



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA**

(11) **86053**

(13) **U**

(51) МПК

A61B 17/11 (2006.01)

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2013 07753**

(22) Дата подання заявки: **18.06.2013**

(24) Дата, з якої є чинними
права на корисну
модель: **10.12.2013**

(46) Публікація відомостей
про видачу патенту: **10.12.2013, Бюл.№ 23**

(72) Винахідник(и):

**Бойко Валерій Володимирович (UA),
Мушенко Євгеній Володимирович (UA),
Смачило Ростислав Михайлович (UA),
Марданян Костянтин Рузвельтович (UA)**

(73) Власник(и):

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ
ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ
НАУК УКРАЇНИ",
в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-103, 61103
(UA)**

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ХРОНІЧНОГО ПСЕВДОТУМОРОЗНОГО ПАНКРЕАТИТУ

(57) Реферат:

Спосіб лікування ускладненого хронічного псевдотуморозного панкреатиту включає мобілізацію і видалення головки підшлункової залози, формування панкреатоєюно-, білідигестивного і міжкишкового анастомозів. Панкреатоєюноанастомоз формують на проксимальному боці пересіченої петлі тонкої кишки. Білідигестивний анастомоз формують між дистальним відділом пересіченої тонкої кишки і жовчним міхуром.

**U
86053
UA**

Корисна модель належить до хірургії і може бути використана в хірургічному лікуванні хворих хронічним псевдотуморозним панкреатитом, що ускладнений механічною жовтяницею і непрохідністю вірсунгової протоки.

За даними С.І. Третьяк та співавторів в останнє десятиріччя спостерігається прогресивне зростання захворюваності хронічним панкреатитом, при цьому у 20-50 % хворих фіброзні зміни в головці підшлункової залози спричиняють здавлювання інтрапанкреатичної частини холедоху, наслідком чого є розвиток механічної жовтяниці (Третьяк С.И., Ращинский С.М., Ращинская Т.Р., Авдеевич Д.А. Эпидемиология и этиология хронического панкреатита / Здоровоохранение. - 2010. - № 1. - С. 15-19). Крім цього патологічні зміни в головці підшлункової залози призводять до порушення надходження панкреатичного секрету у дванадцятипалу кишку з розвитком болючого синдрому, зовнішньої секреторної недостатності підшлункової залози, вірсунгоектазії і формуванню кіст підшлункової залози. Фіброзні зміни, які відбуваються в підшлунковій залозі, є "пейсмейкером" прогресування хронічного панкреатиту, і хірургічне лікування повинне бути спрямованим на видалення ураженої ділянки органу (Далгатов К.Д. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы: дисс. на соискание научной степени к. мед. н. - М., 2006).

Одним з варіантів лікування хронічного туморозного панкреатиту є панкреатодуоденальна резекція. Але дослідження, які проведені Коротько Г.Ф. та співавторами, дозволяють говорити про особливу значущість дванадцятипалої кишки та про необхідність максимального збереження даного відділу шлунково-кишкового тракту при хірургічному лікуванні ускладненого хронічного панкреатиту. Ці дослідження враховують обумовлену ембріогенетично анатомічну неоднорідність підшлункової залози, а також нові дані про регуляторні взаємини в дуоденопанкреатичному комплексі Коротько Г.Ф., Рогаль М.Л., Орловский А.В., Гладкий Е.Ю. Новая парадигма срочной адаптации секреции ферментов поджелудочной железой" // Мат. XVII Всерос. конф. "Физиология и патология пищеварения", посвящ. 150-летию со дня рожд. И.П. Павлова. - Краснодар, 1999. - С. 21-22).

Відомий спосіб хірургічного лікування хронічного псевдотуморозного панкреатиту і осередкових уражень головки підшлункової залози, які ускладнені механічною жовтяницею (див. В кн.: Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. - Симферополь: Таврида, 1997. - С. 430-431). Він включає формування холецистоєюноанастомозу на довгій петлі тонкої кишки з формуванням браунівського співвустя і накладенням заглушки між холецистоєюно- і міжкишковим анастомозами. Потім підводять привідну петлю тонкої кишки до передньої поверхні підшлункової залози і формують подовжній панкреатоєюноанастомоз між заглушкою та холецистоєюноанастомозом.

