



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **56390** (13) **U**  
(51) **МПК**  
**A61B 17/11 (2011.01)**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ПУХЛИНИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ**

1

2

(21) u201008551

(22) 08.07.2010

(24) 10.01.2011

(46) 10.01.2011, Бюл.№ 1, 2011 р.

(72) КУТОВИЙ ОЛЕКСАНДР БОРИСОВИЧ, СА-  
МАРЕЦЬ ЕДУАРД ФЕОФАНОВИЧ, ПІМАХОВ ВО-  
ЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ

(73) КУТОВИЙ ОЛЕКСАНДР БОРИСОВИЧ, СА-  
МАРЕЦЬ ЕДУАРД ФЕОФАНОВИЧ, ПІМАХОВ ВО-  
ЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного лікування ускладненої пу-  
хлини гепатопанкреатобіліарної зони, що включає

формування панкреато- та холецистоєюноанасто-  
мозу на ділянці петлі тонкої кишки, відокремленої  
за Ру, який **відрізняється** тим, що додатково пан-  
креатоєюноанастомоз формують з дистальною  
ділянкою привідної кишки, а холецистоєюноанас-  
томоз - з проксимальною ділянкою відвідної кишки,  
з'єднують привідну та відвідну кишки між собою за  
допомогою ентеро-ентероанастомозу шляхом "бік-  
у-бік", якомога нижче, на відстані 2-3 см від зв'язки  
Трейтца.

Корисна модель відноситься до медицини, зо-  
крема, до хірургічних способів, і може бути вико-  
ристана в хірургічній гастроентерології та онкохі-  
рургії для паліативного лікування хворих на  
нерезекційний рак голівки підшлункової залози  
(ПЗ), великого дуоденального сосочку, дистально-  
го відділу холедоху, які ускладнені механічною  
жовтяницею та секреторною недостатністю ПЗ зі  
стійким больовим синдромом

Відомий спосіб хірургічного лікування усклад-  
неної пухлини гепатопанкреатобіліарної зони,  
здійснюваний паліативним шляхом, що включає  
мобілізацію проксимальної частини жовчного міху-  
ра, зі збереженням міхурової артерії, анастомозу-  
вання дна міхура разом із петлею тонкої кишки,  
сформованою заободово та ізольованою Браунів-  
ським співустьям, вшивання культі міхура уздовж  
передньої стінки загальної печінкової протоки од-  
норядними вузловими швами, з використанням  
ендобіліарного дренажу [1]. Недоліками способу є  
складність відтворення й висока ймовірність вини-  
кнення реканалізації, з-поза заглушення привідної  
кишки кисетним швом, що часто призводить до  
онтогенезу холангіту, панкреатиту та гіпертензії у  
вірсунговій протоці у післяопераційному періоді.

Відомий спосіб хірургічного лікування усклад-  
неної пухлини гепатопанкреатобіліарної зони, що  
включає формування панкреатоєюноанастомозу  
шляхом «бік-убік» на ділянці петлі тонкої кишки,  
відокремленої за Ру заободово, та накладання  
1,5см гепатикоєюноанастомозу, проксимальніше

на 8см, на ділянці тієї ж петлі, після попередньої  
холецистектомії та високого перетинання гепати-  
кохоледоху [2]. Недоліком даного способу є висока  
вірогідність виникнення після операційного холан-  
гіту, з причини потрапляння панкреатичного соку  
до жовчних шляхів.

Більш наближеним до дійсної корисної моделі  
за кількістю істотних ознак є спосіб хірургічного  
лікування ускладненої пухлини гепатопанкреато-  
біліарної зони, здійснюваний паліативним шляхом,  
що включає формування панкреато - та холеци-  
стоєюноанастомозу, насамперед, на ділянці петлі  
тонкої кишки, відокремленої за Ру, де панкреатоє-  
юноанастомоз формують шляхом «кінець-убік», а  
гепатикоєюноанастомоз накладають проксималь-  
ніше панкреатоєюноанастомозу на 25см, що істот-  
но послабляє натяг брижі тонкої кишки [3]. Однак,  
як і попередні аналоги, дане технічне рішення теж  
не досить ефективно, бо зберігає розвиток післяо-  
пераційного холангіту, холециститу або панкреа-  
титу, внаслідок потрапляння панкреатичного соку  
до жовчних шляхів.

До основи дійсної корисної моделі поставлена  
задача винайти такий спосіб хірургічного лікування  
ускладненої пухлини гепатопанкреатобіліарної  
зони, застосування котрого сприяло б шляхом бі-  
лію - та панкреатодигестивного шунтування ви-  
ключенню потрапляння панкреатичного соку до  
жовчного міхура та жовчних шляхів, а відтак під-  
вищенню ефективності на ~20-30% за рахунок

(13) **U**  
(11) **56390**  
(19) **UA**

усунення онтогенії післяопераційного холангіту, холециститу або панкреатиту.

Поставлена задача вирішується тим, що при використанні у відомому способі хірургічного лікування ускладненої пухлини гепатопанкреатобіліарної зони, що включає формування панкреато - та холецистоєюноанастомозу на ділянці петлі тонкої кишки, відокремленої за Ру, відповідно до корисної моделі, додатково панкреатоєюноанастомоз формують з дистальною ділянкою привідної кишки, а холецистоєюноанастомоз - з проксимальною ділянкою відвідної кишки, з'єднують привідну та відвідну кишку між собою за допомогою ентеро-ентероанастомозу шляхом «бік-убік», якомога нижче, на відстані 2-3см від зв'язки Трейца.

