



УКРАЇНА

(19) UA (11) 64503 (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 ПОКРАЩЕННЯ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ БІЛІАРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

1

2

(21) u201104454

(22) 11.04.2011

(24) 10.11.2011

(46) 10.11.2011, Бюл.№ 21, 2011 р.

(72) НИЧИТАЙЛО МИХАЙЛО ЮХИМОВИЧ, ГОД-ЛЕВСЬКИЙ АРКАДІЙ ІВАНОВИЧ, САВОЛЮК СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб покращення віддалених результатів хірургічного лікування доброякісної біліарної патології, що передбачає в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді здійснення медикамен-

тозного та фізіотерапевтичного лікування, який **відрізняється** тим, що з 7 післяопераційної доби призначають "Гепабене" по 1 капсулі 2 рази на добу, "Аторвастатин" 1 таблетка (10 мг) 1 раз на добу протягом наступних 10 діб, після чого здійснюють регіонарну мікрохвильову терапію в дециметровому діапазоні (ДМХ-терапія) на проекцію печінки в правій підреберній області 12 процедур через добу, продовжуючи розпочате лікування в амбулаторних умовах протягом наступних 6 місяців після виконання оперативної корекції доброякісної біліарної патології з інтервалами між комплексами в 14 діб.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, а саме до методів консервативного лікування хворих після оперативної корекції доброякісної патології позапечінкових жовчних протоків, що викликала обтураційну жовтяницю. Може бути використана в комплексі консервативної терапії раннього та пізнього післяопераційних періодів, спрямованої на відновлення функціональної спроможності печінки, для настання швидкої клініко-лабораторної ремісії, зменшення термінів медико-соціальної реабілітації та підвищення якості життя оперованих хворих для профілактики рецидивів патології та віддалених ускладнень.

Незадовільні наслідки хірургічного лікування ускладненої доброякісної біліарної патології в ранньому післяопераційному періоді обумовлюються виникаючими гнійно-септичними (абдомінальні, раневі) ускладненнями та постдекомпресійними порушеннями функції печінки з розвитком та прогресуванням існуючої печінкової недостатності, в віддаленому періоді наслідки хірургічної корекції обумовлюються неадекватним вибором хірургічної тактики та методу біліарної декомпресії в зв'язку з неоднозначним функціональним навантаженням на печінку та відсутністю корекції реологічних властивостей жовчі, літогенна здатність якої обумовлює цілу низку віддалених ускладнень, які й обумовлюють незадовільний характер комплексного хірургічного лікування (Литвиненко О.М., Лукеча І.І.

Використання поляризаційної мікроскопії протокової жовчі в діагностиці мікрохоледохолітазу у хворих із різними формами прояву жовчнокам'яної хвороби // Хірургія України. - 2008. - № 4 (1). - С 156-158; Межаков С.В., Кузьменко А.Е., Дудин А.М., Хацко В.В., Греджев Ф.А. Биохимический состав желчи у больных с постхолецистэктомическим синдромом // Харківська хірургічна школа. - 2009. - № 4.1 (36). - С. 251-252) (резидуальний холедохолітаз, тубулярний стеноз холедоха, рубцеві стриктури жовчних проток, хронічний холангіт, стенозуючий папіліт, повторний папілостеноз після трансдуоденальної чи ендоскопічної папілосфінктеротомії, прояви постхолецистектомічного синдрому, хронічний гепатит, вторинний біліарний цироз печінки) (Арутюнов С.Э. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с осложненной желчно-каменной болезнью // Вісник Української стоматологічної академії. - 2008. - Том 7, випуск 1 - 2. - С. 15-17; Стенозуючий папіліт як хірургічна проблема / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огороднік, І.В. Гомоляко та співав. // Шпитальна хірургія. - 2010. - № 3. - С. 28-33).

Проте існуючі способи післяопераційної реабілітації хворих після оперативної корекції доброякісної біліарної патології розраховані на ранній післяопераційний період в зв'язку з спрямованістю на морфологічний стан печінки.

