



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **78237** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

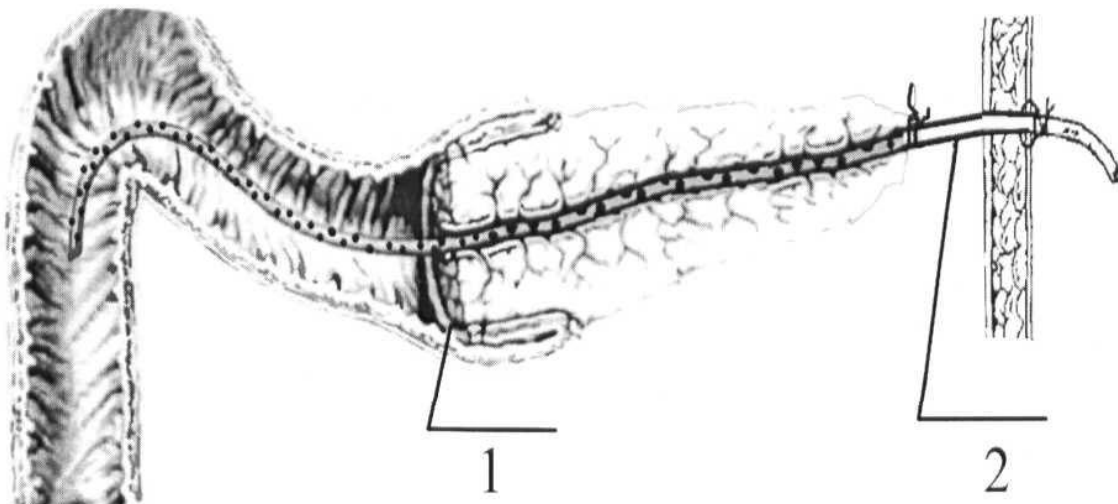
(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 11005	(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Мушенко Євгеній Володимирович (UA), Смачило Ростислав Михайлович (UA)
(22) Дата подання заявки: 21.09.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.03.2013	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-103, 61103 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.03.2013, Бюл.№ 5	

(54) СПОСІБ ЗОВНІШНЬОГО ДРЕНУВАННЯ КУКСИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ

(57) Реферат:

Спосіб зовнішнього дронування кукси підшлункової залози при панкреатодуоденальній резекції включає пересічення підшлункової залози, ідентифікацію на зрізі просвіту панкреатичної протоки, введення дренажу в просвіт протоки. Антеградно крізь прокол паренхіми передньої поверхні підшлункової залози вводять дренаж, один кінець якого проводять у головну панкреатичну протоку і тонку кишку, а інший кінець виводять назовні крізь прокол передньої черевної стінки.



UA 78237 U

Корисна модель стосується медицини, зокрема хірургії, і може бути використана, наприклад, при хірургічному лікуванні раку підшлункової залози, пухлинах великого дуоденального сосочка, а також злоякісних новоутвореннях дванадцятипалої кишки.

Панкреатодуоденальна резекція є операцією вибору у хворих на рак проксимальних відділів підшлункової залози, при пухлинах великого дуоденального сосочка, а також злоякісних новоутвореннях дванадцятипалої кишки. Рідше зазначена операція виконується при хронічному псевдотуморозному панкреатиті з метою видалення "пейсмейкерів фіброзу", які розташовані у головці підшлункової залози. Одним з найбільш тяжких ускладнень, які призводять до тривалого перебування хворих у стаціонарі, формування нориць, а часто і до летального кінця, є неспроможність панкреатоєюноанастомозу, що виникає у 7,5-38 % хворих після панкреатодуоденальної резекції (Байрамов Р. Б. Методы наложения анастомоза между культей поджелудочной железы мягкой консистенции и пищеварительным каналом при панкреатодуоденальной резекции // Клінічна хірургія.-2010. - № 4. - с. 30-33).

Профілактика зазначеного ускладнення включає в себе, крім ретельної оперативної техніки, обережного поводження з тканинами органів, що анастомозуються, і збереження їх адекватного кровопостачання, також і дренажу протоки підшлункової залози. При цьому декомпресія протоки підшлункової залози особливо показана хворим з неадаптованою або умовно адаптованою куксою підшлункової залози, малому або середньому діаметрі панкреатичної протоки, а також при виникненні технічних труднощів при формуванні панкреатодигестивного анастомозу.

