



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **101713** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2015 03315	(72) Винахідник(и): Пилипчук Володимир Іванович (UA), Копчак Володимир Михайлович (UA), Шевчук Ігор Михайлович (UA)
(22) Дата подання заявки: 09.04.2015	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.09.2015	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД "ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ", вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76000 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.09.2015, Бюл.№ 18	

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого жовчнокам'яною хворобою, включає видалення фіброзно-дегенеративних тканин головки підшлункової залози та холецистектомію, причому після холецистектомії, через міхурову протоку в загальну жовчну протоку встановлюють венозний катетер, до якого приєднують систему для вимірювання тиску через розріз в правій боковій стінці живота на одному горизонтальному рівні з загальною жовчною протокою і реєструють тиск в загальній жовчній протоці протягом всього періоду втручання на підшлунковій залозі, при інтраопераційній діагностиці біліарної гіпертензії систему для вимірювання тиску видаляють, а операцію доповнюють накладанням холедохоєюноанастомозу на петлі тонкої кишки за Ру, при відсутності біліарної гіпертензії систему для вимірювання тиску видаляють, а куксу міхурової протоки перев'язують.

UA 101713 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургічної панкреатології, і може бути використана при хірургічному лікуванні хронічного панкреатиту, ускладненого жовчнокам'яною хворобою.

Відомий спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого жовчнокам'яною хворобою, який включає видалення фіброзно-дегенеративних тканин головки підшлункової залози з наступним формуванням повздожнього панкреатоєюноанастомозу з панкреатичною протокою і резекованою головкою підшлункової залози на петлі тонкої кишки за Ру та холецистектомію [В.И. Егоров, В.А. Вишневский, А.Т. Щастный и соавт. // Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Как делать и как называть? (аналитический обзор). - Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова - 2009. - № 8. - С. 57-65. - С. 60-61].

Недоліком цього способу є велика кількість післяопераційних ускладнень та тривалі строки стаціонарного лікування із-за частоті біліарної гіпертензії.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого жовчнокам'яною хворобою, який за рахунок постійного інтраопераційного вимірювання тиску в позапечінкових жовчних протоках дозволив би своєчасно діагностувати біліарну гіпертензію та її ліквідувати, що зменшує ризик виникнення післяопераційних ускладнень та скорочує терміни лікування хворих в стаціонарі.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого жовчнокам'яною хворобою, який включає видалення фіброзно-дегенеративних тканин головки підшлункової залози та холецистектомію, згідно з корисною моделлю, після холецистектомії, через міхурову протоку в загальну жовчну протоку встановлюють венозний катетер, до якого приєднують систему для вимірювання тиску через розріз в правій боковій стінці живота на одному горизонтальному рівні з загальною жовчною протокою і реєструють тиск в загальній жовчній протоці протягом всього періоду втручання на підшлунковій залозі.

При інтраопераційній діагностиці біліарної гіпертензії систему для вимірювання тиску видаляють, а операцію доповнюють накладанням холедохоеюноанастомозу на петлі тонкої кишки за Ру.

При відсутності біліарної гіпертензії систему для вимірювання тиску видаляють, а куксу міхурової протоки перев'язують.

Встановлення венозного катетера, до якого приєднана система для вимірювання тиску через розріз в правій боковій стінці живота на одному горизонтальному рівні з загальною жовчною протокою, забезпечує об'єктивне вимірювання тиску в позапечінкових жовчних протоках, а доповнення операції накладанням холедохоеюноанастомозу дозволяє ліквідувати біліарну гіпертензію.

Всі ці нові прийоми зменшують ризик виникнення післяопераційних ускладнень і забезпечують скорочення термінів лікування хворих в стаціонарі.

Спосіб здійснюють наступним чином. Перед оперативним втручанням справа від пацієнта налаштовують систему для вимірювання тиску в позапечінкових жовчних протоках, яка складається, наприклад, з апарата Вальдмана, заповненого ізотонічним розчином хлориду натрію, та венозного катетера. Після проведення лапаротомії широко розкривають шлунково-ободову зв'язку, ретельно виділяють підшлункову залозу від злук від головки до хвоста, мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером та позапечінкові жовчні протоки. Оцінюють стан головки підшлункової залози, ширину позапечінкових жовчних протоків, проводять холецистектомію. Через міхурову протоку в загальну жовчну протоку встановлюють венозний катетер, до якого приєднують вимірювальну систему через розріз в правій боковій стінці живота на одному горизонтальному рівні з загальною жовчною протокою і реєструють тиск в загальній жовчній протоці протягом всього періоду втручання на підшлунковій залозі, тобто видалення фіброзно-дегенеративних тканин головки підшлункової залози.

Залишковий тиск в загальній жовчній протоці в нормі становить 50-150 мм вод. ст. Тиск в загальній жовчній протоці більше 150 мм вод. ст. свідчить про біліарну гіпертензію.

При інтраопераційній діагностиці біліарної гіпертензії систему для вимірювання тиску в позапечінкових жовчних протоках видаляють, а операцію на підшлунковій залозі доповнюють накладанням холедохоеюноанастомозу на петлі тонкої кишки за Ру.

