



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21)(22) Заявка: 2011100997/14, 12.01.2011

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
12.01.2011

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 12.01.2011

(45) Опубликовано: 10.09.2012 Бюл. № 25

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: RU 2231309 C1, 27.06.2004. KZ 18042 A, 15.12.2006. ДАНИЛОВ М.В. и др. Хирургия поджелудочной железы. - М.: Медицина, 1995, с.271-283. BELINA F. Duodenopancreatectomy versus duodenum-preserving pancreatic head excision for chronic pancreatitis. Pancreatology. 2005; 5(6):547-52. Epub 2005 Aug 16 (Abstract).

Адрес для переписки:

644043, г.Омск, ул. Ленина, 12, ОмГМА,
патентный отдел

(72) Автор(ы):

Пропп Александр Робертович (RU),
Полуэктов Владимир Леонидович (RU),
Никулина Светлана Александровна (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Государственное образовательное
учреждение высшего профессионального
образования "Омская государственная
медицинская академия Федерального
агентства по здравоохранению и
социальному развитию" Росздравра (RU)

(54) СПОСОБ ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИИ ПРИ ДИАСТАЗЕ МЕЖДУ ПРОКСИМАЛЬНОЙ И ДИСТАЛЬНОЙ КУЛЬТЕЙ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА

(57) Реферат:

Изобретение относится к хирургии и может быть применимо для панкреатоеюностомии при диастазе между проксимальной и дистальной культей главного панкреатического протока. Вскрывают просвет главного панкреатического протока, иссекают его вместе с передней стенкой тела поджелудочной железы. В проекции образовавшегося диастаза между дистальной и проксимальной культей главного панкреатического протока оставляют паренхиматозно-капсулярную пластинку рубцово-измененной задней стенки

поджелудочной железы. Выполняют продольную панкреатоеюностомию путем последовательного вшивания в один просвет петли тонкой кишки дистальной культи, нижнего края паренхиматозно-капсулярной пластинки задней стенки поджелудочной железы, проксимальной культи, а затем верхнего края паренхиматозно-капсулярной пластинки задней стенки поджелудочной железы. Способ позволяет создать адекватный дренаж протоковой системы, уменьшить риск развития панкреатита, уменьшить риск несостоятельности анастомоза. 1 ил.



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) ABSTRACT OF INVENTION

(21)(22) Application: **2011100997/14, 12.01.2011**

(24) Effective date for property rights:
12.01.2011

Priority:

(22) Date of filing: **12.01.2011**

(45) Date of publication: **10.09.2012 Bull. 25**

Mail address:

**644043, g.Omsk, ul. Lenina, 12, OmGMA,
patentnyj otдел**

(72) Inventor(s):

**Propp Aleksandr Robertovich (RU),
Poluehktov Vladimir Leonidovich (RU),
Nikulina Svetlana Aleksandrovna (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Gosudarstvennoe obrazovatel'noe uchrezhdenie
vysshego professional'nogo obrazovanija
"Omskaja gosudarstvennaja meditsinskaja
akademija Federal'nogo agentstva po
zdravookhraneniju i sotsial'nomu razvitiju"
Roszdruva (RU)**

(54) METHOD OF PANCREATOJEJUNOSTOMY IN CASE OF DIASTASIS BETWEEN PROXIMAL AND DISTAL STUMPS OF MAIN PANCREATIC DUCT

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention relates to surgery and can be applied for pancreatojejunostomy in case of diastasis between proximal and distal stumps of main pancreatic duct. Lumen of main pancreatic duct is opened, excised together with anterior wall of pancreas body. In projection of formed diastasis between distal and proximal stumps of main pancreatic duct parenchymal-capsular plate of cicatritial posterior wall of pancreas is left. Longitudinal pancreateojejunostomy is performed by

successive sewing into one lumen of loop of small intestine of distal stump of lower edge of parenchymal-capsular plate of posterior wall of pancreas, proximal stump and then upper edge of parenchymal-capsular plate of posterior wall of pancreas.

