



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **67467** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПАНКРЕАТОЄЮНОСТОМІЇ

1

(21) u201108445

(22) 05.07.2011

(24) 27.02.2012

(46) 27.02.2012, Бюл.№ 4, 2012 р.

(72) ВЕРХУЛЕЦЬКИЙ ІВАН ЕГОРОВИЧ, КОНДРА-
ТЕНКО ПЕТРО ГЕННАДІЙОВИЧ, ГРІНЦОВ ОЛЕК-
САНДР ГРИГОРОВИЧ, ВЕРХУЛЕЦЬКИЙ ЕГОР
ІВАНОВИЧ, КУНІЦЬКИЙ ЮРІЙ ЛЕОНІДОВИЧ,
ГРИГОР'ЯН АРТЕМ ІВАНОВИЧ, КУНІЦЬКИЙ КОС-
ТЯНТИН ЮРІЙОВИЧ

2

(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.ГОРЬКОГО

(57) Спосіб панкреатоєюностомії, що включає роз-
січення підшлункової залози і її протоки, з'єднання
її з повздожньо розсіченою петлею тонкої кишки,
який **відрізняється** тим, що додатково із поліпро-
піленової сітки висікають алотрансплантат, фіксу-
ють до задньої стінки протоки підшлункової залози,
після чого з'єднують між собою краї
алотрансплантата, тканину підшлункової залози і
краї повздожньо розсіченої кишки.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні хронічного панкреатиту, пухлин підшлункової залози, каменів протоки підшлункової залози.

Відомий спосіб панкреатоєюностомії [1] при хронічному панкреатиті. Даний спосіб панкреатоєюностомії близький нам за технічною суттю і вибраний за прототип.

Виконують спосіб-прототип наступним чином: подовжнім розтином по передній поверхні підшлункової залози розсікають останню і розкривають головну панкреатичну протоку по передній її поверхні. Висікають алотрансплантат із консервованої твердої мозкової оболонки відповідно довжині розсіченої частини залози. Фіксують центральну частину алотрансплантата до задньої стінки протоки підшлункової залози окремими вузловими швами. Накладають перший ряд швів між серозно-м'язовою оболонкою тонкої кишки і очеревиною, вкриваючи підшлункову залозу. Повздожж розсікають тонку кишку, підшиту до підшлункової залози. Накладають другий ряд вузлових капронових швів через всі шари повздожж розсіченої кишки, край алотрансплантата і тканину підшлункової залози у місці її розсічення. Формують верхню губу анастомозу. Герметизують верхню губу анастомозу шляхом накладання окремих вузлових швів між серозно-м'язовою оболонкою тонкої кишки і очеревиною, вкриваючи підшлункову залозу. Формують ентеро-ентероанастомоз "бік в бік" між привідною і відвідною петлями кишки. Привідну петлю

кишки між панкреатоєюноанастомозом і ентеро-ентероанастомозом пришивають за допомогою зшиваючого апарата УКЛ-60. Недоліком способу-прототипу є те, що у віддаленому післяопераційному періоді в деяких випадках, сформований анастомоз має тенденцію до рубцевого стенозу. Крім того, виконання оперативного втручання пов'язане із проблемою консервації чужорідної тканини алотрансплантата, а саме твердої мозкової оболонки.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу панкреатоєюностомії при хронічному панкреатиті, в якому забезпечується простота і широка доступність використання алотрансплантата, а саме пропіленової сітки фірми "Ethicon", виключення вірогідності розвитку рубцевого стенозу анастомозу у віддаленому післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі панкреатоєюностомії, згідно з корисною моделлю, додатково із поліпропіленової сітки висікають алотрансплантат, фіксують його до задньої стінки протоки підшлункової залози, після чого з'єднують між собою краї алотрансплантата, тканину підшлункової залози і край повздожньо розсіченої кишки. Таким чином, алотрансплантат вистилає стінки панкреатичної протоки, розсічену тканину підшлункової залози і лінію швів анастомозу.

