



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **93960** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 04410	(72) Винахідник(и): Шевчук Ігор Михайлович (UA), Хруник Анатолій Дмитрович (UA), Пилипчук Володимир Іванович (UA), Федорків Мар'яна Богданівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 24.04.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 27.10.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 27.10.2014, Бюл.№ 20	(73) Власник(и): Шевчук Ігор Михайлович, вул. Ю. Целевича, 36-в, кв. 17, м. Івано-Франківськ, 76008 (UA), Хруник Анатолій Дмитрович, вул. Молодіжна, 30, с. Підлісся, Тисменецький р-н, Івано-Франківська обл., 77451 (UA), Пилипчук Володимир Іванович, вул. Мазепи, 91, кв. 7, м. Івано-Франківськ, 76000 (UA), Федорків Мар'яна Богданівна, вул. Незалежності, 10-а, кв. 3, м. Івано-Франківськ, 76000 (UA)

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого обтураційною жовтяницею, включає верхньо-серединну лапаротомію, широке розкриття сальникової сумки, пункцію і розсічення головної панкреатичної протоки по всій протяжності, виділення сегмента тонкої кишки на судинній ніжці за довжиною підшлункової залози, проведення сегмента тонкої кишки на судинній ніжці позаду поперечноободової кишки, накладання панкреатоєюноанастомозу дворядним вузловим швом, часткове ушивання і анастомозування дистального кінця сегмента тонкої кишки з низхідною частиною дванадцятипалої кишки та відновлення безперервності травного тракту. Проводять локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози, клиновидну резекцію гачкоподібного відростка, розсічення і висічення стінок головної панкреатичної протоки до протоків II-III порядку по всій її протяжності, додатково накладають холедохоентероанастомоз за Ру довжиною 60-80 см з дистальною петлею пересіченої тонкої кишки, а безперервність травного тракту відновлюють шляхом накладання ентоентероанастомозу "кінець в бік" нижче холедохоентероанастомозу з проксимальною петлею пересіченої тонкої кишки.

UA 93960 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургічної панкреатології, і може бути використана при хірургічному лікуванні хронічного панкреатиту, ускладненого обтураційною жовтяницею.

Відомий спосіб лікування хронічного панкреатиту, ускладненого обтураційною жовтяницею, який включає верхньо-серединну лапаротомію, широке розкриття сальникової сумки, пункцію і розсічення головної панкреатичної протоки по всій протяжності, виділення сегмента тонкої кишки на судинній ніжці за довжиною підшлункової залози, проведення сегмента тонкої кишки на судинній ніжці позаду поперечно ободової кишки, накладання панкреатоєюноанастомозу дворядним вузловим швом, часткове ушивання і анастомозування дистального кінця сегмента тонкої кишки з низхідною частиною дванадцятипалої кишки та відновлення безперервності травного тракту шляхом накладання тонкокишкового анастомозу "кінець в кінець" [Пат. 45721, UA Україна, МПК А61В17/00. Бюл. № 4, 2002].

Недоліком цього способу є тривалі терміни стаціонарного лікування, несприятливі віддалені метаболічні наслідки зумовлені екзо- та ендокринною панкреатичною недостатністю та відсутність заходів, спрямованих на дренування жовчних шляхів при обтураційній жовтяниці.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого обтураційною жовтяницею, який за рахунок локального площинного висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози та додаткового накладання холедохоентероанастомозу за Ру, дозволив би скоротити строки стаціонарного лікування хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого обтураційною жовтяницею, який включає верхньо-серединну лапаротомію, широке розкриття сальникової сумки, пункцію і розсічення головної панкреатичної протоки по всій протяжності, виділення сегмента тонкої кишки на судинній ніжці за довжиною підшлункової залози, проведення сегмента тонкої кишки на судинній ніжці позаду поперечноободової кишки, накладання панкреатоєюноанастомозу дворядним вузловим швом, часткове ушивання і анастомозування дистального кінця сегмента тонкої кишки з низхідною частиною дванадцятипалої кишки та відновлення безперервності травного тракту, згідно з корисною моделлю, проводять локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози, клиновидну резекцію гачкоподібного відростка, розсічення і висічення стінок головної панкреатичної протоки до протоків II-III порядку, по всій її протяжності, додатково накладають холедохоентероанастомоз за Ру довжиною 60-80 см з дистальною петлею пересіченої тонкої кишки, а безперервність травного тракту відновлюють шляхом накладання ентоентероанастомозу "кінець в бік" нижче холедохоентероанастомозу з проксимальною петлею пересіченої тонкої кишки.

Локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози, клиновидна резекція гачкоподібного відростка, розсічення і висічення стінок головної панкреатичної протоки до протоків II-III порядку по всій її протяжності, запобігають розвитку фіброзно-дегенеративних процесів тканини підшлункової залози, сприяють збереженню її функціонуючої тканини, зменшенню явищ екзокринної недостатності і стійкому усуненню больового синдрому.

