



МІНІСТЕРСТВО  
ЕКОНОМІЧНОГО  
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **115293** (13) **C2**  
(51) МПК  
**A61B 17/11** (2006.01)

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

<p>(21) Номер заявки: <b>а 2016 12835</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>16.12.2016</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: <b>10.10.2017</b></p> <p>(41) Публікація відомостей про заяву: <b>25.05.2017, Бюл.№ 10</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.10.2017, Бюл.№ 19</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Каніковський Олег Євгенійович (UA), Павлик Ігор Васильович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b></p> <p>(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: Вибір методу операційного лікування хворих на хронічний панкреатит, ускладнений біліарною гіпертензією / Пилипчук В. І. // Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука. - 2015. - № 3 - С. 45 - 49 Каніковський О. Є. Вибір обсягу хірургічного лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту / О. Є. Каніковський, І. В. Павлик // Науковий вісник Ужгородського унів-ту. Сер. : Медицина. - 2014. - Вип. 1. - С. 90 - 93 Хірургічне лікування хворих з ускладненими формами хронічного панкреатиту / Шевчук І.М., Шевчук М.Г., Кримець С.А. // AML XVI. - 2010. - № 4. - С. 54 - 57 Advances in surgical treatment of chronic pancreatitis / Q. Ni, L. Yun, M. Roy, D. Shang // World J Surg Oncol. - 2015. - Vol. 13 (34). - С. 1 - 6 Диагностика и оперативное лечение язвенной болезни и ее осложнений на фоне артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки / В.Н. Репин, М.В. Репин, А.С. Ефимушкина // Медицинский альманах. 2013. - № 5 (29). - С. 83 - 86 UA 8649 U, 15.08.2005 UA 42542 U, 10.07.2009 UA 112735 C2, 10.10.2016 UA 47908 U, 25.02.2010 UA 103273 C2, 25.09.2013 UA 111873 C2, 24.06.2016 RU 2506904 C1, 20.02.2014 RU 2404716 C2, 27.11.2010</p>
--	---

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

### (57) Реферат:

Винахід належить до способу оперативного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого дуоденальною непрохідністю, що передбачає виконання ізоперистальтичного дуоденоєюноанастомозу, причому розсікають пілорус і престенотичну частину дванадцятипалої кишки, а анастомоз виконують бік із бік з петлею тонкої кишки на відстані 30-40 см від кута Трейца, що робить півколо, і доповнюють виконанням папілосфінктеротомії та стентуванням панкреатичної протоки.

UA 115293 C2



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

Одним з найбільш важких ускладнень хронічного панкреатиту є дуоденальна непрохідність. Так, як це одне з позаорганичних 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 її 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.

Відомим є спосіб, при якому накладають дуоденоєюноанастомоз бік в бік з нижньогоризонтальною віткою ДПК - анастомоз накладають в поперечному антиперистальтичному напрямку [Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроентерологии. Челябинск. 1991]. Однак недоліком цього методу є те, що накладається анастомоз антиперистальтично, що може призвести до розвитку порочного кола.

Як вдосконалення вищевказаного методу Велігоцький М.М. та ін. розробили ізоперистальтичний дуоденоєюноанастомоз, який відрізняється тим, що анастомоз між ДПК та тонкою кишкою в поперечному антирефлюксному напрямку) [Велігоцький М.М. та ін. Спосіб хірургічного лікування хронічної дуоденальної непрохідності. Патент на корисну модель. U200901 122 від 10.07.2009. Бюлетень № 13. - 2009].

Однак недоліки обох способів полягають в тому, що при хронічному панкреатиті, як правило місце обструкції знаходиться вище нижньогоризонтальної вітки яка мобілізується з під кореня брижі, а також виконати мобілізацію в умовах рубцьових стриктур не завжди представляється можливим. Також, операція в області нижньогоризонтальної вітки ДПК не дає можливості проводити маніпуляції в області Фатерового соска.

В основу винаходу "Спосіб оперативного лікування хронічного панкреатиту ускладненого дуоденальною непрохідністю." поставлено задачу знайти такий спосіб оперативного лікування хворих на хронічний панкреатит ускладнений дуоденальною непрохідністю, який дозволяє найбільш простим шляхом ліквідувати дуоденальну непрохідність у соматично вкрай важких хворих, які не перенесуть панкреатодуоденальну резекцію.

Поставлена задача досягається способом, в якому згідно з винаходом виконуємо ізоперистальтичний дуоденоєюноанастомоз бік в бік з петлею тонкої кишки па відстані 30-40 см від кута Трейца, що робить півколо та розсіченням пілоруса, який доповнюємо виконанням папілосфінктеротомії та стентуванням панкреатичної протоки.

Спосіб лікування зображений на кресленнях: Фіг. 1 папілосфінктеропластика з стентуванням панкреатичної протоки; Фіг. 2 - ізоперистальтичний дуоденоєюноанастомоз бік в бік з розсіченням пілоруса.

Спосіб здійснюється таким чином: після виконання верхньо-середньої лапаротомії виконується мобілізація дванадцятипалої кишки по Кохеру. Оцінюється ширина всіх відділів дванадцятипалої кишки. Визначається місце стенозу дванадцятипалої кишки. Проводиться престенотичне розсічення цибулини та вертикальної вітки ДПК з пересіченням пілоруса. Загальна довжина розрізу досягає до 8 см, для найбільш повного розсічення престенотичного мішка і попередження утворення сліпого карману. Виконується розсічення papilla Vateri з бужуванням та стентуванням панкреатичної протоки і виконанням папілосфінктеропластики (Фіг. 1). Потім на відстані 30-49 см від кута Трейца береться петля тонкої кишки, яка робить півколо, підводиться до цибулини та вертикальної вітки ДПК. Виконується ізоперистальтичний поздовжній дуоденоєюноанастомоз бік в бік двохранним швом (Фіг. 2).

