



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **66482** (13) **U**  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ПАНКРЕАТОЄЮНОАНАСТОМОЗУ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

1

2

(21) u201106139

(22) 17.05.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) КОПЧАК ВОЛОДИМИР МИХАЙЛОВИЧ, ХО-  
МЯК ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ, КОПЧАК КОСТЯНТИН  
ВОЛОДИМИРОВИЧ, ДУВАЛКО ОЛЕКСАНДР ВА-  
СИЛЬОВИЧ, МИКОЛЮК ЮРІЙ ВОЛОДИМИРО-  
ВИЧ, ТУЛСЬКИЙ МИХАЙЛО ВОЛОДИМИРОВИЧ  
(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА  
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НА-  
МН УКРАЇНИ

(57) Спосіб накладання панкреатоеюноанастомозу при резекції підшлункової залози, який включає формування інвагінаційного анастомозу між головною панкреатичною протокою та порожниною тонкої кишки, який **відрізняється** тим, що перед формуванням анастомозу зріз кукси підшлункової залози прошивають по площині таким чином, що стискають паренхіму, протоки залози, судини, залишаючи вільною головну панкреатичну протоку.

Корисна модель належить до медицини зокрема до хірургії, і може бути використана при резекціях підшлункової залози.

Відомий спосіб накладання панкреатоеюноанастомозу при резекції підшлункової залози, який включає формування інвагінаційного анастомозу між головним панкреатичним протоком та порожниною тонкої кишки [Золлингер Р. Атлас хирургических операций /М: Междунар. мед. клуб, -1996. - С. 222-225.].

Недоліком аналога є велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді неспроможності панкреатоеюноанастомозу та крайовий некроз кукси підшлункової залози через підтікання агресивного панкреатичного соку, що виділяється із непрошитої паренхіми залози.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу накладання панкреатоеюноанастомозу при резекції підшлункової залози, який за рахунок прошивання паренхіми підшлункової залози перед формуванням анастомозу забезпечував би зниження кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі накладання панкреатоеюноанастомозу при резекції підшлункової залози, який включає формування інвагінаційного анастомозу між головним панкреатичним протоком та порожниною тонкої кишки, згідно корисної моделі, перед формуванням анастомозу зріз кукси підшлункової залози прошивають по площині таким чином, що стискають паренхіму, протоки залози, судини, залишаючи вільною головну панкреатичну протоку.

Прошивання зрізу кукси підшлункової залози по площині забезпечує попередження підтікання агресивного панкреатичного соку в зону анастомозу, та забезпечує таким чином зменшення кількості післяопераційних ускладнень у вигляді неспроможності анастомозу та крайових некрозів залози.

Спосіб виконують таким чином. Виконують попередню білатеральну субкостальну чи верхньосередню лапаротомію. Після повної мобілізації панкреатодуоденального комплексу, його видаляють. Далі виконують реконструктивний етап, який полягає в послідовному накладанні: панкреатоеюно-, гепатикоеюно- та гастроеюноанастомозу.

Панкреатоеюноанастомоз починають з прошивання зрізу кукси підшлункової залози по площині, залишаючи вільною головну панкреатичну протоку. Потім підшивають слизову оболонку тонкої кишки до кукси підшлункової залози, головну панкреатичну протоку анастомозують з отвором у тонкій кишці та насувають ділянку кишки на куксу підшлункової залози. Далі накладають другий ряд швів. Закінчують реконструктивний етап. Виконують гемостаз. Залишають дренажі в черевній порожнині. Зашивають рану.

Приклад. Хворий Дейнега Микола Гаврилович, 1948 року народження, історія хвороби № 1073, знаходився на стаціонарному лікуванні у відділі хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова з 21.02.2011 по 14.03.2011 з діагнозом: Рак дистального відділу холедоха, T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> Механічна жовтя-

(19) **UA** (11) **66482** (13) **U**

ниця. Після проведеного обстеження, 01.03.2011 виконали оперативне втручання - гастропанкреатодуоденальну резекцію з модифікованою радикальною лімфаденектомією. Виконали поперечну білатеральну субкостальну лапаратомію. Мобілізували панкреатодуоденальний комплекс. Виконали модифіковану радикальну лімфаденектомію. Реконструктивний етап полягав у послідовному накладанні: панкреатоєюно-, гепатікосюно-, попереду ободового гастроєюноанастомозу.

Панкреатоєюноанастомоз формували таким чином. Спочатку прошили 11-подібними та окремими вузловими швами по площині монофіламентною ниткою, № 4/0 зріз кукси підшлункової залози по площині, стискаючи паренхіму, протоки залози судини, залишаючи вільною головну панкреатичну протоку. Потім підшили слизову оболонку топки кишки до кукси підшлункової залози, головну панкреатичну протоку анастомозували з отвором у

тонкій кишці та насунули ділянку кишки на куксу підшлункової залози. Далі наклали другий ряд швів. Закінчили реконструктивний етап. Виконали гемостаз. Встановили дренажі черевної порожнини. Зашили лапаратомну рану. Післяопераційних ускладнень у вигляді неспроможності анастомозу та крайового некрозу кукси підшлункової залози не було. Хворий виписаний у задовільному стані на 13 добу після операції.

По запропонованому способу виконано 3 оперативних втручання. Ускладнень у вигляді неспроможності анастомозу та крайових некрозів не спостерігали. В той же час із трьох хворих прооперованих за способом-аналогом у одного був крайовий некроз кукси підшлункової залози, у другого - недостатність анастомозу. Таким чином застосування запатентованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень.