



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **101701** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

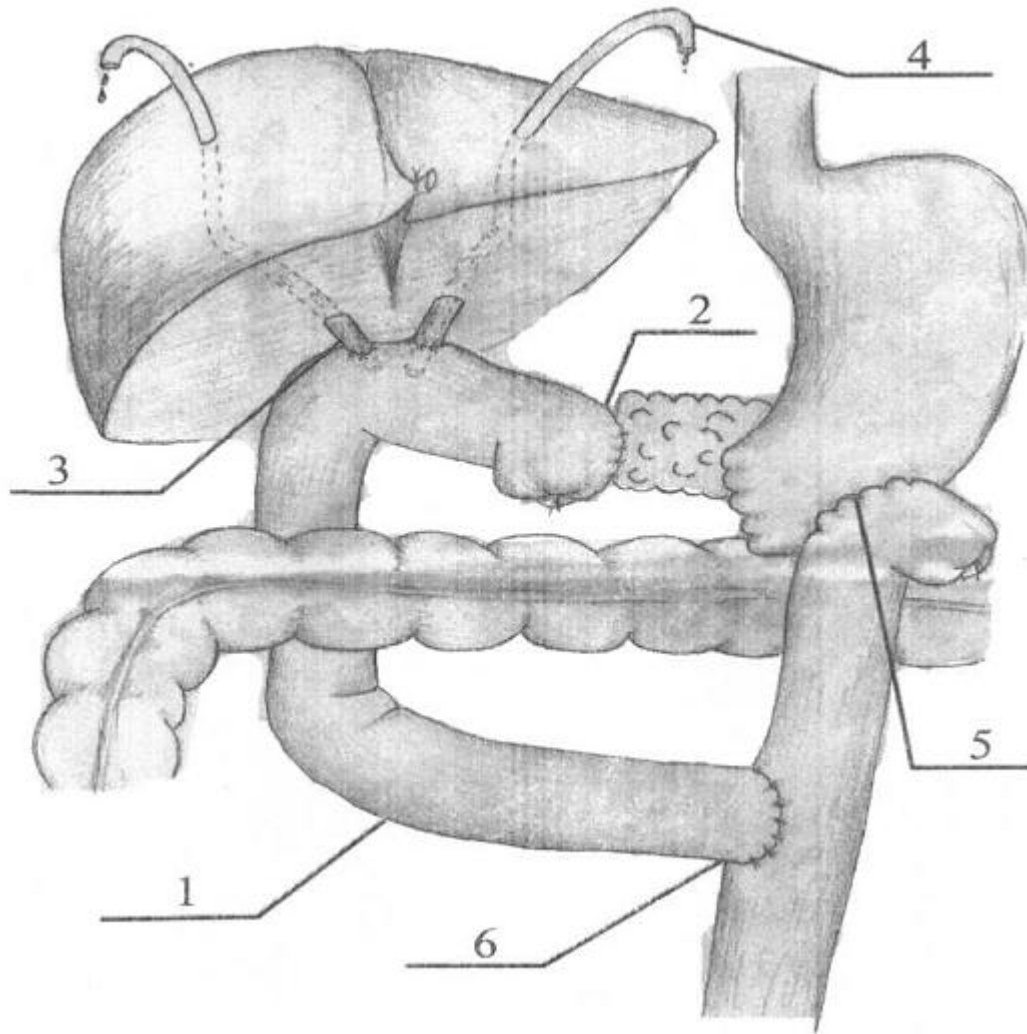
(21) Номер заявки: u 2015 03183	(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Мушенко Євгеній Володимирович (UA), Смачило Ростислав Михайлович (UA), Пісецька Маргарита Едуардівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 06.04.2015	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.09.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.09.2015, Бюл.№ 18	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ ІМ. В.Т. ЗАЙЦЕВА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-103, 61103 (UA)

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРИХІЛЯРНОЇ ХОЛАНГІОКАРЦИНОМИ

(57) Реферат:

Спосіб лікування перихілярної холангіокарциноми включає резекцію гепатикохоледоху з пухлиною і формування бігепатикоєюноанастомозу. Резекцію гепатикохоледоху виконують на рівні конфлюенсу дольових печінкових проток, додатково виконують панкреатодуоденальну резекцію за Ру та каркасне дренивання зони бігепатикоєюноанастомозу.

UA 101701 U



Корисна модель належить до медицини, зокрема хірургії, і може бути використана при лікуванні розповсюджених форм раку позапечінкових жовчних проток.

