



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **85208** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 06795	(72) Винахідник(и): Щепотін Ігор Борисович (UA), Лукашенко Андрій Володимирович (UA), Колеснік Олена Олександрівна (UA), Приймак Віктор Васильович (UA), Бурлака Антон Анатолійович (UA), Шептицький Володимир В'ячеславович (UA)
(22) Дата подання заявки: 31.05.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.11.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.11.2013, Бюл.№ 21	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ, 01601 (UA), НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ, вул. Ломоносова, 33/43, м. Київ, 03022 (UA)

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ РОЗШИРЕНОЇ ЛІМФАТИЧНОЇ ДИСЕКЦІЇ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ

(57) Реферат:

Спосіб виконання розширеної лімфатичної дисекції при панкреатодуоденальній резекції включає виконання заочеревинного етапу лімфатичної дисекції після закінчення аортокавальної дисекції, проводять видалення єдиного блока аортокавальної кліковини по правому латеральному краю аорти знизу наверх від рівня устя нижньої брижової артерії до портальної вени, видаляють лімфатичні вузли груп 16a2 та 16b1. Виконують часткове видалення нервових сплетень лише по правому півколу черевного стовбура та верхньої брижової артерії, таким чином забезпечується цілісність 50 % нервових сплетень по лівому півколу черевного стовбура та верхньої брижової артерії.

UA 85208 U

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема до онкології та хірургії, та може бути використана при хірургічному лікуванні хворих на злоякісні пухлини головки підшлункової залози та пухлини періампулярної зони.

При пухлинних ураженнях головки підшлункової залози та періампулярної зони основним лікуванням є хірургічне. Стандартом хірургічного лікування є виконання панкреатодуоденальної резекції. Одним з важливих етапів оперативного лікування є виконання розширеної лімфатичної дисекції, що дозволяє провести точне стадіювання та підвищити радикальність оперативного втручання.

Розширена лімфатична дисекція при панкреатодуоденальній резекції включає видалення органокomплексу: головка підшлункової залози, дванадцятипала кишка, холедох та жовчний міхур та дистальна резекція шлунка єдиним блоком із лімфатичною дисекцією перигастральних лімфатичних вузлів (груп 5 та 6 в зоні правої шлункової та шлунково-сальникової артерій та частково груп 3, 4 відповідно до Японської класифікації), передніх панкреатодуоденальних лімфатичних вузлів (17 група), задніх панкреатодуоденальних лімфатичних вузлів (група 13), лімфатичних вузлів нижньої половини гепатодуоденальної зв'язки (групи 12b2 та 12c) та лімфатичні вузли повздожж верхньої брижової артерії та вени (групи 14b та 14v). Окремим важливим етапом є виконання заочеревинної лімфатичної дисекції, що включає в себе видалення заочеревинної клітковини від воріт правої нирки до лівої латеральної межі аорти в горизонтальному напрямку, та від портальної вени до початку нижньої брижової артерії у вертикальному напрямку. Заочеревинна дисекція дозволяє видалити лімфатичні вузли аортокавального проміжку та навколо верхньої брижової артерії (групи 16a2 та 16b1), а також зону черевного стовбура (група 9) [1].

Враховуючи той факт, що біологія аденокарциноми підшлункової залози обумовлює інфільтративне периневральне розповсюдження пухлини, лімфатична дисекція повинна включати не тільки видалення лімфатичних вузлів, але й сполучних тканин у комплексі із нервовим сплетенням та жировою клітковиною. Таким чином, після проведення дисекції залишаються лише крупні денервовані судини в описаному вище регіоні (нижня порожниста вена, аорта, черевний стовбур, верхня брижова артерія).

Недоліками наведеного способу є виникнення неконтрольованої діареї більше ніж 10 раз на добу в більшості пацієнтів внаслідок видалення комплексу нервових сплетень повздожж верхньої брижової артерії та черевного стовбура, які відповідають за нормальну моторику тонкого кишечника. Крім того, ранній післяопераційний період може навпаки ускладнюватись парезом перистальтики, що потребує призначення додаткового лікування, іноді призводить до повторних операцій та в загальні негативно впливає на якість життя хворих та подовжує тривалість післяопераційного відновлення.

Задача корисної моделі є можливість уникнути післяопераційних ускладнень з боку порушень моторики тонкого кишечника при виконанні розширеної лімфатичної дисекції. Таким чином, зменшити ризик подальшого виникнення загрозливих життю пацієнта ускладнень та повторних оперативних втручань, у хворих, яким виконують панкреатодуоденальну резекцію із розширеною лімфатичною дисекцією з приводу пухлинних уражень головки підшлункової залози або періампулярної зони.

