



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **59801** (13) **U**
(51) **МПК (2011.01)**
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МОБІЛІЗАЦІЇ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ВИКОНАННІ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

1

2

(21) u201015517

(22) 23.12.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) КОПЧАК ВОЛОДИМИР МИХАЙЛОВИЧ, ДУВАЛКО ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ, ХОМЯК ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ, КОПЧАК КОСТЯНТИН ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЗЕЛІНСЬКИЙ АРТЕМ ІГОРОВИЧ, ПЕРЕРВА ЛЮДМИЛА ОЛЕКСАНДРІВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб мобілізації панкреатодуоденального комплексу при виконанні панкреатодуоденальної резекції, який включає послідовне виділення та пересічення судин, що кровопостачають панкреатодуоденальний комплекс, який **відрізняється** тим, що після виділення стовбура гастродуоденальної артерії, пересікають тільки верхні передню та задню панкреатодуоденальні артерії зі збереженням самого стовбура гастродуоденальної артерії її пілоричних гілок та правої шлунково-сальникової артерії.

Корисна модель належить до хірургії і може бути використана для профілактики післяопераційних ускладнень при виконанні панкреатодуоденальної резекції зі збереженням воротаря.

Відомий спосіб мобілізації панкреатодуоденального комплексу при виконанні панкреатодуоденальної резекції, що полягає у послідовному виділенні та пересіченні судин, що кровопостачають панкреатодуоденальний комплекс, при чому гастродуоденальну артерію пересікають в зоні відходження її від загальної печінкової артерії. [Шалімов О.О., Шалімов С.О., Ничитайло М.Ю., Родзиховський А.П. Хірургія підшлункової залози. - Сімферополь. Таврида, 1997.-477 с.].

Недоліком відомого способу є велика кількість ускладнень, тому що пересічення гастродуоденальної артерії призводить до різкого погіршення кровопостачання кукси дванадцятипалої кишки (ДПК) і може викликати такі важкі післяопераційні ускладнення, як неспроможність дуоденоєюноанастомозу та тривалий гастростаз.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу мобілізації панкреатодуоденального комплексу при виконанні панкреатодуоденальної резекції, який за рахунок того, що після виділення стовбура гастродуоденальної артерії, пересікають тільки верхні передню та задню панкреатодуоденальні артерії зі збереженням самого стовбура гастродуоденальної артерії її пілоричних гілок та правої шлунково-сальникової артерії, забезпечив би зниження кількості таких післяопераційних

ускладнень, як неспроможність дуоденоєюноанастомозу та тривалий гастростаз.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі мобілізації панкреатодуоденального комплексу при виконанні панкреатодуоденальної резекції який включає послідовне виділення та пересічення судин, що кровопостачають панкреатодуоденальний комплекс, згідно корисної моделі, після виділення стовбура гастродуоденальної артерії, пересікають тільки верхні передню та задню панкреатодуоденальні артерії зі збереженням самого стовбура гастродуоденальної артерії її пілоричних гілок та правої шлунково-сальникової артерії.

Пересічення верхніх передньої та задньої панкреатодуоденальних артерій зі збереженням гастродуоденальної артерії її пілоричних гілок та правої шлунково-сальникової артерії значно покращує кровопостачання кукси ДПК, знижуючи цим частоту таких післяопераційних ускладнень, як неспроможність дуоденоєюноанастомозу та тривалий гастростаз.

Спосіб здійснюють наступним чином. Після виконання операційного доступу та прийняття рішення про виконання панкреатодуоденальної резекції зі збереженням воротаря, широко розсікають шлунково-ободову зв'язку. Мобілізують праву половину ободової кишки та жовчний міхур єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом. За показами мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером. З елементів гепатодуоденальної зв'язки виділяють гастродуоденальну артерію та беруть її

(19) **UA** (11) **59801** (13) **U**

на трималку. Далі виконують дисекцію гастродуоденальної артерії у напрямку головки підшлункової залози, відділяючи цю судину від неї. Виділяють спочатку верхню задню а потім, продовжуючи дисекцію, і верхню передню панкреатодуоденальну артерії та беруть їх на трималки. Після чіткого визначення анатомічних співвідношень гілок гастродуоденальної артерії верхні передню та задню панкреатодуоденальні артерії пересікають, зберігаючи при цьому основний стовбур гастродуоденальної артерії з її пілоричними гілками та праву шлунково-сальникову артерію. Далі по чергово виділяють, перев'язують та пересікають усі артерії, вени та лімфатичні протоки панкреатодуоденального комплексу. Пересікають загальний печінковий проток, дванадцятипалу кишку та проксимальний відділ тонкої кишки. Пересікають перешийок підшлункової залози та зв'язку гачкоподібного відростку підшлункової залози. Після цього видаляють панкреатодуоденальний комплекс. Виконують реконструктивний етап послідовно наклавши на єдиній петлі позаду ободові панкреатоєюноанастомоз та гепатикоєюноанастомоз, попередуюбодовий дуоденоєюноанастомоз. Дренують черевну порожнину. Накладають пошарові шви на рану.

Приклад.

Хворий В. 1960 р. н. історія хвороби № 4549, 2008 рік. Поступив у відділ хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток НІХТ ім. О.О.Шалімова НАМН України з діагнозом: цистаденома головки підшлункової залози. Хворий обстежений клініко-лабораторно та інструментально. Діагноз підтверджено.

21.06.2008. виконано оперативне втручання. Після виконання операційного доступу та ревізії встановили об'єм оперативного лікування. Широко розсікли шлунково-ободову зв'язку. Мобілізували праву половину ободової кишки. Мобілізували жовчний міхур єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом. Мобілізували дванадцятипалу кишку за Кохером. З елементів гепатодуоденаль-

ної зв'язки виділили гастродуоденальну артерію та взяли її на трималку. Далі виконали дисекцію гастродуоденальної артерії у напрямку головки підшлункової залози, відділяючи цю судину від неї. Виділили спочатку верхню задню а потім, продовжуючи дисекцію, і верхню передню панкреатодуоденальну артерію та взяли їх на трималки. Після чіткого визначення анатомічних співвідношень гілок гастродуоденальної артерії, верхні передню та задню панкреатодуоденальні артерії пересікли, зберігаючи при цьому основний стовбур гастродуоденальної артерії з її пілоричними гілками та праву шлунково-сальникову артерію. Далі по чергово виділили, перев'язали та пересікли усі артерії, вени та лімфатичні протоки панкреатодуоденального комплексу. Пересікли загальний печінковий проток, дванадцятипалу кишку та проксимальний відділ тонкої кишки. Пересікли перешийок підшлункової залози та зв'язку гачкоподібного відростку підшлункової залози. Після цього видалили панкреатодуоденальний комплекс. Виконали реконструктивний етап послідовно наклавши на єдиній петлі позадуободові панкреатоєюноанастомоз та гепатикоєюноанастомоз, попередуюбодовий дуоденоєюноанастомоз. Дренували черевну порожнину. Наклали пошарові шви на рану. Після операційний період перебігав без ускладнень. Хворий був виписаний у задовільному стані на 10 добу після операції.

За даним способом прооперовано 5 хворих. Післяопераційних ускладнень не було. У 2 з 5 хворих оперованих за способом-аналогом в післяопераційному періоді виникли ускладнення. У одного хворого на протязі 2 тижнів був виражений гастростаз, у другого на 4 післяопераційну добу виникла недостатність дуоденоєюноанастомозу, що потребувала повторних оперативних втручань.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість таких післяопераційних ускладнень, як неспроможність дуоденоєюноанастомозу та тривалий гастростаз.