



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **113114** (13) **U**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2016 07597</b>	(72) Винахідник(и): <b>Ярешко Володимир Григорович (UA), Міхєєв Юрій Олександрович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>11.07.2016</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.01.2017</b>	(73) Власник(и): <b>ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД "ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ", бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096 (UA)</b>
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.01.2017, Бюл.№ 1</b>	

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ПАНКРЕАТИЧНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

### (57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого панкреатичною гіпертензією, включає повздовжню панкреатоєюностомію. З метою відкриття панкреатичних протоків меншого порядку, додатково проводять видалення стінки головної панкреатичної протоки.

UA 113114 U



Заявлений спосіб належить до медицини, а саме - до хірургії органів травлення.

Відомий спосіб лікування хронічного панкреатиту без збільшення голівки підшлункової залози, ускладненого панкреатичною гіпертензією, полягає у виконанні поздовжньої панкреатоєюностомії.

Після розсічення загальної панкреатичної протоки та видалення з неї конкрементів виконують поздовжню панкреатоєюностомію на відключеній за Ру петлі тонкої кишки [Adams DB. The Puestow procedure: how I do it. J Gastrointest Surg 2013; 17:1138-1142]. Однак при наявності кальцинатів та стриктур панкреатичних проток меншого порядку виконання даної операції не завжди дозволяє ліквідувати панкреатичну гіпертензію поза головної панкреатичної протоки. Окрім цього, більше половини хворих, що перенесли поздовжню панкреатоєюностомію, через 3-5 років після операції відмічають рецидив болів.

Найбільш близьким за сукупністю ознак до запропонованого способу є спосіб лазерної циліндричної вірсунгектомії [Использование высокочастотического лазера в гепатопанкреатобилиарной хирургии / А.В. Воробей, А.С. Шулейко, И.Н. Гришин и др.// Український журнал хірургії. - 2013. - № 3(22). - С. 63-69], обраний як прототип.

Спосіб включає виконання поздовжньої панкреатотомії з подальшим виконанням лазерної циліндричної вірсунгектомії для визволення панкреатичних проток другого порядку від конкрементів та поздовжньої панкреатоєюностомії за Ру. Ця операція усуває панкреатичну протокову гіпертензію шляхом розтину головної панкреатичної протоки через усю підшлункову залозу з видаленням конкрементів. Водночас ліквідується непрохідність панкреатичних проток менших порядків. Однак, для виконання цієї операції потрібне спеціальне дороге устаткування – високоенергетичний трихвильовий лазер, який не є доступним для більшості навіть спеціалізованих хірургічних центрів.

Вказаний спосіб дозволяє звільнити від кальцинатів панкреатичні протоки другого та третього порядків і зберегти панкреатичну паренхіму.

Проте цей спосіб має такі недоліки.

1. Потрібне спеціальне дороге устаткування.

2. Після лазерної вірсунгектомії утворюється струп.

3. Після лазерної вірсунгектомії ущільнюється панкреатична паренхіма, що може посилити панкреатичну недостатність у хворих з хронічним панкреатитом.

В основу корисної моделі поставлена задача створити такий спосіб лікування хронічного панкреатиту без збільшення голівки підшлункової залози, ускладненого панкреатичною гіпертензією, який би дозволяв, окрім усунення центральної панкреатичної гіпертензії, найбільш простим шляхом усувати панкреатичну гіпертензію в протоках меншого порядку, при цьому максимально зберігаючи панкреатичну паренхіму.

Поставлена задача здійснюється шляхом проведення поздовжнього розтину підшлункової залози з видаленням лише стінки головної панкреатичної протоки та видаленням конкрементів із проток другого порядку, при цьому усувається не лише центральна панкреатична гіпертензія, а ще й гіпертензія в панкреатичних протоках меншого порядку та інтрапаренхіматозна гіпертензія.

Заявлений спосіб лікування проілюстровано на кресленні (після поздовжнього розтину підшлункової залози, видалено стінку головної панкреатичної протоки для визволення від конкрементів панкреатичних проток меншого порядку), де: 1 – невидалена стінка головної панкреатичної протоки; 2 – визволені панкреатичні протоки меншого порядку після видалення стінки головної панкреатичної протоки.

Спосіб здійснюється таким чином: після виконання лапаротомії, мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером та розсічення шлунково-ободової зв'язки виконують поздовжню панкреатотомію. Після видалення конкрементів із головної панкреатичної протоки виконують видалення стінки головної панкреатичної протоки (вірсунгектомію) за допомогою гідропрепарування розчином новокаїну та ножиць із пінцетом. Після видалення стінки головної панкреатичної протоки видаляються конкременти та "білкові пробки" з панкреатичних протоків меншого порядку. Після цього на відключеній за Ру петлі тонкої кишки накладається поздовжній панкреатоєюноанастомоз.

Приклади:

Приклад 1. Хворий Ш., 54 років (історія хвороби № 1962), був прийнятий зі скаргами на болі в епігастрії та правому підребер'ї, почуття важкості та дискомфорт в епігастрії, втрату ваги. Хворіє близько 10 років, коли було встановлено діагноз хронічного панкреатиту. Рік тому при магнітно-резонансній томографії були виявлені кальцинати в підшлунковій залозі. Тривалий час зловживав алкоголем. Раніше переніс лапароскопічну холецистектомію.

Об'єктивно: стан важкий. Живіт м'який, хворобливий в епігастрії і правому підребер'ї. За даними ультразвукового дослідження - підшлункова залоза підвищеної ехогенності, структура неоднорідна через наявність кальцинатів 4-8 мм. Головна панкреатична протока розширена до 11 мм.

