

Корисна модель, що заявляється стосується медицини, а саме хірургії та призначена для хірургічного лікування раку підшлункової залози (РПЗ) та фіброзу підшлункової залози (ФПЗ) прогресуючого захворювання, яке призводить до інвалідизації та погіршення якості життя хворих. Одним із найбільш ефективних методів лікування РПЗ та ФПЗ є хірургічне. При локалізації патологічного вогнища в голівці ПЗ виконують панкреатодуоденальну резекцію (ПДР). Найбільш слабким місцем при ПДР є формування панкреатоєюноанастомозу. Неспроможність швів панкреатоєюноанастомозу та панкреатит кукси підшлункової залози є причиною летальних ісходів 14-30% хворих [1, 2].

Відомі численні способи формування панкреатоєюноанастомозу перевагу з яких надають тим, які передбачають інвагінацію кукси підшлункової залози в кишку. Це продиктовано тим, що край кукси підшлункової залози, як правило, некротизується і некротизовані тканини відторгаються в кишку, що значно зменшує ризик неспроможності анастомозу [3].

Відомий спосіб панкреатоєюноанастомозу при якому куса панкреатичної протоки окремо вшивається в отвір тонкої кишки. При цьому виконується співставлення слизової оболонки кишки з слизовою оболонкою протоки. Другий ряд швів накладається на підшлункову залозу по її вісцеральному краю. Однак дана методика не передбачає відторгнення некротизованих частин тканини кукси підшлункової залози в кишку і може бути причиною „підтікання” некротизованих тканин через другий ряд швів анастомозу, утворення парапанкреатичних абсцесів та панкреатичних нориць. Релапаротомії зв'язані з ускладненнями панкреатоєюноанастомозу складають 5,3% хворих і були спричинені арозивною кровотечею із судин панкреатодуоденальної зони, неспроможністю анастомозу та інтраабдомінальними абсцесами [4].

Найближчим прототипом способу можна вважати панкреатоєюноанастомоз при якому куса підшлункової залози інвагінується в тонку кишку [3]. Після видалення панкреатодуоденального комплексу кукса тонкої кишки в ділянці дуоденоєюнального переходу мобілізується так щоб вона вільно лягала через „вікно” у брижі поперечної ободової кишки до кукси підшлункової залози, потім звільняється край зрізу кишки від брижі на 2,5см, візуально контролюючи зону ішемії кишки. Відступивши від краю зрізу кишки 2см накладається субсерозний циркулярний шов після чого накладається перший ряд швів між кишкою та краєм кукси підшлункової залози. На відстані 1см дистальніше кисетного шва накладається другий ряд серозно-капсульних швів інвагінуючи кусу підшлункової залози в просвіт тонкої кишки. В кінці нитки кисетного шва виколуються через дублікатуру кишки назовні і затягуються. У такий спосіб формується інвагінаційний трирядний анастомоз. При виникненні крайового некрозу кукси підшлункової залози і неспроможності першого ряду швів герметичність анастомозу забезпечується шляхом накладання кисетного і серозно-капсульного швів.

Метод-аналог формування панкреатоєюноанастомозу (патент №44014А, бюл. №1 від 15 січня 2002р.) передбачає три ряди швів, які надійно фіксують та інвагінують кусу підшлункової залози в кишку при цьому при крайовому некрозі кукси некротизовані тканини відторгаються в кишку. Метод простий в виконанні та може бути застосованим при відповідності діаметру кукси підшлункової залози діаметру кишки. Однак, у випадках, коли діаметр кукси підшлункової залози більший від діаметру кишки провести інвагінацію кукси не є можливим. У цих випадках проводять надрізання серозного шару кишки з метою збільшення діаметру кишки, що робить панкреатоєюноанастомоз менш надійним.

Спосіб, що заявляється, дозволяє адекватно збільшувати діаметр отвору в тонкій кишці відповідно до діаметру кукси підшлункової залози. Поставлена задача досягається тим, що при більшому діаметрі кукси підшлункової залози в тонкій кишці роблять поздовжній надріз напротибрижевому краю, який дозволяє збільшити діаметр отвору в кишці.

Спосіб здійснюється таким чином. Після видалення панкреатодуоденального комплексу кукса тонкої кишки в ділянці дуоденоєюнального переходу мобілізується так, щоб вона вільно лягала через „вікно” у брижі поперечної ободової кишки до кукси підшлункової залози. Кусу тонкої кишки ушиваємо УКЛ-40 та кисетним швом, відповідно до діаметру кукси підшлункової залози робимо поздовжній надріз тонкої кишки так, щоб діаметр отвору кишки відповідав діаметру кукси підшлункової залози. Після цього накладається перший ряд швів між кишкою і краєм кукси підшлункової залози. На відстані 2см дистальніше накладаємо другий ряд серозно-капсульних швів. Перший шов другого ряду, з обох боків анастомозу, накладається у вигляді напівкисета для покращення герметичності анастомозу. Куса підшлункової залози у такий спосіб інвагінується в просвіт тонкої кишки на 2см.

Конкретні приклади застосування.

Приклад 1. Хворий С., історія хвороби №2372, звернувся із скаргами на жовтяницю на протязі 2 тижнів, білірубін 380моль/л, схуднення на 15кг на протязі 6 місяців, нестійкий стілець, метеоризм. Під час операції гістологічно верифіковано РПЗ із локалізацією процесу в голівці підшлункової залози. Після видалення панкреатодуоденального комплексу діаметр підшлункової залози становив 8см, діаметр тонкої кишки на поперечному зрізі - 5см. Куса підшлункової залози „м'яка”, рихла, набрякла. Для адекватного формування панкреатоєюноанастомоз виконаний за запропонованим способом. Післяопераційний період протікав без ускладнень. По дренажах із області панкреатоєюноанастомозу патологічних виділень не було, дренажі видалені на 10 добу. Хворий через 15 днів виписаний на амбулаторне лікування.

Спосіб був апробований на базі кафедри загальної хірургії №1 НМУ ім. О.О. Богомольця у 15 хворих. Отримані позитивні результати дозволяють рекомендувати його до застосування при формуванні панкреатоєюноанастомозу „кінець в бік” при резекціях підшлункової залози різних модифікацій в умовах спеціалізованих хірургічних центрів.

Література.

1. Блажитко Е.М., Толстых, Г.Н., Добров С.Д. Анализ причин летальности и осложнений при панкреатодуоденальных резекциях //Хирургическое лечение при опухолях пищеварительного тракта.-Новосибирск, 1996.-С.75-77.

2. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Буриев И.М., Вуколов А.В. Важнейшие осложнения панкреатодуоденальных резекций //Анналы хирургической гепатологии.-1998.-№ 2.-С.57-60.

3. Дронов О.І. Діагностика та хірургічне лікування пухлин позапечінокових жовчних проток //Автореф.докт.дис....Київ.-2003.-с.32.

4. The pancreas / Eds. H. G. Berger, A. L. Warshaw, M. W. Buchler et al. -Oxford: Blackwell Sci. Ltd., 1998. -P.870-875.