



УКРАЇНА

(19) UA (11) 67441 (13) U
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

1

(21) u201107912

(22) 23.06.2011

(24) 27.02.2012

(46) 27.02.2012, Бюл. № 4, 2012 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, СМА-
ЧИЛО РОСТИСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ, МУШЕНКО
ЄВГЕНІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, МАРДАНЯН КОС-
ТЯНТИН РУЗВЕЛЬТОВИЧ(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬ-
НОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕ-
ДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"(57) 1. Спосіб виконання панкреатодуоденальної
резекції, що включає на резекційному етапі мобілі-
зацію і видалення гепатопанкреатодуоденального
комплексу, а на реконструктивному етапі форму-
вання панкреатикоєюно- та біліодигестивного ана-
стомозів, який **відрізняється** тим, що на резекцій-

2

ному етапі зберігають раніше накладений гастрое-
нтероанастомоз і формують міжкишкове співвустя
між відвідною стосовно гастроентероанастомозу
петлею кишки та відвідною петлею кишки стосовно
біліодигестивного та панкреатикоєюноанастомозів.
2. Спосіб виконання панкреатодуоденальної резе-
кції по п. 1, який **відрізняється** тим, що панкреа-
тоєюноанастомоз формують "кінець-в-кінець", а
міжкишкове співвустя - за Ру.
3. Спосіб виконання панкреатодуоденальної резе-
кції по п. 1, який **відрізняється** тим, що панкреа-
тоєюноанастомоз формують "кінець-в-бік", а між-
кишкове співвустя за Брауном з заглушкою, яку
накладають на відвідну стосовно гастроентероа-
настомозу петлю дистальніше браудівського спів-
вустя.

Корисна модель стосується медицини, а саме
хірургії, і може бути використана при радикально-
му хірургічному лікуванні хворих з проксимальни-
ми формами раку підшлункової залози і органів
периампулярної зони, які раніше перенесли резек-
цію шлунка по Більрот-II.

Відомий спосіб виконання панкреатодуодена-
льної резекції, що його описано в книзі Шалимов
А. А., Шалимов С. А., Ничитайло М. Е., Радзиховс-
кий А. П. Хирургия поджелудочной железы. -
Симферополь: Таврида, 1997. - С. 482. - рис. 106).
Він включає на резекційному етапі мобілізацію і
видалення гепатопанкреатодуоденального ком-
плексу, а на реконструктивному етапі формування
панкреатохолецистоанастомозу, холедохоєюноа-
настомозу та гастроентероанастомозу на єдиній
петлі тонкої кишки.

Спосіб дозволяє роз'єднати потоки їжі та жовчі
з панкреатичним секретом, але його недоліком є
необхідність формування холедохоєюноанастомо-
зу, що може призвести до стриктури зазначеного
анастомозу внаслідок рефлюксу кишкового вмісту
до жовчовивідних шляхів. Крім цього, формування
цього анастомозу має певні технічні труднощі,
особливо у випадку нерозширених жовчних шля-
хів.

Найбільш близьким до корисної моделі є спо-
сіб виконання гастропанкреатодуоденальної резе-
кції по Whipple (див. Pierre-Allain Clavier, Michael G.
Sarr, Yuman Fong et al. Atlas of Upper
Gastrointestinal and Hepato-Pancreato-Biliary
Surgery. - Berlin: Springer-erlag. - 2007. - P. 765 -
778). Він включає на резекційному етапі мобіліза-
цію і видалення гастропанкреатодуоденального
комплексу, а на реконструктивному етапі послідо-
вне формування панкреатикоєюно-, біліодигестив-
ного і гастроентероанастомозів.

Спосіб дозволяє здійснити профілактику реф-
люксу кишкового вмісту в панкреатикоєюно- та
біліодигестивні анастомози внаслідок послідовного
ізоперистальтичного розташування вищезазначе-
них анастомозів, а також гастроентероанастомозу.

До недоліків способу слід віднести те, що у
хворих, які перенесли резекцію шлунка за мето-
дом Більрот-II, виконання реконструктивного етапу
у класичному варіанті не є можливим у зв'язку з
порушенням послідовності виконання анастомозів.
У цьому випадку сформований раніше гастроенте-
роанастомоз буде розташований вище панкреати-
коєюно- та біліодигестивного анастомозів, що
спричинить рефлюкс шлункового вмісту до пан-
креатичної протоки та жовчовивідних шляхів. Нас-
лідком цього у найближчому післяопераційному

(19) UA (11) 67441 (13) U

періоді може бути неспроможність анастомозів та некроз культі підшлункової залози. У віддаленому післяопераційному періоді існує високий ризик виникнення рефлюкс-холангіту та рецидивуючого панкреатиту.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу виконання панкреатодуоденальної резекції у хворих, які перенесли резекцію шлунка по Більрот-II.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі виконання панкреатодуоденальної резекції, який включає на резекційному етапі мобілізацію і видалення гепатопанкреатодуоденального комплексу, а на реконструктивному етапі формування панкреатикоєюно- та білідигестивного анастомозів, згідно з корисною моделлю, на резекційному етапі зберігають раніше накладений гастроентероанастомоз і формують міжкишкове співвустя між відвідною стосовно гастроентероанастомозу петлею кишки та відвідною петлею кишки стосовно білідигестивного та панкреатикоєюноанастомозу.

