



МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **116727** (13) **C2**
(51) МПК (2018.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

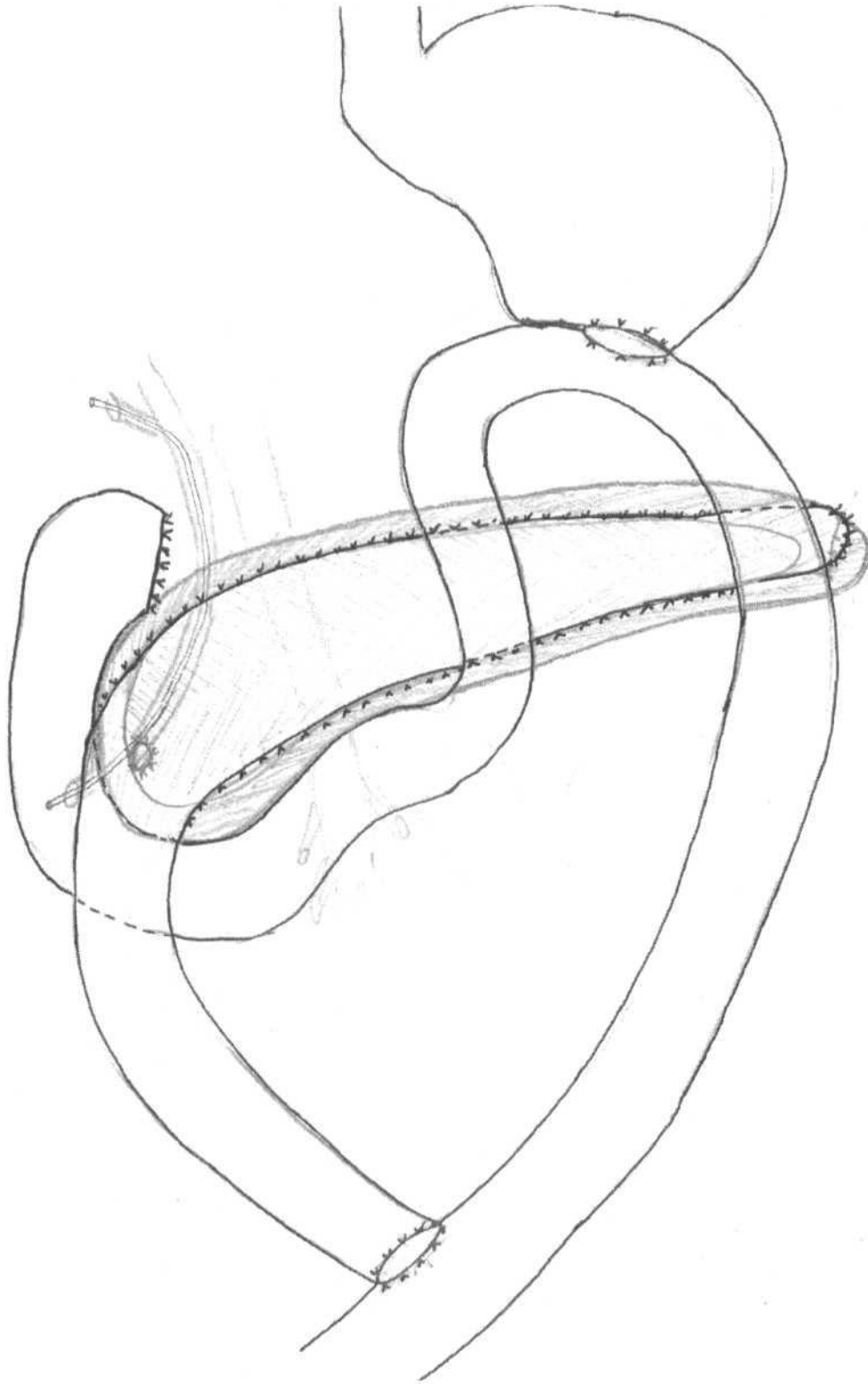
<p>(21) Номер заявки: а 2016 12377</p> <p>(22) Дата подання заявки: 05.12.2016</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: 25.04.2018</p> <p>(41) Публікація відомостей про заяву: 12.06.2017, Бюл.№ 11</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2018, Бюл.№ 8</p>	<p>(72) Винахідник(и): Каніковський Олег Євгенійович (UA), Павлик Ігор Васильович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p> <p>(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: UA 111873 C2, 24.06.2016 UA 103273 C2, 25.09.2013 RU 2176483 C2, 10.12.2001 RU 2404716 C2, 27.11.2010 Каніковський О. Є. Вибір обсягу хірургічного лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту / О. Є. Каніковський, І. В. Павлик // Науковий вісник Ужгородського університету. – Сер. «Медицина». – 2014. – Вип. 1(49). – С. 90-93 Хірургічне лікування хронічного панкреатиту / В.І. Русин, С.С. Філіп, О.О. Болдіжар, К. Є. Румянцев /Хірургічне лікування хронічного панкреатиту // Харків. хір. шк. – 2014. –Том 65. – № 2. – С. 29-34 Нарушения дуоденальной проходимости при хроническом панкреатите / А.В. Воробей, А.Ч. Шулейко, Ю.Н. Орловский, Ю.И. Вижинис // Український журнал хірургії. – 2014. – Том 25. – № 2. – С. 9-14 Pujahari A.K. Chronic Pancreatitis: A Review / A.K. Pujahari // Indian J Surg. – 2015 Dec. – Vol. 77(Suppl 3). – P. 1348-1358</p>
---	--

