



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 54888

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

1

2

(21) 2002043683

(22) 30 04 2002

(24) 17 03 2003

(46) 17 03 2003, Бюл. № 3, 2003 р.

(72) Копчак Володимир Михайлович, Дронов
Олексій Іванович, Дувалко Олександр Васильович,
Тодуров Іван Михайлович, Хомяк Ігор Васильович,
Хубиев Марат Баширович, Копчак Костянтин Во-
лодимирович(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАСПЛАНТОЛОГІЇ
АМН УКРАЇНИ (ІХТ АМНУ)

(57) Спосіб панкреатодуоденальної резекції, який включає резекцію голівки підшлункової залози з ділянкою дванадцятипалої кишки та накладанням панкреатоєюноанастомозу з мобілізованим сегментом тонкої кишки, який відрізняється тим, що резекцію ділянки дванадцятипалої кишки виконують зі збереженням її нижньої горизонтальної частини, а сегмент тонкої кишки мобілізують довжиною, що дорівнює довжині видаленої ділянки дванадцятипалої кишки, з дистальним кінцем якого формують дуоденоєюноанастомоз

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний при лікуванні пухлин дистального відділу холедоха та фатеро-вого сморчка

Відомі способи панкреатодуоденальної резекції включають резекцію голівки підшлункової залози з дванадцятипалою кишкою та виключення кукси підшлункової залози з травлення ушивання кукси підшлункової залози, пломбування панкреатичного протоку, зовнішнє дренивання панкреатичного протоку [1]

Недоліком цих способів є велика кількість ускладнень у вигляді дисфункцій травного тракту, порушення травлення внаслідок того, що панкреатичні ферменти не поступають у шлунково-кишковий тракт

Найближчим аналогом є спосіб панкреатодуоденальної резекції, який включає резекцію голівки підшлункової залози з ділянкою дванадцятипалої кишки та накладанням панкреатоєюноанастомозу з мобілізованим сегментом тонкої кишки [2]

Недоліком найближчого аналогу є велике число ускладнень у вигляді дисфункцій травного тракту через не надходження панкреатичного соку в дванадцятипалу кишку

Задачею винаходу є розробка такого способу панкреатодуоденальної резекції, який за рахунок резекції дванадцятипалої кишки зі збереженням її нижньої горизонтальної частини, з яким формують дуоденоєюноанастомоз, забезпечував би зменшення кількості ускладнень у вигляді дисфункцій

шлунково-кишкового тракту

Поставлена задача вирішується тим, що в способі панкреатодуоденальної резекції, який включає резекцію ділянки дванадцятипалої кишки та накладання панкреатоєюноанастомозу, згідно до винаходу, резекцію ділянки дванадцятипалої кишки виконують зі збереженням її нижньої горизонтальної частини, мобілізують ділянку тонкої кишки у вигляді сегменту, довжиною рівною видаленій ділянці дванадцятипалої кишки і з дистальним кінцем якого формують дуоденоєюноанастомоз

Спосіб здійснюють наступним чином виконують верхньо-середню лапаротомію. Після повної мобілізації панкреатодуоденального комплексу, його видаляють зі збереженням нижньої горизонтальної частини дванадцятипалої кишки. Мобілізують ділянку тонкої кишки у вигляді сегменту довжиною рівною видаленій ділянці дванадцятипалої кишки, резектують її так, щоб вона кровопостачалася судинною ніжкою судин брижі. З одним кінцем сегменту формують панкреатоєюноанастомоз, а з другим - дуоденоєюноанастомоз. При цьому сегмент розміщують ізоперистальтично. Формують гепатикоєюноанастомоз

На виключеній петлі кишки за Ру формують гастроеюноанастомоз. Зашивають лапаротомну рану з дрениванням черевної порожнини

Приклад. Хворий В., 51 рік, історія хвороби № 1806, поступив у відділ хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчевивідних про-

(13) A

(11) 54888

(19) UA

токів ІХТ АМН України зі скаргами на жовтяницю, біль в правому підреб'ї, нудоту, загальну слабкість, схуднення на 5кг. Хворіє протягом трьох тижнів коли з'явилась жовтяниця. При об'єктивному обстеженні стан хворого середньої важкості. За конституцією - нормостенік. Шкіра та слизові жовтушні. Пульс - 78 уд. за хв., АТ - 120/80мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, болючий в правому підреб'ї. Печінка на 2см нижче реберної дуги. Співісць білий, сеча - темна.

Проведені інструментальні обстеження. УЗД - печінка збільшена, холедох до 1см Ø, жовчний міхур збільшений, без конкрементів. Підшлункова залоза не збільшена, ущільнена, вірсунгова протока не розширена, селезінка, нирки - N.

ЕРПХГ - холедох стенозований в дистальному відділі.

Аналіз крові: Ер - $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 124г/л, Le - $7,8 \cdot 10^9/л$, загальний білок - 66,7г/л, білірубін загальний - 165мкмоль/л, прямий - 118,4мкмоль/л, K^+ - 4,2, Na^+ - 138, цукор крові - 5,6, АЛТ - 2,04, АСТ - 1,82.

Встановлено діагноз: рак дистального відділу холедоха, механічна жовтяниця.

20.09.2001 р. виконано оперативне втручання. Верхньо-середина лапаротомія, при ревізії органів черевної порожнини виявлено пухлину в ретродуоденальному відділі холедоха розмірами 2 x 3см з проростанням в голівку підшлункової залози, регіонарних та віддалених метастазів не виявлено. Мобілізували панкреатодуоденальний комплекс, видалили його зі збереженням нижньої го-

ризонтальної частини дванадцятипалої кишки, мобілізували та резекували сегмент тонкої кишки завдовжки 15см зі збереженням судин брижі. Реконструктивний етап: панкреатоеюноанастомоз, гепатоеюноанастомоз та єюнодуоденоанастомоз. На виключенні за Ру петлі тонкої кишки сформували гастроєюноанастомоз.

Післяопераційний період середньої важкості. Хворий у задовільному стані виписаний на 15 добу після операції.

Оглянутий через 3 та 5 місяців. Скарг немає, за даними УЗД метастазів в печінці не виявлено, рідинних утворів в черевній порожнині не виявлено.

За запропонованим способом оперовано 3 хворих. У цих хворих не спостерігалось проявів дисфункції шлунково-кишкового тракту, тоді як у 3 хворих, оперованих за найближчим аналогом, у 2 хворих відзначена дисфункція кишківника.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє зменшити число ускладнень у вигляді дисфункції шлунково-кишкового тракту.

Джерела інформації:

1. Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Полупан В.Н. Атлас операцій на печені, жепчних путях, поджелудочной железе и кишечнике // М. Медицина, — 1979, — с. 190 - 230.

2. Блохин Н.Н., Ночин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных жепчных протоков // М. Медицина, 1982, — с. 150 - 151 — найближчий аналог.