



МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **115291** (13) **C2**
(51) МПК (2017.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

<p>(21) Номер заявки: а 2016 12376</p> <p>(22) Дата подання заявки: 05.12.2016</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: 10.10.2017</p> <p>(41) Публікація відомостей про заяву: 10.05.2017, Бюл.№ 9</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.10.2017, Бюл.№ 19</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 34467 U, 11.08.2008 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. - 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. – No 2 (65). – С. 29-34 Advances in surgical treatment of chronic pancreatitis / Q. Ni, L. Yun, M. Roy, D. Shang // World J Surg Oncol. – Feb 8. – 2015. – 13:34 UA 86232 U, 25.12.2013 UA 103273 C2, 25.09.2013 UA 111873 C2, 24.06.2016</p>
---	--

(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

(57) Реферат:

Винахід належить до медицини та може використовуватися в хірургії. Спосіб оперативного лікування хронічного панкреатиту передбачає виконання розширеної екскавації голівки, тіла та хвоста підшлункової залози з мобілізацією дванадцятипалої кишки, загальної жовчної протоки, згідно із яким після бужування панкреатичної протоки та холецистектомії і дренажування загальної жовчної протоки на двох зондах виконують висічення паренхіми підшлункової залози зі стриктурою до великого дуоденального соска з його розсіченням, де проводять з'єднання головної панкреатичної протоки з загальною жовчною протокою, після чого виконують транспанкреатичну папілосфінктеропластику та позовжною панкреатоєюностомію. Показом до виконання способу за винаходом є стеноз інтрапаренхіматозного відділу холедоха, протяжна стриктура панкреатичної протоки в голівці підшлункової залози з розширенням протоки по типу низки озер.

UA 115291 C2

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

5 Серед відомих способів лікування хронічного панкреатиту найбільшої популярності набули комбіновані методики, які включають максимальне видалення запальнозміненої паренхіми та дренивання протоки підшлункової залози, які супроводжуються низьким відсотком післяопераційних ускладнень та післяопераційної летальності. В 1970 році Hans Beger розробив операцію дуодензберігаючу резекцію голівки підшлункової залози [Beger HG, Witte C, Krautzberger W, et al. Experiences with duodenum-sparing pancreas head resection in chronic pancreatitis. Chirurg. 1980;51:303-307.; Buchler MW, Friess H, Bittner R, et al. Duodenum-preserving pancreatic head resection: long-term results. J Gastrointest Surg, 1997;1:13-19].

10 Gloor et al. розробили Бернську модифікацію операції дуодензберігаючої резекції голівки ПЗ, яка полягала в висіченні паренхіми голівки ПЗ та збереженням тонкої шкаралупи паренхіми голівки ПЗ [Gloor B, Friess H, Uhl W, et al. A modified technique of the Beger and Frey procedure in patients with chronic pancreatitis. Dig Surg. 2001; 18:21-25.; Koninger J, Seiler CM, Sauerland S, et al. Duodenum-preserving pancreatic head resection-a randomized controlled trial comparing the original Beger procedure with the Berne modification. Surgery. 2008;143:490-498.].

В 1987 році Frey та Smith розробили операцію локальну резекцію голівки підшлункової залози з поздовжньою панкреатоєюностомією. Основою виконання даної операції стало локальне висічення голівки підшлункової залози зі збереженням перешийка та тонкої шкаралупи паренхіми голівки підшлункової залози [Frey CF, Smith GJ. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis. Pancreas. 1987;2:701-707.].

Найбільш близькими по сукупності ознак до запропонованого способу є операція поздовжньої тотальної панкреатовірсунгодуоденопапілотомії з поздовжньою панкреатоєюнодуоденостомією за Ру, що була запропонована В.М. Кліменко [Клименко В.М., Клименко А.В. Спосіб хірургічного лікування ускладненого хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту. Номер патенту: 34467. Опубліковано: 11.08.2008], який полягає в суцільному розтині панкреатичної протоки, великого дуоденального сосочка та лівої передньобочкової стінки дванадцятипалої кишки, і формуванні єдиного співустя між цими органами у вигляді панкреатоєюнодуоденоанастомозу. Вказаний спосіб дозволяє усунути панкреатичну протоку та біліарну гіпертензію, але при цьому порушує фізіологічність пасажу їжі по кишечнику, є дуже травматичною операцією та має високий ризик післяопераційних ускладнень.

