



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **95875** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 08051	(72) Винахідник(и): Щепотін Ігор Борисович (UA), Лукашенко Андрій Володимирович (UA), Колеснік Олена Олександрівна (UA), Приймак Віктор Васильович (UA), Бурлака Антон Анатолійович (UA), Жуков Юрій Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 16.07.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.01.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.01.2015, Бюл.№ 1	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ, 01601 (UA), НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ, вул. Ломоносова, 33/43, м. Київ, 03022 (UA)

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

(57) Реферат:

Спосіб виконання панкреатодуоденальної резекції в дітей включає виділення гастропанкреатодуоденального комплексу та завершення реконструктивного етапу операції, а саме формування панереатоєюноанастомозу, гепатікоєюноанастомозу та гастроентероанастомозу. Замість проведення стандартної назогастральної інтубації пацієнту виконують мікрогастростомію за наступною технікою: на 8 см проксимальніше від сформованого гастроентероанастомозу по передній стінці шлунка виконують отвір 5 мм в діаметрі на рівному відстані як від малої, так і від великої кривини шлунка. Далі в шлунок занурюють назогастральний зонд діаметром 5 мм на глибину 6 см, на отвір в шлунку накладають кисетний шов та затягують, в подальшому зонд занурюють в передню стінку шлунка протягом 4 см шляхом накладання вузлових швів за методом Вітцеля. Потім зонд виводять на передню черевну стінку в лівому підребер'ї і фіксують до шкіри, з внутрішньої сторони стінку кишечника фіксують до зони контрапертури 4-ма додатковими вузловими швами, в післяопераційному періоді проводять контроль залишку в куксі шлунка шляхом промивання встановленої мікрогастростоми 2-чі на добу. Видалення зонда проводять не раніше 5-ї доби при відсутності залишку в куксі шлунка, для видалення зонда перетинають шов, який фіксує зонд до шкіри, далі зонд витягують назовні, на отвір в контрапертурі накладають стерильну пов'язку.

UA 95875 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до онкології та хірургії, та може бути використана при хірургічному лікуванні дітей, хворих на злоякісні пухлини головки підшлункової залози, пухлини периампулярної зони.

При пухлинних ураженнях головки підшлункової залози або при злоякісних пухлинах периампулярної зони стандартом лікування є виконання операції - панкреатодуоденальної резекції. Панкреатодуоденальна резекція включає видалення головки підшлункової залози із дванадцятипалою кишкою, дистальними відділами шлунка, жовчним міхуром та холедохом. Після етапу видалення гастропанкреатодуоденального комплексу етапом операції є реконструкція шлунково-кишкового тракту. Під час реконструктивного етапу необхідно сформуванню 3 основних анастомози: панкреатоєюноанастомоз, гастроентероанастомоз та гепатікоєюноанастомоз. Панкреатодуоденальна резекція в дорослих пов'язана із високим ризиком розвитку неспроможності панкреатоєюноанастомозу, що завжди пов'язано із затримкою евакуації їжі з кукси шлунка. Тому в загальній хірургічній практиці після проведення панкреатодуоденальної резекції післяопераційний період потребує тривалого постійного застосування назогастрального зонда [1].

Методика тривалого постійного використання назогастрального зонда у дітей має недоліки: у дітей, особливо молодше 10-річного віку, тривала назогастральна інтубація пов'язана із ризиком розвитку ускладнень з боку дихальної системи. Застосування назогастрального зонда уповільнює активізацію дітей, а також значно знижує якість життя, хворих в ранньому післяопераційному періоді.

Задача корисної моделі, що заявляється, полягає в запобіганні використанню назогастральної інтубації при виконанні панкреатодуоденальної резекції в дітей.

