



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66174 (13) U
(51) МПК
A61B 17/11 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ

1

(21) u201107094

(22) 06.06.2011

(24) 26.12.2011

(46) 26.12.2011, Бюл. № 24, 2011 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛАЗИРСЬКИЙ ВЯЧЕСЛАВ ОЛЕКСІЙОВИЧ, КРАСНОЯРУЖСЬКИЙ АНДРІЙ ГРИГОРОВИЧ

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

(57) 1. Спосіб комбінованої гастректомії, що включає на резекційному етапі оперативне втручання на шлунку з лімфодисекцією, резекцію головки підшлункової залози та резекцію дванадцятипалої кишки, а також на відновному етапі формування гастро-єюноанастомозу, холедохо-єюно- і панкреато-єюноанастомозів, який **відрізняється** тим, що

2

оперативне втручання на шлунку виконують у вигляді гастректомії, додатково виконують на резекційному етапі резекцію гепатодуоденальної зв'язки, а на відновному етапі - протезування ворітної вени протезом "кінець-в-кінець", клубово-печінкове артеріальне шунтування "кінець-в-кінець", формування езофаго-єюноанастомозу на довгій петлі з формуванням міжкишкового брауновського анастомозу і заглушки привідної петлі по Шалімову, при цьому формування панкреато-єюноанастомозу виконують "кінець-в-кінець", а формування холедохо-єюноанастомозу виконують "кінець-в-бік" на транспечінковому дренажі за Прадери-Смітом.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що перед етапом резекції гепатодуоденальної зв'язки виконують тимчасові обвідні судинні шунти.

Корисна модель належить до хірургічної гастроентерології і може бути використана для лікування місцеворозповсюдженого раку шлунка з переходом на дванадцятипалу кишку, головку підшлункової залози та гепатодуоденальну зв'язку одночасно.

На теперішній час клінічна ситуація, коли пухлина шлунка розповсюджується на дванадцятипалу кишку, головку підшлункової залози та гепатодуоденальну зв'язку одночасно признається хірургічно некурабельною і таким хворим виконується переважно пробна лапаротомія або паліативні оперативні втручання.

Відомий спосіб лікування раку головки підшлункової залози шляхом виконання панкреато-гастродуоденальної резекції з включенням куки підшлункової залози у процес травлення за В.И. Кочиашвили (1964 рік), що описаний в книзі Н.Н. Блохина, А.Б. Итина, А.А. Клименкова "Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей" (див. М. - Медицина.-1982. - с. 149, мал. 23). Він включає на резекційному етапі резекцію шлунка та панкреато-дуоденальну резекцію, а на відновному етапі - формування панкреато-єюно-, гастро-єюно- та холедохо-єюноанастомозів на довгій

петлі з формуванням міжкишкового анастомозу за Брауном.

До недоліків способу слід віднести неможливість радикального видалення пухлини шлунка, що одночасно пророщена в дванадцятипалу кишку, головку підшлункової залози та гепатодуоденальну зв'язку, тому що резекція холедоха разом з судинними елементами гепатодуоденальної зв'язки призводить до порушення кровопостачання печінки і, як наслідок, досить швидкого летального кінця. До того ж, цей спосіб не призначений для випадків, коли потрібна комбінована гастректомія.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті і ефекту, який досягається, є спосіб панкреато-дуоденальної резекції за Whipple, що його описано в книзі Шалимова А.А., Шалимова С.А., Нечитайло М.Е., Радзиховського А.П. "Хирургия поджелудочной железы", (див. Симферополь. - Таврида.-1997. - с. 485 - рис. 109). Він включає оперативне втручання на шлунку у вигляді резекції шлунка, проксимальну резекцію підшлункової залози та резекцію дванадцятипалої кишки. Відновний етап операції включає формування гастро-єюно, холедохо-єюно і панкреато-єюноанастомозів.

Спосіб дозволяє видалити пухлину і відновити безперервність шлунково-кишкового тракту, але

UA (19) 66174 (11) U (13)

він призначений для випадку, коли пухлина розповсюджена лише на головку підшлункової залози і непридатний при проростанні пухлини шлунка одночасно в головку підшлункової залози та гепатодуоденальну зв'язку, оскільки не передбачає резекцію та наступне відновлення елементів гепатодуоденальної зв'язки і забезпечення відновлення природного кровопостачання печінки.