Можливо міжкишкове співвустя формувати за Ру. В цьому випадку панкреатоеюноанастомоз формують "кінець-в-кінець".

Також можливо міжкишкове співвустя формувати за Брауном з заглишкою, яку накладають на відвідну стосовно гастроентероанастомозу петлю дистальніше браунівського співвустя. При цьому панкреатоеюноанастомоз формують "кінець-в-кінець".

За умови збереження раніше накладеного гастроентероанастомозу формування міжкишкового співвустя дає можливість роз'єднати потоки їжі та жовчі і панкреатичного соку. Це дає можливість виключити можливість рефлюксу кишкового вмісту в панкреатоеюно- та білідигестивний анастомози, а це, в свою чергу, підвищує надійність їх функціонування як в найближчий, так і в віддалений післяопераційний періоди.

Варіанти виконання міжкишкового співвустя вибирають в залежності від збігу чи розбіжності діаметрів тонкої кишки та культі підшлункової залози. Якщо їх діаметри збігаються, тоді панкреатоеюноанастомоз формують "кінець-в-кінець", а міжкишкове співвустя - за Ру. Якщо їх діаметри не співпадають, тоді панкреатоеюноанастомоз фор-

мують "кінець-в-бік", а міжкишкове співвустя - за Брауном.

Спосіб ілюструється кресленнями, на яких зображено:

Фіг. 1 - резекційний етап операції. Фіг. 2 кінцевий вигляд травного тракту після реконструктивного етапу операції, міжкишкове співвустя накладено за Ру.

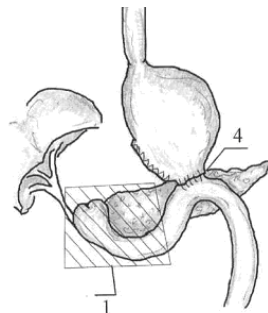
Фіг. 3 резекційний етап операції. Фіг. 4 кінцевий вигляд травного тракту після реконструктивного етапу операції, міжкишкове співвустя накладено за Брауном.

Здійснене видалення гепатопанкреатодуоденального комплексу 1 та формування панкреатикоєюно- та білідигестивного анастомозів 2, 3, відповідно. Збережено раніше накладений гастроентероанастомоз 4 і сформоване міжкишкове співвустя 5 між відвідною стосовно гастроентероанастомозу петлею 6 кишки та відвідною петлею 7 кишки стосовно білідигестивного та панкреатикоєюноанастомозів 3, 2.

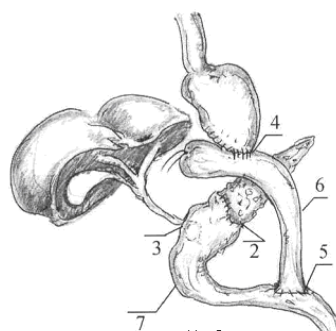
Докладний опис способу дається на прикладі його конкретного виконання в клініці. Клінічний приклад.

Хворий У., 56 років, був прийнятий в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на періодичні болі у верхніх відділах живота, жовтяницю. Обстежений. Діагностований рак головки підшлункової залози. В анамнезі - 15 років назад - резекція шлунка по Більрот-II з приводу виразки шлунка, яка була ускладнена кровотечею. Після проведеної передопераційної підготовки 28.01.2011 виконана лапаротомія, панкреатодуоденальна резекція із збереженням гастроентероанастомозу і послідовним формуванням панкреатоеюно- та холедохоєюноанастомозів на кишці, що відключена по Ру. Надалі сформовано ентеро-ентероанастомоз та виконане дренування черевної порожнини. В післяопераційному періоді проводилося консервативне лікування в об'ємі інфузійної, антибактеріальної, гепатотропної, метаболічної, антикоагулянтної, спазмолітичної терапії, знеболювання. На фоні лікування післяопераційний період протікав без ускладнень.

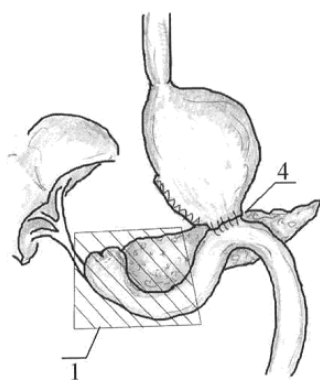
Таким чином, використання рішення за корисною моделлю дає змогу виконувати панкреатодуоденальну резекцію у хворих, які перенесли резекцію шлунка по Більрот-II.



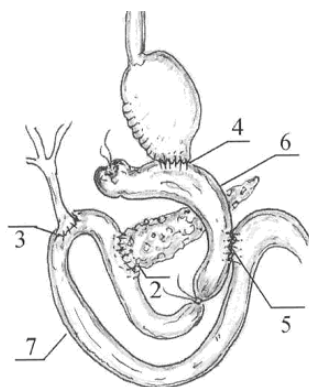
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4