосіб, що пропонується, дозволяє зменшити тривалість та травматичність операції, знизити післяопераційну летальність, запобігти неспроможності швів холедоху завдяки уникненню виконання папаратомії, холедохотомії.



Фіг.1 Проведення дуоденоскопа у вертикальній частині дванадцятипалої кишки з виконанням холедоходуоденостомії.



Фіг.2 Тунелізація зворненого інтрапанкреатичного відділу загального жовчного протоку через холедоходуоденостомію з встановленням внутрішнього поліхлорвінілового дренажу.