(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ДУОДЕНАЛЬНОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

(57) Реферат:

Винахід належить до медицини, зокрема, до хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого дуоденальною непрохідністю. За способом проводять розсічення головної протоки підшлункової залози, виконують висічення паренхіми підшлункової залози в області головки, тіла та хвоста з висіченням вірсунгової протоки, після чого проводять холецистектомію і дренування загальної жовчної протоки, висікають паренхіму підшлункової залози з стриктурою до великого дуоденального соска з його розсіченням, виконують папілосфінктеротомію через просвіт кукси дванадцятипалої кишки з наступним її ушиванням, після чого накладають гастроєюноанастомоз на короткій петлі і формують панкреатоєюноанастомоз на виключеній по Ру петлі.

UA 116727 C2



Винахід належить до медицини та може використовуватися в хірургії, при оперативних втручаннях з приводу хронічного панкреатиту.

Одним з найбільш тяжких ускладнень хронічного панкреатиту є дуоденальна непрохідність. Так, як це одне з позаорганих ускладнень хронічного панкреатиту, воно потребує виконання панкреатодуоденальної резекції.

В 1946 році Whipple запропонував панкреатодуоденальну резекцію, яка використовується більш ніж 60 років в лікуванні хронічного панкреатиту. Доказана її ефективність в лікуванні больового синдрому від 70 до 89 % та профілактиці ускладнень хронічного панкреатиту. Однак, високий відсоток післяопераційних ускладнень, який коливається до 40 %, та післяопераційної летальності обмежують використання даної операції при хронічному панкреатиті. В сучасній хірургії даний вид операцій виконується тільки при неможливості виключити рак головки підшлункової залози, та ускладненнях зі сторони дванадцятипалої кишки. [Whipple AO. Radical Surgery for Certain Cases of Pancreatic Fibrosis associated with Calcareous Deposits. Ann Surg. 1946;124:991-1006.].

Залишається відкритим питання, яку оперативну тактику використати у вкрай виснажених хворих з декомпенсованим дуоденальним стенозом.

Прототип способу, що пропонується, не відомий.

В основу винаходу "Спосіб оперативного лікування хронічного панкреатиту ускладненого дуоденальною непрохідністю." поставлена задача знайти такий спосіб оперативного лікування хворих на хронічний панкреатит ускладнений дуоденальною непрохідністю, який дозволяє найбільш простим шляхом ліквідувати панкреатичну гіпертензію та відновити дуоденальну прохідність, при цьому бути більш фізіологічним та менш травматичним, що дозволяє підвищити ефективність лікувального процесу таких хворих шляхом виконання органозберігаючої операції.

