

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **9411**

(13) **С1**

(46) **2007.06.30**

(51) МПК (2006)

A 61В 17/00

(54) **СПОСОБ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ**

(21) Номер заявки: а 20040658

(22) 2004.07.12

(43) 2006.02.28

(71) Заявитель: Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Гарелик Петр Васильевич; Жандаров Константин Николаевич; Колоцей Владимир Николаевич (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(56) Оперативная хирургия. Будапешт, Издательство Академии наук Венгрии, 1981. - С. 664-670.

RU 2166289 C2, 2001.

RU 2089109 C1, 1997.

UA 60074 A, 2003.

UA 54888 A, 2003.

UA 51102 A, 2002.

SU 1657161 A1, 1991.

SU 1699427 A1, 1991.

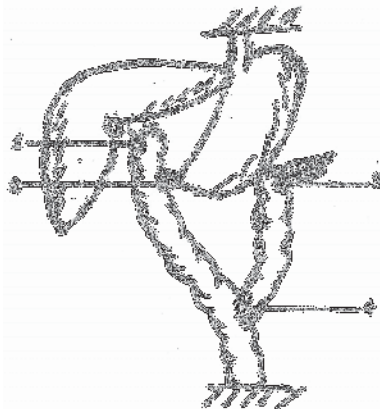
UA 65868 A, 2004.

UA 63581 A, 2004.

SU 1724183 A1, 1992.

(57)

Способ панкреатодуоденальной резекции, заключающийся в том, что проводят мобилизацию 12-перстной кишки, головки и шейки поджелудочной железы, лигируя сосуды, пересекают 12-перстную кишку на 2-3 см ниже пилорического жома и тощую кишку на 10 см ниже связки Трейтца, формируют изолированную петлю тощей кишки с энтероэнтероанастомозом по Ру, проводят холецистэктомия, пересекают общий желчный проток на уровне верхнего края 12-перстной кишки, пересекают поджелудочную железу с удалением мобилизованного органокомплекса, накладывают проксимальный дуоденоюноанастомоз по типу конец в бок, холедохоеюноанастомоз и панкреатоеюноанастомоз, используя сформированную петлю тощей кишки.



1 – холедохоеюноанастомоз

2 – проксимальный дуоденоюноанастомоз

3 – панкреатоеюноанастомоз

4 - энтероэнтероанастомоз

ВУ 9411 С1 2007.06.30

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии и может использоваться для лечения новообразований поджелудочной железы.

В связи с увеличением количества злокачественных новообразований поджелудочной железы разработка нового менее травматичного и более физиологичного способа оперативного вмешательства является весьма актуальной.

Наиболее близким к заявляемому является способ панкреатодуоденальной резекции (Литтманн И. Оперативная хирургия. - Будапешт, 1981. - С. 662-671). Производят мобилизацию 12-перстной кишки, головки и шейки поджелудочной железы, лигируя сосуды. Желудок пересекают на границе тела и антральной части. Тощую кишку пересекают в 10 см книзу от связки Трейтца и накладывают энтероэнтероанастомоз с формированием изолированной по Ру петли тощей кишки. Производят холецистэктомию, пересекают общий желчный проток на уровне верхнего края 12-перстной кишки. Пересекают поджелудочную железу, после чего удаляют весь мобилизованный препарат. Затем производят наложение гастроеноанастомоза, холедохоеюноанастомоза и панкреатоеюноанастомоза с У-образной петлей тощей кишки по Ру.

Недостатками являются: операция травматична, необходимо резецировать желудок; не сохраняется пилорический жом, что вызывает нарушение эвакуаторной функции желудка.

Задача изобретения - уменьшить травматичность операции, обеспечить сохранение желудка с порционной эвакуацией из него.

Задача достигается путем выполнения панкреатодуоденальной резекции. При этом уменьшается травматичность операции за счет уменьшения объема мобилизации в области антрального отдела желудка, пилоруса и проксимальной части 12-перстной кишки, сохранение желудка с порционной эвакуацией пищи обеспечивается за счет выполнения проксимальной дуоденоюностомии.

Способ осуществляют следующим образом.

Производят мобилизацию 12-перстной кишки, головки и шейки поджелудочной железы, лигируя сосуды. На 2-3 см ниже пилорического жома производят поперечное пересечение 12-перстной кишки. Тощую кишку пересекают в 10 см книзу от связки Трейтца, после чего формируют изолированную по Ру петлю тощей кишки с энтероэнтероанастомозом. Производят холецистэктомию, пересекают общий желчный проток на уровне верхнего края 12-перстной кишки. Пересекают поджелудочную железу, после чего удаляют весь мобилизованный препарат. Затем производят наложение проксимального дуоденоюноанастомоза "конец в бок", холедохоеюноанастомоза и панкреатоеюноанастомоза, используя У-образную петлю тощей кишки по Ру. На фиг. 1 изображена схема наложения анастомоза при выполнении панкреатодуоденальной резекции по предлагаемой методике.

Приводим пример, доказывающий возможность осуществления способа.

Пример 1

Больной С., 54 года, поступил в хирургическую клинику с диагнозом: хронический псевдотуморозный панкреатит. Механическая желтуха. Больной обследован, установлен диагноз: рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха. Оперирован 14.10.03 г. Произведена верхнесрединная лапаротомия, при ревизии выявлена плотная, бугристая опухоль головки поджелудочной железы. Метастазов нет. Решено выполнить радикальное оперативное вмешательство. Произведена мобилизация 12-перстной кишки, головки и шейки поджелудочной железы. 12-перстная кишка пересечена на 3 см ниже пилорического жома. На 10 см ниже связки Трейтца пересечена тощая кишка, наложен энтероэнтероанастомоз с формированием изолированной по Ру петли тощей кишки. Выполнена холецистэктомию. Холедох пересечен на уровне верхнего края 12-перстной кишки. Поджелудочная железа пересечена, удален мобилизованный препарат. Произведено наложение

ВУ 9411 С1 2007.06.30

проксимального дуоденоюноанастомоза "конец в бок", холедохоеюноанастомоза и панкреатоеюноанастомоза с изолированной по Ру петлей тощей кишки.

Кормление с 4-х суток. Швы сняты на 10-е сутки. На 14-е сутки после операции больной в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Срок наблюдения - 6 месяцев. Результат - хороший.

Таким образом, при использовании предлагаемого способа выявлены следующие преимущества:

1. Травматичность операции уменьшается за счет уменьшения объема мобилизации в области антрального отдела желудка, пилоруса и проксимальной части 12-перстной кишки, что в меньшей степени вызывает нарушение кровоснабжения и иннервации в данной области;

2. Сохранение желудка и пилорического жома обеспечивает физиологичную порционную эвакуацию пищи.

Предлагаемый способ высокоэффективен, менее травматичен, более физиологичен и с успехом может использоваться в любом стационаре практического здравоохранения для лечения новообразований поджелудочной железы.