



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **84478** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 04365	(72) Винахідник(и): Саволюк Сергій Іванович (UA), Годлевський Аркадій Іванович (UA), Жмур Андрій Анатолійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 08.04.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.10.2013	(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.10.2013, Бюл.№ 20	

(54) СПОСІБ ТИМЧАСОВОЇ ТА ПАЛІАТИВНОЇ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ПРИ ПУХЛИНАХ ВОРІТ ПЕЧІНКИ

(57) Реферат:

Спосіб тимчасової та паліативної біліарної декомпресії при пухлинах воріт печінки передбачає під час виконання відкритої операції здійснення масивної декапсуляції вісцеральної та/або діафрагмальної поверхні правої та/або лівої долі печінки з наступним зовнішнім дрениванням піддіафрагмальних та підпечінкового просторів черевної порожнини.

UA 84478 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів тимчасової та паліативної біліарної декомпресії при первинних та метастатичних пухлинах воріт печінки. Може бути використана як тимчасова біліарна декомпресія під час інтраопераційної біопсії пухлини при реалізації етапної програми комплексного хірургічного лікування хворих з

5

операбельними пухлинами воріт печінки перед радикальним етапом, що буде здійснений після курсу хіміотерапії (в тому числі, селективної та суперселективної) та радіотерапії, та як паліативна (остаточна) біліарна декомпресія, що буде використана у хворих з неоперабельними пухлинами воріт печінки для зменшення проявів біліарної гіпертензії та ознак печінкової недостатності, що є провідним фактором прогнозованої летальності цього контингенту хворих.

На сучасному етапі розвитку та впровадження інтервенційних технологій в гепатобіліарній хірургії існує низка хірургічних методів, що здатні здійснити біліарну декомпресію при пухлинах воріт печінки при реалізації етапної лікувальної програми та паліативного втручання, проте, вони мають певні обмеження та протипоказання в використанні за них умов (Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. - Виодар, 2006.-556 с; Гепатобилиарная хирургия: Руководство для врачей / Под ред. Н.А. Майстренко, И.А. Нечая. - СПб.: Специальная Литература, 1999.-268 с.; Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков: Монография / [Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Ковальчук А.Л. и др.]. - К.: Здоровья, 2005.-424 с.). Так, використання лапароскопічних втручань обмежуються можливістю виникнення геморагічного синдрому, що вимагатиме конверсії, необхідністю створення напруженого та тривалого пневмоперитонеуму за умови наявної печінкової недостатності, створюючи загрозу її прогресування, та блокадою пухлинною інвазією прохідного міхурового протоку. Використання ендоскопічного транспапільярного доступу обмежується технологічними можливостями встановлення ендобіліарного стенту або ендопротеза вище місця біліарної обструкції та ризиком розвитку гемобілії. Використання черезшкірних черезпечінкових втручань для здійснення зовнішнього або зовнішньо-внутрішнього біліарного дренивання можливо реалізувати в 15 % клінічних випадків, і цих випадках існує загроза арозивних кровотеч, обумовлених інвазією пухлини в судини печінки (Ившин В.Г., Лукичев О.Д. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных с механической желтухой (оснащение и техника выполнения). Тула: Гриф и К., 2003.-182 с.). В 25-30 % клінічних випадків відкрита операція закінчується лише експлоративною лапаротомією без біліарної декомпресії, оскільки через розповсюдженість пухлинного процесу на ділянку біфуркації дольових протоків відсутня можливість здійснення навіть зовнішнього біліарного дренивання (Малярчук В.И., Климов А.Е., Пауткин Ю.Ф. Биопанкреатодуоденальный рак: Монография. - М.: Изд-во РУДН, 2006.-444 с; Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака биопанкреатодуоденальной зоны. - М.: ИД Медицина, 2007.-448 с.).

10

15

20

25

30

35

40

45

В основу корисної моделі "Спосіб тимчасової та паліативної біліарної декомпресії при пухлинах воріт печінки" поставлено задачу здійснення тимчасової (етапної) або паліативної зовнішньої біліарної декомпресії під час відкритої (лапаротомної) операції у хворих з пухлинами воріт печінки при відсутності інтраопераційної можливості встановлення зовнішнього дренажу в один з дольових (печінкових) протоків, що дасть можливість зменшити ознаки обтураційної пухлинної жовтяниці, прояви прогресуючої печінкової недостатності, ліквідувати протипоказання до здійснення сеансів радіотерапії та хіміотерапії, підготувати хворого до виконання можливого радикального втручання.

Поставлена задача реалізується способом тимчасової та паліативної біліарної декомпресії при пухлинах воріт печінки, який передбачає під час виконання відкритої операції здійснення масивної декапсуляції вісцеральної та/або діафрагмальної поверхні правої та/або лівої долі печінки з наступним зовнішнім дрениванням піддіафрагмальних та підпечінкового просторів черевної порожнини.

