



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **59729** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПЕРИАМПУЛЯРНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

1

(21) u201013676

(22) 18.11.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) КОПЧАК ВОЛОДИМИР МИХАЙЛОВИЧ, ДУВАЛКО ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ, ХОМЯК ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ, КОПЧАК КОСТЯНТИН ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЗЕЛІНСЬКИЙ АРТЕМ ІГОРОВИЧ, ПЕРЕРВА ЛЮДМИЛА ОЛЕКСАНДРІВНА
(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ

2

(57) Спосіб хірургічного лікування злоякісних периампкулярних новоутворень, який включає виконання панкреатодуоденальної резекції з мобілізацією дванадцятипалої кишки та видаленням панкреатодуоденального комплексу, який **відрізняється** тим, що спочатку пересікають всі венозні судини панкреатодуоденального комплексу, а потім мобілізують дванадцятипалу кишку в напрямку від брижових судин направо, як останній етап видалення панкреатодуоденального комплексу.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для хірургічного лікування злоякісних периампкулярних новоутворень.

Відомий спосіб хірургічного лікування злоякісних периампкулярних новоутворень, що полягає у виконанні панкреатодуоденальної резекції та видаленні панкреатодуоденального комплексу, причому одним із перших етапів операції є мобілізація дванадцятипалої кишки (ДПК) за Кохером, а всі венозні судини панкреатодуоденального комплексу пересікають вже після цього [Шалімов О.О., Шалімов С.О., Ничитайло М.Ю., Родзиховський А.П. Хірургія підшлункової залози.-Симферополь : Таврида, 1997. - 465-467 с].

Недоліком цього способу є збільшення частоти виникнення метастазів у печінці в післяопераційному періоді, спричинене тим, що виконання мобілізації ДПК за Кохером та наступна тракція за комплекс, при його мобілізації, призводять до дисемінації пухлинних клітин до ворітної вени.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування злоякісних периампкулярних новоутворень, який, за рахунок того що ДПК мобілізують в напрямку від брижових судин направо, як останній етап видалення панкреатодуоденального комплексу вже після пересічення всіх венозних судин панкреатодуоденального комплексу, забезпечив би зменшення кількості випад-

ків виникнення метастазів у печінці в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування злоякісних периампкулярних новоутворень, який включає виконання панкреатодуоденальної резекції з мобілізацією ДПК та видаленням панкреатодуоденального комплексу, згідно з корисною моделлю, спочатку пересікають всі венозні судини панкреатодуоденального комплексу, а потім мобілізують дванадцятипалу кишку в напрямку від брижових судин направо, як останній етап видалення панкреатодуоденального комплексу.

Мобілізація ДПК в напрямку від брижових судин направо як останній етап видалення панкреатодуоденального комплексу вже після пересічення всіх венозних судин панкреатодуоденального комплексу попереджає дисемінацію пухлинних клітин до ворітної вени і тим самим забезпечує профілактику виникнення метастазів у печінці в післяопераційному періоді.

Спосіб здійснюють наступним чином. Після виконання операційного доступу та прийняття рішення про виконання панкреатодуоденальної резекції широко розсікають шлунково-ободову зв'язку. Мобілізують праву половину ободової кишки. Мобілізують жовчний міхур єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом. Почергово виділяють, перев'язують та пересікають усі артерії, вени та лімфатичні протоки панкреатодуоденаль-

(19) **UA** (11) **59729** (13) **U**

ного комплексу, одночасно виконуючи лімфаденектомію єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом. Пересікають загальну печінкову протоку, шлунок та проксимальний відділ тонкої кишки. Пересікають перешийок підшлункової залози та пересікають зв'язку гачкоподібного відростка підшлункової залози. Після цього останнім етапом видалення панкреатодуоденального комплексу виконують мобілізацію ДПК в напрямку від брижових судин направо, одночасно видаляючи єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом позаочеревинну фасцію Трейца та позаочеревинну клітковину з лімфатичними протоками. Виконують реконструктивний етап за стандартною методикою. Дренують черевну порожнину.

Приклад. Хворий В. 1960 р.н., історія хвороби № 3241, 2008 рік. Був прийнятий у відділ хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток НХТ ім. О.О. Шалімова НАМН України з діагнозом: пухлина дистального відділу холедоха. Хворий обстежений клініко-лабораторно та інструментально. Діагноз підтверджено.

22.04.2008 виконано оперативне втручання. Після виконання операційного доступу та ревізії встановили резектабельність пухлини та відсутність віддалених метастазів. Широко розсікли шлунково-ободову зв'язку. Мобілізували праву половину ободової кишки. Мобілізували жовчний міхур єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом. Почергово виділили, перев'язали та пересікли усі артерії, вени та лімфатичні протоки панкреатодуоденального комплексу, одночасно виконавши лімфаденектомію єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом. Пересікли загальну печінкову протоку, шлунок та проксимальний відділ тонкої кишки. Пересікли перешийок підшлункової залози та зв'язку гачкоподібного відростка підшлункової залози. Після цього останнім етапом видалення панкреатодуоденального комплексу виконали мобілізацію ДПК в напрямку від брижових судин направо, одночасно видаливши єдиним блоком з панкреатодуоденальним компле-

ксом позаочеревинну фасцію Трейца та позаочеревинну клітковину з лімфатичними протоками. Виконали реконструктивний етап, послідовно наклали на єдиний петлі позадуободові панкреатодуктоєюноанастомоз та гепатикоєюноанастомоз, попереду ободовий гастроєюноанастомоз. Дренували черевну порожнину. Наклали пошарові шви на рану.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворий був виписаний у задовільному стані на 14 добу після операції. При контрольному обстеженні через 6, 12 та 18 місяців ознак рецидиву пухлини та віддалених метастазів не виявлено.

За запропонованим способом прооперовано 9 хворих, при контрольному обстеженні через 6 місяців, ознаки рецидиву пухлини були виявлені у 1 хворого (помер через 13 місяців після операції), у 1 хворого при контрольному обстеженні через 12 місяців виявлено множинні мілкі метастази в легенях (на момент оформлення заявки живий протягом 17 місяців після операції), у решти 7 хворих при контрольному обстеженні через 6, 12 та 18 місяців ознак рецидиву пухлини та віддалених метастазів не виявлено.

У 2 з 9 хворих, оперованих за способом-аналогом, при контрольному обстеженні через 6 місяців були виявлені ознаки рецидиву пухлини (померли через 11 та 13 місяців після операції), у 4 хворих при контрольному обстеженні через 12 місяців виявлено множинні мілкі метастази в обох долях печінки (померли через 14-16 місяців після операції), у 1 хворого при контрольному обстеженні через 12 місяців виявлено крупний солітарний метастаз в нижній долі правої легені (на момент оформлення заявки живий протягом 14 місяців після операції) у решти 2 хворих при контрольному обстеженні через 6, 12 та 18 місяців ознак рецидиву пухлини та віддалених метастазів не виявлено.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість випадків виникнення метастазів у печінці в післяопераційному періоді.