Інший, близький до запропонованого, спосіб, полягає в поздовжній панкреатоєюностомії та трансдуоденальній папілосфінктеротомії [Міхеєв Ю.О., Ярешко В.Г., Криворучко І.В. Спосіб лікування хронічного панкреатиту, ускладненого вірсунголітіазом, псевдокістою голівки підшлункової залози та непрохідністю термінального відділу холедоуху. Номер патенту: 86232. Опубліковано: 25.12.2013]. Однак, в даному випадку виконується дуоденотомія, що підвищує ризик післяопераційних ускладнень та підвищує травматичність операції. А також, дана операція не може бути виконана при протяжній (довгій) стриктурі в області великого дуоденального соска та головки ПЗ.

40 В основу винаходу "Спосіб оперативного лікування хронічного панкреатиту" поставлено задачу покращити безпосередні та віддалені результати оперативного лікування хворих на хронічний панкреатит, який дозволить підвищити ефективність лікувального процесу таких хворих шляхом достатньо повного видалення запального інфільтрату підшлункової залози та ліквідації стриктури головної панкреатичної протоки в ділянці голівки підшлункової залози та великого дуоденального соска шляхом її висічення та виконання транспанкреатичної папілосфінктеротомії без розкриття просвіту дванадцятипалої кишки, декомпресії загальної жовчної протоки, зниження післяопераційної летальності та зменшення післяопераційних ускладнень, покращення якості життя пацієнтів в віддаленому післяопераційному періоді.

50 Поставлена задача вирішується способом оперативного лікування хронічного панкреатиту, в якому згідно з винаходом виконують розширену екскавацію голівки, тіла та хвоста підшлункової залози ультразвуковим дисектором з мобілізацією дванадцятипалої кишки, загальної жовчної протоки, який відрізняється тим що, після бужування панкреатичної протоки в напрямку дванадцятипалої кишки та холецистектомії і дренивання загальної жовчної протоки на двох зондах виконують висічення паренхіми підшлункової залози зі стриктурою до великого дуоденального соска з його розсіченням, де проводять з'єднання головної панкреатичної протоки з загальною жовчною протокою, після чого виконують транспанкреатичну папілосфінктеропластику з накладанням швів в області великого дуоденального соска та поздовжню панкреатоєюностомію на виключеній по Ру петлі тонкого кишечника.

Показом до виконання розробленого способу лікування хронічного панкреатиту є: 1) стеноз інтрапаренхіматозного відділу жовчодоху; 2) протяжна стриктура панкреатичної протоки в голівці підшлункової залози з розширенням протоки по типу низки озер.

5 Спосіб зображений на кресленнях: фіг. 1 - Бужування стриктури панкреатичної протоки в напрямку papilla Vateri; фіг. 2 - Висічення паренхіми підшлункової залози в напрямку papilla Vateri; фіг. 3 - Закінчений вигляд локальної резекції підшлункової залози та транспанкреатичної папілосфінктеротомії.

10 Спосіб здійснюється наступним чином: після виконання лапаротомії, ревізії черевної порожнини, розкриття lig. gastrocolici виконується ревізія підшлункової залози. Шляхом виконання пальпаторного, зондового, пункційного, інтраопераційного рентген-контрастного та інтраопераційного ультразвукового обстеження діагностується стан протокової системи ПЗ, паренхіматозного відділу загальної жовчної протоки, розміру порталльної вени та анатомічного співвідношення розмірів різних відділів ПЗ.

15 Наступним етапом оперативного втручання є розсічення головного протоку підшлункової залози на всьому протязі. За допомогою ультразвукового дисектора виконується U-подібне висічення стінок протоки та паренхіми підшлункової залози на всьому протязі ПЗ, причому границями висічення є 3-5 мм по верхньому та нижньому краях тіла та хвоста ПЗ. Границею висічення по глибині є висічена задня стінка протоки ПЗ.

20 Наступним етапом є оцінка протяжності стриктури в області великого дуоденального соска та головки ПЗ. Виконується бужування панкреатичної протоки в напрямку ДІЖ (фіг. 1). Після чого виконується холецистектомія і дренажування загальної жовчної протоки. На двох зондах виконується висічення паренхіми ПЗ зі стриктурою до великого дуоденального соска з його розсіченням, де проводиться з'єднання головної панкреатичної протоки з загальною жовчною протокою. Висічення паренхіми ПЗ в області papilla Vateri проводиться за допомогою 25 ультразвукового дисектора та спеціального бужа який нагадує свердло (фіг. 2). Виконується транспанкреатична папілосфінктеропластика (фіг. 3). Інтрапаренхіматозна частина загальної жовчної протоки виділяється та вивільняється від оточуючих фіброзно-рубцевих структур. Санторінієва протока висікається повністю одним блоком з верхньою частиною паренхіми ПЗ.

30 Заключним етапом є виконання поздовжнього панкреатоєюноанастомозу на виключеній за Ру петлі безперервним однорядним швом, з ентеро-ентеро анастомозом за Брауном.

