



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 51589

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ БІЛІОДИГЕСТИВНОГО ТА ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНОГО ШУНТУВАННЯ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ ТА ПАНКРЕАТИЧНОЇ ОБСТРУКЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК ГОЛІВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, ФІБРОЗ ТА ЦИРОЗ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) 2002086723

(22) 14 08 2002

(24) 15 11 2002

(46) 15 11 2002, Бюл. №11, 2002 р

(72) Сусак Ярослав Михайлович, Ткаченко Олександр Анатолійович

(73) Сусак Ярослав Михайлович, Ткаченко Олександр Анатолійович

(57) Спосіб біліодигестивного та панкреатодигестивного шунтування при механічній жовтяниці та

панкреатичної обструкції у хворих на рак голівки підшлункової залози, фіброз та цироз підшлункової залози, що включає формування панкреатоеюноанастомозу на проведенні заободово мобілізованій по Ру петлі тонкої залози, який відрізняється тим, що на одній петлі без каркасного стентування з використанням однорядних вузлових швів формують анастомози, а гепатикоеюноанастомоз формують на 6-8см проксимальніше за панкреатоеюноанастомоз

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургічної гастроентерології, і може бути використаний при симптоматичному лікуванні хворих на рак підшлункової залози (РПЗ), фіброз та цироз підшлункової залози (ПЗ), ускладнені біліарною та панкреатичною обструкцією

Відсутність ранніх патогномонічних ознак при РПЗ обумовлює його діагностику вже при наявності жовтяниці у 80,6% хворих. Найчастіше жовтяниця виникає при ураженні голівки ПЗ, рідко - тіла і хвоста ПЗ. За даними Самсонова В. А. та ін. [1], РПЗ ускладнюється жовтяницею в 51,1% випадків, яка виникає переважно при ураженні голівки ПЗ. У випадках без її ураження жовтяниця спостерігалася лише в 12,8% випадків і була обумовлена в основному метастазами пухлини в лімфатичні вузли воріт печінки, рідко - масивним метастатичним ураженням печінки. При фіброзі та цирозі ПЗ жовтяниця виникає у 6 - 30% хворих [4].

В 5 - 60% біліарна обструкція супроводжується панкреатичною обструкцією (обструкція головного панкреатичного протоку), що обумовлює наявність стійкого більового синдрому та явищ зовнішньої секреторної недостатності ПЗ [2, 4].

Хоча тактика і техніка біліодигестивного шунтування розроблені - холецистоеюностомія, холедохоеюностомія чи гепатикоеюностомія [4], тільки корекція біліарної обструкції не може забезпечити ліквідацію основних симптомів захворювання, що є причиною незадовільних результатів лікування таких пацієнтів.

Найбільш близьким до рішення даної проблеми є спосіб, запропонований Хотиняну В. Ф. та співавторам (2001) [3] для лікування хронічного кальцифікуючого панкреатиту. Спосіб прототип включає формування продольної панкреатоеюностомії та холецистоеюноанастомоза на розщепленій ізольованій за Ру петлі тонкої кишки. Недоліком цього способу є наступне: хоча холецистоеюностомія є найменш травматичною та найбільш легкою у виконанні, вона пов'язана з високим ризиком рецидиву жовтяниці та розвитком висхідного холангіту, необхідність формування відокремленої петлі для формування панкреатоеюноанастомозу, що суттєво порушує фізіологічність операції за рахунок її дистомоторики та збільшує тривалість та ризик оперативного втручання за рахунок додаткового ентеро-ентероанастомозу.

Задачею цього винаходу є удосконалення способу біліодигестивного та панкреатодигестивного шунтування, внаслідок чого збільшується ефективність лікування та знижується ризик розвитку післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується створенням панкреатоеюноанастомозу на відокремленій за Ру петлі тонкої кишки, проведеної позадиободово однорядними вузловими швами з використанням шовного матеріалу PDS 8/0. Показаннями для формування панкреатоеюноанастомозу є діаметр вірсунгова протока, який складає 0,8 - 1см та більше. Гепатикоеюноанастомоз формують на 8см проксимальніше панкреатоеюноанастомозу на тій же

(13) A

(11) 51589

(19) UA

самій петлі після попередньої холецистектомії та високого перетинання гепатикохолепоху (біля розвилки). Анастомоз формується однорядними вузловими швами з використанням шовного матеріалу PDS 6/0.

Винахід пояснюється прикладом конкретного виконання

Хвора Ж., 58 років, поступила в клініку 11.09.01 після 2-тижневого лікування в інфекційному стаціонарі з приводу вірусного гепатиту. При обстеженні (УЗД КТ, СА 19-9) встановлений діагноз: рак ПЗ, механічна жовтяниця. Діаметр вірсунгова протока (визначений при КТ та УЗД) складав 1,3 см. Рівень загального білірубіну складав 580 ммоль/л. Протягом останніх 3-х місяців хвору турбував біль високої інтенсивності у спині. Після передопераційної підготовки хвора була прооперована. Верхньосередина лапаротомія. В голівці ПЗ виявлена пухлина 7 x 6 см, лімфатичні вузли в гепатодуоденальній зв'язці збільшені до 1 - 1,5 см, кам'янистої щільності (взята біопсія). Холедох діаметром 3 см, вірсунгов проток - 1,3 см. Виконана холецистектомія. Загальна печінкова протока пересічена біля розвилки, на проведеній позадиободово петлі тонкої кишки, мобілізованій за Ру, сформований гепатикоєюноанастомоз без каркаса однорядним вузловим швом PDS 6/0, петля проведена крізь малий сальник, на відстані 8 см від гепатикоєюноанастомозу сформований панкреатоєюноанастомоз однорядними вузловими швами. Виконана біопсія пухлини (високо диференційована аденокарцинома). Перебіг післяопераційного

періоду без ускладнень. Через 15 днів після операції - білірубін 34 ммоль/л, больового синдрому немає, через 2 місяці після операції - індекс Карновського 88. Хворій призначена імунохімотерапія.

Запропонований спосіб апробовано у Київському Центрі хірургії печінки, жовчних протоків та підшлункової залози у 9 хворих. Ускладнень у прооперованих хворих за даною методикою не спостерігали. Хворі отримували можливість комплексного лікування основного захворювання, що було принципово неможливо при неусуненій жовтяниці та печінковій недостатності, у них зник (чи суттєво зменшився) больовий синдром та покращилась якість життя (оцінена за індексом Карновського).

Література

- 1 Самсонов В. А., Андреев Р. М., Федорова Л. А., Некачалов В. В. Клинико-анатомическая характеристика рака поджелудочной железы // Архив патологии - 1995 - № 3 - С. 65 - 67.
- 2 Федоров В. Д., Буриев И. М., Икрамов Р. З. Хирургическая панкреатология. Руководство для врачей - М. Медицина - 1999 - 207 с.
- 3 Хотиняну В. Ф., Карагац З. Ф., Казак А. В. и др. Аспекты диагностики и лечения хронического кальцифицирующего панкреатита // Вісник морської медицини - 2001 - № 2 (14) - С. 344 - 347.
- 4 Шалімов О. О., Грубнік В. В., Дж. Горовіц, Зайчук А. І., Ткаченко О. І. Хронічний панкреатит. Сучасні концепції патогенезу, діагностики і лікування - К. Здоров'я, 2000 - 256 с.

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 - 20 - 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 - 32 - 71