Поставлена задача вирішується способом, в якому згідно з винаходом виконуємо відсічення шлунка від дванадцятипалої кишки, достатньо повне видалення запального інфільтрату підшлункової залози та ліквідацію стриктури головної панкреатичної протоки в ділянці головки підшлункової залози та великого дуоденального соска шляхом її висічення та виконання папілосфінктеротомії через просвіт кукси дванадцятипалої кишки, декомпресію загальної жовчної протоки, ушивання кукси дванадцятипалої кишки та накладання гастроєюноанастомозу на короткій петлі, формування панкреатоєюноанастомозу на виключені по Ру петлі.

Спосіб лікування зображений на кресленні.

Спосіб здійснюється таким чином: після виконання верхньо-серединної лапаротомії виконується мобілізація шлунка та дванадцятипалої кишки. Проводиться відсічення шлунка від дванадцятипалої кишки на рівні пілоруса. Наступним етапом оперативного втручання є розсічення головного протоку підшлункової залози на всьому протязі, після чого виконується бужування панкреатичної протоки в напрямку ДПК. Після чого виконується холецистектомія і дренирування загальної жовчної протоки. На двох зондах виконується висічення паренхіми ПЗ з стриктурою до великого дуоденального соска з його розсіченням, де проводиться з'єднання головної панкреатичної протоки з загальною жовчною протокою - таким чином просвіт ДПК з'єднується з просвітом майбутнього панкреатоєюноанастомозу. Виконується папілосфінктеропластика з накладанням швів в області великого дуоденального сосочка через куску дванадцятипалої кишки. Інтрапаренхіматозна частина загальної жовчної протоки виділяється та вивільняється від оточуючих фіброзно-рубцевих структур.

Заключним етапом є ушивання кукси дванадцятипалої кишки, накладання гастроєюноанастомозу на короткій петлі, виконання поздовжнього панкреатоєюноанастомозу на виключеній за Ру петлі безперервним однорядним швом, з ентеро-ентероанастомозом за Брауном.

Таким чином, запропонована органозберігаюча операція у хворих на хронічний панкреатит ускладнений декомпенсованим дуоденальним стенозом, альтернатива панкреатодуоденальній резекції. Стеноз ліквідується за допомогою гастроєюноанастомозу, декомпресія жовчних шляхів та панкреатичних протоків досягається шляхом накладання панкреатоєюноанастомозу з обов'язковим висіченням протоки до фатерового соска з виконанням папілосфінктеропластики, завдяки чому просвіт ДПК з'єднується з просвітом панкреатоєюноанастомозу.

Клінічний приклад виконання запропонованого способу вибору оперативного лікування при хронічному панкреатиті.

Хворий П., ІХ № 1567, 51 років, госпіталізації в хірургічне відділення Вінницької клінічної центральної районної лікарні 01.03.16. На момент прийняття хворий скаржився на виражені болі в верхніх відділах живота, що іррадіюють в попереk, болі пов'язував з прийомом їжі, блювання напередодні з'їденою їжею, втрату ваги тіла до 25 кг. З анамнезу відомо, що хворіє протягом 5

років, коли переніс гострий деструктивний панкреатит. В 2014 році оперований з приводу ЖКХ, холангіту, механічної жовтяниці, абсцесу печінки. Періодично (4-5 рази на рік) лікувався в хірургічному відділенні з приводу хронічного панкреатиту за місцем проживання.

Результати додаткових методів обстеження на момент поступлення:

5 Лаб. обстеження - Са 19-9 (25.01.16) - 200 од/мл (норма до 34)

Са 19-9 (01.03.16) - 31 од/мл (норма до 34)

ФГДС (01.03.16) - Декомпенсований дуоденостаз. Проростання С-г головки підшлункової залози в ДПК?

КТ (01.03.16) - Додаткове утворення головки підшлункової залози розмірами 2*3 см.