Технічний результат полягає в покращенні результатів оперативного лікування та покращенні якості життя хворих на злоякісні пухлини головки підшлункової залози та пухлини періампулярної зони, шляхом усунення післяопераційних ускладнень розширеної лімфатичної дисекції.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає виконання заочеревинного етапу лімфатичної дисекції після закінчення аортокавальної дисекції, після чого починають проведення видалення єдиного блока аортокавальної клітковини по правому латеральному краю аорти знизу наверх від рівня устя нижньої брижової артерії до портальної вени, на даному етапі видаляють лімфатичні вузли груп 16a2 та 16b1, згідно з корисною моделлю, виконують часткове видалення нервових сплетень лише по правому півколу черевного стовбура та верхньої брижової артерії, таким чином забезпечується цілісність 50 % нервових сплетень по лівому півколу черевного стовбура та верхньої брижової артерії, що забезпечує задовільний контроль перистальтики як в ранньому післяопераційному періоді, так і у віддалені строки.

Спосіб виконують наступним чином:

Проводять видалення органокomплексу: головка підшлункової залози, дванадцятипала кишка, холедох та жовчний міхур та дистальна резекція шлунка єдиним блоком із лімфатичною дисекцією перигастральних лімфатичних вузлів (груп 5 та 6 в зоні правої шлункової та шлунково-сальникової артерій та частково груп 3, 4 відповідно до Японської класифікації),

передніх панкреатодуоденальних лімфатичних вузлів (17 група), задніх панкреатодуоденальних лімфатичних вузлів (група 13), лімфатичних вузлів нижньої половини гепатодуоденальної зв'язки (групи 12b2 та 12c) та лімфатичні вузли повздож верхньої брижової артерії та вени (групи 14b та 14v) із виконання заочеревинної лімфатичної дисекції, що включає в себе

5 видалення заочеревинної клітковини від рівня устя нижньої брижової артерії до портальної вени, на даному етапі видаляють лімфатичні вузли груп 16a2 та 16b1, виконують часткове видалення нервових сплетень лише по правому півколу черевного стовбура та верхньої брижової артерії, таким чином забезпечується цілісність 50 % нервових сплетень по лівому півколу черевного стовбура та верхньої брижової артерії. Таким чином, забезпечують

10 задовільний контроль перистальтики як в ранньому післяопераційному періоді, так і у віддалені строки.

Таким чином, шляхом часткового збереження нервових сплетень зони лівого півкола черевного стовбура та верхньої брижової артерії дозволяє запобігти розладам моторики тонкого кишечника та подальших ускладнень, загрозливих для життя пацієнтів, а також

15 запобігти повторним оперативним втручанням. Цей механізм спрямований на покращення результатів лікування та підвищення якості життя в хворих на злоякісні пухлини головки підшлункової залози та періампулярної зони.

Приклад конкретного виконання:

Хворий Хоменко П.А. 66 років, 8.01.2013 госпіталізований для оперативного лікування до

20 відділення пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку з діагнозом: Рак дванадцятипалої кишки, стан після гастроентеростомії (11.10.12) T4N0M1 (очеревина) Ст. IV. 19.11.2012 виконана операція - Реконструктивна гастропанкреатодуоденальна резекція із розширеною лімфатичною дисекцією. В процесі оперативного лікування розширена лімфатична дисекція проводилась із збереженням нервових

25 сплетень зони лівого півкола черевного стовбура та верхньої брижової артерії. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, без будь-яких ознак розладу моторики тонкого кишечника, рана загоїлась первинним натягом.

Спосіб, що пропонується, був випробуваний в клініці онкології НМУ на базі Національного інституту раку протягом 2012 року і показав себе як вискоєфективний, що дозволяє його

30 рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Джерело інформації:

1. Yeo CJ, Cameron JL, Lillemoe KD, Sohn TA, Campbell KA, Sauter PK, Coleman Abrams RA, Hruban RH, Pancreaticoduodenectomy with or without distal gastrectomy and extended retroperitoneal lymphadenectomy for periaampullary adenocarcinoma, part 2: randomized controlled

35 trial evaluating survival, morbidity, and mortality. Ann Surg. Sep; 236(3):355-66.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб виконання розширеної лімфатичної дисекції при панкреатодуоденальній резекції, що

40 включає виконання заочеревинного етапу лімфатичної дисекції після закінчення аортокавальної дисекції, проводять видалення єдиного блока аортокавальної клітковини по правому латеральному краю аорти знизу наверх від рівня устя нижньої брижової артерії до портальної вени, видаляють лімфатичні вузли груп 16a2 та 16b1, який **відрізняється** тим, що виконують часткове видалення нервових сплетень лише по правому півколу черевного стовбура та

45 верхньої брижової артерії, таким чином забезпечують цілісність 50 % нервових сплетень по лівому півколу черевного стовбура та верхньої брижової артерії, що забезпечує задовільний контроль перистальтики як в ранньому післяопераційному періоді, так і у віддалені строки.

Комп'ютерна верстка С. Чулій

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601