(19) UA (11) 64503 (13) U

А тому перспективним напрямком в досягненні покращення віддалених наслідків післяопераційної медико-соціальної реабілітації хворих після оперативної корекції доброякісної біліарної патології є застосування на в комплексі періопераційної курації методів, що поряд із відновленням функціональної спроможності печінки здійснюють вплив на біохімічний та фізико-колоїдний склад жовчі (обмін холестерину, холато-холестериновий коефіцієнт, поліненасичені жирні кислоти), покращуючи її реологічні властивості, зменшуючи її літогенну здатність (Дюспаталін при фізикохімічній стадії желчнокамной болезни / В. Максимов, С. Бунтин, С. Каратаев и др. // Врач. - 2003. - № 5. - С. 47-49; Маев И. В., Вьючнова Е. С., Лебедева Е. Г. Коррекция проявлений холестаза у больных с калькулезным холециститом, перенесших холецистэктомию // Практикующий врач. - 2006. - № 1. - С. 29-34; Успенский Ю.П., Мехтиев С.Н. Клиническое значение нарушений реологии желчи и холестаза у больных с гепатобилиарной патологией. Общий подход к фармакотерапии // Сучасна гастроентерологія. - 2004. - № 6. - С. 71-78).

В основу корисної моделі "Спосіб покращення віддалених результатів хірургічного лікування доброякісної біліарної патології" поставлена задача шляхом комбінованого почергового застосування препаратів "Гепабене", "Аторвастатин" (виробник Ратіофарм) в комплексі з проєкційним регіонарним впливом на печінку мікрохвильової терапії в дециметровому діапазоні (ДМХ-терапія) в ранньому та віддаленому післяопераційному періодах підвищити дебіт екскреції жовчі через зовнішній чи внутрішній дренаж, якісно змінити склад та фізико-хімічні та колоїдні властивості жовчі, покращуючи її реологічні та зменшуючи її літогенні властивості, відновити порушення ліпідного та антиоксидантного обміну, активізувати процеси регенерації та репарації гіпоксично ураженої паренхіми печінки за рахунок стимуляції окисно-відновних реакцій, інтенсифікації реакцій тканинного дихання, відновленню мікроциркуляторних порушень печінки, підвищуючи як артеріальний, так і венозний приток до печінки із підвищенням тонуусу внутрішньопечінкових судин, сприяючи зменшенню тривалості бактеріобілії за рахунок прямого бактеріостатичного впливу, координації діяльності сфінктерного апарата біліарного тракту та ліквідації його дискінезії.

Поставлену задачу вирішують способом покращення віддалених результатів хірургічного лікування доброякісної біліарної патології, що передбачає з 7 післяопераційної доби призначення "Гепабене" по 1 капсулі 2 рази на добу, "Аторвастатин" 1 таблетка (10 мг) 1 раз на добу протягом наступних 10 діб, після чого призначають регіонарну мікрохвильову терапію в дециметровому діапазоні (ДМХ-терапія) на проєкцію печінки в правій підреберній області 12 процедур через добу, продовжуючи розпочате лікування в амбулаторних умовах протягом наступних 6 місяців після виконання оперативної корекції доброякісної біліарної патології з інтервалами між комплексами в 14 діб.

Спосіб покращення віддалених результатів хірургічного лікування доброякісної біліарної патології здійснюється наступним чином: всім хворим з

7 доби після оперативного лікування доброякісної біліарної патології призначають "Гепабене" по 1 капсулі 2 рази на добу, "Аторвастатин" 1 таблетка (10 мг) 1 раз на добу після сніданку протягом наступних 10 діб, після якої лікувальний комплекс доповнюється фізіотерапевтичним впливом: призначають 12 процедур через добу протягом 24 діб регіонарної мікрохвильової терапії в дециметровому діапазоні (ДМХ-терапія - довжина хвилі 65 см, частота 461,5 мегагерц) з розташуванням випромінювача на відстані 3-4 см від шкіри передньої черевної стінки правої підреберної ділянки з потужністю 25 ват з експозицією 15 хвилин апаратом "Волна-2" або "Ранет". Подібні сеанси ДМХ-терапії здійснюються протягом наступних 6 місяців безперервного медикаментозного лікування (аторвастатин, гепабене) з інтервалом між комбінаціями лікувальних комплексів в 14 діб.