Відомий спосіб дренажу протоки підшлункової залози після панкреатодуоденальної резекції, що описаний в статті Холоденина К.Г., Соловьєва В.А. та співавторів (див. Холодин К.Г., Соловьєв В.А., Захаров А.Г., Парахоняк Н.В., Пахомов С.Р. "Новый способ формирования панкреатоэюнального анастомоза после панкреатодуоденальной резекции" // Медицинский альманах. - № 2 (15).-2011. - С. 99-102). Він включає пересічення підшлункової залози, формування постійної панкреатичної нориці на дренажі на першому етапі хірургічного лікування, а також з формуванням терміно-латерального панкреатоєюноанастомозу між тонкою кишкою і сформованою панкреатичною норицею на другому етапі. При цьому дренаж не видаляють, а укладають на серозний покрив кишки і на відстані 1-1,5 см від зрізу підшлункової залози вкривають окремими вузловими серо-серозними швами. В 4 см від зрізу підшлункової залози катетер занурюють в просвіт кишки. Герметизацію місця введення катетера в просвіт тонкої кишки здійснюють кисетним швом і додатково над катетером вузловими швами укріплюють тунель довжиною 3-4 см. Катетер виводять назовні із просвіту тонкої кишки крізь її куксу з наступною герметизацією кисетним швом. Далі крізь окремий прокол черевної стінки катетер виводять на шкіру і фіксують.

Недоліком описаного способу є наявність довгої сліпої кукси тонкої кишки, в якій можуть накопичуватися панкреатичний та кишковий секрет, що кінець кінцем може призводити до виникнення гіпертензії в просвіті кукси тонкої кишки і неспроможності панкреатоєюноанастомозу.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб за пат. № 2329766 С1 (RU, А61В17/00 (2006.01), А61М 1/00 (2006.01), пр. 26.10.2006, Спосіб дренирования культи поджелудочной железы при панкреатодуоденальной резекции). Він включає пересічення залози по перешийку, формування панкреатоєюноанастомозу, ідентифікацію на зрізі просвіту панкреатичної протоки, встановлення в головну панкреатичну протоку кукси залози дренажної системи на всьому протязі протоки, фіксацію дренажу до стінки протоки та виведення його назовні крізь єюностому або трансназально. Дренаж здійснюють двома коаксіально розташованими трубками, при цьому внутрішня з них виконана з перфорованою робочою частиною і екстракорпоральні кінці обох трубок відкриті та з'єднані між собою.

Недоліком зазначеного способу є необхідність тривалого трансназального проведення дренажу, що підвищує ризик розвитку легеневих ускладнень, можливість міграції дренажу із зони панкреатодигестивного анастомозу в просвіт кишки. В разі зовнішнього дренажу крізь єюностому наносять додаткову травму кишкової стінці, що в подальшому може призвести до формування кишкової нориці, що довго не загоюється. Крім того, фіксація кишки до передньої черевної стінки підвищує ризик розвитку спайкової кишкової непрохідності.

В основу корисної моделі поставлена задача створення удосконаленого способу, який дозволяє зменшити кількість ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень шляхом зниження внутрішньопротокової гіпертензії за рахунок покращення відтоку панкреатичного соку.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі зовнішнього дренажу кукси підшлункової залози при панкреатодуоденальній резекції, який включає пересічення підшлункової залози, ідентифікацію на зрізі просвіту панкреатичної протоки, введення дренажу

в просвіт протоки, згідно з корисною моделлю, антеградно крізь прокол паренхіми передньої поверхні підшлункової залози уводять дренаж, один кінець якого проводять у головну панкреатичну протоку і тонку кишку, а інший кінець виводять назовні крізь прокол передньої черевної стінки.

5 Введення дренажу антеградно крізь прокол паренхіми передньої поверхні підшлункової залози дозволяє зменшити травмування слизової оболонки панкреатичної протоки за рахунок проведення дренажу на зонді, а не наосліп, як при ретроградному дренажу.

