



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14852 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДЕКОМПРЕСІЇ ПРОТОКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ПОРУШЕННІ ЇЇ ПРОХІДНОСТІ

1

2

(21) u200602266

(22) 02.03.2006

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Шевченко Борис Федорович, Шуляренко Микола Михайлович, Котлярова Елеонора Вікторівна

(73) ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) 1. Спосіб декомпресії протоки підшлункової залози при порушенні її прохідності, який включає анастомоз між протокою підшлункової залози і кишкою, який **відрізняється** тим, що виконують розтин протоки підшлункової залози на ділянці її

перешийка розрізом довжиною, яка дорівнює діаметру протоки, у просвіт протоки підшлункової залози вводять дренажну трубку, анастомозують стінки розсіченої протоки підшлункової залози із слизовою оболонкою задньої стінки спадного відділу дванадцятипалої кишки навколо зовнішнього дренажу протоки, а серозну оболонку кишки фіксують вузловими швами до очеревини підшлункової залози.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що кінець дренажу через травний канал і носовий хід виводять назовні.

Заявлений спосіб відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може використовуватися при порушеннях прохідності протоки підшлункової залози.

Захворювання підшлункової залози серед дорослого населення України стало поширеним явищем. За даними Ю.О. Філіппова, З.М. Шмігель рівень захворювань підшлункової залози в Україні на період з 1997 до 2002р.р. збільшився на 71,3%. При цьому ряд захворювань підшлункової залози і великого дуоденального сосочка супроводжуються порушеннями прохідності протоки підшлункової залози, яка приводить до підвищення тиску в протоці органа і вимагає хірургічного втручання для його усунення, декомпресії протоки.

Відомі деякі хірургічні способи декомпресії протоки.

Відомий спосіб декомпресії протоки підшлункової залози при порушенні прохідності, який включає анастомоз між розширеною протокою підшлункової залози і тонкою кишкою, він виконується наступним чином: виконують холецистоєюностомію з ентероентероанастомозом на довгій петлі тощої кишки із заглушкою привідної петлі. Привідну ділянку тощої кишки між заглушкою і холецистоентероанастомозом підводять до кістозно-розширеної частини протоки підшлункової залози, накладають кисетні шви на петлю кишки і очеревину, покриваючи підшлункову залозу. У центрі кисетних швів скальпелем роблять отвори і, вста-

вив хлорвінілову трубочку, з'єднують просвіти головної протоки підшлункової залози і кишки. Кисети затягують і окремими швами підшивають кишку до залози. [1]

Спосіб технічно складний, травматичний, а також порушує травлення, внаслідок надходження панкреатичного соку у тонку кишку.

Відомий спосіб декомпресії протоки підшлункової залози при порушенні прохідності, який включає анастомоз між розширеною протокою підшлункової залози і тонкою кишкою.

Спосіб виконують наступним чином: протоку підшлункової залози розрізують на протязі 8см від голівки до хвоста органа, протоку залози анастомозують з ізольованою за Ру петлею тощої кишки, проведеної через вікно в брижі colon transversum кишки. [2]

Спосіб також складний для виконання, травматичний і порушує травлення, внаслідок надходження панкреатичного соку у тонку кишку.

Відомий спосіб декомпресії протоки підшлункової залози при порушенні прохідності, який включає анастомоз між розширеною протокою підшлункової залози і тонкою кишкою, і виконується наступним чином: після оголення тіла підшлункової залози, до неї підшивають початкову петлю тощої кишки. На протязі 2-3см розкривають просвіт протоки і кишки та зшивають їх по типу бік в бік на Т-образнім дренажі. Далі накладають додатковий ряд швів, фіксуючих кишку до очеревини

(13) U
(11) 14852
(19) UA

підшлункової залози. Довгий відрізок Т-образного дренажу проводять через кишку і виводять назовні. Привідне і відвідне коліни кишки з'єднують між-кишковим анастомозом [3].