В основу корисної моделі поставлено задачу створення способу комбінованої гастректомії для випадку розповсюдження пухлини шлунка на дванадцятипалу кишку, головку підшлункової залози та гепатодуоденальну зв'язку, який дозволяє виконати радикальне оперативне втручання і наступне відновлення анатомо-фізіологічних співвідношень верхніх відділів травного тракту, а також забезпечити відновлення природного кровопостачання печінки.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі комбінованої гастректомії, який включає на резекційному етапі оперативне втручання на шлунку з лімфодисекцією, резекцію головки підшлункової залози та резекцію дванадцятипалої кишки, а також на відновному етапі формування гастро-єюноанастомозу, холедохо-єюно і панкреато-єюноанастомозів, згідно з корисною моделлю оперативне втручання на шлунку виконують у вигляді гастректомії, додатково виконують на резекційному етапі резекцію гепатодуоденальної зв'язки, а на відновному етапі - протезування ворітної вени протезом "кінець-в-кінець", клубово-печінкове артеріальне шунтування "кінець-в-кінець", формування езофаго-єюноанастомозу на довгій петлі з формуванням міжкишечного брауновського анастомозу і заглушки привідної петлі по Шалімову, при цьому формування панкреато-єюноанастомозу виконують "кінець-в-кінець", а формування холедохо-єюноанастомозу виконують "кінець-в-бік" на транспечінковому дренажі за Прадері-Смітом.

Резекцію ворітної вени та печінкової артерії з наступним протезуванням бажано виконувати з використанням тимчасових обвідних шунтів.

Виконання резекції гепатодуоденальної зв'язки та дванадцятипалої кишки обумовлене вимогами радикального видалення пухлинного конгломерату з урахуванням онкологічних вимог.

Формування зазначених анастомозів дозволяє відновити безперервність травного тракту і відновити природний пасаж їжі. Виконання резекції і відновлення елементів гепатодуоденальної зв'язки можливе лише завдяки використанню судинних шунтів, які формуються на початку виконання відновного етапу операції.

Заявнику відомі, як зазначено вище, операції гастректомії (при раку шлунка), панкреатодуоденальної резекції (при раку головки підшлункової залози - див. Шалімов А.А., Саєнко В.Ф. "Хирургия пищеварительного тракта. - К. - Здоровье. - 1987. - с. 486-487 - рис. 110 - операція Traverso, Longmire), а також комбінована гастректомія з резекцією дванадцятипалої кишки. Крім того, заявнику відомі операції резекції окремих елементів гепатодуоденальної зв'язки з наступним

їх відновленням. Але сукупне використання зазначених втручань та їх послідовність дозволяють забезпечити можливість хірургічного лікування раку шлунка при пророщенні пухлини одночасно в дванадцятипалу кишку, головку підшлункової залози та гепатодуоденальну зв'язку, а саме сукупне використання втручань стає можливим лише за умови виконання судинних шунтуючих операцій.

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому відображений кінцевий вигляд травного тракту після операції. Здійснено протезування ворітної вени судинним протезом 1, сформовано здухвинно-печінковий артеріальний шунт 2, панкреато-єюнальний анастомоз 3 "кінець-в-кінець", езофаго-єюноанастомоз 4 на довгій петлі з формуванням міжкишечного брауновського анастомозу 5 і заглушки 6 привідної петлі по Шалімову. Крім того, виконане формування холедохо-єюноанастомозу 7 "кінець-в-бік" на транспечінковому дренажі за Прадері-Смітом.

