



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60074

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

1

(21) 2003010550

(22) 21 01 2003

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р

(72) Дувалко Олександр Васильович, Ханенко Василь Васильович, Копчак Костянтин Володимирович

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб панкреатодуоденальної резекції, що включає формування холецистоентероанастомозу

2

на виключеній за Брауном петлі кишки на першому етапі лікування та видалення панкреатодуоденального комплексу на другому етапі лікування, який відрізняється тим, що видалення панкреатодуоденального комплексу виконують із збереженням холецистоентероанастомозу, розсікають привідну петлю холецистоентероанастомозу, після чого формують гастроентероанастомоз з привідною петлею браунівського сполучення та панкреатоєюноанастомоз з дистальним кінцем привідної петлі холецистоентероанастомозу

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для лікування хворих з пухлинами білопанкреатодуоденальної області

Відомі способи панкреатодуоденальної резекції, що включають резекцію голівки підшлункової залози з дванадцятипалою кишкою та дистальною частиною шлунка з наступним формуванням білодипістивних, гастроентеро- та панкреатоентероанастомозів [1,2]

Недоліком цих способів є велика кількість ускладнень пов'язаних з недостатністю анастомозів, гнійно-запальних ускладнень

Найближчим аналогом є спосіб панкреатодуоденальної резекції, що включає формування холецистоентероанастомозу на виключеній за Брауном петлі кишки на першому етапі лікування та видалення панкреатодуоденального комплексу на другому етапі лікування [3]

Недоліком аналогу є висока кількість післяопераційних ускладнень, пов'язаних із недостатністю холецистоентероанастомозу

Задача винаходу є розробка такого способу панкреатодуоденальної резекції, який за рахунок збереження холецистоентероанастомозу на другому етапі лікування забезпечив би зниження числа післяопераційних ускладнень, пов'язаних з недостатністю холецистоентероанастомозу

Поставлена задача вирішується тим, що в спосіб панкреатодуоденальної резекції, що включає формування холецистоентероанастомозу на виключеній за Брауном петлі кишки на першому

етапі лікування та видалення панкреатодуоденального комплексу на другому етапі лікування, згідно винаходу видалення панкреатодуоденального комплексу виконують із збереженням холецистоентероанастомозу, розсікають привідну петлю холецистоентероанастомозу, після чого формують гастроентероанастомоз з привідною петлею браунівського сполучення та панкреатоєюноанастомоз з дистальним кінцем привідної петлі холецистоентероанастомозу

Видалення панкреатодуоденального комплексу із збереженням холецистоентероанастомозу на другому етапі лікування забезпечує надійне функціонування холецистоентероанастомозу і дає можливість зменшити число ускладнень, пов'язаних з його недостатністю, так як на другому етапі формують тільки панкреатоєюно- та гастроентероанастомоз

Спосіб здійснюють наступним чином. Виконують холецистоентероанастомоз на виключеній за Брауном петлі кишки, як перший етап лікування. Другий етап лікування виконують через 1-2 міс. Виконують лапаротомію. Після повної мобілізації панкреатодуоденального комплексу, його видаляють моноблочно в межах дистальної частини шлунка, дванадцятипалої кишки, голівки підшлункової залози, жовчні протоки нижче рівня впадіння міхурової протоки. Розсікають привідну петлю холецистоентероанастомоза на відстані 2-3см від браунівського сполучення. Дистальну куксу прошивають та занурюють в кисетний чи Z-подібний шов з проксимальною куксою формують

(13) A

(11) 60074

(19) UA

панкреатоєюноанастомоз кінцев-в-кінець Привідну петлю браунівського сполучення анастомозують з куксою шлунка. Зашивають лапаротомну рану з дренажуванням черевної порожнини.

Приклад. Хворий С., 64 роки, історія хвороби №1087, 1998 рік, поступив у відділ хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних протоків ІХТ АМНУ з діагнозом рак великого сосочка дванадцятипалої кишки 1 міс назад за місцем проживання виконано холецистоєюностомія за Брауном. Хворий обстежений (клініко-лабораторно, УЗД, ЕРПХГ), встановлений діагноз: рак великого сосочка дванадцятипалої кишки, Т3N0M0, холангіт, хронічний панкреатит. 12.06.1998 проведено оперативне втручання. Верхньосередина лапаротомія з висіченням п/о рубця Вісцероліз. При ревізії виявлено пухлину великого сосочка дванадцятипалої кишки 2,5х3см з проростанням в дванадцятипалу кишку та голівку підшлункової залози. Метастазів пухлини не виявлено. Мобілізація панкреатодуоденального комплексу, видалення його із збереженням холецистоентероанастомозу. Розсічення привідної петлі холецистоентероанастомозу на відстані 3см від браунівського сполучення. Дистальна кукса прошита, перев'язана, занурена в кисетний шов. Реконструктивний етап панкреатоєюноанастомоз кінцев-в-кінець з проксимальною куксою привідної

петлі холецистоентероанастомоза, гастроентероанастомоз кінцев-в-кінець з привідною петлею браунівського сполучення. В п/о періоді ускладнень у вигляді підтікання жовчі не спостерігали. Виписаний на 16 добу після операції в задовільному стані.

За запропонованим способом прооперовано 3 хворих, у яких не спостерігали ускладнень у вигляді недостатності холецистоентероанастомозу. З 3 хворих, прооперованих за способом-аналогом у 2 спостерігали недостатність холецистоентероанастомозу у вигляді підтікання жовчі.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показало, що запропонований спосіб дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді недостатності холецистоентероанастомозу.

#### Література

1. Блохин Н.Н., Ночин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков //М. Медицина, 1982, - С 148-151.
2. Золингер Р.М., Золингер Р.М. Атлас хирургических операций //М. Доктор и К, 2002, - С 208-224.
3. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы //Симферополь. Таврида, 1997, - С 461-465 - найближчий аналог.