Спосіб травматичний і складний для виконання і також порушує травлення, але він, як найбільш близький до заявленого способу, і прийнятий за прототип.

В основу корисної моделі поставлена задача розробити спосіб декомпресії протоки підшлункової залози, який був би менш травматичним, попереджував порушення травлення за рахунок надходження панкреатичного соку в дванадцятипалу кишку.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі декомпресії протоки підшлункової залози, який включає накладення анастомозу між розширеною протокою та дванадцятипалою кишкою, розкривають протоку підшлункової залози в ділянці її перешийка подовжнім розрізом довжиною, яка дорівнює діаметру протоки, її стінки анастомозують із слизовою оболонкою задньої стінки спадного відділу дванадцятипалої кишки на зовнішньому дренажі, а серозну оболонку кишки фіксують вузловими швами до очеревини підшлункової залози. Кінець дренажу через анастомоз травний канал і носовий хід виводять назовні.

Спосіб не впливає з відомого рівня техніки. Сполучення відомого і відмітних ознак дозволяє усунути гіпертензію в протоці підшлункової залози, забезпечити надходження соку підшлункової залози у дванадцятипалу кишку та забезпечити фізіологічне травлення в травному каналі, зменшити травматичність оперативного втручання, простий у виконанні. може використовуватися в умовах хірургічних відділень.

Спосіб виконується наступним чином. Виконують верхньо-середню лапаротомію. Мобілізують спадний відділ дванадцятипалої кишки за Кохером і шлунково-ободочної зв'язку. В ділянці перешийка підшлункової залози накладають дві нитки "держалки" і між ними пунктирують панкреатичну протоку. Після одержання панкреатичного секрету по голці роблять подовжене розсічення протоки підшлункової залози на довжину, яка дорівнює ширині протоки. Накладають нитку "держалку" на задню стінку спадного відділу дванадцятипалої кишки. Натягаючи нитку "держалку", виконують навколо неї висічення серозно-м'язового шару кишки, діаметр дефекту повинен перевищувати на 0,5см ширину протоки підшлункової залози. В центрі серозно-м'язового дефекту накладають нитку "держалку" на підслизовий шар кишки і, натягаючи нитку "держалку", роблять отвір у слизовій оболонці кишки яка дорівнює ширині протоки підшлункової залози. У просвіт протоки підшлункової залози уводять дренажну трубку, котру через отвір в кишці виводять назовні через носовий хід.

Анастомозують стінки розсіченої протоки підшлункової залози із слизовою оболонкою задньої стінки спадного відділу дванадцятипалої кишки навколо зовнішнього дренажу, а серозну оболонку кишки фіксують вузловими швами до очеревини підшлункової залози. Черевну порожнину дрениують. Накладають шви на рану передньої черевної стінки. Дренаж видаляють через місяць.

Приклад 1. Хворий 3, 45 років, історія хвороби №3840, поступив у хірургічне відділення інституту гастроентерології АМНУ 23.12.05 з діагнозом калькульозний панкреатит, ускладнення основного захворювання: жовтяниця переважаюча. Поступив зі скаргами на помірну біль в верхній половині живота, зменшення маси тіла до 15кг за місяць, наявність рідких та частих випорожнень. В анамнезі захворювання - хворіє на протязі п'яти років, погіршення стану за останні три тижні коли після посилення болю, відбувся епізод жовтяниці. Відмічає зниження маси тіла на 10кг (зріст 170см вага 60кг). При надходженні стан середньої важкості. Шкіра та слизові чисті, іктеричні. Дихання векулярне. Тони серця ритмічні, приглушені. АТ 120/80мм рт ст, Ps 76уд у хв. Язик вологий, чистий. Живіт при пальпації м'який болючий в верхній половині. Перитонеальні симптоми негативні. Печінка не збільшена, селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення у нормі. Данні клінічного обстеження: група крові – 0(I) Rh (-) негат.

