



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **85289** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 07757	(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Мушенко Євгеній Володимирович (UA), Смачило Ростислав Михайлович (UA)
(22) Дата подання заявки: 18.06.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.11.2013	(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: 11.11.2013, Бюл.№ 21	

(54) СПОСІБ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

(57) Реферат:

Спосіб панкреатодуоденальної резекції включає мобілізацію та резекцію панкреатодуоденального комплексу, ізольоване формування панкреатоєюно-, білідигестивного та гастроентероанастомозів. Ізоперистальтичний панкреатоєюно- та антиперистальтичний гастроентероанастомоз формують на проксимальній ділянці тонкої кишки, яка розділена заглушкою, Біодигестивний анастомоз формують ізоперистальтично на дистальній ділянці тонкої кишки.

UA 85289 U

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

Панкреатодуоденальна резекція (ПДР), яка до теперішнього часу є методом вибору при лікуванні пухлин панкреатодуоденальної зони, сполучена з високим ризиком післяопераційних ускладнень. За зведеними даними закордонних та вітчизняних авторів кількість післяопераційних ускладнень досягає 40-70 % (Д.М. Вьюшков, Д.И. Демин, И.И. Минаев, М.П. Саламахин, М.В. Дворкин, А.В. Мун Выбор метода панкреатодигестивного соустья при панкреатодуоденальной резекции / Хирургия. - 2006. - № 25. - С. 38-41). Одним з найбільш частих ускладнень ПДР є неспроможність панкреатоєюноанастомозу внаслідок рефлюксу шлункового вмісту та розвитку некрозу кукси підшлункової залози. Крім цього деякі автори повідомляють про розвиток демпінг-синдрому у хворих, що перенесли ПДР (Diener MK., Fitzmaurice C, Schwarzer G, Seiler CM. / Pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy (ppWhipple) versus pancreaticoduodenectomy (classic Whipple) for surgical treatment of periampullary and pancreatic carcinoma (Review) // 2011. - The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd).

Відомий спосіб панкреатодуоденальної резекції за Ру (див. Литтманн И. Брюшная хирургия. - Будапешт. - 1970. - С. 493). Він включає мобілізацію та резекцію панкреатодуоденального комплексу з наступним формуванням гастроентероанастомозу на відвідній петлі тонкої кишки та білідигестивного та панкреатоєюноанастомозів на ізольованій за Ру петлі тонкої кишки. Далі формують міжкишкове співвустя.

Спосіб дозволяє запобігти рефлюксу шлункового вмісту в панкреатоєюно- та білідигестивний анастомози. Але його недоліком є постійний несприятливий вплив жовчі на зону панкреатоентероанастомозу у зв'язку з тим, що анастомози між холедохом та кишкою, куксою підшлункової залози і кишкою накладені на одній петлі, відбувається рефлюкс жовчі до панкреатоєюноанастомозу з розвитком його неспроможності.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб панкреатодуоденальної резекції, що запропонований І.Б. Щепотіним та співавт. (Щепотин И.Б., Лукашенко А.В., Колесник Е.А., Васильев О.В., Розумий Д.А., Приймак В.В., Шептицкий В.В., Зелинский А.И. Модификация реконструктивного этапа при панкреатодуоденальной резекции - методика физиологической реконструкции / Клиническая онкология. - 2011. - № 1 (1). - С. 30-34). Спосіб включає мобілізацію та резекцію панкреатодуоденального комплексу, ізольоване формування панкреатоєюно-, білідигестивного та гастроентероанастомозів, що виконують наступним чином. Формують панкреатоєюноанастомоз на петлі тонкої кишки довжиною 50 см від зв'язки Трейца, що виключена за Ру ("перша петля"). Далі формують гастроентеро- та гепатикоєюноанастомози на "другій петлі" тонкої кишки на відстані 40 см один від іншого. Гепатикоєюноанастомоз "відключають" від гастроентероанастомозу шляхом формування міжкишкового співвустя з заглушкою привідної петлі. Дистальніше гепатикоєюноанастомозу на 50 см "включають" в пасаж петлю кишки від панкреатоєюноанастомозу за Ру.

Описаний спосіб дозволяє ізолювати панкреатоєюно-, білідигестивний та гастроентероанастомози один від одного, що, в свою чергу, дозволяє виключити можливість рефлюксу шлункового вмісту та жовчі до панкреатоєюноанастомозу. Недоліком способу є формування білідигестивного анастомозу на довгій петлі тонкої кишки, що може в післяопераційному періоді сприяти розвитку синдрому привідної петлі внаслідок залишення "сліпої кишені" тонкої кишки великих розмірів. Крім цього зазначений спосіб реконструкції припускає виключення достатньо довгої ділянки тонкої кишки, що може призводити до розвитку синдрому мальдигестії. Також ізоперистальтичне розташування тонкої кишки при формуванні зазначених вище анастомозів за умови відсутності воротаря може призводити до розвитку демпінг-синдрому в післяопераційному періоді.