10 Виведення дренажу безпосередньо назовні крізь прокол черевної стінки дозволяє зменшити імовірність розвитку легеневих ускладнень, які можуть виникнути при трансназальному встановленні дренажу, а також імовірність розвитку тонкокишкової нориці при виведенні дренажу під єюностому.

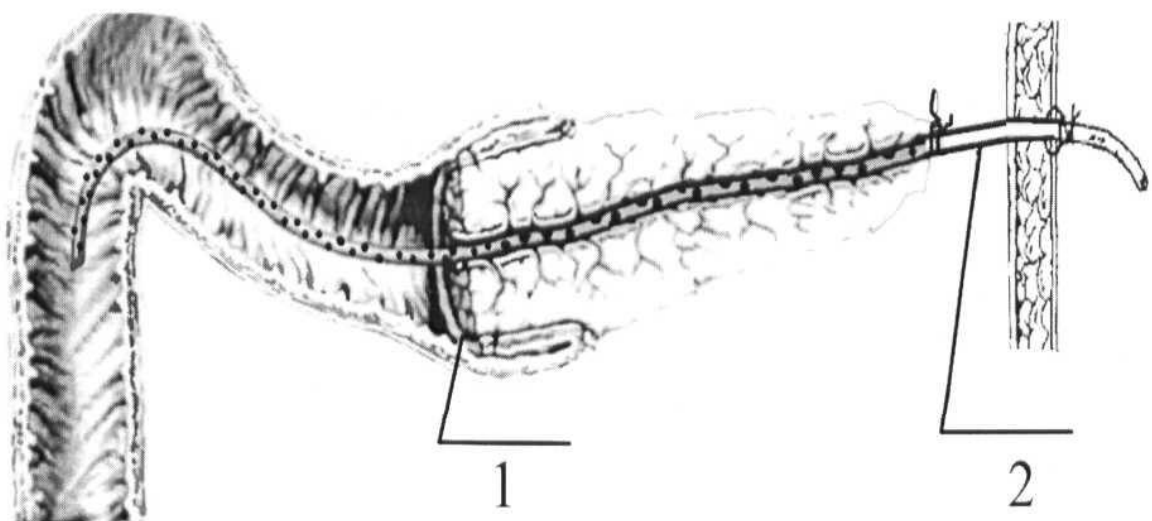
Спосіб ілюструється кресленням, на якому показано панкреатоєюноанастомоз 1 "кінець-в-кінець" і дренаж 2, встановлений в головну панкреатичну протоку.

15 Спосіб реалізується наступним чином. Після пересічення підшлункової залози на поперечному зрізі її кукси ідентифікують просвіт панкреатичної протоки і уводять до нього ґудзиковий зонд до заклинювання. Виконують прокол паренхіми передньої поверхні підшлункової залози над ґудзиковою частиною зонда і уводять крізь нього силіконовий дренаж діаметром 1-2 мм, який має бокові отвори. Дренаж крізь протоку підшлункової залози проводять у просвіт тонкої кишки після формування задньої губи панкреатоєюноанастомозу. Потім формують передню губу. Дренаж фіксують до паренхіми передньої поверхні підшлункової залози за допомогою нитки, що розсмоктується, після чого виводять назовні крізь прокол передньої черевної стінки.

20 Таким чином, виконання способу за корисною моделлю дозволяє зменшити кількість ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень шляхом зниження внутрішньопротокової гіпертензії за рахунок покращення відтоку панкреатичного соку, тобто зменшує ризик розвитку неспроможності панкреатоєюноанастомозу та некрозу кукси підшлункової залози.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

30 Спосіб зовнішнього дренажу кукси підшлункової залози при панкреатодуоденальній резекції, який включає пересічення підшлункової залози, ідентифікацію на зрізі просвіту панкреатичної протоки, введення дренажу в просвіт протоки, який **відрізняється** тим, що антеградно крізь прокол паренхіми передньої поверхні підшлункової залози уводять дренаж, один кінець якого проводять у головну панкреатичну протоку і тонку кишку, а інший кінець виводять назовні крізь прокол передньої черевної стінки.



Комп'ютерна верстка М. Мацело

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