Заг. аналіз крові від 26.12.05 - Нв 156г/л, еритроцити - $4,9 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,94, лейкоцити - $7,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 9мм/ч, Е - 4%, П - 2%, С - 56%, Л - 38%, тромбоцити - 200×10^9 /л, згорт. крові - 5хв, час кровотечі - 2хв.

БХ крові від 26.12.05. Білок - 70мг/мл, Білірубін заг. - 32,0мкмоль/л, прям - 19,2, гл - 6,7ммоль/л, АЛТ - 0,94, амілаза - 8,5г/л.

Заг. Ан. сечі від 26.12.05. Уд вага - 1007г/л, білок - не визн, глюк - не визн, еп пл - 0-2 в п/зору.

УЗД від 26.12.05. Печінка - 78х120мм, ехогенність підвищена, паренхіма мілкозерниста, ехооб'ємні утворення не визначаються. Жовчний міхур 139х39мм, конкрементів не має. Холедох 11,5мм, конкрементів не має.

Підшлункова залоза - 36х18х27мм ехогенність знижена в ділянці головки, структура не однорідна, з гіперехогенними включеннями 2-3-4мм. Вірсунгова протока розширена до 7мм, в просвіті гіперехогенне утворення до 4мм без тіні. На підставі анамнезу, загального та локального статусу, даних обстежень поставлен клінічний діагноз: індураційний калькульозний панкреатит. Механічна жовтяниця.

Прийнято рішення о використанні оперативного лікування за допомогою заявленого способу.

Операція №965 від 27.12.05.

Панкреатодуоденостомія, холецистоеюностомія за Шалімовим.

Після двохкратної обробки операційного поля кутасептом виконана верхньо-середня лапаротомія. При ревізії: шлунок, печінка без особливостей. Жовчний міхур 10х6х5см різко напружений, конкрементів не містить. Холедох до 2см в діаметрі, напружений. Підшлункова залоза в ділянці головки кам'янистої щільності, що здавлює проксимальний відділ холедоха, тіло та хвіст підшлункової залози склеротично змінені, в товщі її паренхіми визначаються кальцинати.

Після мобілізації спадного відділу дванадцятипалої кишки за Кохером і шлунково-ободочної зв'язки в ділянці перешийка підшлункової залози накладено дві нитки "держалки" і між ними поведена пункція панкреатичної протоки. Після одержання панкреатичного секрету, по голці подовжнім розрізом 8мм розсічена вірсунгова протока, її ді-

метр 8мм. Накладено нитку "держалку" на задню стінку спадного відділу дванадцятипалої кишки. Натягаючи нитку "держалку", виконали навколо неї висічення серозно-м'язового шару кишки, діаметром на 0,5см більше ширини протоки підшлункової залози. В центрі серозно-м'язового дефекту накладено нитку "держалку" на підслизовий шар кишки і, після натягнення нитки "держалки", зроблено отвір у слизовій оболонці кишки діаметром 8мм. У просвіт протоки підшлункової залози введена дренажна трубка, котру через отвір в кишці виведено назовні через носовий хід.

Сформовано анастомоз між стінкою розсіченої протоки підшлункової залози і слизовою оболонкою задньої стінки спадного відділу дванадцятипалої кишки навколо зовнішнього дренажу, а серозну оболонку кишки фіксовано вузловими швами до очеревини підшлункової залози.

В зв'язку з механічною жовтяницею виключена петля тонкої кишки за Шалімовим з проведенням зонду для ентерального харчування. Сформовано холецистоєюноанастомоз. Черевна порожнина дренована. Шви на рану. Асептична пов'язка. Післяопераційний період перебігав без ускладнень.

