



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20389 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/22

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РОЗШИРЕНОЇ ТРАНСДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАПІЛЕКТОМІЇ

1

2

(21) u200608774

(22) 07.08.2006

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. № 1, 2007 р.

(72) Велигоцький Миколай Миколайович, Велигоцький Олексій Миколайович

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб розширеної трансдуоденальної папілектомії, який включає резекцію періампулярної зо-

ни, при якій зашивають дефект дванадцятипалої кишки, накладають анастомози, який **відрізняється** тим, що виконують овальну широкую резекцію періампулярної зони, яка уражена онкологічним процесом, з оперативним втручанням у тканину підшлункової залози до 2-2,5 см, послідовно накладають панкреатикодуоденоанастомоз, холецистодуоденоанастомоз.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії та може бути використана при хірургічному лікуванні пухлин Фатерова соска.

Відомий спосіб трансдуоденальної папілектомії (ТДПЕ) [Шалімов О.О., Шалімов С.О., Нічитайло М.Ю. "Хірургія підшлункової залози", Сімферополь: «Таврида», 1997], який полягає у висіканні пухлини Фатерова соска разом із соском після розрізу навколо соска з використанням попередньої мобілізації дванадцятипалої кишки (ДПК) за Кохером та дуоденотомії. Загальну жовчну (ЗЖП) та головну панкреатичну протоки (ГПП) зшивають між собою, вшивають у дефект задньої стінки ДПК, зашивають весь дефект через усі шари з захватом тканини підшлункової залози (ПЗ).

При реалізації даного способу при пухкій, соковитій паренхімі ПЗ і одночасно малому діаметрі та тонкій ніжній стінці її протоки, що частіше зустрічається при операціях із приводу раку періампулярної зони, завершення ТДПЕ сумісним зшиванням та вшиванням ЗЖП і ГПП у ДПК представляє значний ризик через реальну небезпеку виникнення недостатності панкреатикодуоденоанастомозу і розвитку вторинних ускладнень: панкреатичних, жовчних, кишкових, шлункових свищів, перитоніту, арозивних кровотеч, оскільки суміш панкреатичного секрету з тонкокишковим умістом володіє вираженою дією, що ушкоджує навколишні тканини, у тому числі стінки прилягаючих органів. Крім того, залишається велика загроза поширення пухлинного процесу на збережені ЗЖП, ГПП, та періампулярну зону.

Відомий спосіб економної панкреатодуоденальної резекції (ПДР) [Шалімов О.О., Шалімов С.О.,

Нічитайло М.Ю. "Хірургія підшлункової залози", Сімферополь: «Таврида», 1997], що полягає у видаленні пухлини Фатерова соска з примикаючими тканинами доступом через брижу ободової кишки у вигляді трикутника, основа якого проходить через головку ПЗ, вершина розташована у зовнішній стінці вертикальної частини ДПК без її повного перетинання. Края рани кишки зшивають, вшивають ГПП і накладають холецистодуоденостому.

Причинами, що перешкоджають досягненню необхідного радикального результату, є недостатня резекція тканин періампулярної зони, уражених онкологічним процесом, що представляє значний ризик поширення пухлинного процесу на збережені ЗЖП, ГПП, та періампулярну зону, а також через реальну небезпеку виникнення ускладнень, вказаних у попередньому аналогові.

Найбільш близьким та обраним у якості найближчого аналога є спосіб розширеної ТДПЕ [Данилов М.В., Федоров В.Д. "Хирургия поджелудочной железы", Москва, «Медицина», 1995], під час якої виконують більш широке трансдуоденальне висічення пухлинно-зміненого Фатерова соска за рахунок клиноподібного висікання примикаючої частини ПЗ після розсікання задньої стінки ДПК на всю її товщину. Далі ГПП вшивають у дефект задньої стінки ДПК, зашивають дефект, перв'язують ЗЖП, накладають холецисто- та гастроентероанастомози.