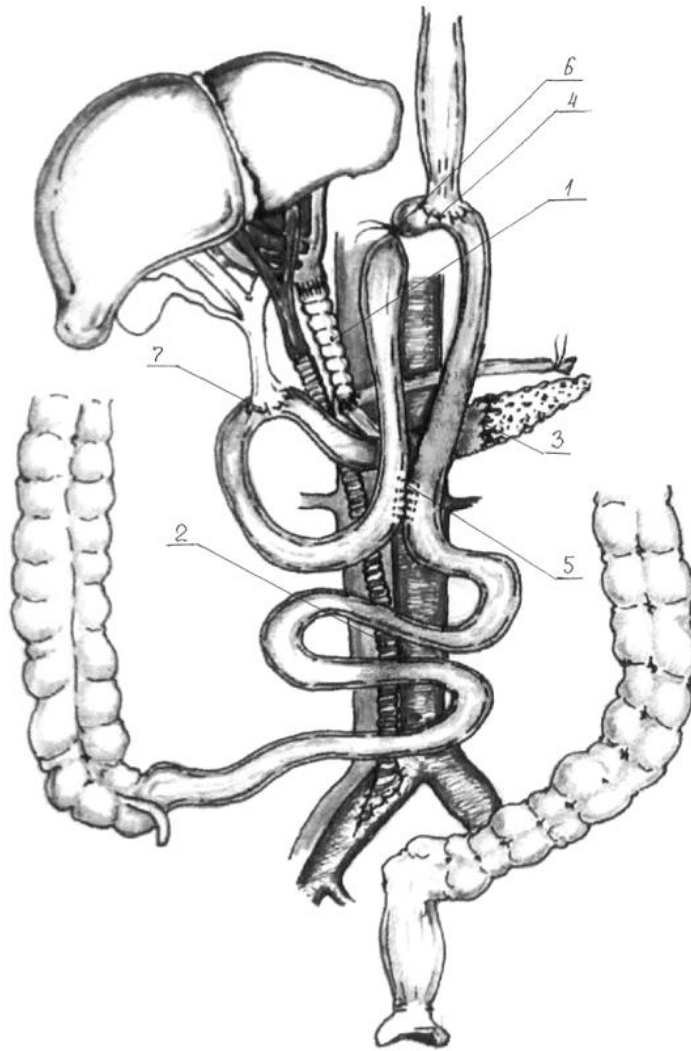
Докладний опис способу суміщений з прикладом його конкретного виконання в клініці.

Клінічний приклад

Хворий М., 36 років, надійшов в клініку ДУ "ІЗНХ АМНУ" зі скаргами на болі в епігастрії з іррадіацією у спину, нудоту, періодичне блювання їжею, слабкість, схуднення на 9 кг за 2-3 місяці. Зазначені скарги з'явилися за 2 місяці до госпіталізації. При обстеженні за даними ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена пухлина вихідного відділу шлунка, 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 був виявлений пухлинний конгломерат, який вміщав пухлину антрального відділу шлунка з розповсюдженням на дванадцятипалу кишку, головку підшлункової залози та гепатодуоденальну зв'язку. Віддалених метастазів не виявлено. Пальпаторно виявляються збільшені до 1-1,5 см лімфовузли в обох сальниках та по ходу лівої шлункової, загальної печінкової артерій та гепатодуоденальної зв'язки. Здійснена комбінована гастректомія з розширеною лімфодисекцією D2 (включаючи лімфовузли гепатодуоденальної зв'язки N12) з панкреатодуоденальною резекцією, а також виконана резекція гепатодуоденальної зв'язки з пухлиною в одному блоці. Операція закінчена протезуванням ворітної вени синтетичним протезом "кінець-в-кінець", здухвинно-печінковим артеріальним шунтуванням синтетичним протезом, формуванням панкреато-єюнального анастомозу "кінець-в-кінець", езофаго-єюноанастомозу на довгій петлі з формуванням міжкишечного брауновського анастомозу і заглушки привідної петлі по Шалімову. Крім цього, сформовано холедохо-єюноанастомоз "кінець-в-бік" на транспечінковому дренажі за Прадері-Смітом. Трансназально за зону міжкишкового анастомозу заведено зонд N18. Операцію завершено дренуванням черевної порожнини.

Таким чином, виконання способу за корисною моделлю дозволяє здійснити радикальне оперативне втручання і наступне відновлення анатомо-

фізіологічних співвідношень верхніх відділів травного тракту, а також забезпечити відновлення природного кровопостачання печінки.



Фіг.