Повторна госпіталізація для видалення дренажу з 18.01.06. по 24.01.06. При фістулографії виповнюється просвіт панкреатичної протоки (4мм в діаметрі), який легко звільняється від контрасту через панкреатодуоденальний анастомоз. В динаміці хворий відмічає покращення функції травлення, нормалізацію стула. У хворого збільшилась маса тіла, при надходженні важив 72кг (на 12кг більше ніж при першій госпіталізації). Епізодів жовтяниці більше не було. Дренаж видалено, хворого виписано з покращанням під нагляд гастроентеролога за місцем проживання.

Приклад №2

Хворий Д. 1961р.н. Історія хвороби №1316, поступив у хірургічне відділення інституту гастроентерології АМНУ 25.04.05 з діагнозом: хронічний індуративний панкреатит, полікістоз підшлункової залози. Ускладнення основного діагнозу: хронічна дуоденальна непрохідність. Супутній діагноз: виразкова хвороба ДПК у стадії ремісії.

Поступив зі скаргами на почуття важкості в епігастрії, "голодні" болі в епігастрії, блювоту напередодні з'їденою їжею, рідке випорожнення, втрату 5кг ваги. Вага при надходженні 68кг. Хворіє хронічним панкреатитом шість років, виразкова хвороба ДПК з 2001р. Погіршення самопочуття біля трьох місяців тому, блювоти через день на протязі місяця. При рентгенологічному дослідженні від 20.04.05 встановлено декомпенсований стеноз вихідного відділа шлунка. В 2002р лікувався з приводу псевдотуморозного панкреатиту, консультувався у онкологів, (переконливих) даних за онкопроцес не було. КТ органів черевної порожнини 27.04.05 Печінка та селезінка однорідної структури, щільність в межах норми. Головка підшлункової залози 3,5см в діаметрі, неоднорідної щільності. Нирки розташовані звичайно, лимфовузли заочеревинного простору не збільшені. Заключення: КТ ознаки хронічного панкреатиту. Для виключення об'ємного процесу УЗД в динаміці. В анамнезі життя 2002 та 2004рр - інсульти, вірусний гепатит у 1995р При надходженні загальний стан

задовільний. Шкіра звичайного кольору, язик вологий. В легенях дихання везикулярне. Тони серця чисті, ритм збережен. АТ 100/80мм.рт.ст. ЧСС 78уд у хв. Живіт при пальпації м'який, помірно болючий в правому підреб'ї, епігастрії, лівому підреб'ї. Печінка та селезінка не збільшені. Симптоми подразнення очеревини негативні. Данні клінічного обстеження:

Заг.ан.крові від 10.05.05р. НВ - 127г/л, еритро - $4,4 \times 10^{12}$ /л. Лейк - $5,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 18мм/ч, Е - 1%, Б - 1%, С - 61%, Л - 35%, М - 2%, тромб - 306×10^9 /л.

Б.Х 10.05.05 Заг б. - 64г/л, Бл.заг. - 6,4мкмоль/л, Бл.пр.-отр, АЛТ - 0,83ммоль/л, гл - 7,0ммоль/л, амілаза - 19,2г/л.

ФГДС 26.04.05. Слизова грудного відділу стравоходу з поодинокими соковитими геморагіями. Кардія змикається частково. Слизова шлунка спокійна. В препілоричній частині по великій кривій розташоване поліпоподібне утворення, конусовидної форми до 6-7мм висотою з пупковидним втягненням у центрі. Запальних явищ немає. Воротар відкривається задовільно. Цибулина без особливостей. Слизова проксимального відділу без особливостей. На глибині 7- 8см від цибулини просвіт дванадцятипалої кишки звужений та непрохідний для гастроскопу. Набряку та гіперемії немає. Заключення: здавлення ДПК (субкомпенсований стеноз ДПК). Псевдополіп антрального відділа шлунку.

УЗД 20.04.05 - Розміри печінки 128x73мм, контур рівний, паренхіма однорідна. Холедох 5мм. Жовчний міхур 68x22мм - деформований за рахунок перипроцесу, стінки потовщені до 4-5мм. Підшлункова залоза 24x11x17мм слабо візуалізується із-за пневматозу кишечника, контури нерівні нечіткі. Паренхіма неоднорідна, змішеної ехогенності. Заключення: УЗД признаки хронічного холециститу. Дифузні зміни підшлункової залози. гепатит, стеноз вихідного відділу шлунку.

На підставі анамнезу, загального та локального статусу, даних обстежень поставлен клінічний діагноз: хронічний індуративний панкреатит, полікістоз підшлункової залози. Хронічна дуоденальна непрохідність.

Прийнято рішення про лікування хворого оперативним шляхом за допомогою заявленого методу.

Операція №365 від 5.05.05

Панкреатодуоденостомія на дренажі, гастроентеростомія.

Після двократної обробки операційного поля кутасептом виконана верхньо-серединна лапаротомія. При ревізії: в черевній порожнині помірна кількість серозного випоту. Шлунок збільшений в розмірах, стінки його гіпертрофовані. Початковий та спадний відділи ДПК розширені до 6см в діаметрі. Нижньо-горизонтальна частина ДПК здавлена щільним інфільтратом що виходить з крючковидного відростку головки підшлункової залози, розмір якого 6x4x4см. Останній бугристий, щільної консистенції. Жовчний міхур конкрементів не містить.

Після мобілізації спадного відділу дванадцятипалої кишки за Кохером і шлунково-ободочної зв'язки в ділянці перешийка підшлункової залози

накладено дві нитки "держалки" і між ними поведена пункція панкреатичної протоки. Після одержання панкреатичного секрету по голці подовжнім розрізом 5мм розсічена вірсунгова протока, її діаметр 5мм. Накладено нитку "держалку" на задню стінку спадного відділу дванадцятипалої кишки. Натягаючи нитку "держалку", виконали навколо неї висічення серозно-м'язового шару кишки, діаметром на 0,5см більше ширини протоки підшлункової залози. В центрі серозно-м'язового дефекту накладено нитку "держалку" на підслизовий шар кишки і, після натягнення нитки "держалки", зроблено отвір у слизовій оболонці кишки діаметром 5мм. У просвіт протоки підшлункової залози введена дренажна трубка, котру через отвір в кишці виведено назовні через носовий хід.

Сформовано анастомоз між стінкою розсіченої протоки підшлункової залози і слизовою оболонкою задньої стінки спадного відділу дванадцятипалої кишки навколо зовнішнього дренажу, а серозну оболонку кишки фіксовано вузловими швами до очеревини підшлункової залози.

В зв'язку з непрохідністю дванадцятипалої кишки сформовано заободочний гастроентероанастомоз з проведенням зонду для харчування. Шви на рану. Асептична пов'язка.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. У зв'язку з наявністю інфільтрата запально-

го характеру хворому була призначена антибіотикотерапія на протязі 10 днів. Операційна рана загоїлась первинним натягненням. Дренаж з протоки підшлункової залози можливо видалити раніш ніж за місяць. За час знаходження у клініці у хворого нормалізувалось травлення, відмічає відсутність блювоти та нудоти, випорожнення оформлені, фізіологічного забарвлення. Хворий набрав вагу до 70кг.

Заявлений спосіб використаний у відділенні хірургії інституту гастроентерології АМНУ у 2 хворих. Використання заявленого способу переконує, що даний спосіб менш травматичний, більш простий у виконанні у порівнянні з прототипом, забезпечує надходження панкреатичного соку у дванадцятипалу кишку, в результаті чого зберігається травлення.

Література

1. Справочник хирургических операций / Матяшин И.М., Глузман А.М. - Киев "Здоров'я" 1976г. - 176с.
2. Справочник хирургических операций / Матяшин И.М., Глузман А.М. - Киев "Здоров'я" 1976г. - 168с.
3. Справочник хирургических операций / Матяшин И.М., Глузман А.М. - Киев "Здоров'я" 1976г. - 169с.