



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20392 (13) U
(51) МПК
A61B 17/115 (2006.01)МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛОКАЛЬНОЇ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

1

2

(21) u200608779

(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 локальної панкреатодуоденальної резекції, що включає видалення ураженої частини загальної жовчної протоки та накладення анастомозів, який **відрізняється** тим, що виконують широкий резекцію із запасом здорових тканин, послідовно накладають гастроентероанастомоз на довгій петлі з ентеро-ентероанастомозом.

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

Відомий спосіб локальної панкреатодуоденальної резекції (ЛПДР) [Шалімов О.О., Шалімов С.О., Нічитайло М.Ю. "Хірургія підшлункової залози", Сімферополь: "Таврида", 1997], що полягає у використанні ПДР з видаленням головки підшлункової залози (ПЗ) та примикаючої частини дванадцятипалої кишки (ДПК) і накладанням дуоденодуоденоанастомозу кінець в кінець. Загальну жовчну протоку (ЗЖП) та головну панкреатичну протоку (ГПП) вшивають у ДПК. 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 ЛПДР накладанням дуоденодуоденоанастомозу зі збереженням пасажу їжі через ДПК представляє значний ризик через реальну небезпеку виникнення недостатності панкреатодуоденоанастомозу і розвитку важких 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.

Відомий спосіб нижньої локальної ПДР [Шалімов О.О., Шалімов С.О., Нічитайло М.Ю. "Хірургія підшлункової залози", Сімферополь: "Таврида", 1997], що полягає у використанні мобілізуванні та видалення вентральної частини ПЗ до брижових судин з примикаючою частиною ДПК та великого

дуоденального соска (ВДС). Реконструктивний етап здійснюється шляхом накладання дуоденодуоденоанастомозу кінець в кінець, вшивання ГПП у ДПК або перев'язка ГПП за присутністю додаткової протоки ПЗ, виконують супрадуоденальну холедоходуоденоанастомію.

Причинами, що перешкоджають досягненню необхідного технічного результату, є накладання дуоденодуоденоанастомозу зі збереженням пасажу їжі через ДПК, що представляє значний ризик через реальну небезпеку виникнення ускладнень, вказаних у попередньому прототипі.

Найбільш близьким та обраним у якості прототипа є спосіб верхньої локальної ПДР [Шалімов О.О., Шалімов С.О., Нічитайло М.Ю. "Хірургія підшлункової залози", Сімферополь: "Таврида", 1997], під час якої виконують секторальну резекцію ураженої частини ЗЖП з примикаючою частиною додаткової протоки ПЗ та ДПК в межах здорових тканин, зберігаючи ГПП. Далі формують дуоденодуодено- та холедоходуоденоанастомози.

Причинами, що перешкоджають досягненню необхідного технічного результату, є наступні. По-перше, зберігається пасаж їжі через відновлену ДПК з контактом з усіма накладеними анастомозами, що може бути найбільш імовірною причиною розвитку післяопераційного деструктивного панкреатиту та недостатності накладених анастомозів. По-друге, залишається велика погроза поширення пухлинного процесу на збережені ГПП, НДС та періампулярну зону.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу локальної панкреатодуоденальної резекції, в якому за рахунок використання додаткового гастроентероанастомозу без

(13) U
(11) 20392
(19) UA

відновлення цілості ДПК не зберігається пасаж їжі без контакту з панкреатикодуодено- та холецистодуоденоанастомозами, а також здійснюється більш широка резекція ДПК та примикаючих до періампулярної зони частин ПЗ, ЗЖП та ГПП при їх онкологічному ураженні.

Поставлена задача вирішується в способі локальної панкреатодуоденальної резекції, що містить видалення ураженої частини загальної жовчної протоки та накладення анастомозів, згідно з корисною моделлю, виконують широку резекцію із запасом здорових тканин, послідовно накладають гастроентероанастомоз на довгій петлі з ентоероанастомозом.

Широка резекція дозволяє уникнути рецидивів онкологічного процесу при лікуванні ранніх стадій раку періампулярної зони. Послідовне накладання гастроентероанастомозу на довгій петлі з ентоероанастомозом дозволяє виключити із травлення ДПК і зберегти від агресивної дії шлунково-кишкового вмісту раніше накладені панкреатикодуодено- та холецистодуоденоанастомози, що дозволяє уникнути багатьох ускладнень, пов'язаних з цією дією: розвитку недостатності анастомозів, рефлюкс-холангіту та панкреатиту.

Сутність корисної моделі пояснює Фіг., де зображений спосіб економної парціальної верхнєлокальної ПДР.

Заявлений спосіб ЛПДР здійснюють наступним чином.

Після мобілізації ДПК по Кохеру виконують широку резекцію тканини ПЗ з верхнім відділом ДПК, термінальними частинами ЗЖП та ГПП. Далі послідовно перев'язують ЗЖП, вшивають ГПП у куку ДПК на ніпельному хлорвініловому фіксованому стенті (діаметр 3-4мм), дистальний кінець якого виводять назовні через мікродуоденостому (Фіг.), зашивають наглухо куку верхньої та нижньої горизонтальних частин ДПК, накладають послідовно холецистеюанастомоз, гастроентероанастомоз за Петерсоном на довгій петлі з ентоероанастомозом за Брауном та виконують селективну ваготомію за Бурже.

