



УКРАЇНА

(19) UA (11) 63531 (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

(21) u201103482

(22) 24.03.2011

(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, БОРИСОВ БОГДАН ВАЛЕРІЙОВИЧ

2

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

(57) Спосіб виконання панкреатодуоденальної резекції, який включає мобілізацію панкреатодуоденального комплексу з виділенням та пересіченням кровопостачаючих судин на заключному етапі, який **відрізняється** тим, що в першу чергу виділяють та пересікають нижню панкреатодуоденальну артерію, потім верхню передню та задню панкреатодуоденальні артерії.

Корисна модель належить до хірургії і може бути використана для лікування доброякісних і злоякісних періампулярних новоутворень, а також хронічного панкреатиту.

Відомий спосіб виконання панкреатодуоденальної резекції, який включає послідовне пересічення судин, що кровопостачають панкреатодуоденальний комплекс причому нижню панкреатодуоденальну артерію пересікають на кінцевому етапі мобілізації панкреатодуоденального комплексу вже після пересічення усіх його венозних судин. [Шалімов О.О., Шалімов С.О., Ничитайло М.Ю., Радзиховський А.П. Хірургія підшлункової залози. - Симферопіль. Таврида, 1997. - 465-467с.].

Недоліком відомого способу є великий об'єм інтраопераційної крововтрати, що пов'язане з виникненням венозного повнокров'я панкреатодуоденального комплексу викликаним пересіченням нижньої панкреатодуоденальної артерії на кінцевому етапі мобілізації панкреатодуоденального комплексу вже після пересічення усіх його венозних судин.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу виконання панкреатодуоденальної резекції, який за рахунок того, що в першу чергу пересікають нижню панкреатодуоденальну артерію, зменшив би об'єм інтраопераційної крововтрати.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі виконання панкреатодуоденальної резекції, який включає мобілізацію панкреатодуоденального комплексу з виділенням та пересіченням

кровопостачаючих судин на заключному етапі, згідно корисної моделі, в першу чергу виділяють та пересікають нижню панкреатодуоденальну артерію, потім верхню передню та задню панкреатодуоденальні артерії.

Першочергове пересічення нижньої панкреатодуоденальної артерії потім верхньої передньої та задньої панкреатодуоденальної артерії, до пересічення венозних судин панкреатодуоденального комплексу, значно зменшує його венозне повнокров'я тим самим зменшуючи цим об'єм інтраопераційної крововтрати.

Спосіб здійснюють наступним чином. Після виконання операційного доступу та прийняття рішення про виконання панкреатодуоденальної резекції широко розсікають шлунково-ободову зв'язку. Мобілізують праву половину ободової кишки за Кохером. Розсікають зв'язку Трейца, низводять дуоденоюнальний перехід і у цій зоні виділяють з кореня брижі тонкої кишки верхню брижову артерію та беруть її на трималку. Виконуючи дисекцію цієї судини у напрямку до аорти виділяють спільний стовбур верхньої тонкокишкової та нижньої панкреатодуоденальних артерій та роздільно беруть їх на трималки. Нижню панкреатодуоденальну артерію у місця її відходження від цього спільного стовбура перетискають атравматичним судинним затискачем типу «бульдог». Далі оцінюють зону ішемічних змін викликаних перитисканням нижньої панкреатодуоденальної артерії переконуючись тим самим у точності її ідентифікації та

(19) UA (11) 63531 (13) U

у адекватності кровопостачання тонкої кишки. Пересікають нижню панкреатодуоденальну артерію, потім виділяють та пересікають гастродуоденальну артерію, або селективно виділяють та пересікають її гілки: верхню передню та задню панкреатодуоденальні артерії. Подальші етапи операції здійснюють за стандартною методикою.

Клінічний приклад. Хворий Л. 1964 р.н. історія хвороби №739, 2009 рік, був госпіталізований в відділення хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток з діагнозом: серозна цистаденокарцинома голівки підшлункової залози. Хворий обстежений клінічно, лабораторно, інструментально. Діагноз підтверджено.

18.03.2009 була виконана операція - панкреатодуоденальна резекція зі збереженням воротаря та радикальною лімфаденектомією. З протоколу операції: білатеральна субкостальна лапаротомія. При ревізії: в головці підшлункової залози виявлено щільну, бугристу рухому кістозну пухлину 4х6 см. Віддалених метастазів, ознак інвазії в регіонарні лімфатичні вузли та магістральні судини не виявлено. Було прийнято рішення про виконання панкреатодуоденальної резекції. Широко розсікли шлунково-ободову зв'язку. Мобілізували праву половину ободової кишки та дванадцятипалу кишку за Кохером. Розсікли зв'язку Трейца та низвели дуодененоєюнальний перехід і у цій зоні, виділили з кореня брижі тонкої кишки верхню брижову артерію та взяли її на трималку. Виконали дисекцію цієї судини у напрямку до аорти. Виділили спільний стовбур верхньої тонкокишкової та нижньої

панкреатодуоденальних артерій та роздільно взяли їх на трималки. Нижню панкреатодуоденальну артерію у місця її відходження від цього спільного стовбура перетиснули атравматичним судинним затискачем типу «бульдог». Оцінили зону ішемічних змін викликаних перетисканням нижньої панкреатодуоденальної артерії переконавшись тим самим у точності її ідентифікації та у адекватності кровопостачання тонкої кишки. Пересікли нижню панкреатодуоденальну артерію. Виділили з елементів гепатодуоденальної зв'язки та пересікли гастродуоденальну артерію. Мобілізували та видалили панкреатодуоденальний органоккомплекс з моноблочною радикальною лімфаденектомією. Послідовно наклали позаду ободові панкреатоєюноанастомоз та гепатикоєюноанастомоз, попереду ободовий дуоденоєюноанастомоз. Дреновано черевну порожнину. Пошарово ушили передню черевну стінку. Об'єм інтраопераційної крововтрати становив 120 мл. Хворий був виписаний зі стаціонару у задовільному стані на 10 добу після операції.

За запропонованим способом прооперовано 5 хворих. Середній об'єм інтраопераційної крововтрати становив 200 мл. Післяопераційних ускладнень не було. У 5 хворих прооперованих за способом аналогом середній об'єм інтраопераційної крововтрати становив 800 мл. і в подальшому хворі потребували проведення замісної гемотрансфузії.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати.