



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **116690** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)
A61L 17/00
A61B 1/313 (2006.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2017 00150	(72) Винахідник(и): Скумс Анатолій Васильович (UA), Гулько Олег Миколайович (UA), Кондратюк Вадим Анатолійович (UA), Симонов Олег Михайлович (UA), Скумс Анатолій Анатолійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 04.01.2017	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.05.2017	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.05.2017, Бюл.№ 10	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАОЧЕРЕВИННОЇ ПУХЛИНИ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування заочеревинної пухлини включає оклюзію артеріальних гілок, що кровопостачають пухлину, та подальше видалення пухлини. Оклюзію артеріальних гілок, що кровопостачають пухлину, виконують у передопераційному періоді, шляхом ендоваскулярної селективної емболізації металічними спіралями.

UA 116690 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні пацієнтів з великою заочеревинною пухлиною.

Відомий спосіб хірургічного лікування заочеревинної пухлини, який включає оклюзію артеріальних гілок, що кровопостачають пухлину, та подальше видалення пухлини. При цьому послідовно мобілізують найбільш вільні ділянки пухлини від взаємозв'язку з іншими органами та структурами. Після того, як пухлина стає мобільною, виділяють важкодоступні ділянки, що знаходяться у тісному контакті з оточуючими анатомічними структурами і на завершуючому етапі перев'язують та пересікають судини, що кровопостачають пухлину [Клименков А.А., Губина Г.И. Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургической тактики // Практическая онкология.-2004. - Т. 5. - № 4. - С. 285-290].

Недоліками цього способу при значних розмірах пухлини є можливість виникнення масивної та зверхмасивної кровотечі під час мобілізації пухлини, складність її зупинки через великі розміри та обмежену рухомість пухлини; недотримання принципів абластики, так як судини перев'язують і пересікають після мобілізації пухлини.

В основу корисної моделі поставлена задача розробки способу хірургічного лікування заочеревинної пухлини, який за рахунок передопераційної ендovasкулярної селективної емболізації металічними спіралями судин, що кровопостачають пухлину, дозволяє зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати та зменшити ризик гематогенної дисемінації пухлинних клітин.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування заочеревинної пухлини, який включає оклюзію артеріальних гілок, що кровопостачають пухлину, та подальше видалення пухлини, згідно з корисною моделлю, оклюзію артеріальних гілок, що кровопостачають пухлину, виконують у передопераційному періоді шляхом ендovasкулярної селективної емболізації металічними спіралями.

Передопераційна ендovasкулярна селективна емболізація металічними спіралями судин, що кровопостачають пухлину, дозволяє зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати та зменшити ризик гематогенної дисемінації пухлинних клітин.

Спосіб виконують наступним чином. За одну добу до оперативного втручання, пацієнту доступом через стегнову або плечову артерію по Сельдінгеру катетеризують черевний відділ аорти. За допомогою артеріографії визначають основні гілки артерій, що кровопостачають пухлину. Наступним етапом через мікрокатетер виконують селективну емболізацію вищезгаданих артеріальних гілок металічними спіралями. Наприкінці, виконують фінальну артеріографію для оцінки ефективності втручання. Катетер видаляють. Накладають тугу давлячу пов'язку на місце встановлення катетера. На наступний день через лапаротомний доступ пухлину мобілізують з оточуючих анатомічних структур, виділяють та пересікають емболізовані судини, видаляють пухлину. Пошарово ушивають рану. Накладають асептичну пов'язку.

Приклад. Пацієнтку В., 1981 р.н., 18.01.2016 р. госпіталізували в НІХТ зі скаргами на наявність великого, щільного новоутворення у правій здухвинній ділянці, що вип'ячувалось через передню черевну стінку. Вважала себе хворою з січня 2007 року. Пацієнтку обстежили відповідно алгоритму.

За даними спіральної комп'ютерної томографії у правій здухвинній ділянці визначалось новоутворення 18×12 см, що розташовувалось на правій здухвинній та крижовій кістці, розповсюджувалось до стегового каналу, відтісняючи допереду поперекові м'язи та здухвинні судини. Пухлина мала обширну мережу патологічно змінених судин. Висновок: заочеревинна неорганна пухлина.

При виконанні тривимірної судинної реконструкції виявили інтенсивне кровопостачання пухлини та встановили джерело - гілки правої внутрішньої здухвинної артерії. В плані передопераційної підготовки вирішили виконати ендovasкулярну селективну емболізацію металічними спіралями судин, що кровопостачали пухлину. Доступом через ліву стегнову артерію виконали катетеризацію правої загальної здухвинної артерії. При ангіографії підтвердили інтенсивне кровопостачання пухлини гілками правої внутрішньої здухвинної артерії. Почергово виконали селективну катетеризацію та емболізацію артеріальних гілок металічними спіралями, що кровопостачали пухлину. При контрольній ангіографії уже на момент завершення процедури відмітили значне збіднення судинного малюнку пухлини. 26.01.2016 р. Операція - видалення заочеревинної пухлини. При ревізії заочеревинного простору справа виявили нерухому пухлину розмірами 18×12 см, інтимно зв'язану з окістям здухвинної кістки, що розповсюджувалась до стегового каналу. Поперекові м'язи, зовнішні здухвинні судини, сечовід та сідничний нерв були зміщені допереду та вліво. Пухлину поетапно

виділили з оточуючих тканин, оклюзовані артеріальні гілки легко пальпаторно визначили та пересікли. Об'єм крововтрати склав 160 мл. Видалений препарат - десмоїдна фіброма.

В результаті виконання передопераційної ендovasкулярної селективної емболізації артеріальних гілок, що кровопостачають пухлину, вдалося зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати до 160 мл.

Післяопераційний період - без ускладнень. Виписана із стаціонару у задовільному стані на 8 добу після операції. Контрольне обстеження через 6 місяців показало відсутність ознак рецидиву захворювання, пацієнтка в задовільному стані.

По запропонованому способу прооперовано 11 хворих. У кожного пацієнта вдалося зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати до 100-500 мл та зменшити ризик гематогенної дисемінації пухлинних клітин.

В той же час серед 10 пацієнтів, прооперованих за способом-аналогом, спостерігався більший об'єм інтраопераційної крововтрати до 1500 мл та був збільшений ризик гематогенної дисемінації пухлинних клітин, через те, що перев'язка судин відбувалась після мобілізації пухлини.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати та зменшити ризик гематогенної дисемінації пухлинних клітин.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування заочеревинної пухлини, що включає оклюзію артеріальних гілок, що кровопостачають пухлину, та подальше видалення пухлини, який **відрізняється** тим, що оклюзію артеріальних гілок, що кровопостачають пухлину, виконують у передопераційному періоді, шляхом ендovasкулярної селективної емболізації металічними спіралями.

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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