Причинами, що перешкоджають досягненню необхідного технічного результату, є наступні. По-перше, об'єм такої розширеної ТДПЕ наближається до ПДР за виконанням відновлювального етапу, але об'єм резекції залишається не достатнім при

(13) U

(11) 20389

(19) UA

онкологічному ураженні Фатерова соска та періампулярної зони. У зв'язку з цим, даний спосіб має усі вади стандартної ПДР. По-друге, залишається велика загроза поширення пухлинного процесу на збережені ГПП, ВДС та періампулярну зону.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу розширеної ТДПЕ, в якому за рахунок зміни характеру видалення тканини підшлункової залози, досягається більш радикальна резекція ДПК та примикаючих до періампулярної зони частин ПЗ, ЗЖП та ГПП при їх онкологічному ураженні з менш травматичним обсягом оперативного втручання, ніж при стандартній ПДР.

Поставлена задача вирішується в способі розширеної трансдуоденальної папілєктомії, яку здійснюють шляхом резекції періампулярної зони, при якій зашивають дефект дванадцятипалої кишки, накладають анастомози, згідно з корисною моделлю, виконують овальну широку резекцію періампулярної зони, яка уражена онкологічним процесом, з оперативним втручанням у тканину підшлункової залози до 2-2,5см., послідовно накладають панкреатикодуоденоанастомоз, холецистодуоденоанастомоз.

Урахування імовірного розповсюдження процесу на ЗЖП та ГПП з оперативним втручанням у тканину ПЗ до 2-2,5см, дозволяє уникнути рецидивів онкологічного процесу при лікуванні ранніх стадій раку Фатерова соска. Послідовне накладання панкреатикодуоденоанастомозу, холецистодуоденоанастомозу дозволяє уникнути багатьох ускладнень, пов'язаних з розширенням об'єму оперативного втручання: розвитку недостатності анастомозів, рефлюкс-холангіту та панкреатиту та досягти необхідного радикалізму. Відновлювальний етап залишається органозберігаючим та не має вад, властивих для ПДР, зберігається природний шлях травлення та цілість органів травлення.

Суть корисної моделі пояснюють фіг.1-4, де зображені етапи операції. Фіг.1 - дуоденотомія; 2 - об'єм резекції; 3 - вид після резекції; 4 - кінцевий вигляд операції.

Заявлений спосіб РТДПЕ здійснюють наступним чином.

Після дуоденотомії виконують широке овальне висікання тканин ДПК навколо Фатерова соска з захватом до 2,0-2,5см від нього, висікають тканин головки ПЗ, що примикають, на глибині до 2,0-2,5см з видаленням інтрапанкреатичної частини ЗЖП та ГПП, перетинають та перев'язують ЗЖП на рівні супрадуоденальної його частини для більш глибокого видалення примикаючої тканини головки ПЗ (фіг.1-3). Відновлювальний етап починають із зашивання дефекту задньої стінки ДПК з наступним дренажуванням ГПП ніпельним хлорвіловим фіксованим стентом (діаметр 3-4мм), дистальний кінець якого виводять назовні через мікродуоденостому (фіг. 4). Далі накладають холецистодуоденоанастомоз або холецистоєюноанастомоз на довгій петлі з ентероентероанастомозом за Брауном та заглушкою за Шалімовим на протидій петлі.

Приклад 1. Хворий М., 69 років, госпіталізований у клініку в ургентному порядку з діагнозом - рак Фатерова соска T2N2MO, механічна жовтяниця. Хворому на другий день після ендоскопічного

та гомографічного обстежень зроблена операція - РТДПЕ. Використано запропонований спосіб РТДПЕ. На 1-у добу після операції відзначено відносно «спокійний живіт», у хворого відсутні ознаки печінкової недостатності та панкреатиту, що підтверджено лабораторними показниками: білірубінемія - 116,3мкмоль/л, загальний білок - 62г/л, АСТ - 1,23ммоль/л час, АЛТ - 1,97ммоль/л ч, лейкоцитоз 12,4 10^9 /л, паличкоядерні нейтрофіли - 6%, діастаза сечі - 128Од. Імунологічні показники: Т-лімфоцити - 32% (N 49-79%), Т-супресори - 4% (N 5-20%), автоімунні антитіла - 15 (N до 10)ум. од., гемолізину - 1,7 (N 0,2-0,8)ум. од. На фоні помірного імунодефіциту у хворого на 3-у післяопераційну добу поліпшився загальний стан, прояснилася свідомість, з'явилася перистальтика кишечника, при цьому білірубінемія знизилася до 73,5мкмоль/л, Т-лімфоцити зросли до 32%, гемолізину знизилася до 0,43ум. од., діастаза сечі знизилася до 32Од. На 4-у добу хворий був переведений у загальну палату, на 8-у добу відбулася нормалізація лабораторних, у т.ч. імунологічних показників, було видалено дренажний стент протоки ПЗ. На 17-у добу хворий виписаний з клініки з видужанням.

