



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **101682** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2015 03075</b>	(72) Винахідник(и): <b>Копчак Володимир Михайлович (UA), Копчак Костянтин Володимирович (UA), Дувалко Олександр Васильович (UA), Ткачук Олег Степанович (UA), Квасівка Олександр Олександрович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>03.04.2015</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.09.2015</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.09.2015, Бюл.№ 18</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 ВИКОНАННЯ ДИСТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ З ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ

### (57) Реферат:

Спосіб виконання дистальної резекції підшлункової залози з лапароскопічного доступу, який включає резекцію лівого анатомо-хірургічного сегмента підшлункової залози, причому у випадку розширення головної панкреатичної протоки - її виділяють, кліпують дистальний кінець, після чого закінчують пересічення паренхіми підшлункової залози.

**UA 101682 U**



Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для дистальної резекції підшлункової залози з лапароскопічного доступу.

Відомий спосіб виконання дистальної резекції підшлункової залози з лапароскопічного доступу, який включає дистальну резекцію підшлункової залози без обробки головної панкреатичної(Вірсунгової) протоки. [Surgical Technique in Distal Pancreatectomy: A Systematic Review of Randomized Trials Filip Helka, Bohumil Jon, Zdenjk Subrt, and Alexander Ferko Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International Volume 2014, Article ID 482906, 9 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/482906>].

Недоліком цього способу є велика кількість післяопераційних ускладнень.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу виконання дистальної резекції підшлункової залози з лапароскопічного доступу, який за рахунок кліпування головної панкреатичної протоки, забезпечить зниження кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі виконання дистальної резекції підшлункової залози з лапароскопічного доступу, який включає резекцію лівого анатомо-хірургічного сегмента підшлункової залози, згідно з корисною моделлю, у випадку розширення головної панкреатичної протоки - її виділяють, кліпують дистальний кінець, після чого закінчують пересічення паренхіми підшлункової залози.

Накладання кліпси на головну панкреатичну протоку підшлункової залози дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень, так як при цьому зменшується ймовірність витоку панкреатичного соку в черевну порожнину.

Спосіб виконують наступним чином. До операції за допомогою візуалізуючих методів обстеження: ультрасонографії та комп'ютерної томографії, верифікують пухлину тіла-хвоста підшлункової залози та розширення головної панкреатичної протоки.

Використовують положення пацієнта на спині з поворотом тулуба на 15° вправо. Схема введення троакарів наступна: порт 010 мм для відеоапаратури під пупком, порт 05 мм по серединній лінії в епігастрії, порт 05 мм в правому підребер'ї по середньоключичній лінії, порт 010 мм в лівій здухвинній ділянці.

Розкриття сальникової сумки проводять за допомогою Harmonic scalpel. Знаходять і мобілізують селезінкову вену, виділяють та кліпують селезінкову артерію. Перетинають селезінкову артерію. Кліпують і перетинають селезінкову вену. Мобілізують краї підшлункової залози. За допомогою Harmonic scalpel поступово пересікають паренхіму підшлункової залози, таким чином виділяючи розширену Вірсунгову протоку, після чого на її дистальний кінець накладають кліпсу та пересікають головну панкреатичну протоку. Закінчують пересічення паренхіми підшлункової залози. 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 ділянці. Дренують черевну порожнину. Пошарово ушивають рани. Накладають асептичні пов'язки.

Приклад. Хвора С. 1984 року народження, історія хвороби 5444, діагноз: НЕП тіла підшлункової залози pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Стадія ІВ. Клінічна група ІІІ. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 124 г/л, еритроцити - 4,43\*10<sup>12</sup>/л, лейкоцити - 7,7\*10 %, ШОЕ - 3 мм/год., тромбоцити - 254\*10<sup>9</sup>/л. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 73,4 мкмоль/л, АлАТ - 16 ОД, АсАТ - 19 ОД, загальний білок - 73,4 г/л, глюкоза крові - 5,7 ммоль/л. При УЗД органів черевної порожнини виявлено в ділянці переходу тіла в хвіст визначається ізоехогенне до паренхіми залози утворення 2,4 x 1,6 см, яке незначно деформує контур залози, Вірсунгова протока розширена до 4 мм. в ділянці тіла-хвоста. При комп'ютерній томографії органів черевної порожнини виявлено об'ємне утворення в ділянці переходу тіла в хвіст підшлункової залози. Вірсунгова протока розширена до 4 мм. в ділянці тіла-хвоста.

Після обробки операційного поля ввели троакари: порт 010 мм для відеоапаратури під пупком, порт 05 мм по серединній лінії в епігастрії, порт 05 мм в правому підребер'ї по середньоключичній лінії, порт 010 мм в лівій здухвинній ділянці. Розкрили сальникову сумку за допомогою Harmonic scalpel. Мобілізували селезінкову вену, виділили та закліпували селезінкову артерію. Пересікли селезінкову артерію. Закліпували і пересікли селезінкову вену. Мобілізували краї підшлункової залози. За допомогою Harmonic scalpel поступово пересікали паренхіму підшлункової залози, таким чином виділивши розширену Вірсунгову протоку. На її дистальний кінець наклали кліпсу та пересікли. Закінчили пересічення паренхіми підшлункової залози. Пересікли короткі шлункові судини за допомогою Harmonic scalpel. Мобілізували і видалили панкреатоспленальний комплекс в контейнері через доступ в параумбілікальний ділянці. Дренували черевну порожнину. Рани пошарово ушили. Наклали асептичні пов'язки.

Операцію виконали з лапароскопічного доступу.

Післяопераційний період без ускладнень.

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

5 Запропонованим способом проліковано 4 хворих з лапароскопічного доступу. Ускладнень не було. В той же час при лікуванні 4 хворих за способом аналога в 2-х випадках спостерігали ускладнення у вигляді панкреатичної нориці.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень у хворих з розширеною головною панкреатичною протокою.

10

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб виконання дистальної резекції підшлункової залози з лапароскопічного доступу, який включає резекцію лівого анатомо-хірургічного сегмента підшлункової залози, який  
15 **відрізняється** тим, що у випадку розширення головної панкреатичної протоки - її виділяють, кліпують дистальний кінець, після чого закінчують пересічення паренхіми підшлункової залози.

---

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

---

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