



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **85288** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 07756	(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Мушенко Євгеній Володимирович (UA), Смачило Ростислав Михайлович (UA), Марданян Костянтин Рузвельтович (UA)
(22) Дата подання заявки: 18.06.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.11.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.11.2013, Бюл.№ 21	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-103, 61103 (UA)

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

(57) Реферат:

Спосіб виконання панкреатодуоденальної резекції включає двоетапне хірургічне лікування, на першому етапі якого формують холецистоєюноанастомоз та гастроентероанастомоз, а на другому етапі виконують резекцію панкреатодуоденального комплексу. Формують антиперистальтичний гастроентероанастомоз з оральним відділом пересіченої тонкої кишки та холецистоєюноанастомоз з каудальним відділом пересіченої кишки і міжкишкове співвустя за Брауном. Резеціюють холецистоєюноанастомоз на другому етапі і послідовно формують ізоперистальтично розташовані панкреатоєюно- та білідигестивний анастомози з каудальним відділом пересіченої тонкої кишки.

U
85288
UA

Корисна модель належить до медицини, зокрема хірургії, і може бути використана, наприклад, при хірургічному лікуванні раку підшлункової залози.

За даними Національного інституту раку США в Америці тільки в 2012 р. зареєстровано 43900 нових випадків раку головки підшлункової залози, а летальність від цього захворювання складала 37900 чоловік. При цьому в структурі онкологічної захворюваності рак головки підшлункової залози посідає 20 місце, а летальність при зазначеній патології - 4 місце. Більше ніж у 90 % хворих раком підшлункової залози розвивається механічна жовтяниця, а у 20 % дуоденальна непрохідність (G. Morris-Stiff, A. Hassn, W. T. Young. Self-expanding metal stents for duodenal obstruction in advanced pancreatic adenocarcinoma / HPB (Oxford). 2008. - № 10(2). - С. 134-137). При цьому в разі нерезектабельності пухлини, що пов'язана з її локальним розповсюдженням або віддаленим метастазуванням, є необхідність паліативного лікування - ендоскопічного стентування дванадцятипалої кишки і жовчних проток в комбінації з паліативною хіміотерапією (L. Larssen, A. W. Medhus, T. Hauge. Treatment of malignant gastric outlet obstruction with stents: An evaluation of the reported variables for clinical outcome // BMC Gastroenterology. 2009. - № 9. - С. 45). За думкою А.В. Павловського і співавт., у хворих з IV стадією захворювання, які мають перспективу подальшого протипухлинного лікування, методом вибору кінцевого розв'язання жовчної обструкції стають хірургічні анастомози, які дають меншу кількість пізніх ускладнень і не підтримують хронічний холангіт (на відміну від зовні-внутрішнього, черезшкірного або ендоскопічного дренажу). Внутрішні анастомози дозволяють забезпечити кращу якість життя пацієнтів, уникнути постійного інфікування жовчі, яке пов'язане із закиданням кишкового вмісту. Необхідно також враховувати, що наступним за частотою ускладненням в результаті об'ємного збільшення первинної пухлини є дуоденальна непрохідність, яка в перспективі потребує відкритого втручання. Тому оптимальним є накладення білідигестивного та гастроентероанастомозів (А.В. Павловский, А.В. Козлов, А.А. Поликарпов. Нарушение проходимости желчевыводящих путей / Практическая онкология. - Т. 7, № 2-2006. - с. 84-88).

Відомий спосіб гастропанкреатодуоденальної резекції за 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. - Р. 765-778), який включає мобілізацію гастропанкреатодуоденального комплексу і його видалення, а також послідовне формування панкреатикоєюно-, білідигестивного і гастроентероанастомозів.

Спосіб дозволяє розташувати анастомози, які формуються, у порядку, що в більшості випадків попереджує рефлюкс шлункового вмісту у білідигестивний та панкреатоеюноанастомози, але спосіб непридатний при місцево розповсюдженному раковому процесі головки підшлункової залози та ускладненому механічною жовтяницею та дуоденальною непрохідністю, що потребує двоетапного лікування. Крім того, радикальна операція з класичною реконструкцією за Whipple може призводити до розвитку демпінг-синдрому (Diener MK., Fitzmaurice C, Schwarzer G, Seiler CM. / Pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy (ppWhipple) versus pancreaticoduodenectomy (classicWhipple) for surgical treatment of periampullary and pancreatic carcinoma (Review) // 2011. - The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.).