При відсутності біліарної гіпертензії систему для вимірювання тиску в позапечінкових жовчних протоках видаляють, а куксу міхурової протоки перев'язують.

Приклад 1.

Хворий Ф., 1958 р. н., карта стаціонарного хворого № 946714, госпіталізований у хірургічне відділення обласної клінічної лікарні 19.05.2014 р. з діагнозом: хронічний "головчастий"

фіброзно-дегенеративний панкреатит, ускладнений жовчнокам'яною хворобою. Після встановлення показань до оперативного лікування 22.05.2014 р. проведено операцію видалення фіброзно-дегенеративних тканин головки підшлункової залози з наступним формуванням повздожнього панкреатоєюноанастомозу з панкреатичною протокою і резекованою головкою підшлункової залози на петлі тонкої кишки за Ру.

Перед оперативним втручанням справа від пацієнта налаштували систему для вимірювання тиску в позапечінкових жовчних протоках, яка складалася з апарата Вальдмана, заповненого ізотонічним розчином хлориду натрію, та венозного катетера. Після проведення лапаротомії широко розкрили шлунково-ободову зв'язку, ретельно виділили підшлункову залозу від злук від головки до хвоста, мобілізували дванадцятипалу кишку за Кохером та позапечінкові жовчні протоки. Оцінили стан головки підшлункової залози, ширину позапечінкових жовчних протоків, провели холецистектомію. Через міхурову протоку в загальну жовчну протоку встановили венозний катетер, до якого приєднали вимірювальну систему через розріз в правій боковій стінці живота на одному горизонтальному рівні з загальною жовчною протокою і реєстрували тиск в загальній жовчній протоці протягом всього періоду втручання на підшлунковій залозі, який складав 340-360 мм вод. ст. Діагностували біліарну гіпертензію. Систему для вимірювання тиску в позапечінкових жовчних протоках видалили. Операцію доповнили накладанням холедохоеюноанастомозу на петлі тонкої кишки за Ру. Хворого виписали на амбулаторне лікування в задовільному стані через 14 днів після операції 04.06.2014 року.

Приклад 2. Хворий Г., 1972 р. н., карта стаціонарного хворого № 546014, госпіталізований у хірургічне відділення обласної клінічної лікарні 18.03.2014 р. з діагнозом: хронічний "головчастий" фіброзно-дегенеративний панкреатит, ускладнений жовчнокам'яною хворобою, інтрапанкреатична кіста головки підшлункової залози. Після встановлення показань до оперативного лікування, 18.03.2014 р проведено операцію видалення фіброзно-дегенеративних тканин головки підшлункової залози з наступним формуванням повздожнього панкреатоєюноанастомозу з панкреатичною протокою і резекованою головкою підшлункової залози на петлі тонкої кишки за Ру. Перед оперативним втручанням справа від пацієнта налаштували систему для вимірювання тиску в позапечінкових жовчних протоках, яка складалася з апарата Вальдмана, заповненого ізотонічним розчином хлориду натрію, та венозного катетера. Після проведення лапаротомії широко розкрили шлунково-ободову зв'язку, ретельно виділили підшлункову залозу від злук від головки до хвоста, мобілізували дванадцятипалу кишку за Кохером та позапечінкові жовчні протоки. Оцінили стан головки підшлункової залози, ширину позапечінкових жовчних протоків, провели холецистектомію. Через міхурову протоку в загальну жовчну протоку встановили венозний катетер, до якого приєднали вимірювальну систему через розріз в правій боковій стінці живота на одному горизонтальному рівні з загальною жовчною протокою і реєстрували тиск в загальній жовчній протоці протягом всього періоду втручання на підшлунковій залозі, який складав 140-150 мм вод. ст. Діагностували відсутність біліарної гіпертензії. Систему для вимірювання тиску в позапечінкових жовчних протоках видалили, а куксу міхурової протоки перев'язали. Хворого виписали на амбулаторне лікування в задовільному стані через 10 днів 28.03.2014 року.

Запропонований спосіб був включений у лікування 6-ти хворих. Середні терміни стаціонарного лікування хворих становили 10 днів.

В той час, як серед 6-ти хворих, які були проліковані за способом-аналогом, у 2-х хворих після оперативного лікування виникла біліарна гіпертензія, що вимагало проведення повторної операції, середні терміни стаціонарного лікування становили 34 дні.

Таким чином, порівняння з аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень та терміни стаціонарного лікування.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого жовчнокам'яною хворобою, який включає видалення фіброзно-дегенеративних тканин головки підшлункової залози та холецистектомію, який **відрізняється** тим, що після холецистектомії, через міхурову протоку в загальну жовчну протоку встановлюють венозний катетер, до якого приєднують систему для вимірювання тиску через розріз в правій боковій стінці живота на одному горизонтальному рівні з загальною жовчною протокою і реєструють тиск в загальній жовчній протоці протягом всього періоду втручання на підшлунковій залозі, при інтраопераційній діагностиці біліарної гіпертензії систему для вимірювання тиску видаляють, а операцію доповнюють накладанням холедохоеюноанастомозу на петлі тонкої кишки за Ру, при відсутності біліарної гіпертензії систему для вимірювання тиску видаляють, а куксу міхурової протоки перев'язують.

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

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

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