Холангіоцелюлярний рак - відносно рідке захворювання, яке зустрічається з частотою менше 2 % від всіх злоякісних новоутворень. Частота виявлення холангіокарциноми складає 1-2 випадки на 100000 населення. В країнах Південно-Східної Азії вона значно вище, що пов'язано з хронічною ендемічною паразитарною інфекцією печінки. В Японії та Ізраїлі частота виникнення холангіокарцином складає 5,5 та 7,3 на 100000 населення на рік. За останні 30 років спостерігається значне зростання частоти виникнення холангіоцелюлярного раку у пацієнтів старіше 45 років, що пояснюється як справжнім збільшенням захворюваності, так і покращенням діагностики. Більша частина пацієнтів надходить в лікувальні заклади з запущеними формами захворювання, які не підлягають радикальному хірургічному лікуванню (Майстренко Н.А., Шейко С.Б., Алентьев А.В., Азимов Ф.Х. Холангиоцеллюлярный рак (особенности диагностики и лечения //Практическая онкология. - 2008. - Т. 9, № 4 - С. 229-236). Середні терміни виживання при внутрішньопечінкових холангіокарциномах складають 18-30 місяців, при ворітних - 12-24 місяці. Більшість хворих помирає впродовж року після встановлення діагнозу (Slattery J.M., Sahani D.V. What is the current state_of_the_art imaging for detection and staging of cholangiocarcinoma? //The Oncologist. - 2006. - Vol. 11. № 8. - P. 913-922).

Холангіоцелюлярний рак по локалізації підрозділяють на внутрішньо- та позапечінковий. Позапечінкові ураження розділяють на ворітні, які розташовані в області конfluence (пухлина Клатцкіна, що описана в 1965 році) та дистальні позапечінкові пухлини, що розташовані між біфуркацією і верхньою границею підшлункової залози. Частота ураження правої чи лівої печінкових проток складає 10 %, області біфуркації - 20 %, проксимальної частини загальної жовчної протоки - 30 %, дистальних відділів загальної жовчної протоки - 20-25 %. В 5 % випадків спостерігається мультифокальний ріст пухлини (Khan S.A., Thomas H.C., Davidson B.R., Taylor_Robinson S.D. Cholangiocarcinoma. - Lancet. - 2005. - Vol. 366, № 9493. - P. 1303-1305). Розповсюдження пухлини на дистальні відділи холедоху потребує виконання панкреатодуоденальної резекції.

Відомий спосіб гастропанкреатодуоденальної резекції за Whipple (див. Pierre-Allain Clavier, Michael G. Sarr, Yuman Fong et al. Atlas of Upper Gastrointestinal and Hepato-Pancreato-Biliary Surgery. - Berlin: Springer-erlag. - 2007. - P. 765-778), який включає мобілізацію гастропанкреатодуоденального комплексу і його видалення, а також послідовне формування панкреатоеюно-, білідигестивного і гастроентеро- анастомозів.

Спосіб дозволяє розташувати анастомози, що формуються, у порядку, який в більшості випадків попереджує рефлюкс шлункового вмісту у білідигестивний та панкреатоеюноанастомози. Але високе формування бігепатикоеюноанастомозу в воротах печінки підвищує ризик рефлюксу жовчі в протоку кукси підшлункової залози, що може призвести до розвитку некрозу кукси підшлункової залози і неспроможності панкреатоеюноанастомозу.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб розширеної резекції жовчних проток при ураженні як їх дистальних, так і проксимальних відділів, описаний Neuhaus P. та співавт. (див. Neuhaus P. Extended bile duct resection-a new oncologic approach to the treatment of central bile duct carcinomas? /P. Neuhaus, G. Blumhardt //Langenbecks Arch. Chir. - 1994. - Vol. 379. - P. 123-128). Він включає резекцію гепатикохоледоху з пухлиною і формування бігепатикоеюноанастомозу, виконання панкреатодуоденальної резекції за Whipple, виконання гемігепатектомії з каудальною лобектомією або гепатектомією з наступною трансплантацією печінки.

Описаний спосіб дозволяє виконати радикальне оперативне втручання у хворих з розповсюдженою перихілярною холангіокарциномою, але у разі відсутності розповсюдження пухлини на дольові протоки і ворітні судинні структури не потребує виконання резекції печінки або гепатектомії з наступною трансплантацією печінки. Крім цього формування безкаркасного білідигестивного анастомозу може сприяти у віддаленому післяопераційному періоді формуванню його стриктури.