10 Хронічний обструктивний панкреатит з розширенням панкреатичної протоки. Ознаки біліарної гіпертензії. Декомпенсований дуоденостаз.

Було встановлено попередній діагноз:

Основний: Хронічний обструктивний панкреатит з розширенням головної панкреатичної протоки (до 1 см) з вираженим больовим синдромом. Cancer головки підшлункової залози?

15 Ускладнення: Дуоденальний стеноз

Супутній: ІХС. Дифузний кардіосклероз. СН 0 ступеня.

Доопераційні показники згідно з опитувальником SF-36 склали: інтенсивність болю (Р) - 9,7; ВАШ - 8.

20 Виконано оперативне лікування (03.03.16): - Операція Фрея Ізбіцького, папілосфінктеротомія, гастроєюноанастомоз на короткій петлі. В черевній порожнині спайковий процес. Загальна жовчна протока розширена до 1,5 см. В області підшлункової залози пальпується інфільтрат. Доступ до підшлункової залози через lig. gastrocolica. Підшлункова залоза кам'янистої щільності. Розмір головки складає 7 см, тіло 5 см, хвіст - 3 см. Головний проток підшлункової залози нерівномірно розширений на всьому протязі до 1-1,2 см. Пункція протоки підшлункової залози, внутрішньопотокова манометрія - тиск склав 492 мм H₂O, внутрішньотканинний тиск в області головки, тіла та хвоста склав більше 200 мм рт. ст.

На основі отриманих даних вирішено виконати локальну резекцію підшлункової залози по Фрею-Ізбіцькому, транспанкреатичну папілосфінктеротомію, відсічення шлунка від ДПК з накладанням гастроєюноанастомозу на короткій петлі.

30 Виконано відсічення шлунка від дванадцятипалої кишки на рівні пілоруса. Наступним етапом оперативного втручання є розсічення головної протоки підшлункової залози на всьому протязі, виконано висічення паренхіми підшлункової залози в області головки, тіла та хвоста з висіченням вірсунгової протоки та розкриттям протоків другого та третього порядку, після чого виконується бужування панкреатичної протоки в напрямку ДПК. Після чого виконується холецистектомія і дренування загальної жовчної протоки. На двох зондах виконується висічення паренхіми ПЗ з стриктурою до великого дуоденального соска з його розсіченням, де проводиться з'єднання головної панкреатичної протоки з загальною жовчною протокою - таким чином просвіт ДПК з'єднується з просвітом майбутнього панкреатоєюноанастомозу. Виконується папілосфінктеропластика з накладанням швів в області великого дуоденального сосочка через куксу дванадцятипалої кишки. Інтрапаренхіматозна частина загальної жовчної протоки виділяється та вивільняється від оточуючих фіброзно-рубцевих структур.

40 Заключним етапом є ушивання кукси дванадцятипалої кишки, накладання гастроєюноанастомозу на короткій петлі, виконання поздовжнього панкреатоєюноанастомозу на виключеній за Ру петлі безперервним однорядним швом, з ентеро-ентероанастомозом за Брауном.

45 Санація та дренування сальникової сумки та черевної порожнини. Черевна порожнина ушита наглухо. Асептична повязка.

Патогістологічне дослідження: №44045-72 від 10.03.16 - Хронічний панкреатит індуративний з загостренням хронічного запалення, гіперплазія лімфоїдної тканини.

50 Післяопераційний період протікав гладко, без ускладнень. На момент виписки 18.03.2016 хворого турбували помірні болі в епігастрії.

Запропонований спосіб лікування дозволяє усунути явища панкреатичної та біліарної гіпертензії шляхом виконання трансдуоденальної папілосфінктеротомії з вірсунгопластиком та ліквідувати дуоденальний стеноз.

