

Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії, та може бути використаний для лікування хворих з множинними гемангіомами печінки.

Відомі способи хірургічного лікування гемангіом печінки включають: резекцію печінки, склерозацію або криодеструкцію гемангіом, перев'язку або рентгеноендоваскулярну оклюзію печінкової артерії, трансплантацію органу [1, 2, 3].

Недоліком вказаних способів є високий ризик виникнення післяпункційної кровотечі (до 60%), специфічні ускладнення після резекцій печінки, в першу чергу - жовчні нориці, кровотеча, можливість розвитку післяопераційної печінкової недостатності, післятрансплантаційні ускладнення, некрозу та абсцедування гемангіом після рентгеноендоваскулярних оклюзій або перев'язки печінкової артерії та її гілок.

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

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

Задачею винаходу являється розробка такого способу хірургічного лікування гемангіом печінки, який за рахунок виконання додатково склерозації судинних каверн забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування гемангіом печінки, який включає рентгеноендоваскулярну оклюзію печінкової артерії, згідно з винаходом, після редукції кровообігу в гемангіомі, проводять пункційну склерозацію судинних каверн під контролем ультразвукового дослідження.

Проведення пункційної склерозації судинних каверн під контролем УЗД після редукції кровообігу в гемангіомі зменшує кількість післяопераційних ускладнень у вигляді післяпункційної кровотечі та специфічних післяемболізаційних ускладнень - некрозу та абсцедування судинного новоутворення, так як значно зменшується розмір залишкових порожнин судинних каверн гемангіоматозного вузлу.

Спосіб виконують наступним чином.

На першому етапі виконують рентгеноендоваскулярну оклюзію печінкової артерії або її гілок в залежності від розміщення гемангіом. Через 4-5 діб, після зменшення або зникнення специфічних симптомів (підвищення температури тіла, болі в області печінки), характерних для так званого післяемболізаційного синдрому, проводять ультразвукове доплерографічне дослідження печінки для підтвердження редукції кровообігу в гемангіоматозному вузлі та виконують пункційну склерозацію гемангіоми етиловим спиртом 80°-96° під контролем УЗД.

Приклад. Хвора П. 1949р.н., історія хвороби №2724, госпіталізована в клініку 2002р., з діагнозом гемангіома печінки. Тривалість захворювання приблизно 4 роки. При загальноклінічному обстеженні, по ехографічним даним та доплерофлюометрії виявлена гемангіома правої долі печінки розмірами 12,5х9,2см, яка розташована в VII сегменті. По біохімічним показникам, ознаки функціональної печінкової недостатності не спостерігалися. При ультразвуковому дослідженні судин печінки спостерігався як артеріальний так і венозний кровообіг в проекції гемангіоми. 19.06.02р. операція - рентгеноендоваскулярна оклюзія особистої печінкової артерії. На ангиограмі - в проекції правої долі печінки спостерігаються множинні кавернозні порожнини гемангіоми, які заповнюються в венозну фазу. Артерії печінки, v. portae без патологічних змін. В особисту печінкову артерію введено 60 емболів із пенополіуретану розмірами 2х2мм та 2 спіралі типу Гіантурко. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Відмічалось незначне підвищення температури тіла до субфебрильних цифр та біохімічних показників аланінамінотрансферази (АЛАТ), аспартатамінотрансферази (АСАТ), які нормалізувались на 9 добу. В післяопераційному періоді проведена ультразвукова доплерофлюометрія печінки під час якої зареєстроване різке зниження васкуляризації гемангіоми, тобто редукція кровообігу. Через 7 днів після першої операції, 26.11.02., другим етапом, виконана пункційна склерозація гемангіоми. Під контролем УЗД в мікроберному проміжку пункція гетерогенного новоутворення та інфільтрація спирту 96° в кількості 50мл. Ускладнень в післяопераційному періоді не спостерігалось. Виписана через 12 днів після початку лікування в задовільному стані.

Оглянута через 3, 6 місяці - скарг не відмічає, практично здорова. По запропонованому способу проліковано 3 хворих з гемангіомою печінки. Ускладнень не було. В той же час, із 3 хворих, пролікованих по способу - найближчому аналогу у 1 хворого виникла кровотеча із гемангіоми, в 1 випадку - некроз гемангіоми.

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

Джерела інформації:

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

2. Алимпов С.В. Современные тенденции хирургической тактики при гемангиомах печени Анналы хирург, гепатологии - 1999 Том 4 №1, С.97-103

3. Северцев А.Н., Брехов Е.И., Пастернак Н.М., Корнев А.В. Первый опыт склеротерапии небольших опухолевых поражений печени /Материалы IV конференции хирургов-гепатологов - 1996 Тула/ Анналы хирург. гепатологии - 1996 Том 1 приложение С.252-253.

4. А.М. Гранов, П.Г. Таразов, В.Н. Полысалов "Атерияльная эмболизация в лечении кавернозных гемангиом печени" Хирургия - 1999 - №4 С.13-17 - найближчий аналог.