



УКРАЇНА

(19) UA (11) 53181 (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 ВИКОНАННЯ ПАНКРЕАТОГАСТРОАНАСТОМОЗУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

1

2

(21) u201003852

(22) 06.04.2010

(24) 27.09.2010

(46) 27.09.2010, Бюл. № 18, 2010 р.

(72) ЗАПОРОЖЧЕНКО БОРИС СЕРГІЙОВИЧ,  
ШИШЛОВ ВІТАЛІЙ ІВАНОВИЧ, КАЧАНОВ ВАЛЕРІЙ  
МИКОЛАЙОВИЧ, ГОРБУНОВ АНАТОЛІЙ  
АНАТОЛІЙОВИЧ, БОРОДАЄВ ІГОР ЄВГЕНОВИЧ,  
КОРИТНА ГАННА ЮРІЇВНА

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб виконання панкреатогастроанастомозу при хірургічному лікуванні раку підшлункової залози шляхом виконання панкреатодуоденальної резекції, який **відрізняється** тим, що після проведення панкреатодуоденальної резекції виконують селективну ваготомію (СПВ), після чого накладають анастомоз 4 між кулкою підшлункової залози 1 і задньою стінкою шлунка 2.

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні пухлин білопанкреатодуоденальної зони.

Відомо, що пухлини органів білопанкреатодуоденальної зони (БПДЗ) складає 15% усіх злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту і має тенденцію до збільшення.

Серед органів БПДЗ пухлиною найбільш часто уражується підшлункова залоза - 63-86%.

На сьогодні найбільш радикальним методом лікування злоякісних пухлин БПДЗ є хірургічний, при цьому операбельність, за різними даними, не перевищує 15-17%. Багате кровопостачання органів даної зони, близькість магістральних судин, густа сітка анастомозів між лімфатичними судинами і вузлами, поряд з біологічними особливостями пухлини, сприяє ранньому лімфогенному і гематогенному метастазуванню.

Віддаленні результати лікування раку підшлункової залози дотепер залишаються вкрай незадовільними в основному через численні післяопераційні ускладнення після панкреатодуоденальних резекцій.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є метод декомпресійного дренивання панкреатогастроанастомозу, який дозволяє знизити ризик неспроможності панкреатогастроанастомозу і післяопераційного панкреатиту [1]. Виконання вказаного методу являє собою послідовний ланцюг співусть: панкреатогастроанастомоз + дуодено-дуодено-єюноанастомоз + гепато-

коентероанастомоз "кінець у бік" на відключеній за Ру петлі тонкої кишки. Дренування анастомозів після панкреатодуоденальної резекції - зі збереженням шлунку і превратнику.

Однак, у вказаному способі дренаж панкреатогастроанастомозу виконаний фіксованим до капронової нитки, проведеної назогастрально, що є досить незручним і неприємним для пацієнта. Незважаючи на технічну простоту виконання, скорочення терміну операції, результати зовнішнього дренивання панкреатичного протоку не можна признати задовільними.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення способу накладання гастродуоденального анастомозу при хірургічному лікуванні раку підшлункової залози шляхом оригінального накладання панкреатогастрального анастомозу в умовах пілорозберігаючої резекції шлунку, що дозволить знизити кількість і агресивність шлункового соку і досягти зменшення секреторної активності підшлункової залози.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, після проведення панкреатодуоденальної резекції виконують селективну проксимальну ваготомію (СПВ), після чого накладають анастомоз між культею підшлункової залози і задньою стінкою шлунка.

Спосіб виконується наступним чином.

На кресленні схематично представлене виконання анастомозу при хірургічному лікуванні раку підшлункової залози, де:

1 - залоза підшлункова;

(19) UA (11) 53181 (13) U

- 2 - шлунок;
- 3 - анастомоз між загальним печінковим протоком і тонкою кишкою;
- 4 - анастомоз між куксою ПЗ і задньою стінкою шлунку;
- 5 - анастомоз між петлею тонкої кишки і шлунком.

При хірургічному лікуванні раку підшлункової залози 1 накладають анастомоз 3 між загальним печінковим протоком і тонкою кишкою, потім - анастомоз 4 між куксою підшлункової залози і задньою стінкою шлунка 2, після чого виконують анастомоз 5 між петлею тонкої кишки і шлунком. Виконання СПВ запропонованим способом дозволяє знизити секрецію соляної кислоти і пепсину, що сприяє загоюванню анастомозу.

Вказані вище анастомози накладаються на одній петлі, що також попереджує неспроможність

панкреатогастроанастомозу і знижує кількість випадків розвитку післяопераційного панкреатиту.

Черевну порожнину і рану черевної стінки ушивають наглухо.

В порівнянні з найближчим аналогом, запропонований спосіб накладання гастродуоденального анастомозу при хірургічному лікуванні раку підшлункової залози дозволяє значно зменшити кількість і агресивність шлункового соку, а саме - зменшити кількість HCl, підвищити pH шлункового секрету, зменшити кількість секрету, що запобігає ушкодженню кукси підшлункової залози.

Джерела інформації:

1. Пат. 2263517 С1 Российская Федерация, МПК7: А61М27/00. Способ дренирования панкреатогастроанастомоза при панкреатодуоденальной резекции / Шестопапов С.С., Михайлова С.А. - № 2004106215/14; заявл. 02.03.04; опубл. 10.11.05.