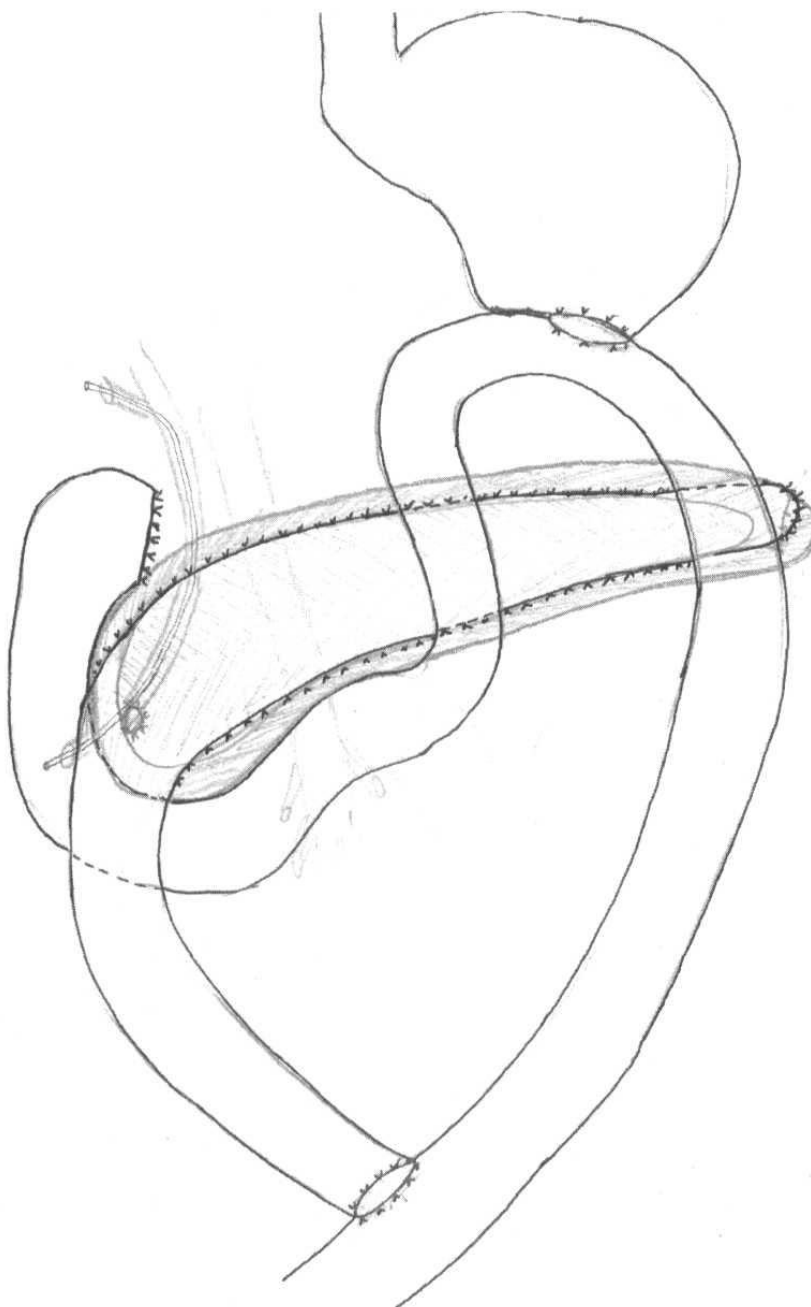
55

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

Спосіб оперативного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого дуоденальною непрохідністю, який **відрізняється** тим, що проводять відсічення дванадцятипалої кишки від шлунка, розсічення головної протоки підшлункової залози на всьому протязі, виконують

60

- 5 висічення паренхіми підшлункової залози в області головки, тіла та хвоста з висіченням вірсунгової протоки, після чого проводять холецистектомію і дренажування загальної жовчної протоки, висікають паренхіму підшлункової залози з стриктурою до великого дуоденального соска з його розсіченням, виконують папілосфінктеротомію з накладанням швів в області великого дуоденального сосочка через просвіт кукси дванадцятипалої кишки з наступним її ушиванням, після чого накладають гастроєюноанастомоз на короткій петлі і формують панкреатоєюноанастомоз на виключеній по Ру петлі з ентеро-ентероанастомозом за Брауном.



Комп'ютерна верстка М. Мацело

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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