



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **42471** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ПАНКРЕАТОЄЮНОАНАСТОМОЗУ

1

(21) u200900140

(22) 09.01.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

(72) КОПЧАК ВОЛОДИМИР МИХАЙЛОВИЧ, КОПЧАК КОСТЯНТИН ВОЛОДИМИРОВИЧ, ХОМЯК ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ, ДУВАЛКО ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, ЗЕЛІНСЬКИЙ АРТЕМ ІГОРОВИЧ, БОРИСОВ БОГДАН ВАЛЕРІЙОВИЧ

2

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб формування панкреатоєюноанастомозу, який включає накладання панкреатодуктоєюнального анастомозу двома рядами швів, який **відрізняється** тим, що отвір в кишці для формування анастомозу створюють, відступивши 1-2мм від краю зрізу кишки, при цьому кінець кукси підшлункової залози інвагінують додатковими П-подібними вузловими швами в кінець тонкої кишки.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути використана на реконструктивному етапі панкреатодуоденальної резекції.

Відомий спосіб формування панкреатоєюноанастомозу, який включає накладання панкреатодуктоєюнального анастомоза двома рядами швів [Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. - Симферополь. Таврида, 1997. - 560с.].

Недоліком відомого способу є велика частота післяопераційних ускладнень пов'язаних з підтіканням соку підшлункової залози в черевну порожнину у випадку втрати герметичності першого ряду швів, які безпосередньо зв'язують проток підшлункової залози зі слизовою оболонкою кишки, що призводить до таких важких післяопераційних ускладнень, як тривалий гастростаз, аррозивні кровотечі, формування зовнішньої панкреатичної нориці.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу формування панкреатоєюноанастомозу, який за рахунок додаткової інвагінації П-подібними вузловими швами кінця кукси підшлункової залози в кінець тонкої кишки забезпечив би зниження частоти післяопераційних ускладнень пов'язаних з підтіканням соку підшлункової залози в черевну порожнину у випадку втрати герметичності першого ряду швів.

Поставлена задача вирішується тим, що у спосіб формування панкреатоєюноанастомозу, що включає накладання панкреатодуктоєюнального анастомоза двома рядами швів, згідно корисної

моделі, отвір в кишці для формування анастомозу створюють відступивши 1-2мм від краю зрізу кишки, при цьому кінець кукси підшлункової залози інвагінують додатковими П-подібними вузловими швами в кінець тонкої кишки.

Створення отвору для формування анастомозу відступаючи 1-2мм від краю зрізу кишки та інвагінування кінця кукси підшлункової залози в кінець кишки додатковими П-подібними вузловими швами забезпечує зниження кількості післяопераційних ускладнень так як створюється додатковий ряд швів, які герметизують анастомоз.

Зазначені в корисній моделі інтервали цифрових значень (1-2мм) встановлені на основі клінічних досліджень 8 пацієнтів.

Спосіб здійснюють таким чином. Після виконання оперативного доступу, ревізії органів черевної порожнини та встановлення показів до виконання панкреатодуоденальної резекції проводять мобілізацію панкреатодуоденального комплексу, в ході якої тонку кишку пересікають на 10-15см дистальніше зв'язки Трейца з використанням зшиваючого апарата типу GIA. Після видалення панкреатодуоденального комплексу петлю тонкої кишки проводять позадуободово через «вікно» у брижі поперечної ободової кишки. Кінець тонкої кишки підводять до кукси підшлункової залози таким чином, щоб брижовий край був орієнтований в каудальному напрямку, а противрижовий - у краниальному напрямку. Відступаючи на 3-3,5см від лінії апаратного шва на кишці та на 3-3,5см від зрізу кукси підшлункової залози накладають не зав'язуючи від 2 до 4 П-подібних шва захоплюючи сероз-

(13) **U**
(11) **42471**
(19) **UA**

ний та м'язовий шари стінки кишки з одного боку і паренхіму підшлункової залози на глибину 3-4мм з іншого. П-подібні шви по черзі зав'язують. Далі на задній стінці кишки відступаючи на 1-2мм від лінії апаратного шва та посередині відстані між брижовим та протибрижовим краями створюють ентеротомічний отвір діаметр якого відповідає діаметру протока підшлункової залози. Накладають не зав'язуючи 4-6 вузлових шва захоплюючи всю товщину стінки кишки з одного боку і стінку протока підшлункової залози та її паренхіму на глибину до 4 мм з іншого. Шви по чергово зав'язують вузлами назовні адаптуючи слизову оболонку кишки до слизової оболонки протока підшлункової залози. Передній край зрізу підшлункової залози зшивають безперервним обвивним швом з лінією апаратного шва на кишці таким чином, щоб апаратний шов інвагінувалася всередину. Відступаючи з обох боків на 1см від лінії безперервного шва накладають не зав'язуючи від 2 до 4 П-подібних шва захоплюючи серозний та м'язовий шари стінки кишки з одного боку і паренхіму підшлункової залози на глибину 3-4мм з іншого. П-подібні шви по черзі зав'язують інвагінуючи кінець кукси підшлункової залози в кінець кишки. Реконструктивний етап завершують послідовно формуючи гепатикоєюноанастомоз та гастроєюноанастомоз. За показами дренують черевну порожнину.

Приклад

Пацієнт В. історія хвороби №2840 поступив на лікування у НІХТ АМН України 28.06.2008 через 7 днів після виникнення жовтяниці. При поступленні - скарги на іктеричне забарвлення шкіри та склер, біль та важкість у ділянці правого під ребер'я. Після клінічного, лабораторного, інструментального обстеження встановлено діагноз: Рак головки підшлункової залози. Механічна жовтяниця. Холангіт. Холестатичний гепатит. 01.07.2008 виконана операція. Верхньосередина лапаротомія. При ревізії: печінка збільшена у розмірах, з явищами холеста-

тичного гепатиту, без ознак вогнищевої патології. Жовчний міхур збільшений у розмірах, напружений конкрементів не містить. Холедох шириною 12мм. Шлунок, тонка та товста кишки, органи малого тазу - без патології. Мобілізували ДПК за Кохером. Розділили шлунково-ободову зв'язку. Ревізія сальникової сумки: в ділянці головки підшлункової залози - щільна, бугриста пухлина діаметром до 4 см. Мобілізували та видалили гастропанкреатодуоденальний комплекс одним блоком з регіонарними лімфовузлами. Типова холецистектомія. Реконструктивний етап: на єдиній петлі тонкої кишки за Чайлдом послідовно наклали інвагінаційний панкреатодуктоєюнальний анастомоз двома рядами швів, при цьому отвір в кишці для формування анастомозу створили відступивши 2мм від краю зрізу кишки, а кінець кукси підшлункової залози інвагінували додатковими П-подібними вузловими швами в кінець тонкої кишки, гепатикоєюноанастомоз та попереду ободовий гастроєюноанастомоз. Дренажі встановлені до гепатикоєюноанастомозу справа та панкреатоеюноанастомозу зліва. Пошарово ушито рану. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, ознак підтікання соку підшлункової залози в черевну порожнину не спостерігали.

За запропонованим способом прооперовано 8 хворих, ознак підтікання соку підшлункової залози в черевну порожнину та пов'язаних з цим післяопераційних ускладнень не було виявлено в жодного з них. У 2 з 8 хворих, оперованих за способом - аналогом виявлено недостатність панкреатоеюноанастомозу з підтіканням в черевну порожнину соку підшлункової залози і пов'язаним з цим тривалим гастростазом.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень пов'язаних з підтіканням соку підшлункової залози в черевну порожнину.