В основу корисної моделі поставлена задача, що полягає у профілактиці розвитку неспроможності панкреатоєюноанастомозу та демпінг-синдрому шляхом мінімалізації впливу таких агресивних середовищ, як жовч та шлунковий сік на тканину підшлункової залози за рахунок методики реконструкції при ПДР.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі панкреатодуоденальної резекції, що включає мобілізацію та резекцію панкреатодуоденального комплексу, ізольоване формування панкреатоєюно-, білідигестивного та гастроентероанастомозів, згідно з корисною моделлю, ізоперистальтичний панкреатоєюно- та антиперистальтичний гастроентероанастомоз формують на проксимальній ділянці тонкої кишки, яка розділена заглушкою, а білідигестивний анастомоз формують ізоперистальтично на дистальній ділянці тонкої кишки.

Ізольоване формування ізоперистальтичного панкреатоєюно- та антиперистальтичного гастроентероанастомозів на одній ділянці тонкої кишки, що розділена заглушкою, та

ізоперистальтичного білідигестивного анастомозу на іншій ділянці кишки дозволяє покращити безпосередні результати хірургічного лікування за рахунок зниження ризику розвитку неспроможності зазначених анастомозів, а антиперистальтичне розташування гастроентероанастомозу дозволяє зменшити ризик розвитку післяопераційного демпінг-синдрому.

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому зображено фінальний момент виконання способу, де видно накладені панкреатоєюноанастомоз 1, гастроентероанастомоз 2, заглушку 3, білідигестивний анастомоз 4 та міжкишкові співвуста 5, 6.

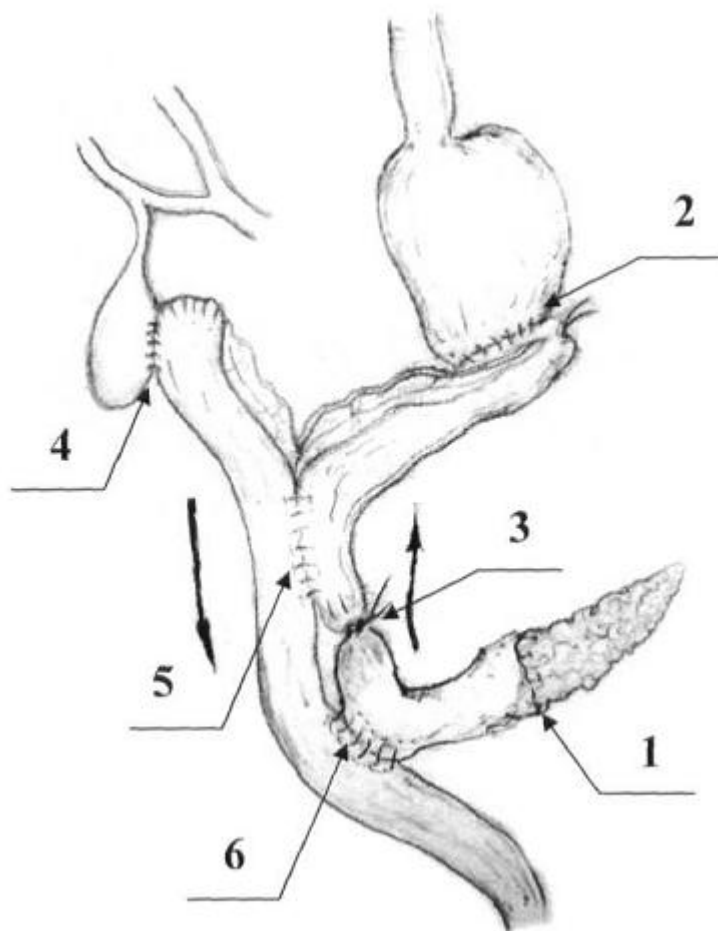
Спосіб реалізується наступним чином.

Виконують мобілізацію і резекцію панкреатодуоденального комплексу. Петлю тонкої кишки пересікають разом з брижей кою, зберігаючи живильні судини на відстані 50 см від зв'язки Трейца. Між проксимальним кінцем орального відділу тонкої кишки та підшлунковою залозою формують панкреатоєюноанастомоз 1 "кінець-в-кінець". Між дистальним орального відділу тонкої кишки та шлунком формують антиперистальтичний гастроентероанастомоз 2. Панкреатоєюноанастомоз 1 "відключають" від гастроентероанастомозу 2 шляхом формування заглушки 3 між ними. Формують ізоперистальтичний білідигестивний анастомоз 4 з каудальним відділом пересіченої тонкої кишки. Гастроентеро- та панкреатоєюноанастомоз 2, 1, відповідно, "включають" в пасаж шляхом формування двох міжкишкових співвусть вище та нижче заглушки 3 (міжкишкові співвуста 5, 6).

Таким чином, виконання способу за запропонованим способом дозволяє здійснювати профілактику розвитку неспроможності панкреатоєюноанастомозу та демпінг-синдрому шляхом мінімізації впливу таких агресивних середовищ, як жовч та шлунковий сік на тканину підшлункової залози.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб панкреатодуоденальної резекції, що включає мобілізацію та резекцію панкреатодуоденального комплексу, ізольоване формування панкреатоєюно-, білідигестивного та гастроентероанастомозів, який **відрізняється** тим, що ізоперистальтичний панкреатоєюно- та антиперистальтичний гастроентероанастомоз формують на проксимальній ділянці тонкої кишки, яка розділена заглушкою, а білідигестивний анастомоз формують ізоперистальтично на дистальній ділянці тонкої кишки.



Комп'ютерна верстка А. Крулевський

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