Найбільш близьким аналогом до корисної моделі є спосіб лікування раку підшлункової залози, що описаний в книзі Данилов М.В., Федоров В.Д. „Хирургия поджелудочной железы: Руководство для врачей" (див. М. - Медицина.-1995). Він включає двоетапне хірургічне лікування, на першому етапі якого формують холецистоєюноанастомоз та гастроентероанастомоз, а на другому етапі виконують резекцію панкреатодуоденального комплексу. При цьому холецистоєюноанастомоз та гастроентероанастомоз формують ізоперистальтично на довгій петлі тонкої кишки, що виключена за Брауном. Після нормалізації аліментарного статусу хворого і регресу явищ механічної жовтяниці через 3-4 тижня виконують другий етап хірургічного лікування: виділяють раніше сформовані анастомози, виконують мобілізацію панкреатодуоденального комплексу, при цьому зберігають раніше сформовані гастроентеро-, холецистоєюно- анастомози та міжкишкове співвустя разом з заглишкою привідної петлі. Виконують резекцію панкреатодуоденального комплексу. Проксимальну куксу привідної петлі тонкої кишки, що виключена за Брауном, використовують для формування панкреатоеюноанастомозу.

Описаний спосіб дозволяє підготувати хворого до радикального етапу операції, а послідовне розташування панкреатоеюно-, холецистоєюно- та гастроентероанастомозів дозволяє знизити імовірність рефлюксу кишкового вмісту у протоки підшлункової залози та жовчні протоки, що, в свою чергу, зменшує ризик виникнення неспроможності панкреатоеюно-, холецистоєюно- анастомозів, некрозу кукси підшлункової залози та холангіту. Але ізоперистальтичне розташування петлі тонкої кишки, відсутність пілоричної частини шлунка

сприяють швидкому „скиданню” їжі в тонку кишку, що є суттєвим недоліком у хворих зі схильністю до розвитку демпінг-синдрому. Також для підвищення радикальності хірургічного втручання потрібне виконання холецистектомії і лімфодисекції гепатодуоденальної зв'язки з пересіченням холедоху вище місця впадіння міхурової протоки, що при двоетапному лікуванні

за описаним способом потребує резекції холецистоєюноанастомозу, формування гепатикоєюноанастомозу і додаткового міжкишкового співвустя.

В основу корисної моделі поставлена задача, що полягає у зменшенні імовірності розвитку демпінг-синдрому, розвитку неспроможності панкреатоєюноанастомозу при виконанні ПДР, а також підвищення радикальності хірургічного лікування хворих на рак головки підшлункової залози шляхом формування антиперистальтичного гастроентероанастомозу на ізольованій петлі тонкої кишки та ізоперистальтичних білідигестивного і панкреатоєюноанастомозів.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі виконання панкреатодуоденальної резекції, який включає двоетапне хірургічне лікування, на першому етапі якого формують холецистоєюноанастомоз та гастроентероанастомоз, а на другому етапі виконують резекцію панкреатодуоденального комплексу, згідно з корисною моделлю, формують антиперистальтичний гастроентероанастомоз з оральним відділом пересіченої тонкої кишки та холецистоєюноанастомоз з каудальним відділом пересіченої кишки і міжкишкове співвустя за Брауном, а також резеціюють холецистоєюноанастомоз на другому етапі і послідовно формують ізоперистальтично розташовані панкреатоєюно- та білідигестивний анастомози з каудальним відділом пересіченої тонкої кишки.

Послідовність і характер дій дозволяють провести радикальне хірургічне лікування хворим на рак головки підшлункової залози, що ускладнений механічною жовтяницею та дуоденальною непрохідністю, за рахунок розв'язання на першому етапі явищ механічної жовтяниці та нормалізації аліментарного статусу хворого. Це створює передумови для радикального хірургічного втручання на другому етапі, а також зменшення імовірності розвитку демпінг-синдрому і розвитку неспроможності панкреатоєюноанастомозу при виконанні ПДР.

