



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **69970** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

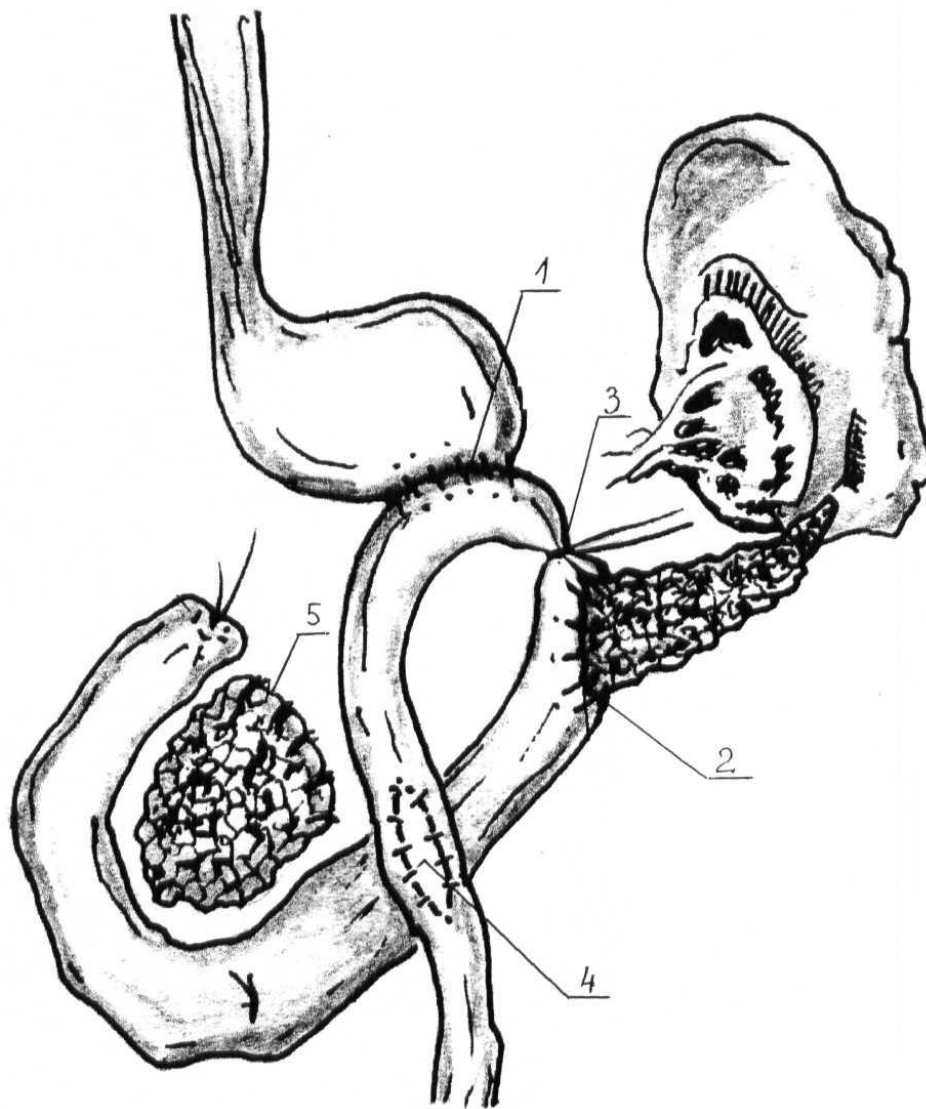
(21) Номер заявки: u 2011 12190	(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Савві Сергій Олександрович (UA), Лазирський Вячеслав Олексійович (UA), Лихман Віктор Миколайович (UA)
(22) Дата подання заявки: 18.10.2011	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.05.2012	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.05.2012, Бюл.№ 10	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-18, 61018, Україна (UA)

(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

(57) Реферат:

Спосіб комбінованої резекції шлунка та підшлункової залози, який включає на резекційному етапі резекцію шлунка і часткову резекцію підшлункової залози, а на відновному етапі - формування гастроєюно-, панкреатоєюно- та міжкишкового брауновського анастомозів, причому на резекційному етапі виконують субтотальну дистальну резекцію шлунка та резекцію тіла підшлункової залози, а на відновному етапі проксимальну куксу підшлункової залози екстраперитонезують, формують панкреатоєюноанастомоз з її дистальною куксою, формування гастроєюноанастомозу виконують ізоперистальтично на довгій петлі, а між панкреатоєюно- і гастроєюноанастомозами формують заглушку привідної петлі кишки за Шалімовим.