Заявлений спосіб пояснюється кресленнями:

Фіг.1. Зовнішній вигляд висіченого алотрансплантата.

(13) U

(11) 67467

(19) UA

Фіг.2. Розсічена повздож протока підшлункової залози із зафіксованим до її задньої стінки алотрансплантатом, накладені шви між очеревиною, вкриваючою підшлункову залозу і серозно-м'язовою оболонкою повздож розсіченої тонкої кишки.

Фіг.3. Формування нижньої губи анастомозу - накладання швів через всі оболонки повздож розсіченої кишки, край алотрансплантата, тканину підшлункової залози в місці її розсічення.

Фіг.4. Формування верхньої губи анастомозу.

Спосіб виконують наступним чином: подовжнім розтином розсікають підшлункову залозу по передній її поверхні і розкривають головну панкреатичну протоку по передній його поверхні. Висікають алотрансплантат із поліпропіленової сітки фірми "Ethicon" відповідно довжини розсіченої частини підшлункової залози. Фіксують центральну частину алотрансплантата до задньої стінки протоки підшлункової залози окремими вузловими швами. Накладають перший ряд швів між серозно-м'язовою оболонкою тонкої кишки і очеревиною, вкриваючою підшлункову залозу. Повздож розсікають тонку кишку, підшиту до підшлункової залози. Накладають другий ряд вузлових капронових швів через всі шари повздож нерозсіченої кишки, край алотрансплантата і тканину підшлункової залози у місці її розсічення. Герметизують верхню губу анастомозу шляхом накладання окремих вузлових швів між серозно-м'язовою оболонкою тонкої кишки і очеревиною, вкриваючою підшлункову залозу. Формують ентеро-ентероанастомоз "бік в бік" між привідною і відвідною петлями кишки. Привідну петлю кишки між панкреатоеюноанастомозом і ентеро-ентероанастомозом прошивають за допомогою зшиваючого апарата УКЛ-60.

В клініці ФПО Донецького національного медичного університету ім. Горького на базі ЦМКЛ

№21 по заявленому способу оперовано 5 хворих. Післяопераційних ускладнень у найближчому і віддаленому операційних періодах не спостерігали.

Конкретний приклад виконання способу:

Хворий С., 39 років (історія хвороби №751) госпіталізований в клініку із скаргами на постійні ниючі болі у епігастрії з іррадіацією в спину, нудоту, блювоту. Хворіє протягом 8 років. Декілька разів переносив оперативні втручання. Після обстеження встановлений діагноз хронічного панкреатиту. Хворий був оперований. Під час операції підшлункова залоза тверда, має місто індуративний панкреатит. Після розтину чепцевої сумки і мобілізації великої кривизни шлунку виконана пункція головної протоки підшлункової залози - отримано 10 мл каламутного панкреатичного соку. На інтраопераційній панкреатограмі контрастна рідина виповнює неоднаково розширену до 10 мм головну протоку підшлункової залози, евакуації рідини в кишку немає. Виконана операція по заявленому способу. Післяопераційна течія без ускладнень. Був оглянутий через 1,5 роки після втручання. Ознак рецидиву захворювання немає.

Перевага застосування алотрансплантата полягає в тому, що він забезпечує вірогідність розвитку рубцевого стенозу панкреатоеюноанастомозу у віддаленому післяопераційному періоді, забезпечує широку доступність для використання алотрансплантата у вигляді поліпропіленової сітки фірми "Ethicon".

Джерела інформації:

1. Верхулецький І.Е., Грінцов О.Г., Верхулецький Е.І. та ін. Патент на корисну модель №43874 "Спосіб панкреатоеюностомії". - Заявл.23.02.2009, Опубл. 10.09.2009. - Бюл. №17.

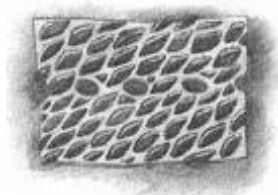


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4