EFFECT: method makes it possible to create adequate drainage of duct system, reduce risk of pancreatitis development, reduce risk of anastomosis failure.

1 dwg

RU 2 460 468 C1

RU 2 460 468 C1

Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургии поджелудочной железы, и предназначено для выполнения анастомозов поджелудочной железы с тонкой кишкой, чаще при осложненном хроническом панкреатите.

Способ применим в случае образования диастаза между дистальной и проксимальной культей главного панкреатического протока, что встречается, когда после вскрытия просвета и рассечения его иссекаются стенки интрапанкреатических кист, рассекаются стриктуры и карманы протоковой системы поджелудочной железы второго порядка, резецируется передняя стенка тела поджелудочной железы.

В ряде случаев при имеющемся диастазе между дистальной и проксимальной культей главного панкреатического протока выполняется медиальная резекция поджелудочной железы, в результате чего не остается паренхиматозно-капсулярной пластинки задней стенки поджелудочной железы и выполняется билатеральный концевопетлевой панкреатоэнтероанастомоз одним из известных способов (Оноприев В.И., Рогаль М.Л., Гладкий Е.Ю., Макаренко А.В., патент №2231309 с приоритетом от 27.01.2003). Для этого берут петлю тонкой кишки, которую подводят к проксимальной и дистальной культе поджелудочной железы, и прецизионно формируют проксимальный и дистальный панкреатикоэнтероанастомозы с захватыванием в шов стенки главного панкреатического протока. Ниже по кишечной стенке, т.е. дистальнее выполненных анастомозов, накладывают межкишечное соустье по Брауну.

Другим вариантом может служить способ, описанный в Анналах хирургической гепатологии (Москва, 2005, 2, том 10, стр.159. Баймаханов Б.Б., Рамазанов М.Е. Новый способ резекции поджелудочной железы, Алматы). Способ заключается во вшивании проксимальной и дистальной культи поджелудочной железы в отключенную по способу Брауна петлю тощей кишки с последующим выполнением заглушки по Шалимову на приводящую часть отключенной петли тощей кишки, а также дренировании главного панкреатического протока оставшихся частей поджелудочной железы двумя дренажными трубками, концы которых проводят через просвет подшитой петли тощей кишки и микроеюностомы на переднюю брюшную стенку.

Недостатком данных вариантов операции является то, что выполняются два панкреатикоэнтероанастомоза, что повышает риск возникновения осложнений, удлиняет время операции.

Еще более травматичным вариантом оперативного лечения является дистальная резекция поджелудочной железы, техника которой описана во всех руководствах по хирургической панкреатологии (например, М.В.Данилова, В.Д.Федорова. Хирургия поджелудочной железы, 1995, стр.271-283). Данный метод позволяет избежать выполнения дистального, а в случае прошивания культи поджелудочной железы и проксимального панкреат(-ик)оэнтероанастомоза. Основным недостатком дистальной резекции является травматизм, высокий риск осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и возникновение сахарного диабета в дальнейшем.

Различные варианты панкреатодигестивных анастомозов изображены в монографии Гришина И.Н., Аскальдовича Г.И., Мазорского И.Л. (Минск, 1993, стр.110-111, рис.47-48). Известные варианты формирования анастомозов тонкой кишки с протоковой системой поджелудочной железы и учащение случаев осложненного панкреатита с образованием диастаза между дистальной и проксимальной культей тела поджелудочной железы позволили разработать и внедрить новый способ продольной панкреатоеюностомии.

Задачей изобретения является создание адекватного дренажа протоковой системы поджелудочной железы, снижение риска развития панкреатита и повышение состоятельности выполненного анастомоза, упрощение техники операции.

