



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **95552** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 08058	(72) Винахідник(и): Щепотін Ігор Борисович (UA), Лукашенко Андрій Володимирович (UA), Колеснік Олена Олександрівна (UA), Приймак Віктор Васильович (UA), Бурлака Антон Анатолійович (UA), Жуков Юрій Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 16.07.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.12.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.12.2014, Бюл.№ 24	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ, 01601 (UA), НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ, вул. Ломоносова, 33/43, м. Київ, 03022 (UA)

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ОБСЯГУ РЕЗЕКЦІЇ ПОРТАЛЬНОЇ ВЕНИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ

(57) Реферат:

Спосіб визначення обсягу резекції портальної вени при панкреатодуоденальній резекції включає лапаротомію, мобілізацію великого сальника, головки підшлункової залози за Кохером, визначення верхньої мезентеріальної вени за нижнім краєм підшлункової залози, виділення елементів гепатодуоденальної зв'язки, портальної вени по верхньому краю підшлункової залози проведення інтраопераційного Доплер УЗ, візуалізації портальної, верхньої мезентеріальної та селезінкової вен, портального конфлюенса. Проводять задню мобілізацію крючкоподібного відростка підшлункової залози від верхньої мезентеріальної артерії із візуалізацією правої стінки останньої. Далі проводять накладання судинних затискачів відповідно до гумових трималок на верхню брижову та портальну вену. Після цього проводять перетинання підшлункової залози, видалення крючкоподібного відростка із резекцією портальної або верхньої мезентеріальної вен, відповідно до даних інтраопераційного УЗ дослідження.

UA 95552 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до онкології та хірургії, та може бути використана при хірургічному лікуванні хворих на злоякісні пухлини головки підшлункової залози та пухлини периампулярної зони.

При пухлинних ураженнях головки підшлункової залози та периампулярної зони основним лікуванням є хірургічне. При пухлинних ураженнях головки підшлункової залози або при злоякісних пухлинах периампулярної зони стандартом лікування є виконання операції - панкреатодуоденальної резекції. Панкреатодуоденальна резекція включає видалення головки підшлункової залози із дванадцятипалою кишкою, дистальними відділами шлунка, жовчним міхуром та холедохом. Розповсюджені пухлини підшлункової залози в ряді випадків поширюються на портальну або верхню брижову вену. В разі розповсюдження пухлини на портальну вену радикальне хірургічне втручання розуміє під собою видалення гастропанкреатодуоденального комплексу у єдиному блоці із зоною ураження та подальшою крайовою або циркулярною резекцією судини. [1]

Візуальне визначення вrostання пухлини в портальну чи верхню брижову вену можливо лише після перетинання перешийки підшлункової залози, що має ряд недоліків: спроба мобілізувати крючкоподібний відросток підшлункової залози від зони інвазії в портальну або верхню брижову вену супроводжується значною крововтратою та нерівномірною резекцією стінки вени із подальшим звуженням її просвіту при реконструкції

Задачею корисної моделі є визначення ступеня інвазії пухлини в портальну або верхню мезентеріальну вену до перетинання підшлункової залози.

Технічний результат полягає в зменшенні інтраопераційної крововтрати, покращенні результатів хірургічного лікування, зменшенні ранніх післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає лапаротомію, мобілізацію великого сальника, головки підшлункової залози за Кохером, визначення верхньої мезентеріальної вени за нижнім краєм підшлункової залози, виділення елементів гепатодуоденальної зв'язки, портальної вени по верхньому краю підшлункової залози, проведення інтраопераційного Доплер УЗ, візуалізації портальної, верхньої мезентеріальної та селезінкової вен, портального конфлюенса, згідно з корисною моделлю, проводять задню мобілізацію крючкоподібного відростка підшлункової залози від верхньої мезентеріальної артерії із візуалізацією правої стінки останньої, далі проводять накладання судинних затискачів, відповідно до гумових трималок, на верхню брижову та портальну вену, після чого проводять перетинання підшлункової залози, видалення крючкоподібного відростка із резекцією портальної або верхньої мезентеріальної вен, відповідно до даних інтраопераційного УЗ дослідження: при крайовій інвазії в портальну або верхню мезентеріальну вену проводиться лінійна резекція останньої із лінійними ушиванням атравматичною монофіламентною ниткою розміром 5-0, при циркулярному ураженні - відповідно циркулярна резекція портальної або верхньої мезентеріальної вени із циркулярним венозним анастомозом "кінець-в-кінець" монофіламентною атравматичною ниткою розміром 5-0, після закінчення резекції-реконструкції портальної або верхньої мезентеріальної вен проводять УЗ Доплер контроль прохідності портальної, верхньої мезентеріальної вен.

Особливістю даного способу є УЗ-орієнтоване визначення обсягу резекції-реконструкції портальної або верхньої мезентеріальної вен із виконанням заднього доступу при мобілізації крючкоподібного відростка від верхньої мезентеріальної артерії.

Таким чином, зменшення інтраопераційної крововтрати, покращення результатів хірургічного лікування, зменшення ранніх післяопераційних ускладнень, досягається шляхом забезпечення визначення обсягу резекції портальної вени шляхом інтраопераційного УЗ.

Цей механізм спрямований на покращення результатів лікування хворих на злоякісні пухлини головки підшлункової залози та периампулярної зони.

Приклад конкретного виконання:

Хворий Тодоровський В.Б. 1948 р.н., 63 роки, 3/05/2011 госпіталізований для оперативного лікування до відділення пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку з діагнозом Рак головки підшлункової залози Т3N0M0, стадія II. 10/05/2011 виконана операція - комбінована панкреатодуоденальна резекція із лінійною резекцією портальної вени та реконструкцією лінійними швом. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, рана загоїлась первинним натягом. При моніторингу лабораторних показників та УЗ та КТ та рентгенологічних досліджень даних про порушення мезентеріального кровообігу не отримано.

Спосіб, що пропонується, був апробований в клініці онкології НМУ на базі Національного інституту раку протягом 2011-2014 років і показав себе як вискоєфективний, що дозволяє його рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Джерела інформації:

1. H.G.Beger, A.I.Warshaw, M.W. Büchler et al. The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine, and Surgery, Second Edition. Blackwell Publishing Limited, Massachusetts USA, 2008. - P. 1006.

5

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб визначення обсягу резекції портальної вени при панкреатодуоденальній резекції, що включає лапаротомію, мобілізацію великого сальника, головки підшлункової залози за Кохером, визначення верхньої мезентеріальної вени за нижнім краєм підшлункової залози, виділення елементів гепатодуоденальної зв'язки, портальної вени по верхньому краю підшлункової залози проведення інтраопераційного Доплер УЗ, візуалізації портальної, верхньої мезентеріальної та селезінкової вен, портального конфлюенса, який **відрізняється** тим, що проводять задню мобілізацію крючкоподібного відростка підшлункової залози від верхньої мезентеріальної артерії із візуалізацією правої стінки останньої, далі проводять накладання судинних затискачів, відповідно до гумових трималок, на верхню брижову та портальну вену, після чого проводять перетинання підшлункової залози, видалення крючкоподібного відростка із резекцією портальної або верхньої мезентеріальної вен, відповідно до даних інтраопераційного УЗ дослідження: при крайовій інвазії і портальну або верхню мезентеріальну вену проводиться лінійна резекція останньої із лінійним ушиванням атравматичною монофіламентною ниткою розміром 5-0, при циркулярному ураженні - відповідно циркулярна резекція портальної або верхньої мезентеріальної вени із циркулярним венозним анастомозом "кінець-в-кінець" монофіламентною атравматичною ниткою розміром 5-0, після закінчення резекції-реконструкції портальної або верхньої мезентеріальної вен проводять УЗ Доплер контроль прохідності портальної, верхньої мезентеріальної вен.

Комп'ютерна верстка І. Мироненко

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

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