



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **87349** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00
A61B 17/11 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

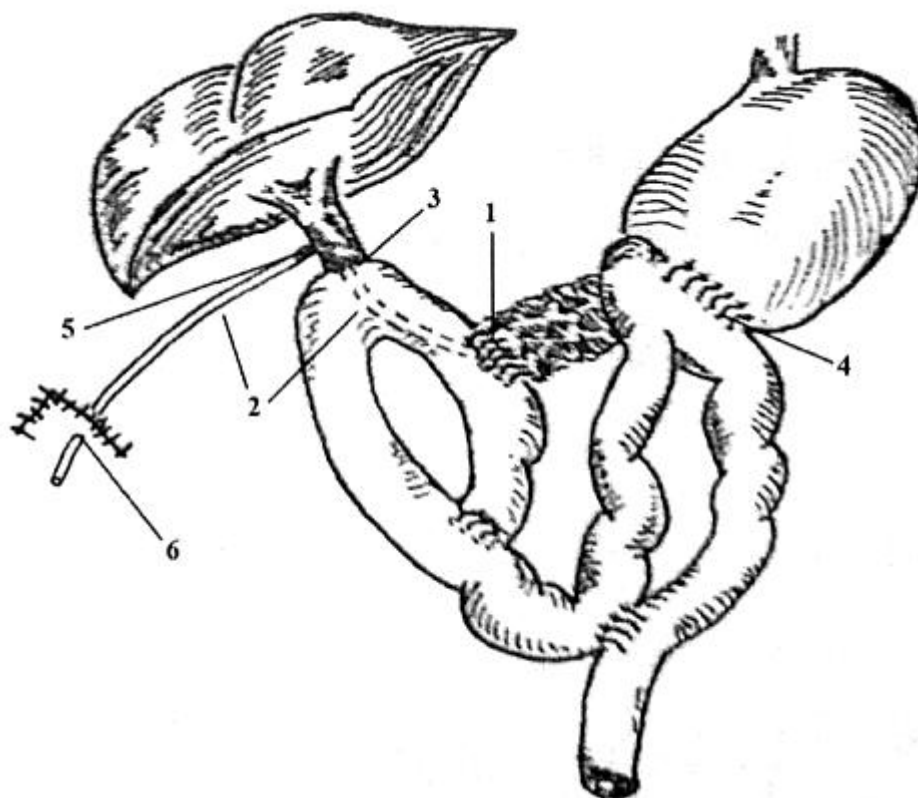
(21) Номер заявки: u 2013 06977	(72) Винахідник(и): Хацко Володимир Власович (UA), Шаталов Олександр Дмитрович (UA), Матвієнко Владислав Андрійович (UA), Фомінов Віталій Михайлович (UA)
(22) Дата подання заявки: 03.06.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.02.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.02.2014, Бюл.№ 3	(73) Власник(и): ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA)

(54) СПОСІБ ПАНКРЕАТОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

(57) Реферат:

Спосіб панкреатогастродуоденальної резекції включає лапаротомію, послідовне виділення і видалення єдиним блоком дванадцятипалої кишки з антральним відділом шлунка, голівкою підшлункової залози, жовчного міхура, дистальної частини печінково-жовчної протоки, початкового відділу тонкої кишки з накладенням прецизійного термінолатерального панкреатоентероанастомозу в 7-8 см від орального кінця петлі тонкої кишки, проведеної у вікні брижі товстої кишки праворуч. При цьому в протоку підшлункової залози вводять катетер з бічними отворами, дистальний кінець якого вводять в кишку через ентеротомічний отвір, з наступним накладенням гепатікоентероанастомозу на відстані 5-8 см від панкреатоентероанастомозу, анастомозу орального кінця кишкової петлі з петлею кишки нижче гепатікоентероанастомозу, гастроентероанастомозу на окремій петлі, проведеної через брижу поперечно-ободової кишки і співусть між привідною і відвідною петлями тонкої кишки на відносно рівних відстанях від анастомозованих органів. Дистальний кінець катетера, дренуючого протоку підшлункової залози, виводять через куку протоки жовчного міхура і прокол передньої черевної стінки назовні, фіксують катетер циркулярним кетгутовим швом до культі протоки міхура і лавсановим швом до шкіри передньої черевної стінки в місці проколу.