Таким чином, запропонована органозберігаюча операція у хворих на хронічний панкреатит ускладнений декомпенсованим дуоденальним стенозом, альтернатива панкреатодуоденальній резекції. Стеноз ліквідується за допомогою ізоперистальтичного дуоденоєюноанастомозу бік в бік, декомпресія жовчних шляхів та панкреатичних протоків досягається шляхом виконанням папілосфінктеропластики та бужування і стентуванням панкреатичної протоки.

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

Хворий С, ІХ № 6919, 62 років, поступив в хірургічне відділення Вінницької клінічної центральної районної лікарні 07.11.16. На момент поступлення 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 20 кг. З анамнезу відомо, що хворіє

5 протягом 2 років, коли з'явилися вищеперераховані скарги.

Результати додаткових методів обстеження на момент поступлення:

Лаб. обстеження - Са 19-9 (25.01.16) - 30 од/мл (норма до 34)

ФГДС (07.11.16) - Декомпенсований дуоденостаз. Проростання С-г головки підшлункової залози в ДПК?

10 КТ (07.11.16) - Хронічний обструктивний панкреатит з розширенням панкреатичної протоки до 5 мм. Ознаки біліарної гіпертензії. Декомпенсований дуоденостаз.

Було встановлено попередній діагноз:

Основний: Хронічний обструктивний панкреатит з розширенням головної панкреатичної протоки (до 0.5 см) з вираженим больовим синдромом.

15 Ускладнення: Дуоденальний стеноз

Супутній: ІХС. Дифузний кардіосклероз. СН 0 ступеня.

Доопераційні показники згідно опитувальника SF-36 склали: інтенсивність болю (P) - 9,7; ВАШ - 8.

20 Виконано оперативне лікування (11.11.16): Операція гастроєюноанастомоз на короткій петлі, папілосфінктеропластика, стентування панкреатичної протоки.

Верхньо-серединна лапаротомія. В черевній порожнині спайковий процес. Загальна жовчна притока 1,0 см. Дно шлунку опускається в малий таз, дванадцятипала кишка розширена до переходу в нижньогоризонтальну вітку. 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 0.5 см.

25 На основі отриманих даних вирішено виконати дуоденоєюноанастомоз на короткій петлі з розсіченням пілоруса, папілосфінктеропластику з стентуванням панкреатичної протоки.

30 Виконано мобілізацію дванадцятипалої кишки по Кохеру. Місце стенозу дванадцятипалої кишки знаходиться на рівні переходу вертикальної в горизонтальну вітку дванадцятипалої кишки. Виконано престенотичне розсічення цибулини та вертикальної вітки ДПК з пересіченням пілоруса. Загальна довжина розрізу досягає біля 8 см. Виконано розсічення papilla Vateri з бужуванням та стоптуванням панкреатичної протоки і виконаним папілосфінктеропластики. На відстані 30-49 см від кута Трейца петля тонкої кишки, яка робить півколо підведена до цибулини та вертикальної вітки ДПК. Виконано ізоперистальмічний поздовжній дуоденоєюноанастомоз бік в бік двохрандним швом. Санація та дренажування черевної порожнини. Черевна порожнина ушита наглухо. Асептична пов'язка.

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

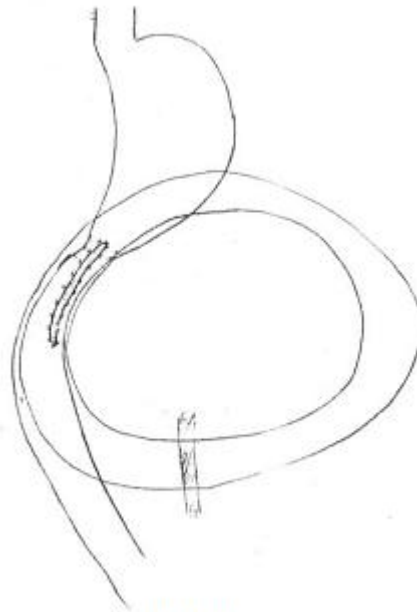
40 Запропонований спосіб лікування дозволяє усунути явища панкреатичної гіпертензії шляхом виконання папілосфінктеротомії з стентування панкреатичної протоки та ліквідувати дуоденальний стеноз шляхом накладання ізоперитсальтичного дуоденоєюноанастомоза на короткій петлі.

45 **ФОРМУЛА ВИНАХОДУ**

Спосіб оперативного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого дуоденальною непрохідністю, що передбачає виконання ізоперистальтичного дуоденоєюноанастомозу, який **відрізняється** тим, що розсікають пілорус і престенотичну частину дванадцятипалої кишки, а анастомоз виконують бік в бік з петлею тонкої кишки на відстані 30-40 см від кута Трейца, що робить півколо, і доповнюють виконанням папілосфінктеротомії та стентуванням панкреатичної протоки.



**Fig. 1**



**Fig. 2**

---

Комп'ютерна верстка О. Рябко

---

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