Поставленная задача решается тем, что в способе панкреатоеюностомии, включающем вскрытие просвета главного панкреатического протока, рассечение и иссечение его вместе с передней стенкой тела поджелудочной железы или иссечение стенки интрапанкреатической кисты до задней стенки поджелудочной железы, в проекции образовавшегося диастаза между дистальной и проксимальной культей главного панкреатического протока оставляют паренхиматозно-капсулярную пластинку рубцово-измененной задней стенки поджелудочной железы и выполняют продольную панкреатоеюностомию путем последовательного вшивания в один просвет петли тонкой кишки дистальной культи, нижнего края паренхиматозно-капсулярной пластинки задней стенки поджелудочной железы, проксимальной культи, а затем верхнего края паренхиматозно-капсулярной пластинки задней стенки поджелудочной железы.

Предлагаемый способ поясняется чертежом, где: 1 - проксимальная культя главного панкреатического протока, 2 - дистальная культя главного панкреатического протока, 3 - паренхиматозно-капсулярная пластинка рубцово-измененной задней стенки поджелудочной железы, 4 - просвет анастомозируемой петли тонкой кишки.

Способ осуществляют следующим образом. После рассечения главного панкреатического протока устраняют причины его непроходимости. Удаляют кальцинаты, по-возможности, рассекают стриктуры и карманы протоковой системы поджелудочной железы второго порядка, иссекают стенки интрапанкреатических кист, при необходимости резецируют переднюю стенку тела поджелудочной железы вместе с частью главного панкреатического протока, образуя при этом диастаз между его дистальной и проксимальной культей.

Устранив внутрипротоковую гипертензию, принимают решение по выбору способа восстановительного этапа операции. Непременным условием разработанного способа является оставление паренхиматозно-капсулярной пластинки (3) задней стенки поджелудочной железы толщиной 3-5 мм, представленной рубцово-измененными тканями. В случае отсутствия паренхиматозно-капсулярной пластинки рубцово-измененной задней стенки поджелудочной железы необходимо использовать другой способ внутреннего дренирования или резекционные методы.

Пройодимость главного панкреатического протока в дистальную (2) и проксимальную (1) сторону также проверяют. В случае наличия рубцово-воспалительного узла в области головки поджелудочной железы выполняют частичную резекцию (типа Фрея или других вариантов). При необходимости ревизии хвостового отдела главный панкреатический проток рассекают продольно.

Непосредственно продольную панкреатоеюностомию производят путем последовательного вшивания в один просвет петли тонкой кишки дистальной культи (2), нижнего края паренхиматозно-капсулярной пластинки (3) задней стенки поджелудочной железы, проксимальной культи (1), а затем верхнего края паренхиматозно-капсулярной пластинки (3) задней стенки поджелудочной железы. При этом используют однорядный шов нитью типа «пролен 2.0-3.0». Паренхиматозно-капсулярная пластинка задней стенки поджелудочной железы позволяет выполнить продольную панкреатоеюностомию при диастазе между дистальной и проксимальной культей главного панкреатического протока 5-7 см и более.

Предлагаемый способ прост в техническом выполнении, позволяет создать адекватный дренаж протоковой системы поджелудочной железы, снизить риск развития панкреатита и повысить состоятельность выполненного анастомоза в один просвет петли тонкой кишки.

5

Формула изобретения

Способ панкреатоеюностомии при диастазе между проксимальной и дистальной культей главного панкреатического протока, включающий вскрытие просвета
10 главного панкреатического протока, рассечение и иссечение его вместе с передней стенкой тела поджелудочной железы или иссечение стенки интрапанкреатической кисты до задней стенки поджелудочной железы, отличающийся тем, что в проекции образовавшегося диастаза между дистальной и проксимальной культей главного
15 панкреатического протока оставляют паренхиматозно-капсулярную пластинку рубцово-измененной задней стенки поджелудочной железы и выполняют продольную панкреатоеюностомию путем последовательного вшивания в один просвет петли тонкой кишки дистальной культи, нижнего края паренхиматозно-капсулярной
20 пластинки задней стенки поджелудочной железы, проксимальной культи, а затем верхнего края паренхиматозно-капсулярной пластинки задней стенки поджелудочной железы.

25

30

35

40

45

50

