



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **111848** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 04806	(72) Винахідник(и): Скумс Анатолій Васильович (UA), Цубера Богдан Іванович (UA), Ганжа Вікторія Олександрівна (UA), Рьянов Андрій Ігорович (UA)
(22) Дата подання заявки: 29.04.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.11.2016	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.11.2016, Бюл.№ 22	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ

(57) Реферат:

Спосіб формування гастроентероанастомозу при панкреатодуоденальній резекції, який включає пересічення дистальної частини шлунка з формуванням гастроентероанастомозу після видалення гепатопанкреатодуоденального комплексу, при цьому дистальну частину шлунка пересікають лінійним зшиваючим апаратом горизонтально на відстані 7-10 см від пілоричної частини шлунка із накладанням гастроентероанастомозу шириною не менше 5 см.

UA 111848 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути використана для лікування пацієнтів з патологією гепатопанкреатодуоденальної зони, що підлягають панкреатодуоденальній резекції.

Відомий спосіб формування гастроентероанастомозу при панкреатодуоденальній резекції, який включає вертикальне пересічення дистальної частини шлунка з формуванням гастроентероанастомозу після видалення гепатопанкреатодуоденального комплексу. [Шалімов О.О., Шалімов С.О., Ничитайло М.Ю., Радзиховський А.П. Хірургія підшлункової залози. - Сімферополь: Таврида, 1997. - 465-467 с].

Недоліком відомого способу є високий ризик виникнення гастростазу у післяопераційному періоді через малий діаметр анастомозу.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу формування гастроентероанастомозу при панкреатодуоденальній резекції, який за рахунок того, що на етапі формування гастроентероанастомозу пересікають дистальну частину шлунка горизонтально на відстані 10 см від пілоричного відділу лінійним зшиваючим апаратом з накладанням широкого гастроентероанастомозу - забезпечував би зменшену кількість післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі формування гастроентероанастомозу при панкреатодуоденальній резекції, який включає пересічення дистальної частини шлунка з формуванням гастроентероанастомозу після видалення гепатопанкреатодуоденального комплексу, згідно з корисною моделлю дистальну частину шлунка пересікають лінійним зшиваючим апаратом горизонтально на відстані 7-10 см від пілоричної частини шлунка із накладанням гастроентероанастомозу шириною не менше 5 см.

Пересічення дистальної частини шлунка горизонтально на відстані 7-10 см від пілоричної частини шлунка дозволяє сформувати гастроентероанастомоз шириною не менше 5 см, що забезпечує зменшення кількості післяопераційних ускладнень, а саме гастростазу.

Всі вказані в формулі корисної моделі числові значення вибрані на підставі клінічних досліджень 5 хворих.

Спосіб здійснюють наступним чином. Після виконання операційного доступу та прийняття рішення про виконання панкреатодуоденальної резекції розсікають шлунково-ободову зв'язку. Мобілізують головку та тіло підшлункової залози, антральний відділ шлунка, дванадцятипалу кишку та жовчний міхур. Пересікають дистальну частину шлунка на відстані 7-10 см від пілоричного відділу лінійним зшиваючим апаратом Proximate 75, що встановлюють горизонтально. Після видалення панкреатодуоденального комплексу накладають гастроентероанастомоз шириною не менше 5 см, таким чином формують широкий гастроентероанастомоз. Подальші реконструктивні етапи операції виконують за стандартною методикою. Рани ушивають. Накладають асептичні пов'язки.

Приклад. Хворий Ш. 1970 р.н., історія хвороби № 1459, 2016 рік, був госпіталізований у відділення хірургії поєднаної патології та захворювань заочеревинного простору з діагнозом: Рак підшлункової залози. Хворий обстежений клінічно, лабораторно, інструментально. Діагноз підтверджено.

10.03.2016 була виконана операція "панкреатодуоденальна резекція за Whipple". З протоколу операції: Субкостальним білатеральним доступом розкрито черевну порожнину. При ревізії в черевній порожнині випіт відсутній. Печінка збільшена, однорідна. Жовчний міхур збільшений, напружений. Холедох близько 0,9 см в діаметрі. Виконали мобілізацію ілеоцекального, висхідного відділу і печінкового кута товстої кишки. ДПК мобілізовано по Кохеру. Розкрили сальникову сумку. При пальпації підшлункова залоза кам'янистої щільності. Вирішили виконати гастропанкреатодуоденальну резекцію.

Виділили і мобілізували: головку і тіло підшлункової залози, антральний відділ шлунка, дванадцятипалу кишку та жовчний міхур. Пересікли дистальну частину шлунка горизонтально на відстані 10 см від пілоричного відділу лінійним зшиваючим апаратом Proximate 75 Ethicon із накладанням гастроентероанастомозу шириною 5 см, кінець в кінець. Гастропанкреатодуоденальний комплекс разом із пухлиною видалили єдиним блоком. Частина тканини підшлункової залози відправили на цитологічне дослідження для "чистоти" зрізу - атипів клітини не виявлені. Гемостаз. При розтині холедоха виділилася застійна жовч, без гною. Гемостаз. Реконструктивний етап. Наклали дукто-панкреатоеюноанастомоз на "гуляючому" дренажі, виконали гепатикоеюностомію. Дистальніше гастроентероанастомозу виконали встановлення підвісної мікроєюностомії. Дренажі до анастомозу. Контроль гемостазу - сухо. Пошаровий шов рани. Асептична пов'язка. Об'єм інтраопераційної крововтрати становив 200 мл. У післяопераційному періоді у хворого ознак гастростазу - не виявили, перистальтику та вільну евакуацію із шлунка зареєстрували інструментальними методами обстеження. Хворий був виписаний із стаціонару у задовільному стані на 12 день після оперативного втручання.

За запропонованим способом прооперували 5 хворих. Явища гастростазу - не спостерігали. У них післяопераційних ускладнень не було. У 5 хворих прооперованих за способом-аналогом явища гастростазу спостерігали у 4-х випадках.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування гастроентероанастомозу при панкреатодуоденальній резекції, який включає пересічення дистальної частини шлунка з формуванням гастроентероанастомозу після видалення гепатопанкреатодуоденального комплексу, який **відрізняється** тим, що дистальну частину шлунка пересікають лінійним зшиваючим апаратом горизонтально на відстані 7-10 см від пілоричної частини шлунка із накладанням гастроентероанастомозу шириною не менше 5 см.

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601