Клінічний приклад. Хворий Г., 1952 р. н. (історія хвороби № 3777) знаходився на стаціонарному лікуванні в хірургічній клініці кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова з верифікованим діагнозом: хронічний калькульозний холецистит, холедохолітаз, тубулярний стеноз холедоха, ускладнений механічною жовтяницею (білірубін прямий 128 мкмоль/л, тривалість 9 діб), печінковою недостатністю II ступеня з 23.04.010 по 07.05.010 р. Після відповідного передопераційного лікування 27.04.010 р. хворому виконано холецистектомію від шийки, формування холедоходуоденоанастомозу за Юрашем - Виноградовим. Післяопераційний період перебігав стабільно з регресуванням явищ печінкової дисфункції, холестаза, ендогенної токсемії. Комплекс консервативного коригуючого лікування, починаючи з 7 післяопераційної доби був доповнений призначенням гепабене 1 капсула 2 рази на добу, аторвастатин 10 мг 1 раз на добу, що здійснювався протягом наступних 10 діб, після чого хворому була призначена мікрохвильова терапія в дециметровому діапазоні (довжина хвилі 65 см, частота 461,5 мегагерц) з розташуванням випромінювача на відстані 3-4 см від шкіри передньої черевної стінки правої підреберної ділянки з потужністю 25 ват з експозицією 15 хвилин апаратом "Волна-2" 1 раз на добу через день, на курс 12 процедур. Перебіг післяопераційного періоду без особливостей. Виписана в задовільному стані. Розпочате стаціонарне лікування було продовжене амбулаторно. Хворих знаходився під спостереженням, здійснювалися активні виклики для диспансерного спостереження. Подібна комбінація медикаментозного та фізіотерапевтичного впливу здійснювалася через 14 діб між комплексами з контролем лабораторно-біохімічних показників протягом наступних 6 місяців. Хворому здійснювали анкетування для визначення показників якості життя в післяопераційному періоді через 6, 9, 12 місяців, констатуючи ознаки фізичної працездатності, соціальної активності, ступінь обмеження фізичної працездатності та соціальної активності, психічного здоров'я, енергійність та втомлюваність, біль, загальну оцінку здоров'я і його зміни протягом останнього року. Терміни медико-соціальної реабілітації були вірогідно меншими за

аналогічні показники хворих, що знаходилися на диспансерному спостереженні за традиційними схемами.

Запропонована корисна модель "Спосіб покращення віддалених результатів хірургічного лікування доброякісної біліарної патології" дозволяє досягти в ранньому післяопераційному періоді підвищення дебіту екскреції жовчі через зовнішній чи внутрішній дренаж чи назобіліарний дренаж, в віддаленому післяопераційному періоді якісно змінити склад, фізико-хімічні та колоїдні властивості жовчі, покращуючи її реологічні та зменшуючи її літогенні властивості, відновити порушення ліпідного та антиоксидантного обміну, що спостеріга-

ються в хворих з ускладненою доброякісною біліарною патологією, активізувати процеси регенерації та репарації гіпоксично ураженої паренхіми печінки за рахунок стимуляції окисно-відновних реакцій, інтенсифікувати реакції тканинного дихання, відновити мікроциркуляторні порушення в печінці, підвищуючи як артеріальний, так і венозний приток із підвищенням тонуусу внутрішньопечінкових судин, сприяє зменшенню тривалості бактеріобілії за рахунок прямого бактеріостатичного впливу на мікрофлору за умови виникнення гнійного холангіту, досягти координації діяльності сфінктерного апарата біліарного тракту та ліквідації його дискінезії.