



МІНІСТЕРСТВО  
ЕКОНОМІЧНОГО  
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **119145** (13) **U**  
(51) МПК (2017.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2017 03599</b>	(72) Винахідник(и): <b>Скумс Анатолій Васильович (UA), Гулько Олег Миколайович (UA), Симонов Олег Михайлович (UA), Кондратюк Вадим Анатолійович (UA), Рьянов Андрій Ігорович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>13.04.2017</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>11.09.2017</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>11.09.2017, Бюл.№ 17</b>	(73) Власник(и): <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)</b>

## (54) СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АДРЕНАЛЕКТОМІЇ

### (57) Реферат:

Спосіб лапароскопічної адреналектомії видалення, що включає лапароскопічний латеральний трансабдомінальний доступ та видалення наднирника, причому за добу перед втручанням виконують артеріографію артерій наднирника, флебографію центральної вени наднирника та проводять їх ендоваскулярну оклюзію.

UA 119145 U



Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана на госпітальному етапі лікування пацієнтів із пухлинами наднирників.

Відомий спосіб лапароскопічної адреналектомії, що включає лапароскопічний латеральний трансабдомінальний доступ та видалення наднирника [Minimally invasive approach for adrenal lesions: systematic review of laparoscopic versus retroperitoneoscopic adrenalectomy and assessment of risk factors for complications. International Journal of Surgery (2016), doi: 10.1016/j.ijssu.2015.12.042.].

Недоліком відомого способу є велика кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, пов'язаних із одномоментним масивним викидом секрету наднирника у загальний кровотік та із високим ризиком інтраопераційної крововтрати.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу лапароскопічної адреналектомії, який за рахунок попередньої оклюзії артерій наднирника та оклюзії центральної вени наднирника забезпечив зменшення інтраопераційної крововтрати та знизив кількість післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лапароскопічної адреналектомії, який включає лапароскопічний латеральний трансабдомінальний доступ та видалення наднирника, згідно з корисною моделлю, за добу перед втручанням виконують артеріографію артерій наднирника, флебографію центральної вени наднирника, проводять їхню ендovasкулярну оклюзію.

Виконання артеріографії артерій наднирника, флебографії центральної вени наднирника та припинення притоку крові до наднирника шляхом ендovasкулярної оклюзії сприяє зменшенню інтраопераційної крововтрати, запобігає викиду секрету наднирника у загальний кровоплин.

Спосіб здійснюють наступним чином:

За добу перед оперативним втручанням, в умовах рентген-операційної: трансфеморальним доступом катетеризують аорту катетером, виконують артеріографію артерій наднирника, у просвіт артерій, що кровопостачають наднирник, вводять електрод коагулятора, виконують діатермокоагуляцію артерій наднирника. Після ангіографічного підтвердження оклюзії артерій наднирника катетер видаляють, на місце пункції накладають асептичну тиснучу пов'язку. Трансфеморальним доступом катетеризують нижню порожнисту вену катетером, виконують флебографію центральної вени наднирника, у просвіт центральної вени наднирника вводять електрод коагулятора, виконують діатермокоагуляцію центральної вени наднирника. Після ангіографічного підтвердження оклюзії вени наднирника катетер видаляють, на місце пункції накладають асептичну давлючу пов'язку. На другу добу виконують оперативне втручання, що включає латеральну трансабдомінальну лапароскопію, ревізію черевної порожнини, візуалізацію судин наднирника, які тричі кліпують, адреналектомію, гемостаз по ходу операції, встановлення дренажі в ложе надниркової залози, пошарове зашиття рани та накладення асептичної пов'язки.

Приклад: Пацієнт К. історія хвороби № 4987/2016, був прийнятий у НІХТ ім. О.О. Шалімова АМН України 18.08.2016, зі скаргами на періодичне підвищення артеріального тиску. Із анамнезу: Перенесені операції: апендектомія. Соматичні хвороби: ІХС: Постінфарктний кардіосклероз 09.03.2016. Блокада передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса. Лабільна шлуночкова екстрасистолія. Епізоди АВ-дисоціації. Симптоматична артеріальна гіпертензія III стадії, III ступеня; ризик 4. СН I ст. Після клінічного, лабораторного, інструментального обстеження встановлено діагноз: Феохромоцитома правого наднирника. 22.08.16 р. В умовах рентген-операційної: трансфеморальним доступом катетеризували аорту катетером [Terumo OPTITORQUE®, Cobra 2 (C2) RH-AB55108M. Fr.5 1.7 mm; L:80cm; Tip curve L: Middle; side holes 0], виконали артеріографію артерій наднирника. У просвіт артерій наднирника ввели електрод [EMERALDTM Guidewire 502-542. 150 cm, F0912186 2015-08], виконали діатермокоагуляцію артерій наднирника через встановлений електрод коагулятором [Söring Medizintechnik MBC 601 UAM 2012] у режимі "Coag Force 120 W 350 kHz". Після ангіографічного підтвердження оклюзії артерій наднирника катетер видалили, на місце пункції наклали асептичну давлючу пов'язку. Трансфеморальним доступом катетеризували нижню порожнисту вену катетером [Terumo OPTITORQUE®, Cobra 2 (C2) RH-AB55108M. Fr.5 1.7 mm; L:80 cm; Tip curve L: Middle; side holes 0]. У просвіт центральної вени наднирника ввели електрод [EMERALDTM Guidewire 502-542. 150 cm, F0912187 2015-08], виконали діатермокоагуляцію центральної вени наднирника через встановлений електрод коагулятором [Söring Medizintechnik MBC 601 UAM 2012] у режимі "Coag Force 120 W 350 kHz". Після ангіографічного підтвердження оклюзії вени наднирника катетер видалили, на місце пункції наклали асептичну давлючу пов'язку. 23.08.16 виконали оперативне втручання: "Лапароскопічна правостороння трансабдомінальна адреналектомія". Виконали правосторонню латеральну трансабдомінальну лапароскопію,

ревізію черевної порожнини. Візуалізували судини правого наднирника, які тричі кліпували кліпсами LT300 TM "Ethicon", виконали адреналектомію, гемостаз по ходу операції, встановили дренаж до ложа правого наднирника, пошарово зашили рани та наклали асептичні пов'язки.

5 Під час операції спостерігались ішемічні зміни новоутвору; інтраопераційна крововтрата ~50,0 мл. Післяопераційний період протікав без ускладнень.

10 За запропонованим способом прооперовано трьох пацієнтів, ознак інтраопераційних та післяопераційних ускладнень не було, середня інтраопераційна крововтрата 70,0 мл. В той же час при видаленні наднирника по способу-аналогу, у трьох хворих, середня крововтрата становила 400,0 мл. Окрім цього, під час оперативного втручання в одному випадку відмічався синдром "нестабільної гемодинаміки", пов'язаний із викидом секрету надниркових залоз.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити об'єм крововтрати та кількість інтраопераційних ускладнень.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

15 Спосіб лапароскопічної адреналектомії видалення, що включає лапароскопічний латеральний трансабдомінальний доступ та видалення наднирника, який **відрізняється** тим, що за добу перед втручанням виконують артеріографію артерій наднирника, флебографію центральної вени наднирника та проводять їх ендоваскулярну оклюзію.

20

---

Комп'ютерна верстка О. Гергіль

---

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

---

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