Спосіб ілюструється кресленнями, на яких показано: Фіг. 1 - перший етап оперативного лікування; Фіг. 2 - другий етап оперативного лікування.

Здійснено на першому етапі оперативного лікування формування ізоперистальтичного холецистоєюно- і антиперистальтичного гастроентероанастомозів 1, 2, відповідно; на другому етапі - здійснено резекцію панкреатодуоденального комплексу 3, а також виконане формування ізоперистальтичних білідигестивного та панкреатоєюноанастомозів 4, 5, відповідно, із збереженням раніше сформованого гастроентероанастомозу 2.

Спосіб виконують наступним чином.

Для лікування раку головки підшлункової залози, який ускладнений розвитком механічної жовтяниці та дуоденальної непрохідності операція здійснюється в два етапи. На першому з них виконують розв'язання явищ механічної жовтяниці і відновлення пасажу їжі по травному тракту. Для цього виділяють петлю тонкої кишки на відстані 50 см від зв'язки Трейца, яку пересікають разом із брижею. Між оральним відділом пересіченої кишки і шлунком формують антиперистальтичний гастроентероанастомоз 2. Між каудальним відділом пересіченої кишки і жовчним міхуром формують ізоперистальтичний холецистоєюноанастомоз 1. Далі формують міжкишкове співвустя по типу „бік-в-бік” на 50 см нижче холецистоєюноанастомозу 1. Другий етап хірургічного лікування виконують через 3-4 тижня після першої операції, коли спостерігається регрес механічної жовтяниці і нормалізація аліментарного статусу хворого. Після розсічення спайок виконують ревізію черевної порожнини. При резектабельності пухлини виділяють раніше сформовані анастомози 1, 2 і здійснюють мобілізацію панкреатодуоденального комплексу 3 і резеціюють його разом з раніше сформованим холецистоєюноанастомозом 1. З каудальним відділом раніше пересіченої тонкої кишки послідовно формують панкреатоєюноанастомоз 5 „кінець-в-кінець” та гепатикоєюноанастомоз „кінець-в-бік”. Операцію завершують дренажуванням черевної порожнини.

Таким чином, виконання запропонованого способу дозволяє здійснювати радикальне хірургічне втручання з приводу пухлини головки підшлункової залози при зменшенні імовірності розвитку демпінг-синдрому та неспроможності панкреатоєюноанастомозу при виконанні ПДР. Спосіб також дозволяє підвищити радикальність хірургічного лікування хворих на рак головки підшлункової залози.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб виконання панкреатодуоденальної резекції, який включає двоетапне хірургічне лікування, на першому етапі якого формують холецистоєюноанастомоз та

- гастроентероанастомоз, а на другому етапі виконують резекцію панкреатодуоденального комплексу, який **відрізняється** тим, що формують антиперистальтичний гастроентероанастомоз з оральним відділом пересіченої тонкої кишки та холецистоєюноанастомоз з каудальним відділом пересіченої кишки і міжкишкове співвуста за Брауном, а також резеціюють холецистоєюноанастомоз на другому етапі і послідовно формують ізоперистальтично розташовані панкреатоєюно- та білідигестивний анастомози з каудальним відділом пересіченої тонкої кишки.

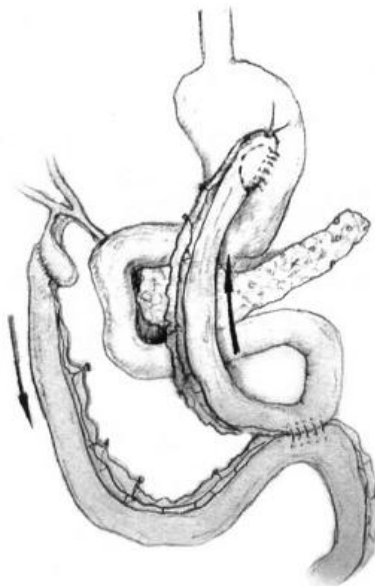


Fig. 1



Fig. 2

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

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