



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **63750** (13) **U**  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ**

1

2

(21) u2011100925

(22) 28.01.2011

(24) 25.10.2011

(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛАЗИРСЬКИЙ ВЯЧЕСЛАВ ОЛЕКСІЙОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб комбінованої гастректомії, що включає гастректомію з лімфодисекцією і резекцією хвоста підшлункової залози, а також спленектомію і формування езофаго-єюноанастомозу, який **відрізняється** тим, що додатково проводять резекцію головки підшлункової залози з дванадцятипалою кишкою, формування езофаго-єюноанастомозу проводять за Ру, а також формують холедохо-єюноанастомоз "кінець-в-бік" і панкреато-єюноанастомоз "кінець-в-кінець".

Корисна модель належить до хірургічної гастроентерології і може бути використана для хірургічного лікування раку шлунку з переходом на підшлункову залозу, а саме при проростанні пухлини шлунку одночасно в головку і в хвіст підшлункової залози і збереженні інтактним (неушкодженим) тіла залози.

Відомий спосіб панкреато-дуоденальної резекції із збереженням воротаря, [в книзі Шалимова А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоровье, 1987. - С. 486-487 - рис. 110 - операція Traverso, Longmire]. Він включає гастректомію з лімфодисекцією і з проксимальною резекцією підшлункової залози. Відновний етап операції включає формування дуодено-єюно, холедохо-єюно і панкреато-єюно анастомозів "бік-в-бік", або через У-подібний анастомоз. Культю підшлункової залози вшивають у відвідну петлю У-подібно мобілізованої товстої кишки, а з іншою відвідною петлею кишки накладають дуодено-єюнальний анастомоз і вшивають в загальну жовчну протоку.

Спосіб дозволяє видалити пухлину і відновити безперервність шлунково-кишкового тракту, але він призначений для випадку, коли пухлина розповсюджена лише на головку підшлункової залози і непридатний при проростанні пухлини одночасно в шлунок, головку і в хвіст залози.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті і результату, що досягається, є спосіб комбінованої гастректомії [в книзі Шалимова А.А., Саенко В.Ф. "Хирургия пищеварительного тракта" - К.: Здоровье, 1987. - С.289]. Він включає комбіновану гастректомію з лімфодисекцією і резекцією хвоста підшлункової залози, спленектомію і відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту, яке

виконується шляхом формування петльового езофаго-єюноанастомозу.

Описаний процес дає змогу видалити розповсюджену пухлину і виконати відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту, але спосіб призначений для хірургічної ситуації, коли пухлина розростається лише в бік лівої половини (хвіст) підшлункової залози і непридатна для випадку, коли залучена також головка залози.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу комбінованої гастректомії для випадку розповсюдження пухлини шлунку на головку і хвіст підшлункової залози, який дозволяє виконати радикальне оперативне втручання і наступне відновлення анатомо-фізіологічних співвідношень верхніх відділів травного тракту.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі комбінованої гастректомії, який включає гастректомію з лімфодисекцією і резекцією хвоста підшлункової залози, а також спленектомію і формування езофаго-єюноанастомозу, згідно з корисною моделлю додатково проводять резекцію головки підшлункової залози з дванадцятипалою кишкою (панкреато-дуоденальну резекцію). Формування езофаго-єюноанастомозу проводять за Ру, а також формують холедохо-єюноанастомоз "кінець-в-бік" і панкреато-єюноанастомоз "кінець-в-кінець".

Резекція головки підшлункової залози з дванадцятипалою кишкою дозволяє здійснити радикальне оперативне втручання з виконанням всіх онкологічних принципів, а формування зазначених анастомозів - відновити безперервність травного тракту і відновити природний пасаж їжі.

(13) **U**  
(11) **63750**  
(19) **UA**

Заявнику відомі, як зазначено вище, операції гастректомії (при раку шлунку), панкреато-дуоденальної резекції (при раку головки підшлункової залози), а також комбінована гастректомія з дистальною резекцією підшлункової залози, але сукупне використання зазначених втручань та їх послідовність дозволяють забезпечити можливість хірургічного лікування раку шлунку при пророщенні пухлини одночасно в головку і в хвіст підшлункової залози. При цьому зберігається неушкодженим тіло залози, що дозволяє сформувати панкреато-єюнальний анастомоз із збереженням зовнішньосекреторної функції залози і її участі в процесі травлення. Виконання такого об'єму оперативного втручання обумовлене характером інвазії пухлини в підшлункову залозу, що виникає при інфільтративному розповсюдженні дистальних пухлин шлунку.

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому зображено кінцевий вигляд травного тракту після накладання анастомозів. Здійснена комбінована гастректомія з панкреато-дуоденальною резекцією та резекцією хвоста підшлункової залози і спленектомією. Відновлення безперервності травного тракту здійснене шляхом формування езофаго-єюноанастомозу 1 за Ру, холедохо-єюноанастомозу 2, панкреато-єюноанастомозу 3, міжкишкового єюно-єюноанастомозу 4 "кінець-в-бік", а також перитонізацією кульги 5 хвоста підшлункової залози.

Докладний опис способу дається на прикладі його конкретного виконання в клініці. Клінічний приклад.

Хворий Д., 67 років, надійшов в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на болі в епігастрії з іррадіацією у спину, нудоту, періодичне блювання їжею, слабкість, схуднення на 5 кг за 2-3 місяці. Зазначені скарги з'явилися за 2 місяці до госпіталізації. При обстеженні за даними ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена пухлина

тіла шлунка з розповсюдженням на антральний відділ, а за даними комп'ютерної томографії виявлено пророщення пухлини в підшлункову залозу. Патогістологічний висновок: помірно диференційована аденокарцинома. Даних за віддалене метастазування не виявлено. Хворий оперований в плановому порядку. Після лапаротомії була виявлена пухлина тіла шлунка з переходом на антральний відділ розміром до 9 см в діаметрі та пророщенням пухлини у головку та хвіст підшлункової залози. Метастазів в печінці не виявлено, парааортальні лімфовузли не збільшені. Пальпаторно виявляються збільшені до 1-1,5 см лімфовузли в обох сальниках. Здійснена комбінована гастректомія з лімфодисекцією D3 з дистальною резекцією підшлункової залози і спленектомією, а також виконана проксимальна резекція залози з дванадцятипалою кишкою (панкреато-дуоденальна резекція) і пухлиною в одному блоці. Операція закінчена формуванням езофаго-єюноанастомозу по Ру, холедохо-єюноанастомозу "кінець-в-бік" та панкреато-єюноанастомозу "кінець-в-кінець". Здійснене ушивання кульги підшлункової залози з наступною її перитонізацією. Остаточо безперервність травного тракту відновлена формуванням єюно-єюноанастомозу за Ру ("кінець-в-бік").

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані на 22 добу. У подальшому хворому проведено три курси поліхіміотерапії.

При обстеженні через 6 місяців після операції суттєвих змін функціонування органів травного тракту не виявлено. Прояви помірної діареї купіровані медикаментозною терапією. При ендоскопічному дослідженні, УЗД та комп'ютерній томографії ознак рецидиву захворювання не виявлено.

Таким чином, використання корисної моделі дозволяє виконати радикальне оперативне втручання і наступне відновлення анатомофізіологічних співвідношень верхніх відділів травного тракту.