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

35 Хворий О., ІХ № 6200, 45 років був прийнятий в хірургічне відділення Вінницької ЦРКЛ 04.10.16. На момент госпіталізації хворий скаржився на виражені болі в верхніх відділах живота, що іррадіюють впоперек, жовтушне забарвлення покривів тіла, нудоту, блювання напередодні з'їденою їжею, втрату ваги тіла до 20 кг. З анамнезу відомо, що хворіє протягом 5 років, коли переніс гострий деструктивний панкреатит. Періодично (3-4 рази на рік) лікувався в терапевтичному та хірургічному відділеннях з приводу хронічного панкреатиту. Дане 40 загострення наступило 2 місяці тому, після порушення дієти. Після дообстеження хворому було встановлено діагноз: Хронічний обструктивний панкреатит з розширенням панкреатичної протоки по типу низки озер та вираженим больовим синдромом. Множинні кісти підшлункової залози. Механічна жовтяниця. Доопераційні показники згідно опитувальника SF-36 склали: інтенсивність болю (P) - 9,7; ВАШ - 8.

45 06.10.161 хворий після передопераційної підготовки взятий в операційну. Верхньосередина лапаротомія. Виразений спайковий процес. Жовчний міхур в грубому рубцево-спайковому процесі, однак збільшений в розмірах, напружений. Виконано холецистектомію. В загальну жовчну протоку в дистальному напрямку введено зонд діаметром 0,5 см, який в дванадцятипалу кишку завести неможливо. В області підшлункової залози пальпується 50 кам'янистої щільності, відмічаються справжні кісти підшлункової залози в області голівки до 6 см, тіла 5 см, хвоста 4 см. Розмір голівки складає 7 см, тіла 5 см, хвіст - 3 см. Головна протока підшлункової залози розширена звивиста, в області голівки біля 1,5 см, - тіла та хвоста до 1 см. Пункція протоки підшлункової залози, внутрішньопотокова манометрія - тиск склав 435 мм. Н₂О, внутрішньотканинний тиск в області голівки, тіла та хвоста склав більше 200 мм.рт.ст. Тиск 55 всередині кісти голівки підшлункової залози складає 620 мм. Н₂О.

60 На основі отриманих даних вирішено виконати локальну резекцію голівки, тіла та хвоста підшлункової залози в модифікації Фрея-Ізбіцького. Виконано U-подібне висічення передньої поверхні ПЗ разом із передньою та латеральними стінками Вірсунгової протоки. Одночасно в єдину порожнину з'єднано протоку підшлункової залози та порожнини кіст підшлункової залози, які є ектазованими протоками вторинного та третинного порядку. Залишено близько 5 мм

ободка паренхіми по верхньому та нижньому краю. Виконано екскавацію голівки ПЗ з висіченням передньої та латеральної стінок Вірсунгової протоки та протоки крючковидного відростка.

5 Виконано бужування панкреатичної протоки в напрямку ДПК. На двох зондах виконано висічення паренхіми ПЗ зі стриктурою до великого дуоденального соска з його розсіченням, де проводиться з'єднання головної панкреатичної протоки з загальною жовчною протокою. Таким чином виконана транспанкреатична папілосфінктеропластика. Висічення паренхіми ПЗ в області papilla Vateri проводиться за допомогою ультразвукового дисектора та спеціального бужа який нагадує свердло.

10 Виконано скелетизацію паренхіматозної частини холедоха, всередині якого знаходиться зонд. Після скелетизації зонд провалився в дванадцятипалу кишку. Залишено 5 мм ободка паренхіми по верхньому, дуоденальному та нижньому краю голівки ПЗ. Виконано панкреатоєюноанастомоз на виключеній петлі по Ру з ентеро-ентероанастомозом по Брауну. Санация та дренування сальникової сумки та черевної порожнини. Черевна порожнина ушита наглухо. Асептична пов'язка.

15 Патогістологічне дослідження №47818-27 від 17.10.16 року. Фіброзно-дегенеративне враження підшлункової залози з хронічним запаленням.

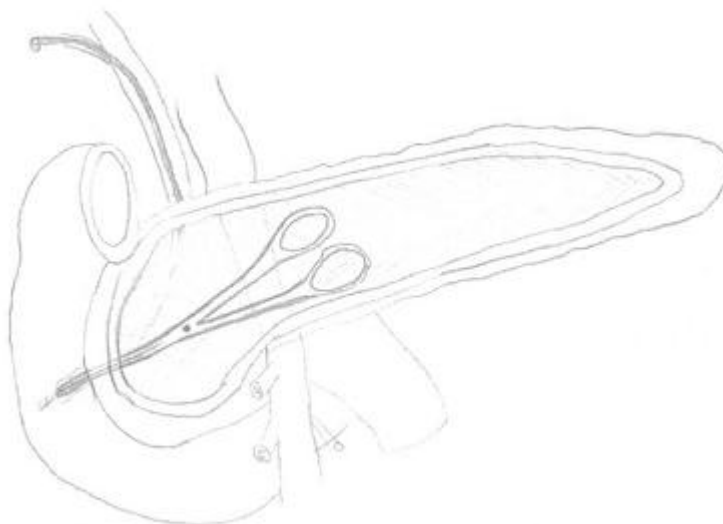
20 Післяопераційний перебіг протікав гладко. На 14-ту добу хворий в задовільному стані виписаний до дому. Післяопераційні показники згідно з опитувальником SF-36 склали: інтенсивність болю (P) - 2,9; ВАШ - 3.

Запропонований спосіб лікування дозволяє усунути явища панкреатичної та біліарної гіпертензії шляхом виконання транспанкреатичної папілосфінктеротомії з вірсунгопластиком з збереженням фізіологічності пасажу їжі по кишечнику.

25

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

Спосіб оперативного лікування хронічного панкреатиту, який передбачає виконання розширеної екскавації голівки, тіла та хвоста підшлункової залози ультразвуковим дисектором з мобілізацією дванадцятипалої кишки, загальної жовчної протоки, який **відрізняється** тим, що після бужування панкреатичної протоки в напрямку дванадцятипалої кишки та холецистектомії і дренування загальної жовчної протоки на двох зондах виконують висічення паренхіми підшлункової залози зі стриктурою до великого дуоденального соска з його розсіченням, де проводять з'єднання головної панкреатичної протоки з загальною жовчною протокою, після чого виконують транспанкреатичну папілосфінктеропластику з накладанням швів в області великого дуоденального соска та поздовжню панкреатоєюностомію на виключеній по Ру петлі тонкого кишечника.



Фіг. 1

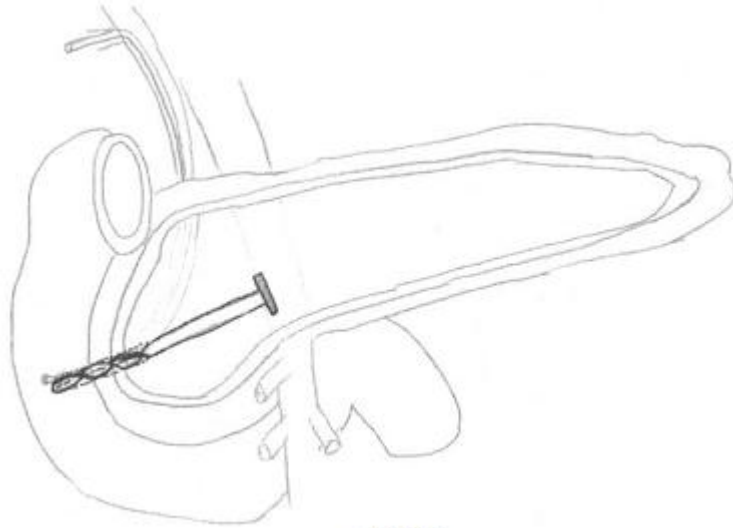


Fig. 2

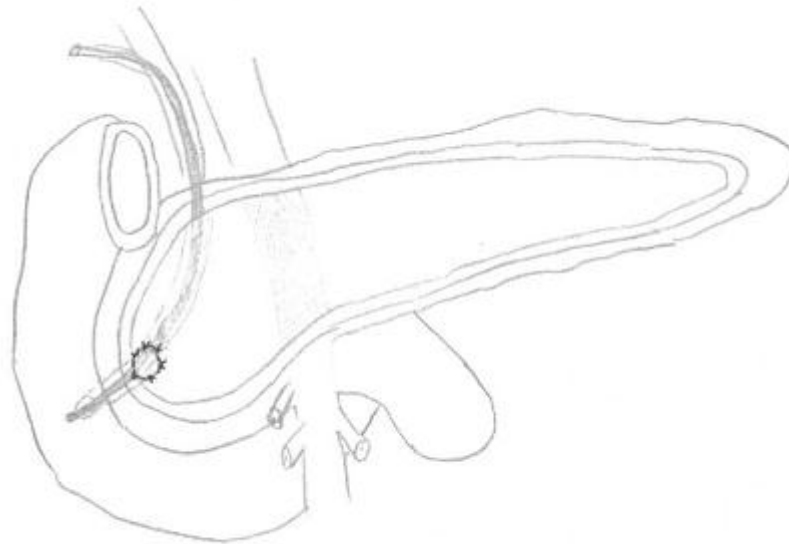


Fig. 3

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

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