Приклад 1. Хворий К., 59 років, госпіталізований у клініку в плановому порядку з діагнозом - рак ДПК Т3N2M0, механічна жовтяниця. Хворий на третій день після ендоскопічного та гомографічного обстежень зроблена операція - ЛПДР. Використано запропонований засіб ЛПДР. У 1-у добу після операції відзначено відносно "спокійний живіт", у хворого відсутні ознаки печінкової недостатності та панкреатиту, що підтверджено лабораторними показниками: білірубінемія - 54,14мкмоль/л, загальний білок - 65г/л, АСТ - 1,05ммоль/л-час, АЛТ - 1,82ммоль/л-ч, лейкоцитоз $10,5 \cdot 10^9$ /л, паличкоядерні нейтрофіли - 5%, діастаза сечі - 128Од. Імунологічні показники: Т-лімфоцити - 29% (N 49-79%), Т-супресори - 6% (N 5-20%), автоімунні ан-

титіла - 12 (N до 10) ум. од., гемолізину - 1,1 (N 0,2-0,8) ум. од. На фоні помірного імунodefіциту у хворий на 3-у післяопераційну добу поліпшився загальний стан, прояснилася свідомість, з'явилася перистальтика кишечника, при цьому білірубінемія знизилася до 47,2мкмоль/л, Т-лімфоцити зросли до 34%, гемолізину знизилася до 0,42ум. од., діастаза сечі знизилася до 32Од. На 4-у добу хвора була переведена у загальну палату, на 7-у добу відбулася нормалізація лабораторних, у т.ч. імунологічних показників, було видалено дренажний стент протоки ПЗ. На 15-у добу хвора виписана з клініки з видужанням.

Приклад 2. Хворий П., 61 рік, надійшовши в клініку з діагнозом - рак термінального відділу холедоха Т3N2M0, механічна жовтяниця. Після встановлення діагнозу на УЗД та ЕРХПГ хворому на 4 добу виконана ендоскопічна папілотомія, що успіху не мала та біопсія ампули ВДС, що підтвердила діагноз раку ЗЖП. На 5 добу хворому зроблена операція - лапаротомія, під час якої виконали запропонований засіб ЛПДР. У найближчому післяопераційному періоді стан хворого був стабільний: білірубінемія знизилася до 156,4мкмоль/л за рахунок непрямой фракції, діастаза сечі - 164Од., підвищені трансамінази на фоні вираженого імунodefіциту: Т-лімфоцити 23% (N 49-79%), Т-лімфоцити в абсолютних числах - 560 (N 674-1958), Т-хелпери 25% (N 35-69%). На 3 добу після операції на фоні зниження інтоксикації та жовтяниці у хворого відзначено зниження білірубінемії до 84,2мкмоль/л, збільшення Т-лімфоцитів до 45%, поліпшення стану, поява активної перистальтики, зниження дебіту по дренажу. Хворий був переведений у загальну палату. Через 7 діб видалено дренаж протоки ПЗ. На 16 добу в задовільному стані хворий виписаний.

Спосіб ЛПДР, що заявляється, забезпечує ефективну надійність, його можна використовувати при всіх онкологічних ураженнях періампулярної зони без розповсюдження процесу на віддалені лімфовузли та за відсутності метастазів. ЛПДР, 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 періампулярної зони. Використання гастроентероанастомозу у відзнаку від існуючого дуоденодуоденоанастомозу дозволяє виключити ДПК з процесу травлення і проходження їжі та забезпечити відсутність контакту їжі з панкреатикодуодено- та холецистодуоденоанастомозами. Це дозволяє значно скоротити кількість післяопераційних ускладнень та летальність у хворих з онкологічним ураженням періампулярної зони, радикальне лікування яких потребує виконання ПДР.

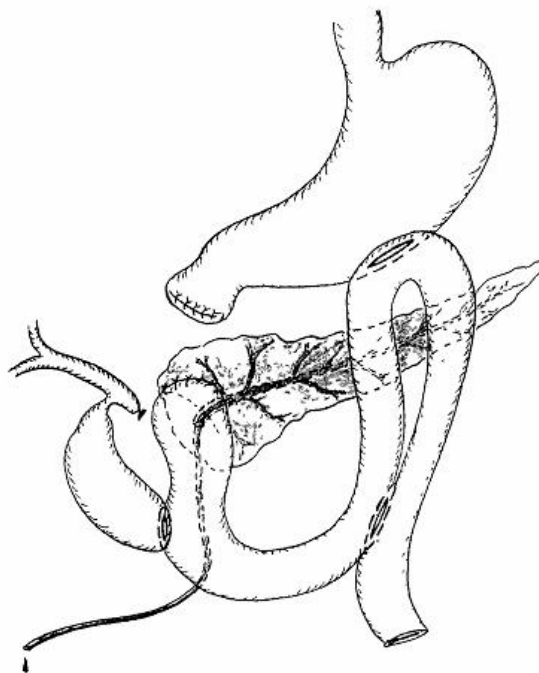


Fig.