



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **95976** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 08808	(72) Винахідник(и): Копчак Володимир Михайлович (UA), Копчак Костянтин Володимирович (UA), Ратушнюк Андрій Володимирович (UA), Хомяк Ігор Васильович (UA), Дувалко Олександр Васильович (UA), Перерва Людмила Олександрівна (UA), Квасівка Олександр Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 04.08.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.01.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.01.2015, Бюл.№ 1	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)

(54) СПОСІБ РЕЗЕКЦІЇ ПУХЛИНИ ГОЛІВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ З ІНВАЗІЄЮ В ВОРІТНУ ВЕНУ

(57) Реферат:

Спосіб резекції пухлини голівки підшлункової залози з інвазією в ворітну вену включає панкреатодуоденальну резекцію з резекцією враженої ділянки ворітної вени з послідуочим відновленням кровотоку. Резекцію ворітної вени виконують клиноподібно з розповсюдженням розрізу за гирло селезінкової вени та послідуочим формуванням венозного анастомозу між проксимальним та дистальним сегментами ворітної вени.

UA 95976 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для видалення пухлини голівки підшлункової залози з інвазією в ворітну вену в зоні конфлюенса з послідуочим відновленням кровотоку.

Відомий спосіб резекції пухлини голівки підшлункової залози з інвазією в ворітну вену, який включає панкреатодуоденальну резекцію з резекцією враженої ділянки ворітної вени з послідуочим відновленням кровотоку за допомогою аутовени. При цьому виконують три судинних анастомози [Suh Min Kim, Seung-Kee Min, Daedo Park, Sang-II Min, Jin-Young Jang, Sun-Whe Kim, Jongwon Ha, Sang Joon Kim. Reconstruction of portal vein and superior mesenteric vein after extensive resection for pancreatic cancer. Journal of the Korean Surgical Society, 2013. - № 84. - P. 346-352].

Недоліком цього способу є підвищена травматичність, подовження загального часу оперативного втручання, високий ризик тромбозу аутовени.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу резекції пухлини голівки підшлункової залози з інвазією в ворітну вену, який за рахунок клиноподібної резекції портальної частини ворітної вени з послідуочим формуванням анастомозу між проксимальним та дистальним сегментами судини, без використання аутовени, забезпечив би зниження травматичності загальної тривалості оперативного втручання та зменшення ризику тромбозу аутовени.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі резекції пухлини голівки підшлункової залози з інвазією в ворітну вену, який включає панкреатодуоденальну резекцію з резекцією враженої ділянки ворітної вени з послідуочим відновленням кровотоку, згідно з корисною моделлю, резекцію ворітної вени виконують клиноподібно з розповсюдженням розрізу за гирло селезінкової вени та послідуочим формуванням венозного анастомозу між проксимальним та дистальним сегментами ворітної вени.

Клиноподібна резекція враженої ворітної вени, дозволяє знизити травматичність оперативного втручання так, як при цьому не потрібно виконувати забір аутовени, що зменшує загальну тривалість оперативного втручання та знижує ризик тромбозу зони анастомозу.

Спосіб виконують наступним чином. При встановленні діагнозу: пухлина голівки підшлункової залози з інвазією в ворітну вену в ділянці конфлюенса, виконують мобілізацію панкреатодуоденального комплексу з виділенням стовбурів ворітної, верхньої брижової та селезінкової вен. Після цього виконують видалення панкреатодуоденального комплексу з клиноподібною резекцією враженої ділянки ворітної вени з розповсюдженням розрізу за гирло селезінкової вени та послідуочим формуванням венозного анастомозу між проксимальним та дистальним сегментами ворітної вени. Клиноподібну резекцію ворітної вени виконують при інвазії пухлини в латеральну стінку ворітної вени на протязі до 1,5 см. Формують почергово панкреатодигестивний, білідигестивний та дигестивно-дигестивний анастомози. Виконують дренування черевної порожнини, пошаровий шов рани. Асептична пов'язка.

Приклад. Хворий К. 1963 року народження, історія хвороби 3791, діагноз: Сг голівки-перешийку підшлункової залози. рТ₃N₀M₀. Стадія ПА. Клінічна група II. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 141 г/л, еритроцити - $5,03 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити - $7,6 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 10 мм/год., тромбоцити - $171 \cdot 10^9$ /л. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 82,2 мкмоль/л, АлАТ - 317 ОД, АсАТ - 144 ОД, альфа-амілаза - 29 ОД/л, загальний білок - 69,6 г/л, сечовина - 6,4 ммоль/л, креатинін - 76,8 мкмоль/л, глюкоза крові - 10,7 ммоль/л. При УЗД органів черевної порожнини виявлено в голівці підшлункової залози візуалізується гіпоехогенне утворення 3,8×3,7 см. При комп'ютерній томографії органів черевної порожнини виявлено утворення голівки підшлункової залози з ознаками інвазії в ворітну вену в зоні портоспленомезентеріального конфлюенса протяжністю до 1,0 см. Інтраопераційно виявлено пухлину в голівці підшлункової залози до 4 см в діаметрі з інвазією в латеральну стінку ворітної вени в зоні портоспленомезентеріального конфлюенса протяжністю 1,0 см. Виконали панкреатодуоденальну резекцію з клиноподібною резекцією ворітної вени, відступивши від краю інвазії на 0,5 см. Клиноподібну резекцію виконали з розповсюдженням розрізу за гирло селезінкової вени на 0,5 см, що дозволило адекватно співставити діаметри проксимального та дистального сегментів ворітної вени, не звужуючи просвіт зони анастомозу.

В першу післяопераційну добу виконано УЗД-доплерографію - кровотік в зоні анастомозу не порушений.

Хворий виписаний під нагляд хірурга та онколога за місцем проживання на 8-му післяопераційну добу.

Запропонованим способом проліковано 4 хворих без забору аутовени, середній час оперативного втручання склав 5 годин. Післяопераційних ускладнень не було. В той же час при лікуванні 4 хворих за способом аналогом був необхідний забір аутовени, середній час

оперативного втручання склав 7 годин, а у 1-го хворого виник тромбоз судинного аутовени на 2-гу післяопераційну добу, який потребував повторного оперативного втручання.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє знизити травматичність оперативного втручання, середній час оперативного втручання та знизити ризик тромбозу судинного аутографту.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб резекції пухлини голівки підшлункової залози з інвазією в ворітну вену, який включає панкреатодуоденальну резекцію з резекцією враженої ділянки ворітної вени з послідуєчим відновленням кровотоку, який **відрізняється** тим, що резекцію ворітної вени виконують клиноподібно з розповсюдженням розрізу за гирло селезінкової вени та послідуєчим формуванням венозного анастомозу між проксимальним та дистальним сегментами ворітної вени.

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

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