



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14817 (13) U  
(51) МПК  
A61B 17/11 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u200600872

(22) 01.02.2006

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Дронов Олексій Іванович, Скомаровський Олексій Алімович, Ковальська Інна Олександрівна, Сусак Ярослав Михайлович, Зайченко Віктор Олександрович

(73) Скомаровський Олексій Алімович

(57) Спосіб лікування раку підшлункової залози шляхом проведення панкреатодуоденальної резекції і накладення інвагінаційного панкреатоеюноанастомозу, який **відрізняється** тим, що для накладення інвагінаційного панкреатоеюноанастомозу використовують при-

стрій, що містить довгасту пластину з біологічно інертного матеріалу, на якій з боку однієї з її поверхонь закріплені принаймні два вушка, розташовані у середній частині пластини уздовж її короткої сторони, і на торці якої розташований тримач для закріплення на ньому рукоятки для маніпулювання пластиною, яку укладають на поверхню кукси залози з упором дистального краю пластини у перший ряд швів поміж куксою залози і порожньою кишкою, фіксують її трьома паралельними нитками, що проходять на пластині крізь вушка, а на кишці в 15-20 мм від її краю, пластину накладають на край кукси залози і просувають у напрямку хвоста залози.

Спосіб належить до галузі медицини, а саме до панкреатодуоденальної хірургії і може застосовуватися для профілактики післяопераційних панкреатитів та недостатності інвагінаційного панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальній резекції.

Хірургічна операція - основний метод лікування раку підшлункової залози. Панкреатодуоденальна резекція - радикальна операція при пухлинах, що відповідає розповсюдженості T<sub>1-2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> [Гешелін С. А. TNM - классификация злокачественных опухолей и комплексное лечение онкологических больных. - К.: Здоров'я, 1996. - с. 115-118].

Відомий спосіб лікування раку підшлункової залози шляхом панкреатодуоденальної резекції головки та тіла [Лапкин К.В., Базилевич Ф.В. И др. Прецизионная техника панкреатодуоденальной резекции // Хирургия. -1991. - №2. - с. 104-109], відповідно до якого формують панкреатоеюноанастомоз, при цьому накладають ряд вузлових швів між торцем культи залози і стінкою порожньої кишки, проводять ентеротомію з вирізуванням ділянки слизової оболонки діаметром не більш ніж 0,5см навпроти отвору протоки залози.

Відомий спосіб має суттєві недоліки:

- висока частота післяопераційного панкреатиту;
- недостатність панкреатоеюноанастомоза че-

рез низьку механічну міцність тканин, що з'єднуються.

Відомий спосіб лікування раку підшлункової залози шляхом панкреатодуоденальної резекції головки та тіла [Жерлов Г.К., Корнев А.Н. и др. К методике формирования панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции // Вестник хирургии. - 2003. - №5. - с. 31-35], відповідно до якого на кінці відключеної від травлення по Ру петлі порожньої кишки циркулярно відсепаровують і видаляють серозно-м'язову оболонку, нитками підводять вигін кишки і з'єднують один з іншим швами-тримачками по кутам анастомозу що проходить на кишці через край серозно-м'язової оболонки, на залозі через її капсулу, інвагінують культю залози в отвір порожньої кишки накладанням внутрішнього ряду вузлових швів поміж краями підслизового шару кишки і капсули і зовнішнього ряду вузлових швів поміж краєм серозно-м'язового шару кишки і капсулою.

Зазначений спосіб має суттєві недоліки:

висока частота недостатності панкреатоеюноанастомоза і післяопераційного панкреатиту через низьку механічну міцність тканин, що з'єднуються, та їх надлишкове травмування нитками.

Задачею корисної моделі є створення більш ефективного способу лікування раку підшлункової залози шляхом проведення панкреатодуоденаль-

(19) UA (11) 14817 (13) U

ної резекції і накладення інвагінаційного панкреатоеюноанастомоза.

Поставлена задача досягається тим, що у способі лікування раку підшлункової залози шляхом проведення панкреатодуоденальної резекції і накладення інвагінаційного панкреатоеюноанастомоза відповідно до корисної моделі використовують пристрій, що містить довгасту пластину з біологічно інертного матеріалу, на якій з боку однієї з її поверхонь закріплені принаймні два вушка, розташовані у середній частині пластини уздовж її короткої сторони, і на торці якої розташований тримач для закріплення на ньому рукоятки для маніпулювання пластиною, яку укладають на поверхню культі залози з упором дистального краю пластини у перший ряд швів поміж культею залози і порожньою кишкою, фіксують її трьома паралельними нитями, що проходять на пластині крізь вушка, а на кишці в 15-20мм від її краю, пластину накладають на край культі залози і просувають у напрямку хвосту залози.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Виконують панкреатодуоденальну резекцію. Для накладення інвагінаційного панкреатоеюноанастомозу пластину укладають на поверхню культі підшлункової залози з упором дистального краю пластини у перший ряд швів поміж культею залози

і порожньою кишкою, фіксують її трьома паралельними нитями, що проходять на пластині крізь вушка, а на кишці в 15-20мм від її краю, пластину накладають на край культі залози і просувають у напрямку хвосту залози.

Застосування заявленого способу ілюструється наступними прикладами.

Приклад 1. Хворий З. 58 років. Рак підшлункової залози T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Виконано операцію за відомим способом. В післяопераційному періоді - розвинення гострого панкреатиту.

Приклад 2. Хворий Р. 69 років. Рак підшлункової залози T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Виконано операцію за способом, що заявляється. Післяопераційний період - без ускладнень.

Всього виконано 29 операцій за відомим способом. В післяопераційному періоді гострий панкреатит розвинувся у 16 випадках (55,2%). За способом, що заявляється виконано 32 операції. Післяопераційний гострий панкреатит розвинувся тільки у 5 випадках (15,6%).

Таким чином, заявлений спосіб реалізує новий підхід у лікуванні хворих з лікування раку підшлункової залози, знижує ризик розвитку післяопераційних ускладнень і поліпшує функціональні результати лікування.