50

55

60

Спосіб тимчасової та паліативної біліарної декомпресії при пухлинах воріт печінки здійснюють наступним чином: після здійснення лапаротомії та інтраопераційної верифікації рівня обструкції з візуальною оцінкою розповсюдженості пухлинного процесу на структури гепатодуоденальної зв'язки, виконання біопсії пухлини для морфологічної діагностики та чутливості до хіміопрепаратів та радіотерапії та констатації відсутності можливості встановлення зовнішнього біліарного дренажу в один з дольових печінкових протоків здійснюють поетапну декапсуляцію тупим та гострим шляхом вісцеральної та діафрагмальної поверхонь правої та лівої долей печінки з наступним зовнішнім дрениванням правого та лівого піддіафрагмальних та підпечінкового просторів черевної порожнини через окремі контрапертури з встановленням рукавичко-трубчатих дренажів для профілактики затікання жовчі в інші відділи черевної порожнини, на 7-10 післяопераційну добу після формування дренируючих каналів здійснюють заміну рукавичко-трубчатих дренажів на трубчаті одиночні дренажі для полегшення

післяопераційного догляду за ними та можливості точної оцінки втраченої жовчі (добовий дебіт жовчі) для можливої медикаментозної корекції патологічних втрат.

Клінічний приклад

5 Хворий К., 68 р., історія хвороби № 12413, госпіталізований в ургентну клініку кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова МОЗ України 14.10.2012 р. з клінікою обтураційної жовтяниці пухлинної етіології. Діагноз був верифікований на підставі ультразвукового дослідження, ендоскопічної ретроградної холангіографії та комп'ютерної томографії з контрастним підсиленням - пухлина воріт печінки з проростанням в гепатодуоденальну зв'язку та паренхіму печінки, наявність метастатичного ураження печінки, лімфатичних вузлів заочеревинного простору, загальний білірубін крові становив 350 мкмоль/л, важкий ступінь печінкової недостатності за Вишневським В.А. (2003). Після передопераційної підготовки, що здійснювалася впродовж діагностичного терміну для верифікації рівня та причини біліарної обструкції (2 доби), під комбінованим знеболенням (інгаляційний низькопотоковий наркоз севораном та тотальна внутрішньовенна анестезія) мінілапаротомним доступом в правому підребер'ї виконано лапаротомію, що підтвердила результати доопераційного інструментального обстеження, в зв'язку з чим хворому здійснено інтраопераційну біопсію пухлини (аденокарцинома загальної жовчної протоки) з наступною етапною декапсуляцією правої доля печінки по діафрагмальній та вісцеральній поверхні з наступним дренажуванням, відповідно, правого піддіафрагмального та підпечінкового просторів черевної порожнини страховочно-контрольними дренажами через окремі контрапертури. В післяопераційному періоді хворий отримував антибактеріальну терапію напівсинтетичними захищеними пеніцилінами (аугментин), інфузійну корекцію печінкової дисфункції, еферентну детоксикацію (ультрафіолетове внутрішньовенне опромінення крові, дискретний плазмаферез). Протягом перших 3 діб по контрольних дренажах відмічався дебіт 300 мл жовчно-геморагічних виділень, з 4 до 10 доби - 250 мл жовчних виділень на добу. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, на 10 післяопераційну добу після формування дренажних каналів здійснено заміну контрольних дренажів в черевній порожнині на одиночні трубчасті дренажі. Хворий виписаний на 12 післяопераційну добу в задовільному стані (загальний білірубін 64 мкмоль/л) для продовження амбулаторного симптоматичного лікування. Оглянутий через 3 місяці після оперативного лікування: добовий дебіт жовчі становить 120-150 мл, загальний білірубін крові 74 мкмоль/л, отримує підтримуючу гепатопротекторну та знеболюючу терапію.

35 Запропонована корисна модель дозволяє здійснити як тимчасову етапну зовнішню біліарну декомпресію для ліквідації проявів обтураційної жовтяниці та ознак печінкової недостатності для здійснення необхідної перед радикальним видаленням пухлини сеансів хіміотерапії та радіотерапії, так і паліативну зовнішню біліарну декомпресію як остаточне хірургічне лікування в противагу лише діагностичній лапаротомії, покращуючи тривалість та якість життя хворих з пухлинами воріт печінки.

40 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

45 Спосіб тимчасової та паліативної біліарної декомпресії при пухлинах воріт печінки, що передбачає під час виконання відкритої операції здійснення масивної декапсуляції вісцеральної та/або діафрагмальної поверхні правої та/або лівої долі печінки з наступним зовнішнім дренажуванням піддіафрагмальних та підпечінкового просторів черевної порожнини.

Комп'ютерна верстка М. Мацело

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