UA 87349 U



Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана при виконанні панкреатодуоденальної резекції (ПДР) в лікуванні раку головки підшлункової залози (ПЗ), великого дуоденального сосочка, дванадцятипалої кишки та термінального відділу загальної жовчної протоки.

Відомий спосіб ПДР [1], при якому через вікно в брижі ободової кишки для накладення анастомозів виводять довгу петлю тонкої кишки. Першим накладають панкреатоєюноанастомоз "кінець в бік" на відстані 40 см від дуоденальної складки. Другим по порядку накладають холедохоєюноанастомоз "кінець в бік". Він знаходиться на зворотному кінці петлі тонкої кишки, в 10 см від панкреатоєюноанастомозу. Гастроєюноанастомоз виконують за методикою Гофмейстера-Фінстерера на відвідному коліні нижче холедохоєюноанастомозу. Останнім накладають міжкишковий анастомоз між привідним і відвідним колінами тонкої кишки.

Основний недолік цього способу: накладення панкреатоєюностомії, при якій зріз дистальної частини підшлункової залози вшивають в просвіт тонкої кишки, є небезпечним через можливу неспроможність анастомозу та розвиток небезпечного перитоніту.

Відомий спосіб панкреатогастродуоденальної резекції [2], узятий як прототип. Спосіб включає лапаротомію, послідовне виділення і видалення єдиним блоком дванадцятипалої кишки з антральним відділом шлунка, голівкою підшлункової залози, жовчного міхура, дистальної частини печінково-жовчної протоки, початкового відділу тонкої кишки з накладенням прецизійного термінолатерального панкреатоентероанастомозу в 7-8 см від орального кінця петлі тонкої кишки, проведеної у вікні брижі товстої кишки праворуч, при цьому в протоку ПЗ вводять катетер з бічними отворами, дистальний кінець катетера вводять в кишку через ентеротомічний отвір і виводять через додаткову ентеростому назовні, з наступним накладенням гепатікоентероанастомоза на відстані 5-8 см від панкреатоентероанастомозу, анастомозу орального кінця кишкової петлі з петлею кишки нижче гепатікоентероанастомозу, гастроентероанастомозу на окремій петлі, проведений через брижу поперечно-ободової кишки і співусть між привідною і відвідною петлями тонкої кишки на відносно рівних відстанях від анастомозованих органів.

Недоліком найближчого аналога є те, що після видалення катетера з додаткового ентеротомічного отвору можливо підтікання кишкового соку в суміші з жовчю і панкреатичним соком в черевну порожнину, що призводить до розвитку перитоніту.

В основу корисної моделі поставлена задача створення такого способу ПДР, який дозволив би видаляти зовнішній панкреатико-дігестивний катетер без розвитку ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб панкреатогастродуоденальної резекції, що включає лапаротомію, послідовне виділення і видалення єдиним блоком дванадцятипалої кишки з антральним відділом шлунка, голівкою підшлункової залози, жовчного міхура, дистальної частини печінково-жовчної протоки, початкового відділу тонкої кишки з накладенням прецизійного термінолатерального панкреатоентероанастомозу в 7-8 см від орального кінця петлі тонкої кишки, проведеної у вікні брижі товстої кишки праворуч, при цьому в протоку ПЗ вводять катетер з бічними отворами, дистальний кінець катетера вводять в кишку через ентеротомічний отвір і виводять через додаткову ентеростому назовні, з наступним накладенням гепатікоентероанастомозу на відстані 5-8 см від панкреатоентероанастомозу, анастомозу орального кінця кишкової петлі з петлею кишки нижче гепатікоентероанастомозу, гастроентероанастомозу на окремій петлі, проведений через брижу поперечно-ободової кишки і співусть між привідною і відвідною петлями тонкої кишки на відносно рівних відстанях від анастомозованих органів, доповнюється тим, що дистальний кінець катетера, дренажного протоку ПЗ, виводять через кукурузу протоки жовчного міхура і прокол передньої черевної стінки назовні, фіксують катетер циркулярним кетгутувим швом до культі протоки жовчного міхура і лавсановим швом до шкіри передньої черевної стінки в місці проколу.