Описаний спосіб дозволяє ліквідувати явища панкреатичної та біліарної гіпертензії, його недоліком є збереження головки підшлункової залози і, відповідно, патогенетична необґрунтованість операції, яка пов'язана із залишенням "пейсмейкеру" фіброзу. Також відсутність ізоляції холецистоєюно- та панкреатоєюно- анастомозів підвищує ризик розвитку неспроможності зазначених анастомозів.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб резекції головки підшлункової залози по Береу (Behrer H.G., Buchler M., Bitner R.R. et al. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in severe chronic pancreatitis: early and late results / Ann. Surg.-1989. - V.209, № 3. - P. 255-262). Він включає мобілізацію і видалення головки підшлункової залози, формування панкреатоєюно-, білідигестивного і міжкишкового анастомозів. Підшлункову залозу перетинають дистально в ділянці виразки, а проксимально - відступивши 1-1,5 см від дванадцятипалої кишки. Петлю тонкої кишки мобілізують за Ру, потім формують панкреатоєюно- та білідигестивний анастомози (між загальною жовчною протокою та кишкою, що виключена за Ру), після чого формують міжкишкове співвустя. На проксимальну куксу підшлункової залози накладають окремі гемостатичні шви.

Описаний спосіб дозволяє видалити головку підшлункової залози та ліквідувати явища біліарної і панкреатичної гіпертензії, але формування панкреатоєюно- та білідигестивного анастомозів на одній петлі тонкої кишки підвищує ризик розвитку неспроможності зазначених анастомозів в найближчому післяопераційному періоді, а також ризик розвитку стриктури білідигестивного анастомозу у відділений час після операції.

В основу корисної моделі поставлена задача створення удосконаленого способу, який дозволяє покращити найближчі та віддалені результати хірургічного лікування шляхом видалення "пейсмейкеру" фіброзу та ізолюваного формування панкреатоєюно- і білідигестивного анастомозів, що дозволяє зменшити ризик розвитку неспроможності зазначених за рахунок зниження впливу агресивних середовищ на зону швів.

Поставлену задачу вирішують тим, що в способі лікування ускладненого хронічного псевдотуморозного панкреатиту, який включає мобілізацію і видалення головки підшлункової залози, формування панкреатоєюно-, білідигестивного і міжкишкового анастомозів, згідно з корисною моделлю, панкреатоєюноанастомоз формують на проксимальному боці пересіченої петлі тонкої кишки, а білідигестивний анастомоз формують між дистальним відділом пересіченої тонкої кишки і жовчним міхуром.

Ізольоване формування холецистоєюно- та білідигестивного анастомозів дозволяє підвищити їх надійність за рахунок зменшення впливу агресивних рідин на зону анастомозування.

Формування анастомозу між жовчним міхуром і тонкою кишкою дозволяє зменшити імовірність розвитку стриктури білідигестивного анастомозу в наступному.

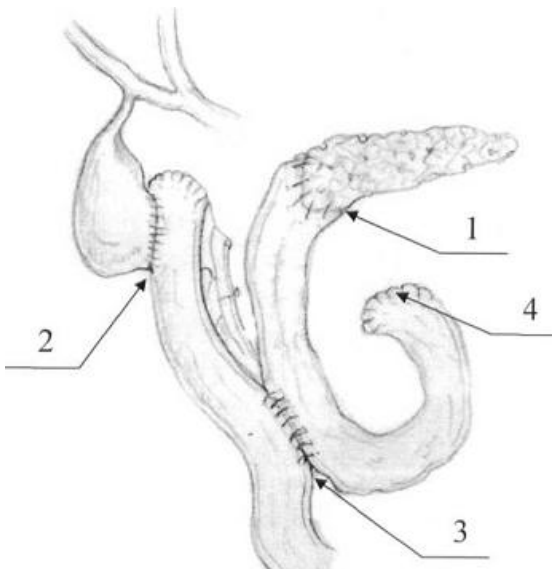
Спосіб ілюструється кресленням, на якому зображено панкреатоєюноанастомоз 1, холецистоєюноанастомоз 2, міжкишковий анастомоз 3, зв'язку 4 Трейца.

Спосіб реалізується наступним чином. Після мобілізації головки підшлункової залози її пересікають на рівні виразки і відступивши на 1-1,5 см від дванадцятипалої кишки. Відступивши на 50 см від зв'язки 4 Трейца пересікають петлю тонкої кишки разом з її брижею. Формують панкреатоєюноанастомоз 1 "кінець-в-кінець" і холецистоєюноанастомоз 2 "бік-в-бік". Далі формують між кишкове співвустя 3 за Брауном.

Таким чином, виконання способу згідно з корисною моделлю дозволяє ліквідувати "пейсмейкер" фіброзу підшлункової залози, зменшити ризик неспроможності анастомозів, що формуються, а також зменшити ризик розвитку рубцевої стриктури білідигестивного анастомозу.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування ускладненого хронічного псевдотуморозного панкреатиту, що включає мобілізацію і видалення головки підшлункової залози, формування панкреатоєюно-, білідигестивного і міжкишкового анастомозів, який **відрізняється** тим, що панкреатоєюноанастомоз формують на проксимальному боці пересіченої петлі тонкої кишки, а білідигестивний анастомоз формують між дистальним відділом пересіченої тонкої кишки і жовчним міхуром.



Комп'ютерна верстка І. Скворцова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601