UA 69970 U



Корисна модель стосується хірургічної гастроентерології і може бути використана для лікування дистального раку шлунка з пророшенням в тіло підшлункової залози із збереженням головки і хвоста органа.

Відомий спосіб парціальної резекції головки підшлункової залози, що описаний в книзі. Шалимова А.А., Шалимова С.А. "Хирургия поджелудочной железы" (див. Симферополь. - Таврида. - 1997. - С. 247-249, - рис. 50а). Він включає сегментарну резекцію ураженої ділянки головки підшлункової залози, пересічення петлі порожньої кишки та мобілізацію її за Ру з формуванням анастомозу між дистальною куксою підшлункової залози і мобілізованою порожньою кишкою "кінець-в-бік".

Спосіб дозволяє ліквідувати патологічний осередок в підшлунковій залозі і включити її куксу в процес травлення. Але спосіб непридатний при одночасному включенні в пухлинний процес як підшлункової залози, так і шлунка.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб лікування раку головки підшлункової залози шляхом виконання панкреатодуоденальної резекції за Кочиашвили В.И. (1964 рік), що описаний в книзі Блохина Н.Н., Итина А.Б., Клименкова А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. М.: - Медицина. - 1982. - С. 149, мал. 23). Він включає на резекційному етапі резекцію шлунка і часткову резекцію підшлункової залози у складі панкреатодуоденальної резекції, а на відновному етапі - формування гастроєюно-, панкреатоєюно- та міжкишкового брауновського анастомозів. Спосіб включає також резекцію дванадцятипалої кишки в складі панкреатодуоденальної резекції, а також формування холедохоєюноанастомозу.

Спосіб дозволяє виконати видалення пухлини голівки підшлункової залози, притому кукса підшлункової залози включається до процесу травлення. Але у випадку одночасного ураження пухлинним процесом шлунка і тіла підшлункової залози з відносним збереженням головки і хвоста органа виконання панкреатодуоденальної резекції, а відповідно, і необхідність накладання холедохоєюноанастомозу, призводить до невиправданого збільшення травматичності операції, її тривалості, а також ризику післяопераційних ускладнень (таких як неспроможність холедохоєюноанастомозу в ранні терміни і холангіти - в пізні терміни після операції).

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу радикального оперативного втручання у разі одночасного ушкодження пухлиною дистального відділу шлунка та тіла підшлункової залози при зменшених травматичності, тривалості і ризику післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі комбінованої резекції шлунка та підшлункової залози, який включає на резекційному етапі резекцію шлунка і часткову резекцію підшлункової залози, а на відновному етапі - формування гастроєюно-, панкреатоєюно- та міжкишкового брауновського анастомозів, згідно з корисною моделлю, на резекційному етапі виконують субтотальну дистальну резекцію шлунка та резекцію тіла підшлункової залози, а на відновному етапі проксимальну куксу підшлункової залози екстраперитонезують, формують панкреатоєюноанастомоз з її дистальною куксою, формування гастроєюноанастомозу виконують ізоперистальтично на довгій петлі, а між панкреатоєюно- і гастроєюноанастомозами формують заглушку привідної петлі кишки за Шалімовим.

Виконання на резекційному етапі субтотальної дистальної резекції шлунка та резекції тіла підшлункової залози порівняно з прототипом дозволяють суттєво зменшити:

- травматичність операції (за рахунок зменшення об'єму резекції),
- її тривалість (за рахунок зменшення об'єму резекції і виключення формування холедохоєюноанастомозу),
- ризик післяопераційних ускладнень (відсутність холедохоєюноанастомозу, який є осередком їх виникнення).