Спосіб здійснюють наступним чином (див. креслення). Виконують лапаротомію, послідовне виділення і видалення єдиним блоком дванадцятипалої кишки з антральним відділом шлунка, голівкою підшлункової залози, жовчного міхура, дистальної частини печінково-жовчної протоки, початкового відділу тонкої кишки з накладенням прецизійного термінолатерального панкреатоентероанастомозу 1 в 7-8 см від орального кінця петлі тонкої кишки, проведеної у вікні брижі товстої кишки праворуч, при цьому в протоку підшлункової залози вводять катетер 2 з бічними отворами, дистальний кінець якого вводять в кишку через ентеротомічний отвір, з наступним накладенням гепатікоентероанастомозу 3 на відстані 5-8 см від панкреатоентероанастомозу, анастомозу орального кінця кишкової петлі з петлею кишки нижче гепатікоентероанастомозу, гастроентероанастомозу 4 на окремій петлі, проведений через брижу поперечно-ободової кишки і співусть між привідною і відвідною петлями тонкої кишки на відносно рівних відстанях від анастомозованих органів. Дистальний відділ катетера, дренажного

протоку підшлункової залози, виводять через куку протоки міхура 5 і прокол передньої черевної стінки 6 назовні, фіксують катетер циркулярним кетгутовим швом до культі протоки міхура і лавсановим швом до шкіри передньої черевної стінки в місці проколу.

Приклад використання методу. Хворий С, 58 років, госпіталізований в І хірургічне відділення
 5 ДОКТМО 19.04.2013г. зі скаргами на болі в епігастрії, жовтушність склер і шкірних покривів, знебарвлений кал. Було проведено ряд інструментальних досліджень, що включає в себе УЗД і КТ черевної порожнини, після чого хворому було встановлено діагноз: рак головки підшлункової залози, T2N0M0. Хворому було запропоновано оперативне лікування.
 10 Пankреатогастродуоденальна резекція проводилась наступним чином: виконувалась лапаротомія, послідовно були виділені і видалені єдиним блоком дванадцятипалої кишки з антральним відділом шлунка, голівкою підшлункової залози, жовчний міхур, дистальна частина печінково-жовчної протоки, початковий відділ тонкої кишки з накладанням прецизійного термінолатерального панкреатоентероанастомозу в 7-8 см від орального кінця петлі тонкої кишки, проведеної у вікні брижі товстої кишки праворуч, при цьому в протоку ПЗ був введений
 15 катетер з бічними отворами, дистальний кінець якого ввели в кишку через ентєротомічний отвір, з наступним накладенням гепатікоентероанастомозу на відстані 5-8 см від панкреатоентероанастомозу, анастомозу орального кінця кишкової петлі з петлею кишки нижче гепатікоентероанастомозу, гастроентероанастомозу на окремій петлі, проведеній через брижу поперечно-ободової кишки і співусть між привідною і відвідною петлями тонкої кишки на
 20 відносно рівних відстанях від анастомозованих органів, причому дистальний кінець катетера, дренажного протоку ПЗ, був виведений через куку протоки міхура і прокол передньої черевної стінки назовні. Катетер фіксований циркулярним кетгутовим швом до культі протоки жовчного міхура і лавсановим швом - до шкіри передньої черевної стінки в місці проколу. При гістологічному дослідженні видаленої частини підшлункової залози був встановлений діагноз:
 25 недиференційована аденокарцинома. Післяопераційний період був без ускладнень.

Таким чином, заявлюваний спосіб панкреатогастродуоденальної резекції попереджає розвиток перитоніту або абсцесів черевної порожнини, тому що дистальний кінець панкреатичного катетера виводять назовні не через додаткову ентєростому, а через куку протоки жовчного міхура і прокол черевної стінки.

30 Запропонований спосіб може застосовуватись для хірургічного лікування раку головки підшлункової залози, великого дуоденального сосочка, дванадцятипалої кишки та термінального відділу загальної жовчної протоки.

Апробація способу в умовах клініки підтвердила його високу ефективність і надійність.

