



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **101667** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2015 02948	(72) Винахідник(и): Копчак Володимир Михайлович (UA), Копчак Костянтин Володимирович (UA), Дувалко Олександр Васильович (UA), Ткачук Олег Степанович (UA), Квасівка Олександр Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 31.03.2015	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.09.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.09.2015, Бюл.№ 18	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ДИСТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

(57) Реферат:

Спосіб виконання лапароскопічної дистальної резекції підшлункової залози включає послідовне кліпування та пересічення селезінкових судин, пересічення паренхіми підшлункової залози та видалення панкреатоспленального комплексу. У випадку ретропанкреатичного розташування селезінкових судин - їх клінують та пересікають лише після пересічення паренхіми підшлункової залози.

UA 101667 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для дистальної резекції підшлункової залози (ПЗ) з лапароскопічного доступу у випадку ретропанкреатичного розташування селезінкових судин.

Відомий спосіб виконання лапароскопічної дистальної резекції підшлункової залози, який включає послідовне кліпування та пересічення селезінкових судин перед виконанням пересічення паренхіми ПЗ та видалення панкреатоспленального комплексу. [Laparoscopic versus open distal pancreatectomy: a single-institution comparative study / Y. Zhang [et al.] //World Journal of Surgical Oncology. – 2014. - Vol. 12.- P. 327-331].

Недоліком цього способу є обмеження застосування лапароскопічного доступу при виконанні дистальної резекції ПЗ, так як при ретропанкреатичному розташуванні селезінкових судин від нього необхідно відмовитись або зростає ризик конверсії.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу виконання лапароскопічної дистальної резекції підшлункової залози, що забезпечуватиме розширення меж застосування лапароскопічного доступу при виконанні дистальної резекції ПЗ за рахунок послідовного кліпування та пересічення селезінкових судин лише після пересічення паренхіми ПЗ.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі виконання лапароскопічної дистальної резекції підшлункової залози, який включає послідовне кліпування та пересічення селезінкових судин, пересічення паренхіми ПЗ та видалення панкреатоспленального комплексу, згідно корисної моделі у випадку ретропанкреатичного розташування селезінкових судин їх кліпують та пересікають лише після пересічення паренхіми ПЗ.

Кліпування та пересічення селезінкових судин після пересічення паренхіми ПЗ дозволяє розширити межі застосування способу, так як при цьому рідко є необхідність конверсії за рахунок доброї візуалізації селезінкових судин після пересічення паренхіми ПЗ.

Спосіб виконують наступним чином. До операції з допомогою комп'ютерної томографії із судинним контрастуванням верифікують ретропанкреатичне розміщення селезінкових артерії та вени.

При виконанні оперативних втручань використовують положення пацієнта на спині з поворотом тулуба на 15° вправо. Схема введення троакарів наступна: порт Ø10 мм для відеоапаратури під пупком, порт Ø5 мм по серединній лінії в епігастрії, порт Ø5 мм в правому підребер'ї по середньоключичній лінії, порт Ø10 мм в лівій здухвинній ділянці.

Розкриття сальникової сумки проводять за допомогою Harmonic scalpel. Мобілізують краї підшлункової залози. Перетинають паренхіму підшлункової залози за допомогою Harmonic scalpel. Знаходять і мобілізують селезінкову вену, виділяють та кліпують селезінкову артерію. Перетинають селезінкову артерію. Кліпують і перетинають селезінкову вену. Перетинають короткі шлункові судини за допомогою Harmonic scalpel. Закінчують мобілізацію і видаляють панкреатоспленальний комплекс. Видалення комплексу з черевної порожнини проводять в контейнері через доступ в параумбілікальний ділянку, дренують черевну порожнину. Пошарово ушивають рани. Накладають асептичні пов'язки.

Приклад. Хвора С 1941 року народження, історія хвороби 2886, діагноз: Серозна цистаденомхвоста - тіла підшлункової залози. Хронічний панкреатит. Хронічний гастродуоденіт, стадія ремісії. ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба ІІ ст. СН І ст. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 125 г/л, еритроцити - $4,66 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцити - $9,8 \cdot 10^9/л$, ШОЕ - 22 мм/год., тромбоцити - $266 \cdot 10^9/л$. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 9,8 мкмоль/л, АлАТ – 15 Од/л, АсАТ – 22 Од/л, загальний білок - 75.2 г/л, сечовина - 6,9 ммоль/л, креатинін - 56,7 мкмоль/л, глюкоза крові - 4,9 ммоль/л. При УЗД органів черевної порожнини: печінка не збільшена, ущільнена, "зерниста", контури чіткі. Жовчний міхур 6 × 2,6 см, конкременти відсутні. Холедох 5 мм в ді. Підшлункова залоза: тіло 1,7 см в ді, голівка 3,5 см в ді, хвіст 2,6 см в ді, на границі хвоста та тіла гіпоехогенне утворення 2.7 × 1,5 см, по нижньому краю залози визначається аналогічне утворення 4 × 2 см, яке з'єднується з вище описаним утворенням. При КТ: печінка звичайного положення, розмірів та форми, з чіткими контурами, паренхіма гомогенна, ознак вогнищевої патології не визначено. Внутрішньопечінкові та позапечінкові жовчні шляхи не розширені. Підшлункова залоза - в проекції тіла залози визначається об'ємний полікістозний утвір з мілкими ділянками зневапнення. Голівка звичайної форми. Селезінкові артерія та вена розміщені ретропанкреатично. ЕФГДС: хронічний гастродуоденіт, стадія ремісії.

Після обробки операційного поля ввели троакари: порт Ø10 мм для відеоапаратури під пупком, порт Ø5 мм по серединній лінії в епігастрії, порт Ø5 мм в правому підребер'ї по середньоключичній лінії, порт Ø10 мм в лівій здухвинній ділянці. Розкрили сальникову сумку за допомогою Harmonic scalpel. Мобілізували краї підшлункової залози. Пересікли паренхіму підшлункової залози за допомогою Harmonic scalpel. Мобілізували селезінкову вену, виділили та

закліпували селезінкову артерію. Пересікли селезінкову артерію. Закліпували і пересікли селезінкову вену. Пересікли короткі шлункові судини за допомогою Harmonic scalpel. Мобілізували і видалили панкреатоспленальний комплекс в контейнері через доступ в параумбілікальній ділянці. Дренували черевну порожнину. Рани пошарово ушили. Наклали асептичні пов'язки.

5

Операцію виконали з лапароскопічного доступу.

Післяопераційний період без ускладнень.

Хвора виписана під нагляд хірурга та онколога за місцем проживання на 6 - ту післяопераційну добу.

10

Запропонованим способом проліковано 3 хворих з лапароскопічного доступу. В той же час при лікуванні 3 хворих за способом аналогу - в 2-х випадках виконано конверсію.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє розширити межі застосування лапароскопічного доступу при проведенні дистальних резекцій ПЗ.

15

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб виконання лапароскопічної дистальної резекції підшлункової залози, який включає послідовне кліпування та пересічення селезінкових судин, пересічення паренхіми підшлункової залози та видалення панкреатоспленального комплексу, який **відрізняється** тим, що у випадку ретропанкреатичного розташування селезінкових судин - їх кліпують та пересікають лише після пересічення паренхіми підшлункової залози.

20

Комп'ютерна верстка О. Рябко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

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