Видалення лише тіла підшлункової залози сприяє максимальному збереженню її тканини з подальшим включенням в процес травлення, що покращує якість життя хворих в післяопераційному періоді.

Формування зазначених анастомозів дозволяє відновити безперервність травного тракту, з одного боку, із збереженням природного шляху стравотоку, а з іншого боку - із запобіганням рефлюксу дуоденального та єюнального вмісту в куксу шлунка (за рахунок формування заглушки привідної петлі кишки). За наявності рефлюксу дуоденального та єюнального вмісту в куксу шлунка відбувається розвиток анастомозиту та рефлюксогастриту кукси шлунка. У багатьох випадках це є причиною виникнення неспроможності гастроєюноанастомозу.

Ізоперистальтичний напрямок петлі кишки також дозволяє зменшити імовірність рефлюксу єюнального вмісту та забезпечує фізіологічне змішування їжі з секретом підшлункової залози та жовчю.

Заявнику відомі порізно способи субтотальної резекції шлунка (наприклад, Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. К.: - Здоровье. - 1987. - С. 265) та резекції тіла підшлункової залози (наприклад, Шалимов А.А. Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение. М.: Медицина. - 1970. - С. 237-238). Але у відомому способі резекції тіла підшлункової залози виконується перев'язування селезінкових судин з видаленням дистальної частини підшлункової залози та селезінки. Тобто дистальна частина підшлункової залози не включається у процес травлення. У способі, який пропонується, вирішується проблема сумісного пухлинного ураження як шлунка, так і підшлункової залози з подальшим відновленням безперервності травного тракту та пасажу їжі по ньому і найбільш природним пасажем панкреатичного секрету з включенням дистальної частини підшлункової залози в процес травлення, що є невідомим.

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому зображено кінцевий вигляд травного тракту після накладання анастомозів. Здійснена комбінована резекція шлунка та медіанна резекція підшлункової залози. Відновлення безперервності травного тракту виконане шляхом формування ізоперистальтичного гастроєюноанастомозу 1 на довгій петлі, панкреатоєюноанастомозу 2 "кінець-в-бік" з заглушкою привідної петлі 3 за О.О. Шалімовим та формування міжкишкового брауновського анастомозу 4 "бік-в-бік". Проксимальна кукса 5 підшлункової залози перитонізована.

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

Клінічний приклад.

Хворий Д., 53 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 3 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 антрального відділу шлунка розміром до 7 см в діаметрі та проростанням пухлини у тіло 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 субтотальна дистальна резекція шлунка з лімфодисекцією D2 та медіанною резекцією підшлункової залози і пухлиною в одному блоці. Операція закінчена формуванням панкреатоєюноанастомозу з дистальною куксою підшлункової залози, формуванням гастроєюноанастомозу (ізоперистальтично на довгій петлі), а між панкреатоєюно- і гастроєюноанастомозами була сформована заглушка привідної петлі кишки за Шалімовим. Проксимальну куксу підшлункової залози екстраперитонезували.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані на 24 добу. У подальшому хворому проведено три курси поліхіміотерапії.

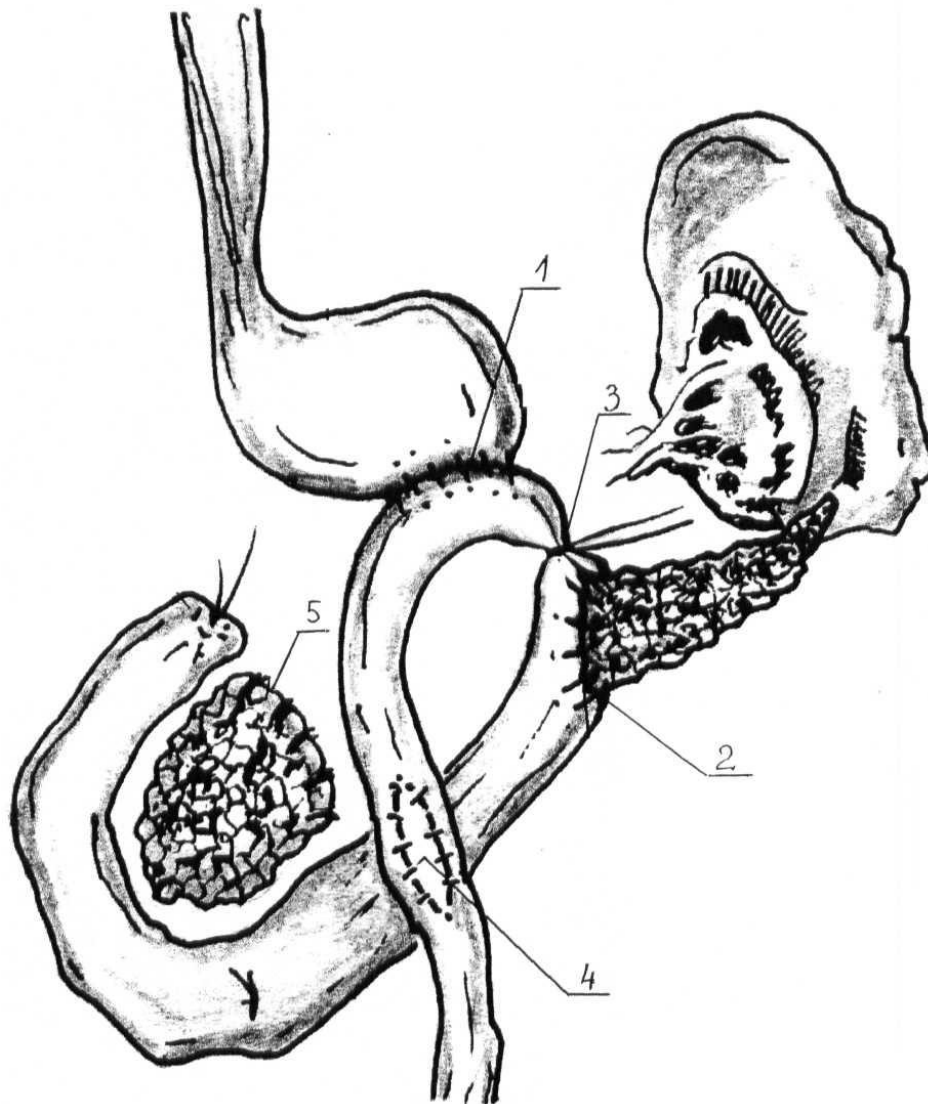
При обстеженні через 6 місяців після операції суттєвих змін функціонування органів травного тракту не виявлено. Прояви помірної діареї купіровані медикаментозною терапією. При ендоскопічному дослідженні, УЗД та комп'ютерній томографії ознак рецидиву захворювання не виявлено.

Таким чином, виконання способу комбінованої резекції шлунка та медіанної резекції підшлункової залози за корисною моделлю дозволяє виконати радикальне оперативне втручання у разі одночасного ушкодження пухлиною дистального відділу шлунка та тіла підшлункової залози при зменшених травматичності, тривалості і ризику післяопераційних ускладнень.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб комбінованої резекції шлунка та підшлункової залози, який включає на резекційному етапі резекцію шлунка і часткову резекцію підшлункової залози, а на відновному етапі - формування гастроєюно-, панкреатоєюно- та міжкишкового брауновського анастомозів, який **відрізняється** тим, що на резекційному етапі виконують субтотальну дистальну резекцію шлунка та резекцію тіла підшлункової залози, а на відновному етапі проксимальну куксу підшлункової залози екстраперитонезують, формують панкреатоєюноанастомоз з її дистальною

куксою, формування гастроєюноанастомозу виконують ізоперистальтично на довгій петлі, а між панкреатоєюно- і гастроєюноанастомозами формують заглишку привідної петлі кишки за Шалімовим.



Комп'ютерна верстка А. Крулевський

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