



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60065

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМАТОЗУ ПЕЧІНКИ

1

2

(21) 2003010483

(22) 20 01 2003

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Калита Микола Якович, Фуркало Сергій Миколайович, Кондратюк Вадим Анатолійович, Васильєв Олег Валентинович

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування гемангіоматозу печінки, що включає рентгеноендоваскулярну оклюзію печінкової артерії, який відрізняється тим, що на першому етапі виконують анатомічну резекцію печінки з найбільшим гемангіоматозним вузлом, а після вікарної гіпертрофії контрлатеральної частини печінки виконують емболізацію печінкової артерії

Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії, та може бути використаний для лікування хворих з множинними гемангіомами печінки при одночасному враженні правої та лівої долі печінки.

Відомі способи хірургічного лікування гемангіоматозу печінки включають резекцію печінки, склерозація або криодеструкція гемангіом, перев'язка або рентгеноендоваскулярна оклюзія печінкової артерії, трансплантація органу [1,2,3].

Недоліком вказаних способів є можливість розвитку післяопераційної печінкової недостатності, некрозу та абсцедування гемангіом, специфічні післятрансплантаційні ускладнення пов'язані з постійною імуносупресією.

Найближчим аналогом являється спосіб хірургічного лікування гемангіоматозу печінки, що включає рентгеноендоваскулярну оклюзію печінкової артерії [4].

Недоліком аналогу являється те, що при оклюзії гігантських за розмірами гемангіом можливе виникнення абсцесу у зоні сформованого тромбозу або некрозу, виникнення печінкової недостатності в результаті припинення артеріального печінкового кровоплину.

Задачею винаходу являється розробка такого способу хірургічного лікування гемангіоматозу печінки, який за рахунок виконання резекції печінки з найбільшою за розмірами гемангіомою на першому етапі забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування гемангіоматозу печінки, який включає рентгеноендоваскулярну оклю-

зію печінкової артерії, згідно з винаходом, на першому етапі виконують анатомічну резекцію печінки з найбільшим гемангіоматозним вузлом, а після вікарної гіпертрофії контрлатеральної частини печінки, виконують емболізацію печінкової артерії.

Виконання анатомічної резекції печінки на першому етапі дозволяє ліквідувати найбільший патологічний вузол, в якому найвірогідніше може розвинути некроз гемангіоми з послідовним абсцедуванням, що і забезпечує зменшення кількості післяопераційних ускладнень. Рентгеноендоваскулярна емболізація печінкової артерії виконується після резекційної гіпертрофії контрлатеральної долі печінки, що також знижує кількість ускладнень, зменшуючи ризик виникнення післяопераційної печінкової недостатності до мінімуму.

Спосіб виконують наступним чином:

На першому етапі виконують анатомічну резекцію тієї частини печінки, в якій розміщується найбільший за розмірами гемангіоматозний вузол. Згодом, через 3-4 місяці, на другому етапі оцінюють вікарну гіпертрофію залишеної частини печінки та здійснюють рентгеноендоваскулярну емболізацію печінкової артерії, яка живить печінкову паренхіму з гемангіомами.

Приклад. Хвора З., історія хвороби №2172, 1949р.н., госпіталізована в клініку 2001р., з діагнозом гемангіоматоз печінки. Тривалість захворювання приблизно 8 місяців. При загальноклінічному обстеженні, по ехографічним даним, виявлені множинні гемангіоми правої та лівої долі печінки з найбільшою за розмірами гемангіомою близько 15-16см, розташованої в лівій долі, яка охоплює II-IVc. По біохімічним показникам, ознаки

(13) A
(11) 60065
(19) UA

функціональної печінкової недостатності не спостерігалися. 4.07.01р. операція - лівостороння гемігепатектомія (II-IVc). Розрізом по Федорову лапаротомія. При ревізії - в лівій долі печінки виявлена гемангіома близько 15 см в діаметрі, в правій долі - множинні гемангіоми від 3,5 до 4,5 см в діаметрі. Відпрепаровані та перев'язані ліві судинно-жовчні структури. Виконана резекція печінки ультразвуковим аспіратором Aloka - SUS 201D. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Відмічалось незначне підвищення біохімічних показників аланінамінотрансферази (АЛАТ), аспартатамінотрансферази (АСАТ), які нормалізувались на 15 добу. Виписана через 17 днів після операції в задовільному стані.

Через 4 місяці, 20.11.01р. хвора госпіталізована в клініку для проведення другого етапу лікування. На момент огляду, скаржитись на періодичні болі в правій підреберній області. При ультразвуковому дослідженні в проекції воріт печінки спостерігається гемангіома до 8 см, в VII-VIIIc гемангіома 4,3 на 5,3 см, також спостерігаються дві гемангіоми 0,8 та 1,3 см в діаметрі. В біохімічних показниках спостерігалось незначне підвищення АЛАТ до 1,10 ммоль/л. 23.11.01р. операція - рентгенендоваскулярна оклюзія печінкової артерії трансфеморальним доступом. В післяопераційному періоді спостерігалось незначне підвищення температури до субфебрильних цифр на протязі 5 днів, яка нормалізувалась самостійно, без застосування проти-запальної терапії. На 5 добу спостерігалось, по

даним ультразвукового дослідження, зменшення розміру гемангіом на 2,0-2,5 см. Виписана на 11 день у задовільному стані. Оглянута через 3, 6, 9, 12 місяці - скарг не відмічає, практично здорова.

По запропонованому способу проліковано 2 хворих з гемангіоматозом печінки. Ускладнень не було. В той же час, із 2 хворих, пролікованих по способу - найближчому аналогу у 1 хворого виник некроз гемангіоми.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації

1. С.В. Алимпов «Современные тенденции хирургической тактики при гемангиомах печени» Анналы хирургической гепатологии, 1999, том 4 №1, с 97-103.

2. Г.Г. Зеленев, И.Д. Скуба, В.А. Вишневский и др. «Морфологические изменения в гемангиомах печени и в ткани органов после эндоваскулярной окклюзии ветвей печеночной артерии по результатам исследования операционного материала» Архив патологии - 1989 - №12 с 23-28.

3. А.Е. Борисов, В.П. Земляной, С.Л. Непомнящий и др. «Гемангиомы и кисты печени» Санкт-Петербург, 2000 - 144с.

4. А.М. Гранов, П.Г. Таразов, В.Н. Полисалов «Атериальная эмболизация в лечении кавернозных гемангиом печени» Хирургия - 1999 - №4 с 13-17 - найближчий аналог.