Причинно-наслідковий зв'язок сукупності відмітних ознак запропонованого рішення задачі з вищезазначеним технічним результатом полягає в тім, що формування панкреатоєюноанастомозу з дистальною ділянкою привідної кишки, а холецистоєюноанастомозу - з проксимальною ділянкою відвідної кишки, з'єднання привідної та відвідної кишки між собою за допомогою ентеро-ентероанастомозу шляхом «бік-убік», якомога нижче, на відстані 2-3см від зв'язки Трейца, забезпечують відокремлення вивідних шляхів один від одного як для панкреатичного соку, так і для жовчі, що запобігає можливість потрапляння панкреатичного соку до жовчного міхура як етіологічного чинника ферментативного холецистита [5], а жовчі у панкреатичного протоку, що може привести до панкреатиту [4], а разом із цим збільшує ефективність надання медичної допомоги на -20-30%.

Відомості, які підтверджують можливість відтворення способу хірургічного лікування ускладненої пухлини гепатопанкреатобіліарної зони з перевіршенням вищезазначеного технічного результату полягають в наступному.

На Фіг. зображене формування панкреато - та холецистоєюноанастомозу, де позначені пухлина підшлункової залози 1, холецистоєюноанастомоз 2, панкреатоєюноанастомоз 3, ентеро-ентероанастомоз 4, зв'язка Трейца 5.

Сутність. Спосіб хірургічного лікування ускладненої пухлини гепатопанкреатобіліарної зони відтворюють наступним чином.

Показаннями до застосування способу є наявність неоперабельної пухлини органів гепатопанкреатобіліарної зони ускладненої механічною жовтяницею і панкреатичною обструкцією зі стійким больовим синдромом.

Виконують верхньосерединну лапаротомію, ревізію черевної порожнини. Знаходять пухлину гепатопанкреатобіліарної зони 1, оцінюють її резектабельність і прохідність міхурової протоки. Надалі мобілізують петлю тонкої кишки за Ру, на відстані 40-50см від зв'язки Трейца 5. Проксимальний відділ відвідної кишки 2 анастомозують із жовчним міхуром дворядним вузловим швом шляхом «бік-убік». Проводять дистальний відділ привідної кишки через отвір у брижі попереково-ободової кишки або попереду ободової кишки залучаючи його разом із розширеною головною вивідною протокою Вірсунга (підшлункової залози). Формують анастомоз 3 шляхом «бік-убік». «Бік-убік» утворюють

ентеро-ентероанастомоз за Брауном 4, між привідною та відвідною кишками, якомога низько, переважно на ~2-3см від зв'язки Трейца 5.

Приклад. Хворий А. 68 років перебував у Дніпропетровській ОКЛ ім. І.І. Мечникова з приводу лікування раку великого дуоденального соска та механічної жовтяниці важкого ступеню (і/хв. №5482 від 06.08.09)

За обстеженням - тривалість жовтяниці більше 5 тижнів, рівень білірубіну - 380мкмоль/л, виражений больовий синдром

Проведена передопераційна підготовка. Надалі під загальним знеболенням була здійснена верхньо-серединна лапаротомія, при ревізії - пухлина (аденокарцинома) кам'янистої щільності великого дуоденального сосочку 2,0х2,5см, розширений холедох до 2,5см., вірсунгова протока до 8мм, жовчний міхур збільшений 14,0х6,5см, що спорожнявся при вдавненні, також визначалися збільшені регіональні лімфовузли. У правій долі печінки виявлений метастаз. Тонка кишка була пересічена двома затискачами на відстані ~40см від зв'язки Трейца. Проксимальний відділ відвідної кишки був проведений попереду від попереково-ободової кишки, на цій ділянці формували холецистоєюноанастомоз дворядним вузловим капроновим швом шляхом «бік-убік». У дистальному відділі привідної кишки накладали панкреато-вірсунгоєюноанастомоз дворядним вузловим капроновим швом шляхом «бік-убік». На відстані 2-3см від зв'язки Трейца виконали ентероентеростомію «бік-убік» за Брауном. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Через 12 діб рівень загального білірубіну дійшов до 18,5мкмоль/л. Через 12 тижнів жодних ознак холециститу, холангіту, панкреатиту та больового синдрому не виявлено.

За цих умов розмежовували вивідні шляхи панкреатичного соку та жовчі, що запобігало вихід панкреатичного соку у жовчний міхур, а жовчі до панкреатичного протоку.

Джерела інформації:

1. Спосіб паліативного білідигестивного шунтування при механічній жовтяниці злоякісного генезу. Пат. 36980А України, МПК А61В 17/00 / Короткий В. М., Безродний Б.Г. (Україна), Убаначі Ібеабучі Огандіма (Нікарагуа); Національний мед. університет ім. О.О.Богомольця (Україна); - №2000031272; заявл. 03.03.00; опубл. 16.04.01.

2. Спосіб білідигестивного та панкреатодигестивного шунтування при механічній жовтяниці та панкреатичній обструкції у хворих на рак голівки підшлункової залози, фіброз та цироз підшлункової залози. Пат. №51589 U України, МПК А61В 17/00 / Сусак Я.М., Ткаченко О.А. (Україна); Національний мед. університет ім. О.О.Богомольця (Україна). -№ u2002086723; заявл. 14.08. 02; опубл. 15.11.02.

3. Спосіб хірургічного лікування хворих на ускладнену пухлину органів гепатопанкреатодуоденальної зони Пат. №44355U України, МПК А61В 17/00 / Ткаченко О.А., Сусак Я.М. (Україна); Національний мед. університет ім. О.О. Богомольця (Україна). -№ u200907710\$ заявл. 22.07.09; опубл. 25.09.09.

4. Филин В.И. Костюченко А.Л. «Неотложная панкреатология» (справочник для врачей) СПб: «Питер», 1994 - 416с.

5. Шаак Т.В. Ферментативные холециститы - Л.:«Медицина» -1974 - 152с.