5 Комп'ютерна томографія: підшлункова залоза не збільшена, головка - 30 мм, тіло та хвіст - 12 мм. Головна панкреатична протока розширена по всій довжині до 11 мм, паренхіма різко стоншена до 5-6 мм, містить множинні кальцинати (2-11 мм).

Діагноз: Хронічний фіброзно-калькульозний дегенеративний панкреатит з панкреатичною гіпертензією.

10 25.02.2016 р. операція - повздовжня панкреатоєюностомія з висіченням стінки головної панкреатичної протоки та панкреатолітотомією, дренивання черевної порожнини. Верхньосерединна лапаротомія. Мобілізована дванадцятипала кишка за Кохером та розсічена шлунково-ободова зв'язка. Проведено поздовжню панкреатотомію та видалені конкременти з головної панкреатичної протоки. Після цього виконано видалення стінки головної панкреатичної протоки (вірсунгектомію) за допомогою гідропрепарування розчином новокаїну та ножиць із пінцетом, потім видалено конкременти та "білкові пробки" з панкреатичних протоків меншого порядку. На відклученій за Ру петлі тонкої кишки накладено поздовжній панкреатоєюноанастомоз. Підпечінковий простір дреновано гумовою трубкою. Рана пошарово ушита.

20 Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний у задовільному стані.

Приклад 2. Хворий Ж., 32 років (історія хвороби № 760), поступив зі скаргами на болі в правому підребер'ї та епігастрії, втрату ваги, рідкі випорожнення. Хворіє близько 5 років, коли неодноразово лікувався з приводу гострого панкреатиту. Протягом останнього року посилювся больовий синдром та з'явилися вищеперелічені скарги.

25 Об'єктивно: стан середньої важкості, жовтяниця. Астенік, зниженого харчування. Живіт м'який, хворобливий у правому підребер'ї та епігастрії. За даними ультразвукового дослідження - підшлункова залоза підвищеної ехогенності. Головна панкреатична протока розширена до 9 мм, містить конкременти.

30 Комп'ютерна томографія: підшлункова залоза не збільшена, головка - 32 мм, тіло та хвіст - 10 мм. Головна панкреатична протока розширена по всій довжині до 9 мм, містить множинні кальцинати 4-9 мм. Ворітна вена розширена до 14 мм.

Діагноз: Хронічний фіброзно-калькульозний дегенеративний панкреатит з панкреатичною та портальною гіпертензією.

35 05.02.2016 р. проведена операція - холецистектомія, операція Фрея, повздовжня панкреатоєюностомія з висіченням стінки головної панкреатичної протоки та панкреатолітотомією, дренивання черевної порожнини. Верхньо-серединна лапаротомія. Мобілізована дванадцятипала кишка за Кохером та розсічена шлунково-ободова зв'язка. Проведено поздовжню панкреатотомію та видалені конкременти з головної панкреатичної протоки. Виконано площинну резекцію голівки підшлункової залози та видалення стінки головної панкреатичної протоки (вірсунгектомію) за допомогою ножиць та діатермокоагуляції, потім видалено конкременти та "білкові пробки" з панкреатичних протоків меншого порядку. На відклученій за Ру петлі тонкої кишки накладено поздовжній панкреатоєюноанастомоз. Підпечінковий простір дреновано гумовою грубкою. Рана пошарово ушита.

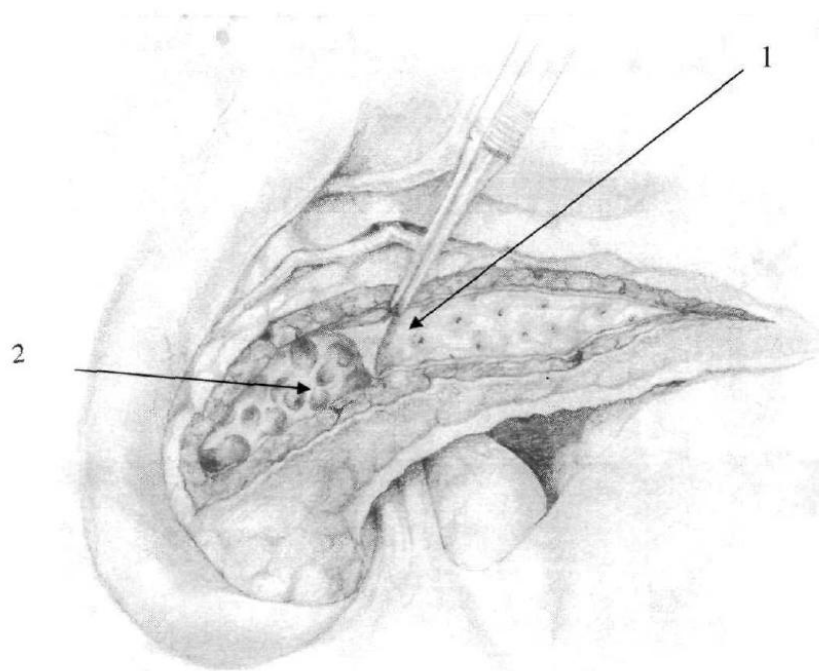
Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний у задовільному стані.

45 Таким чином, спосіб лікування хронічного панкреатиту без збільшення, голівки підшлункової залози, який пропонується, та ускладненого панкреатичною гіпертензією, дозволяє ефективно ліквідувати панкреатичну гіпертензію в панкреатичних протоках "меншого порядку."

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

50

Спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого панкреатичною гіпертензією, що включає повздовжню панкреатоєюностомію, який **відрізняється** тим, що з метою відкриття панкреатичних протоків меншого порядку, додатково проводять видалення стінки головної панкреатичної протоки.



---

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

---

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