Джерела інформації:

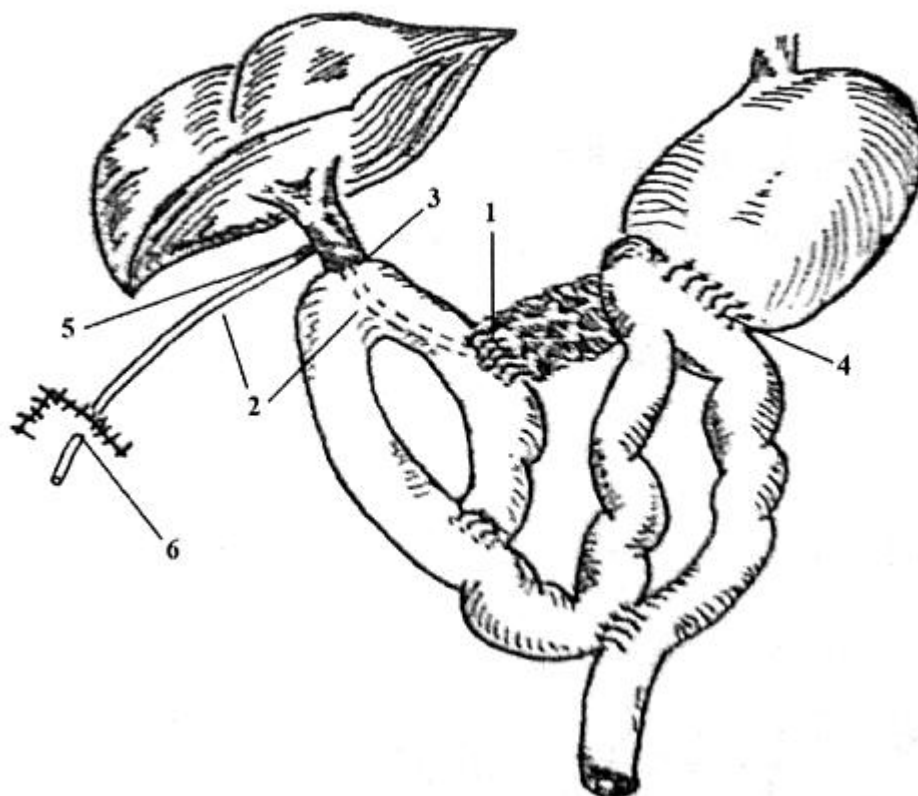
35 1. Филин В.И. Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы / В.И. Филин // М, 1982.- С. 198-199.

2. К вопросу о технике выполнения панкреатогастродуоденальной резекции при раке органов билиопанкреатодуоденальной зоны / В.И. Малярчук, Ф.В. Базилевич, А.Е. Климов [др.] // Вестник неотл. и восстановит. медицины.-2004.- Т.5, №2.- С. 203-206.

40

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб панкреатогастродуоденальної резекції, що включає лапаротомію, послідовне виділення і
 45 видалення єдиним блоком дванадцятипалої кишки з антральним відділом шлунка, голівкою підшлункової залози, жовчного міхура, дистальної частини печінково-жовчної протоки, початкового відділу тонкої кишки з накладенням прецизійного термінолатерального панкреатоентероанастомозу в 7-8 см від орального кінця петлі тонкої кишки, проведеної у вікні брижі товстої кишки праворуч, при цьому в протоку підшлункової залози вводять катетер з бічними отворами, дистальний кінець якого вводять в кишку через ентєротомічний отвір, з
 50 наступним накладенням гепатікоентероанастомозу на відстані 5-8 см від панкреатоентероанастомозу, анастомозу орального кінця кишкової петлі з петлею кишки нижче гепатікоентероанастомозу, гастроентероанастомозу на окремій петлі, проведеній через брижу поперечно-ободової кишки і співусть між привідною і відвідною петлями тонкої кишки на відносно рівних відстанях від анастомозованих органів, який **відрізняється** тим, що дистальний
 55 кінець катетера, дренажного протоку підшлункової залози, виводять через куку протоки жовчного міхура і прокол передньої черевної стінки назовні, фіксують катетер циркулярним кетгутовим швом до культі протоки міхура і лавсановим швом до шкіри передньої черевної стінки в місці проколу.



Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

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