Приклад 2. Хворий Ш., 64 роки, надійшов в клініку з діагнозом - рак Фатерова соска T3N2MO, механічна жовтяниця. Після встановлення діагнозу на УЗД та ЕРХПГ хворому на 2 добу виконана ендоскопічна папілєктомія, що успіху не мала та біопсія ампули ВДС, що підтвердила діагноз раку Фатерова. На 4 добу хворому зроблена операція - лапаротомія, під час якої виконали запропонований засіб РТДПЕ. У найближчому післяопераційному періоді стан хворого був стабільний: білірубінемія знизилася до 142,7мкмоль/л за рахунок непрямой фракції, діастаза сечі - 164Од., підвищені трансамінази на фоні вираженого імунодефіциту: Т-лімфоцити 28% (N 49-79%), Т-лімфоцити в абсолютних числах - 612 (N 674-1958), Т-хелпери 29% (N 35-69%). На 3 добу після операції на фоні зниження інтоксикації та жовтяниці у хворого відзначено зниження білірубінемії до 93,7мкмоль/л, збільшення Т-лімфоцитів до 47%, поліпшення стану, поява активної перистальтики, зниження дебіту по дренажу. Хворий був переведений у загальну палату. Через 8 діб видалено дренаж протоки ПЗ. На 14 добу в задовільному стані хворий виписаний.

Спосіб РТДПЕ, що заявляється, забезпечує ефективну надійність, його можна використовувати при ранніх онкологічних ураженнях Фатерова без розповсюдження процесу на віддалені лімфовузли та за відсутності метастазів. РТДПЕ, що виконують у відповідності зі способом, що заявляється, не виявляє негативної дії на гомеостаз та стан життєво важливих органів та систем, тому його доцільно застосовувати при ранніх стадіях онкологічного ураження Фатерова соска. Використання овального широкого видалення тканин ДПК та ПЗ у відзнаку від існуючого клиноподібного без належного захвату ЗЖП та ГПП дозволяє частіше використовувати цей спосіб у важких хворих з раком Фатерова соска, а також у всіх хворих на ранніх стадіях раку Фатерова соска.

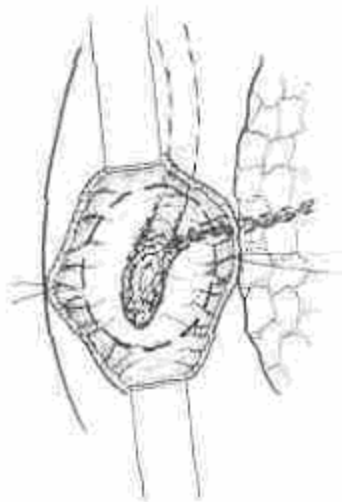


Fig. 1



Fig. 2

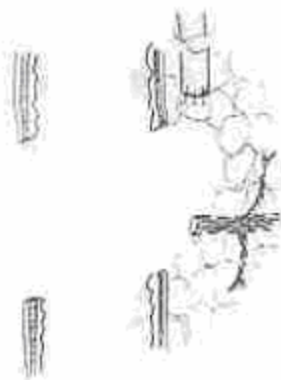


Fig. 3

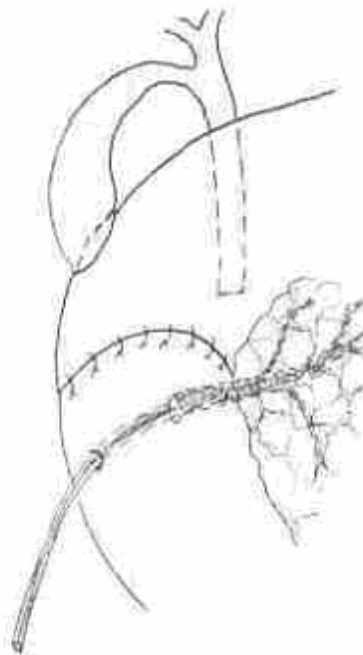


Fig. 4