

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Український центр наукової медичної інформації**  
**та патентно-ліцензійної роботи**  
**(Укрмедпатентінформ)**

# ***ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ***

**ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**№194 - 2017**

Випуск 11 з проблеми

«Хірургія»

Підстава: рецензія Головного  
спеціаліста МОЗ України

**НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:**

**ХІРУРГІЯ**

## **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПОЗАОЧЕРЕВЕНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

**УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:**

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АВТОРИ:**

**д. мед. н., проф. КРИВОРУЧКО І. А.,  
к. мед. н. ГОНЧАРОВА Н.М.,  
д. мед. н., проф. ТЕСЛЕНКО С.М.**

**УКРМЕДПАТЕНТИНФОРМ  
МОЗ УКРАЇНИ**

м. Київ

***Суть впровадження:***

призначено для лікування псевдокіст (ПК) підшлункової залози (ПЗ) позаочеревинної локалізації на фоні хронічного панкреатиту (ХП) за допомогою формування цистопанкреатоєюноанастомозу (ЦПЄА).

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) хірургічного профілю.

Під час ХП у тканині ПЗ відбувається розростання міжчасточкової, внутрішньочасточкової та перидуктальної стромы внаслідок надлишково розвинених пластів сполучної тканини, а також перебудова судин ПЗ. Тому у ділянці ЦПЄА кровопостачання з боку ПЗ знижено, за рахунок чого може виникнути несталість анастомозу.

Авторами удосконалено спосіб лікування ПК ПЗ позаочеревинної локалізації на фоні ХП, який направлений на внутрішнє дронування ПЗ та покращення кровопостачання до ділянки анастомозу, завдяки застосуванню пасма великого чепця на судинній ніжці.

Ефективність способу доказана на підставі проведення клініколабораторних досліджень у 7 пацієнтів, яким було виконано ЦПЄА за запропонованою методикою. 9 хворим, що склали групу порівняння, ЦПЄА виконували за відомими методиками.

Запропонований спосіб включав пункцію і внутрішнє дронування ПК, накладання анастомозу між ПК і тонкою кишкою бік у бік у поздовжньому напрямку однорядковим швом, який відрізнявся від відомих тим що, окремо викроювали пасмо великого чепця на судинній ніжці та підводили до задньої губи анастомозу.

Формували задню губу анастомозу між стінкою ПК, пасмом великого чепця та стінкою тонкої кишки, вшиваючи пасмо чепця до цистопанкреатоентероанастомозу. Потім перекидали пасмо великого чепця у ділянку передньої губи анастомозу та окремими однорядковими швами між стінкою ПК, пасмом великого чепця та стінкою тонкої кишки формували передню губу анастомозу, вшиваючи пасмо чепця до цистопанкреатоентероанастомозу. Далі вільні краї пасма великого чепця окремими швами підшивали до капсули ПК та серозної оболонки тонкої кишки.

При використанні запропонованого способу лікування через 1 рік 7 місяців проведено гістохімічне дослідження ділянки анастомозу у хворого на арозивну кровотечу в порожнину ПК внаслідок атаки гострого панкреатиту та неефективності попереднього гемостазу за допомогою рентгенендоваскулярної оклюзії. У ділянці анастомозу визначалися ознаки репаративного процесу, новостворені судини капілярного типу, що підтверджувало «артеріалізацію» ділянки анастомозу.

При дослідженні екзокринної функції ПЗ у хворих групи порівняння спостерігалася гіперамілаземія ( $132 \pm 14,3$  Од/л). У більшості з них (7) у післяопераційному періоді відбувалася гіперліпаземія, рівень якої знаходився в межах  $267,3 \pm 47,8$  ( $p < 0,05$ ); у 6 — спостерігався помірний ступінь (середній рівень фекальної еластази-1 знаходився у межах  $123,9 \pm 12,6$  мкг/г калу), у 3 хворих — важкий ступінь екзокринної недостатності (середній рівень фекальної еластази-1 —  $62,2 \pm 11,3$  мкг/г калу).

При дослідженні екзокринної функції хворих основної групи рівень амілази був незначно підвищений межах до  $92 \pm 2,7$  Од/л у 2-х хворих, у інших — у межах норми (до 90 Од/л); гіперліпаземія спостерігалась у 3-х хворих у межах  $192 \pm 32,3$  ( $p < 0,05$ ), в інших хворих — до  $112,1 \pm 24,6$  ( $p < 0,05$ ). При дослідженні фекальної еластази у всіх хворих спостерігалась

легкий ступінь екзокринної недостатності (рівень фекальної еластази-1  $146 \pm 11,7$  мкг/г калу).

Теоретичною основою розробленого лікувального комплексу є те, що при прогресуванні ХП тканина ПЗ заміщується фіброзною та при накладанні ЦПСА завдяки збідненому кровопостачанню у його ділянку можливий розвиток несталості анастомозу. Для вирішення цієї проблеми авторами запропоновано застосовувати пасмо великого чепця на судинній ніжці як додаткове джерело судин для кровопостачання ділянки анастомозу та її «артеріалізації».

Показанням до застосування розробленого способу є ПК ПЗ позаочеревенної локалізації на фоні хронічного панкреатиту.

Протипоказанням до застосування є ПК ПЗ з несформованої стінкою.

Ефективний результат лікування хворих досягається за допомогою внутрішнього дренивання, а саме накладання цистопанкреатоєюноанастомозу, з вшиванням до нього пасма великого чепця на судинній ніжці, який забезпечує додаткову «артеріалізацію» ділянки анастомозу. Можливе застосування запропонованої методики для лікування ПК ПЗ, ускладнених компресією суміжних органів та механічною жовтяницею, на фоні ХП з використанням «додаткових» судин для покращення кровопостачання у ділянці анастомозу.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм органів очеревини та її ускладнень грудної клітини і неревної порожнини у хворих з високим операційним ризиком» (№ держреєстрації 0113U002537, термін виконання 2013-2015 рр.).

За додатковою інформацією з даної проблеми слід звертатися до автора листа: Гончарова Н.М., тел. 0506181181, кафедра хірургії №2, Харківський національний медичний університет, просп. Науки, 4, м. Харків, 61022.