



УКРАЇНА

(19) UA (11) 63481 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

1

2

(21) u201103116

(22) 17.03.2011

(24) 10.10.2011

(46) 10.10.2011, Бюл.№ 19, 2011 р.

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

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб виконання панкреатодуоденальної резекції, що полягає у послідовній мобілізації панкреатодуоденального комплексу з виділенням і пересіченням кровопостачаючих судин та пересіченням підшлункової залози по перешийку та остаточному видаленні комплексу, який **відрізняється** тим, що виявляють за допомогою передопераційної тривимірної комп'ютерної томографії з ангіографією тих пацієнтів, у яких кукса підшлункової залози кровопостачається лише за рахунок дорзальної панкреатичної артерії, і у цих пацієнтів перешийок підшлункової залози пересікають зі збереженням цієї артерії.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для профілактики післяопераційного панкреатиту кукси підшлункової залози.

Відомий спосіб виконання панкреатодуоденальної резекції, що полягає у послідовній мобілізації панкреатодуоденального комплексу з виділенням та пересіченням кровопостачаючих судин та остаточному його видаленні, причому підшлункову залозу пересікають по перешийку, не зважаючи на тип кровопостачання кукси підшлункової залози. [Шалімов О.О., Шалімов С.О., Ничитайло М.Ю., Радзиховський А.П. Хірургія підшлункової залози. - Сімферополь. Таврида, 1997. - С. 477-479.].

Недоліком цього способу є збільшення частоти виникнення крайового некрозу та післяопераційного панкреатиту кукси підшлункової залози, спричинене тим, що пересічення дорзальної панкреатичної артерії у тих пацієнтів, у яких лівий сегмент підшлункової залози кровопостачається лише за рахунок дорзальної панкреатичної артерії, призводить до порушення кровопостачання кукси підшлункової залози.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу виконання панкреатодуоденальної резекції, який за рахунок виявлення за допомогою передопераційного виявлення тих пацієнтів, у яких кукса підшлункової залози кровопостачається лише за рахунок дорзальної панкреатичної артерії, і пересічення перешийка підшлункової залози зі

збереженням цієї артерії забезпечив би профілактику крайового некрозу та післяопераційного панкреатиту кукси підшлункової залози.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі виконання панкреатодуоденальної резекції, що полягає у послідовній мобілізації панкреатодуоденального комплексу з виділенням та пересіченням підшлункової залози по перешийку та остаточному видаленні комплексу, згідно з корисною моделлю, виявляють за допомогою передопераційної тривимірної комп'ютерної томографії (КТ) з ангіографією тих пацієнтів, у яких кукса підшлункової залози кровопостачається лише за рахунок дорзальної панкреатичної артерії, і у цих пацієнтів пересічення перешийка підшлункової залози виконують зі збереженням цієї артерії.

Виявлення за допомогою передопераційної тривимірної КТ-ангіографії тих пацієнтів, у яких кукса підшлункової залози кровопостачається лише за рахунок дорзальної панкреатичної артерії, і пересічення перешийка підшлункової залози зі збереженням цієї артерії забезпечує збереження адекватного кровопостачання кукси підшлункової залози і за рахунок цього профілактику крайового некрозу та післяопераційного панкреатиту кукси підшлункової залози.

Спосіб здійснюють наступним чином. В передопераційному періоді усім хворим, яким заплановано виконання панкреатодуоденальної резекції, виконують мультidetекторну спіральну КТ з три-

(19) UA (11) 63481 (13) U

вимірною КТ-ангіографією. Ґрунтуючись на результатах цього дослідження, виявляють тих пацієнтів, у яких кукса підшлункової залози кровопостачається лише за рахунок дорзальної панкреатичної артерії, і у цих пацієнтів під час операції виділяють дорзальну панкреатичну артерію в місці її відходження від селезінкової артерії. Рівень пересічення перешийка підшлункової залози визначають на 5-6 мм правіше дорзальної панкреатичної артерії для уникнення її пошкодження. Почергово виділяють, перев'язують та пересікають усі артерії, вени та лімфатичні протоки панкреатодуоденального комплексу, одночасно виконуючи лімфаденектомію єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом. Пересікають загальний печінковий проток, шлунок та проксимальний відділ тонкої кишки. Пересікають перешийок підшлункової залози та пересікають зв'язку гачкоподібного відростку підшлункової залози. Після цього останнім етапом видалення панкреатодуоденального комплексу виконують мобілізацію дванадцятипалої кишки (ДПК), одночасно видаляючи єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом позаочеревинну фасцію Трейца та позаочеревинну клітковину з лімфатичними протоками. Виконують реконструктивний етап за стандартною методикою. Дренують черевну порожнину. Накладають пошарові шви на рану.

Приклад.

Хворий В. 1960 р. н. історія хвороби № 3241, 2008 рік. Був прийнятий у відділ хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток НІХТ ім. О.О. Шалімова НАМН України з діагнозом: пухлина дистального відділу холедоха. Хворий обстежений клініко-лабораторно та інструментально. Діагноз підтверджено.

21.04.2009 виконали мультidetекторну спіральну КТ з тривимірною КТ-ангіографією. Ґрунтуючись на результатах цього дослідження, визначили тип кровопостачання кукси підшлункової залози. У пацієнта кукса підшлункової залози мала кровопостачатись лише за рахунок дорзальної панкреатичної артерії. 22.04.2009 виконано оперативне втручання. Після виконання операційного доступу

та ревізії встановили резектабельність пухлини та відсутність віддалених метастазів. Широко розсікли шлунково-ободову зв'язку. Мобілізували праву половину ободової кишки. Мобілізували жовчний міхур єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом. Під час операції виділили дорзальну панкреатичну артерію в місці її відходження від селезінкової артерії. Рівень пересічення перешийка підшлункової залози визначили приблизно на 5мм правіше дорзальної панкреатичної артерії для уникнення її пошкодження. Почергово виділили, перев'язали та пересікли усі артерії, вени та лімфатичні протоки панкреатодуоденального комплексу одночасно виконали лімфаденектомію єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом. Пересікли загальний печінковий проток, шлунок та проксимальний відділ тонкої кишки. Пересікли перешийок підшлункової залози приблизно на 5 мм правіше дорзальної панкреатичної артерії, зберігаючи її при цьому. Пересікли зв'язку гачкоподібного відростку підшлункової залози. Після цього останнім етапом видалення панкреатодуоденального комплексу виконали мобілізацію ДПК, одночасно видаляючи єдиним блоком з панкреатодуоденальним комплексом позаочеревинну фасцію Трейца та позаочеревинну клітковину з лімфатичними протоками. Виконали реконструктивний етап за стандартною методикою. Дренували черевну порожнину. Наклали пошарові шви на рану. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворий був виписаний у задовільному стані на 8 добу після операції.

За запропонованим способом прооперовано 5 хворих. Крайового некрозу та післяопераційного панкреатиту кукси підшлункової залози не було. У 3 з 5 хворих, оперованих за способом аналогом, в післяопераційному періоді виникли такі ускладнення, як крайовий некроз та післяопераційний панкреатит кукси підшлункової залози.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість випадків крайового некрозу та післяопераційного панкреатиту культі підшлункової залози.