В основу корисної моделі поставлена задача запобігання розвитку стриктури бігепатикоеюноанастомозу при радикальному хірургічному лікуванні дистальної холангіокарциноми.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування перихілярної холангіокарциноми, який включає резекцію гепатикохоледоху з пухлиною і формування бігепатикоеюноанастомозу, згідно з корисною моделлю, резекцію гепатикохоледоху виконують на рівні конfluence дольових печінкових проток, додатково виконують панкреатодуоденальну резекцію за Ру та каркасне дренивання зони бігепатикоеюноанастомозу.

Послідовність та характер дій дозволяють виконати радикальне хірургічне втручання (з R0 краєм резекції) у хворих з перихілярною холангіокарциномою дистальної локалізації, а також зменшити ризик розвитку рубцевої стриктури бігепатикоанастомозу у віддаленому післяопераційному періоді за рахунок каркасного дренивання анастомотичної камери і прецизійної техніки формування бігепатикоєюноанастомозу, тобто за рахунок зіставлення слизових оболонок жовчних проток та кишки, декомпресії анастомотичної камери та попередження розростання фіброзної тканини у зоні білідигестивного анастомозу.

Заявнику невідомі приклади сумісного виконання панкреатодуоденальної резекції та резекції гепатикохоледоха до рівня конфлюенсу дольових печінкових проток при розповсюджених пухлинах перихілярної зони.

Виконання способу ілюструється кресленням, на якому зображено операційне поле на момент завершення оперативного втручання. На кресленні прийняті наступні позначення. Петля 1, що виділена за Ру, панкреатикоєюноанастомоз 2 і бігепатикоєюноанастомоз 3 на крізьпечінкових дренажах 4, гастроєюноанастомоз 5 та міжкишкове співвуста 6.

Спосіб реалізується наступним чином. Для лікування перихілярної холангіокарциноми з дистальним розповсюдженням виконують мобілізацію гепатикохоледоха до рівня конфлюенсу і дольових печінкових проток, а також панкреатодуоденального комплексу. Здійснюють резекцію гепатикохоледоха з пухлиною на рівні дольових печінкових проток в єдиному блоці з панкреатодуоденальним комплексом, жовчним міхуром і лімфовузлами гепатодуоденальної зв'язки. В наступному на петлі 1, що виділена за Ру, послідовно формують панкреатикоєюноанастомоз 2 і бігепатикоєюноанастомоз 3 на крізьпечінкових дренажах 4. Після цього на відповідній петлі формують гастроентероанастомоз 5 і міжкишкове співвуста 6. Операцію закінчують дрениванням черевної порожнини.

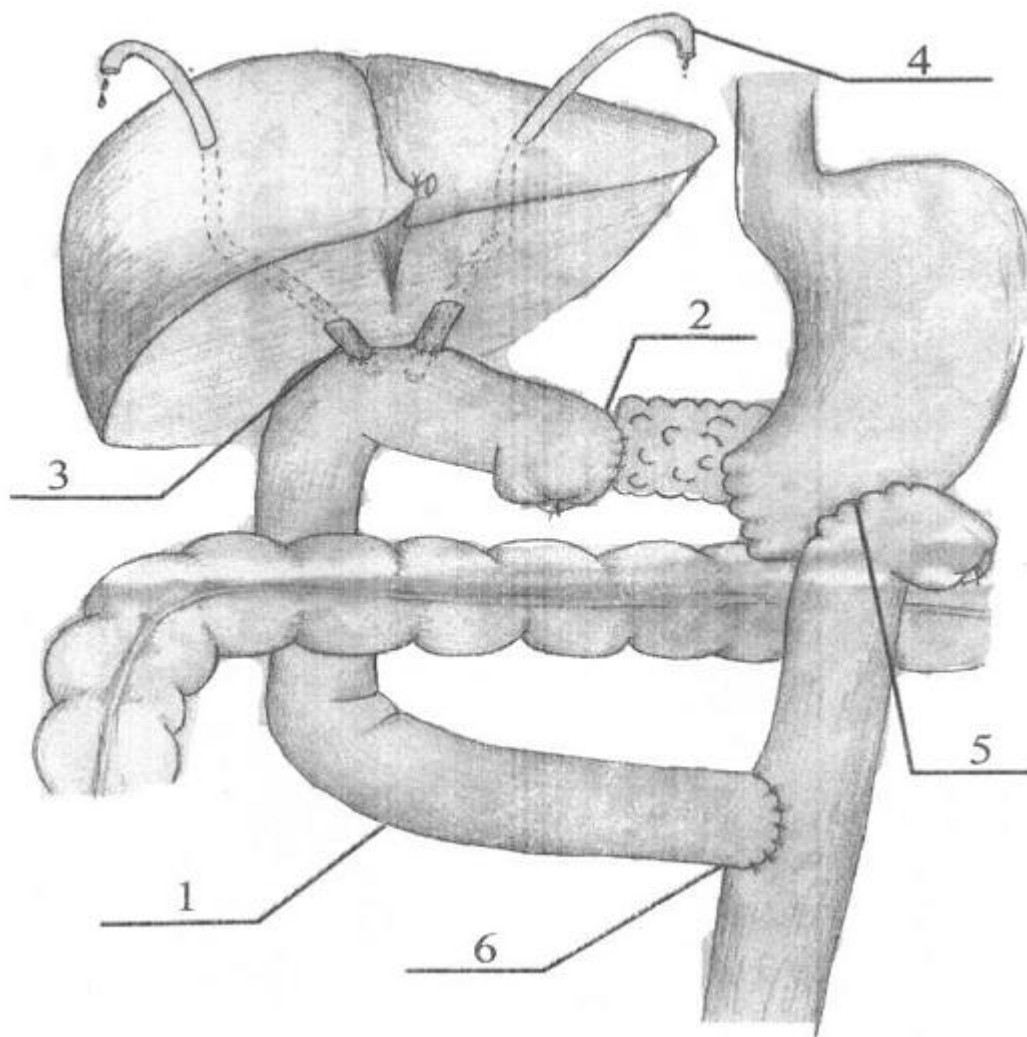
Детальний опис способу ілюструється клінічним прикладом.

Хворий О., 56 років, історія хвороби № 6236, надійшов до клініки 26.11.2014 з діагнозом "Перихілярна карцинома T_{2b}N₁M₀, тип II по Bismuth, хронічна механічна жовтяниця". При обстеженні за даними КТ, МР-холангіографії виявлено розповсюдження пухлини на інтрапанкреатичний відділ холедоха в дистальному напрямку і до рівня конфлюенсу дольових печінкових проток в проксимальному. З урахуванням вираженої гіпербілірубінемії, ознак хронічної печінкової недостатності першим етапом хворому в ургентному порядку виконане крізьшкірне крізьпечінкове зовні-внутрішнє холангіодренування. Після проведеної передопераційної підготовки, регресу механічної жовтяниці хворий був оперований в плановому порядку 8.12.2014. При ревізії: печінка збільшена в розмірах, пухка, бурого кольору. Жовчний міхур спався. В області гепатикохоледоха, поширюючись від рівня конфлюенсу дольових печінкових проток в проксимальному напрямку, захоплюючи інтрапанкреатичний відділ холедоха, спостерігається щільна, горбиста пухлина, без ознак інвазії в порталні судинні структури печінки. Головка підшлункової залози ущільнена. Визначається не менше двох щільних лімфовузлів по ходу гепатодуоденальної зв'язки. Віддалених метастазів немає. Здійснена резекція гепатикохоледоха в єдиному блоці з панкреатодуоденальним комплексом, жовчним міхуром і лімфовузлами гепатодуоденальної зв'язки. Реконструктивний етап втручання виконаний згідно з пропонуваним способом. Післяопераційний період на фоні терапії протікав в цілому без особливостей. Дренажі з черевної порожнини видалені на 7-му післяопераційну добу, шви зняті на 10 післяопераційну добу. Хворий виписаний в задовільному стані на 16 післяопераційну добу під нагляд онколога за місцем проживання. Оглянутий через 3 тижня, скарг не пред'являє. Ознак печінкової недостатності немає. По транспечінковим дренажам відходить до 150-200 мл жовчі за добу. УЗД органів черевної порожнини - без особливостей.

Таким чином, виконання способу за корисною моделлю дозволяє запобігти розвитку стриктури бігепатикоєюноанастомозу при радикальному хірургічному лікуванні перихілярної холангіокарциноми з дистальним розповсюдженням і при цьому зменшити й імовірність розвитку неспроможності панкреатикоєюноанастомозу.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування перихілярної холангіокарциноми, який включає резекцію гепатикохоледоха з пухлиною і формування бігепатикоєюноанастомозу, який **відрізняється** тим, що резекцію гепатикохоледоха виконують на рівні конфлюенсу дольових печінкових проток, додатково виконують панкреатодуоденальну резекцію за Ру та каркасне дренивання зони бігепатикоєюноанастомозу.



Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

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