Накладання холедохоентероанастомозу за Ру попереджує контакт жовчі з соком і тканиною підшлункової залози та розвиток гострого післяопераційного панкреатиту, дозволяє ліквідувати обтураційну жовтяницю, що дозволяє скоротити строки стаціонарного лікування хворих.

Довжина петлі тонкої кишки менше 60 см сприяє рефлюксу кишкового вмісту в загальну жовчну протоку, що спричиняє розвиток холангіту. При довжині петлі тонкої кишки більше 80 см накладання холедохоентероанастомозу неефективне через слабку перистальтику петлі тонкої кишки.

Спосіб здійснюють наступним чином. Виконують верхньо-серединну лапаротомію. Широко розкривають сальникову сумку. За допомогою пункції тонкою голкою встановлюють точну локалізацію головної панкреатичної протоки в ділянці перешийка підшлункової залози і в цьому місці розсікають по всій її протяжності, проводять локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози, клиновидну резекцію гачкоподібного відростка, розсічення і висічення стінок головної панкреатичної протоки до протоків II-III порядку по всій її протяжності, виділяють сегмент тонкої кишки на судинній ніжці за довжиною підшлункової залози, проводять сегмент тонкої кишки на судинній ніжці позаду поперечноободової кишки, частково ушивають і анастомозують дистальний кінець сегмента тонкої кишки з низхідною частиною дванадцятипалої кишки, додатково накладають холедохоентероанастомоз за Ру довжиною 60-80 см з дистальною петлею пересіченої тонкої кишки, а безперервність травного

тракту відновлюють шляхом накладання ентероентероанастомозу "кінець в бік" нижче холедохоентероанастомозу з проксимальною петлею пересіченої тонкої кишки.

Приклад 1. Хворий Ф., 1971 р. н., карта стаціонарного хворого № 158714, госпіталізований у хірургічне відділення обласної клінічної лікарні 26.01.2014 р. з діагнозом: Хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит. Вірсунгоектазія, вірсунголітіаз. Обтураційна жовтяниця (загальний білірубін сироватки крові 86 ммоль/л). Після встановлення показань до оперативного лікування 30.01.2014 р. проведено операцію. Верхньо-серединна лапаротомія, широко розкрили сальникову сумку, провели пункцію і розсікли головну панкреатичну протоку по всій протяжності, провели локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози, клиновидну резекцію гачкоподібного відростка, розсікли і висікли стінки головної панкреатичної протоки до протоків II-III порядку по всій її протяжності, виділили сегмент тонкої кишки на судинній ніжці за довжиною підшлункової залози, провели сегмент тонкої кишки на судинній ніжці позаду поперечноободової кишки, наклали панкреатоєюноанастомоз дворядним вузловим швом, частково ушили і анастомозували дистальний кінець сегмента тонкої кишки з низхідною частиною дванадцятипалої кишки, додатково наклали холедохоентероанастомоз за Ру довжиною 60 см з дистальною петлею пересіченої тонкої кишки, безперервність травного тракту відновили накладанням ентероентероанастомозу "кінець в бік" нижче холедохоентероанастомозу з проксимальною петлею пересіченої тонкої кишки. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворий виписаний в задовільному стані на 9 добу після операції.

Запропонований спосіб був включений у лікування 4-х хворих. Середні терміни стаціонарного лікування хворих становили 9 днів.

В той час, як серед 4-х хворих, які були проліковані за способом-аналогом, середні терміни стаціонарного лікування становили 16 днів.

Таким чином, порівняння з аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє скоротити терміни стаціонарного лікування.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого обтураційною жовтяницею, який включає верхньо-серединну лапаротомію, широке розкриття сальникової сумки, пункцію і розсічення головної панкреатичної протоки по всій протяжності, виділення сегмента тонкої кишки на судинній ніжці за довжиною підшлункової залози, проведення сегмента тонкої кишки на судинній ніжці позаду поперечноободової кишки, накладання панкреатоєюноанастомозу дворядним вузловим швом, часткове ушивання і анастомозування дистального кінця сегмента тонкої кишки з низхідною частиною дванадцятипалої кишки та відновлення безперервності травного тракту, який **відрізняється** тим, що проводять локальне площинне висічення фіброзно змінених тканин головки підшлункової залози, клиновидну резекцію гачкоподібного відростка, розсічення і висічення стінок головної панкреатичної протоки до протоків II-III порядку по всій її протяжності, додатково накладають холедохоентероанастомоз за Ру довжиною 60-80 см з дистальною петлею пересіченої тонкої кишки, а безперервність травного тракту відновлюють шляхом накладання ентероентероанастомозу "кінець в бік" нижче холедохоентероанастомозу з проксимальною петлею пересіченої тонкої кишки.

Комп'ютерна верстка В. Мацело

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