



УКРАЇНА

(19) UA (11) 35415 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

1

2

(21) u200808239

(22) 18.06.2008

(24) 10.09.2008

(46) 10.09.2008, Бюл.№ 17, 2008 р.

(72) ДРОНОВ ОЛЕКСІЙ ІВАНОВИЧ, UA, КРЮЧИ-  
НА ЄВГЕНІЯ АНДРІЙВНА, UA, ДОБУШ РОМАН  
ДАНИЛОВИЧ, UA, ГОРЛАЧ АНДРІЙ ІВАНОВИЧ,  
UA(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб панкреатодуоденальної резекції, що здійснюють шляхом паренхімозберігаючої резекції голівки підшлункової залози, який відрізняється тим, що виконують обмежену резекцію паренхіми голівки залози, що прилягає до дванадцятипалої кишки, з наступним V-подібним висіченням тканини голівки підшлункової залози з формуванням панкреатоєюноанастомозу на ізольованій за Ру петлі тонкої кишки.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до гепатопанкреатобіліарної хірургії, і може бути використана при лікуванні ускладнених форм хронічного панкреатиту після перенесених раніше дистальних резекцій підшлункової залози.

Прогресування фіброзних процесів в підшлунковій залозі та парапанкреатичних тканинах з втягуванням в процес суміжних органів, зокрема дванадцятипалої кишки, больовим синдромом, прогресуючим зниженням екзо- та ендокринної панкреатичної функції після перенесених раніше дистальних резекцій підшлункової залози являє суттєву клінічну проблему, яка на сьогодні практично не вирішена. Найбільш поширеним методом лікування таких хворих є виконання тотальної панкреатектомії [2,3], яка однак призводить до важких метаболічних наслідків - розвитку цукрового діабету зі схильністю до гіпоглікемій, водної діареї, стеатореї, множинних виразок шлунково-кишкового тракту, дефіциту вітамінів і мікроелементів (насамперед магнію, цинку), остеопорозу, жирової

Відомі способи органозберігаючих оперативних втручань на підшлунковій залозі включають вентральну резекцію підшлункової залози, вентральну резекцію підшлункової залози з сегментарною дуоденектомією, операцію Beger, операцію Frey [4].

Спосіб вентральної резекції підшлункової залози з сегментарною дуоденектомією з великим дуоденальним пиптиком, що запропонований для лікування інтрадуктальних папілярних муцинозних пухлин Cho A. та співавт. [1], обраний нами за прототип. Однак цей спосіб має суттєві недоліки - хоча він і дозволяє зберегти дорзальний сегмент

підшлункової залози і видалити фіброзні тканини голівки, що є пейсмейкером фіброзу, дане втручання не може усунути стеноз дванадцятипалої кишки та не ліквідує панкреатичну та біліарну гіпертензію.

В основу корисної моделі поставлена задача розробити такий спосіб панкреатодуоденальної резекції, який дозволяє усунути фіброзні ускладнення з боку суміжних органів (зокрема, стеноз дванадцятипалої кишки, загальної жовчної протоки), зберегти та/чи покращити екзо- та ендокринну функцію підшлункової залози у хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту після перенесених раніше дистальних резекцій підшлункової залози.

Відмінною особливістю корисної моделі, що заявляється, є виконання панкреатодуоденальної резекції з видаленням тільки тканини голівки підшлункової залози, прилеглої до дванадцятипалої кишки, V-подібним висіченням голівки з формуванням панкреатоєюноанастомозу на ізольованій за Ру петлі тонкої кишки з голівкою підшлункової залози.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є покращення результатів лікування хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту після перенесених раніше дистальних резекцій підшлункової залози.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі панкреатодуоденальної резекції згідно корисної моделі виконують видалення тільки тканини голівки підшлункової залози, прилеглої до дванадцятипалої кишки, з наступним V-подібним висіченням голівки з формуванням панкреатоєю-

(13) U

(11) 35415

(19) UA

ноанастомозу на ізольованій за Ру петлі тонкої кишки з голівкою підшлункової залози.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі, буде полягати у зменшенні частоти метаболічних ускладнень в післяопераційному періоді, збільшенні тривалості та покращенні якості життя хворих, що оперовані.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Виконують широку мобілізацію дванадцятипалої кишки з висіченням фіброзно змінених перипанкреатичних тканин, відсіченням загальної жовчної протоки та дистальною резекцією шлунку, дуоденектомію з видаленням тканини підшлункової залози, що прилягає до дванадцятипалої кишки, V-подібним висіченням голівки підшлункової залози з розкриттям головної панкреатичної протоки і протоків дрібніших калібрів з формуванням термінолатерального панкреатоєюноанастомозу на ізольованій за Ру петлі тонкої кишки та гепатикоєюно- та гастроентероанастомозів на окремій петлі тонкої кишки.

Методика, що запропонована, була застосована у 3-х хворих. Хворий Д., 1966р.н. (№ історії хвороби 25814), діагноз хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит, стан після дистальної резекції підшлункової залози, цистоеюностомії з кістою голівки підшлункової залози ізольованої за Ру петлі тонкої кишки, парапанкреатичний фіброз з абсцедуванням, стеноз дванадцятипалої кишки, субкомпенсована дуоденальна непрохідність, біліарна гіпертензія, холангіт, екзо- та ендокринна

панкреатична недостатність, больовий синдром. Рівень еластази калу через 3 місяці після першої операції -30кг/г, HbA1c-10,2%. Пацієнту виконано оперативне втручання за методикою, що запропонована, безпосередніх післяопераційних ускладнень не було. Через 4 міс після операції хворий скарг не має, працює, больовий синдром відсутній, еластаза калу 95мкг/г, HbA1c-4,7%. Таким чином, використання запропонованого способу забезпечує максимальне збереження/відновлення екзо- та ендокринної функції підшлункової залози, ліквідацію пейсмейкеру фіброзу в голівці підшлункової залози та усунення перипанкреатичних фіброзних ускладнень.

Список використаних джерел:

1. Cho A., Arita S., Koike N. et al. Ventral pancreatectomy associated with segmental duodenectomy including the major papilla //Hepatogastroenterology. -2007. -Vol.54, N80. -P.2392-2394.

2. Fleming W., Williamson R. Role of total pancreatectomy in the treatment of patients with end-stage chronic pancreatitis //Br J Surg. -1995. -Vol.82, N10. -P.1409-1412.

3. Gourgiotis S., Germanos S., Ridolfini MP. Surgical management of chronic pancreatitis //Hepatobiliary Pancreat Dis Int. -2007. -Vol.6, N2. -P.121-133.

4. Mihaljevic A., Kleeff J., Friess H. et al. Surgical approaches to chronic pancreatitis //Best Pract Res Clin Gastroenterol -2008. -Vol.22, N1. -P.167-181.