Технічний результат полягає в покращенні безпосередніх результатів та якості життя дітей, хворих на пухлини головки підшлункової залози або пухлини периампулярної зони при виконанні панкреатодуоденальної резекції шляхом запобігання використанню назогастральної інтубації.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає виділення гастропанкреатодуоденального комплексу та завершення реконструктивного етапу операції, а саме формування панкреатоєюноанастомозу, гепатікоєюноанастомозу та гастроентероанастомозу, згідно з корисною моделлю, замість проведення стандартної назогастральної інтубації пацієнту виконують мікрогастростомію за наступною технікою: на 8 см проксимальніше від сформованого гастроентероанастомозу, по передній стінці шлунка виконують отвір 5 мм в діаметрі на рівній відстані як від малої, так і від великої кривини шлунка, далі в шлунок занурюють назогастральний зонд діаметром 5 мм на глибину 6 см., далі на отвір в шлунок накладають кисетний шов та затягують, в подальшому зонд занурюють в передню стінку шлунка протягом 4 см шляхом накладання вузлових швів за методом Вітцеля, потім зонд виводять на передню черевну стінку в лівому підбер'ї і фіксують до шкіри, з внутрішньої сторони стінку кишечнику фіксують до зони контрапертури 4-ма додатковим вузловими швами, в післяопераційному періоді проводять контроль залишку в куксі шлунка шляхом промивання встановленої мікрогастростоми 2-чі на добу, видалення зонда проводять не раніше 5-ї доби при відсутності залишку в куксі шлунка, для видалення зонда перетинають шов, який фіксує зонд до шкіри, далі зонд витягують назовні, на отвір в контрапертурі накладають стерильну пов'язку.

Особливістю даного способу є відсутність в необхідності застосування стандартної тривалої назогастральної інтубації. Таким чином, зменшення післяопераційних ускладнень, покращення якості життя хворих досягають шляхом відсутності застосування тривалої назогастральної інтубації, що зменшує ризик розвитку післяопераційних дихальних ускладнень, дозволяє проводити більш ранню післяопераційну активізацію хворих, покращити якість життя хворих в ранньому післяопераційному періоді. Цей механізм спрямований на покращення безпосередніх результатів лікування та підвищення якості життя в дітей, хворих на пухлини підшлункової головки підшлункової залози або пухлини периампулярної зони.

Приклад конкретного виконання:

Хвора Крижовська І. 5 років, 30.07.2013 була прийнята для оперативного лікування до відділення дитячої онкології Національного інституту рака з діагнозом Солідна псевдопапілярна пухлина головки підшлункової залози. 29/08/2013 виконана операція - панкреатодуоденальна резекція із формуванням мікрогастростоми. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, рана загоїлась первинним натягом. При моніторингу лабораторних показників, УЗ та КТ та рентгенологічних досліджень даних про затримку евакуації з кукси шлунка не виявлено.

Спосіб, що пропонується, був апробований в клініці онкології НМУ на базі Національного інституту раку протягом 2013-2014 року і показав себе як високоефективний, що дозволяє його рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Джерела інформації:

1. H. G. Beger, A.L. Warshaw, M.W. Buchler et al. The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine, and Surgery, Second Edition. Blackwell Publishing Limited, Massachusetts, USA, 2008. P 1006.

5

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб виконання панкреатодуоденальної резекції в дітей, що включає виділення гастропанкреатодуоденального комплексу та завершення реконструктивного етапу операції, а саме формування панкреатоеюноанастомозу, гепатікоєюноанастомозу та гастроентероанастомозу, який **відрізняється** тим, що замість проведення стандартної назогастральної інтубації пацієнту виконують мікрогастростомію за наступною технікою: на 8 см проксимальніше від сформованого гастроентероанастомозу по передній стінці шлунка виконують отвір 5 мм в діаметрі на рівному відстані як від малої, так і від великої кривини шлунка, далі в шлунок занурюють назогастральний зонд діаметром 5 мм на глибину 6 см, далі на отвір в шлунка накладають кисетний шов та затягують, в подальшому зонд занурюють в передню стінку шлунка протягом 4 см шляхом накладання вузлових швів за методом Вітцеля, потім зонд виводять на передню черевну стінку в лівому підребер'ї і фіксують до шкіри, з внутрішньої сторони стінки кишечника фіксують до зони контрапертури 4-ма додатковими вузловими швами, в післяопераційному періоді проводять контроль залишку в кулці шлунка шляхом промивання встановленої мікрогастростоми 2-чі на добу, видалення зонда проводять не раніше 5-ї доби при відсутності залишку в кулці шлунка, для видалення зонда перетинають шов, який фіксує зонд до шкіри, далі зонд витягують назовні, на отвір в контрапертурі накладають стерильну пов'язку.

25

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

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