



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15617 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 1/00
A61M 25/01

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ПРОЦЕС ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ ВОРІТНОЇ ВЕНИ

1

(21) u200512464

(22) 23.12.2005

(24) 17.07.2006

(46) 17.07.2006, Бюл. № 7, 2006 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Сушков Сергій Валентинович, Авдосєв Юрій Володимирович, Криворотько Ігор Вадимович, Лазирський Вячеслав Олексійвич

(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) 1. Процес лікування тромбозу ворітної вени, що включає черезшкірне та черезпечінкове пунктування і катетеризацію ворітної вени по Лундерквісту, а також внутрішньопортальну інфузійну те-

2

рапію, який **відрізняється** тим, що додатково по пункційній голці у отвір ворітної вени вводять провідник, за допомогою цього провідника здійснюють механічну реканалізацію тромбованої ділянки, по провіднику вводять катетер, відновлюють прохідність ворітної вени і проводять внутрішньопортальну антикоагулянтну терапію.

2. Процес лікування тромбозу ворітної вени за п. 1, який **відрізняється** тим, що відновлення прохідності ворітної вени здійснюють тромбектомією.

3. Процес лікування тромбозу ворітної вени за п. 1, який **відрізняється** тим, що відновлення прохідності ворітної вени здійснюють дилатацією та стентуванням зони тромбозу.

Корисна модель стосується судинної хірургії і може бути використана для лікування порушень прохідності ворітної вени, які обумовлені тромбозом.

Відомий процес лікування тромбозу клубової вени, що його описано у статті С. А. Капранова та співавторів [див. С. А. Капранов, С. Г. Гаврилов, М. А. Черкашин "Первый опыт эндоваскулярного стентирования подвздошных вен при посттромбофлебитической болезни". - Ангиология и сосудистая хирургия. - Т.9. - №1.-2003.- С.29]. Згідно з ним кризь стегову артерію пунктують та катетеризують клубову вену. По пункційній голці у отвір останньої вводять провідник і здійснюють за його допомогою механічну реканалізацію тромбованої ділянки. Потім по провіднику вводять катетер, відновлюють прохідність вени та проводять антикоагулянтну терапію. При цьому реканалізацію тромбованої (оклюзованої) ділянки здійснюють дилатацією зони тромбозу з наступним стентуванням.

Описаний спосіб дозволяє здійснити механічне відновлення прохідності оклюзованої ділянки судини у венозному басейні, а саме виключити причину оклюзії вени при посттромбофлебитичному синдромі. Причиною тромбозу вен у цьому випадку є її деформація зовні (так званою "анатомічною шпорою" в гирлі клубової вени), або хронічний

запальний процес. При цьому немає небезпеки виникнення кровотечі. У випадку ж тромбозу ворітної вени ризик кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку високий (досягає 100%). До того ж, тромбоз ворітної вени часто виникає при відсутності патологічних змін у ворітній вені. Тому до недоліків описаного способу належить неможливість його застосування для лікування гострого тромбозу ворітної вени, де при його використанні не видаляється тромб, який оклюзує отвір судини, і зостається ризик виникнення кровотечі.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті є процес лікування патології печінки, описаний А. М. Грановим та співавт. [див. А. М. Гранов, А. Е. Борисов "Эндоваскулярная хирургия печени".- Л.- Медицина.- 1986.- С. 20]. Він включає кризьшкірне та кризьпечінкове пунктування і катетеризацію ворітної вени по Лундерквісту, а також внутрішньопортальну інфузійну терапію.

Але зазначений спосіб не дозволяє лікувати тромбоз ворітної вени і, зокрема, він зовсім непридатний в умовах кровотечі, яка виникає із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку, оскільки для реканалізації ворітної вени необхідний тривалий час. Внутрішньопортальна інфузійна терапія призводить тільки до підвищення тиску у ворітній вені.

(19) UA (11) 15617 (13) U

В основу корисної моделі покладено завдання створення процесу лікування тромбозу ворітної вени в умовах кровотечі із варикозне розширених вен стравоходу та шлунку.

Поставлене завдання вирішується тим, що в процесі лікування тромбозу ворітної вени, який включає кризьшкірне та кризьпечінкове пунктування і катетеризацію ворітної вени по Лундерквісту, а також внутрішньопортальну інфузійну терапію, згідно з корисною моделлю додатково по пункційній голці у отвір ворітної вени вводять провідник. За допомогою цього провідника здійснюють механічну реканалізацію тромбованої ділянки, по провіднику вводять катетер, відновлюють прохідність ворітної вени і проводять внутрішньопортальну антикоагулянтну терапію.

Доцільно відновлення прохідності ворітної вени здійснювати тромбектомією.

Можливо також відновлення прохідності ворітної вени здійснювати дилатацією та стентуванням зони тромбозу.

Уведення провідника до отвору ворітної вени по пункційній голці та наступна механічна реканалізація за його допомогою тромбованої ділянки дозволяє відновити гепатопетальний кровоток по ворітній вені і тим самим створити умови для зупинки кровотечі із флєбектазій стравоходу та шлунку. Проведення в наступному внутрішньопортальної антикоагулянтної терапії дозволяє попередити повторний тромбоз ворітної вени і рецидив кровотечі. Комплексний вплив реканалізації та внутрішньопортальної антикоагулянтної терапії приводить до синергічного ефекту, який полягає не тільки в зупинці профузної кровотечі і видаленні її безпосередньої причини (тромбозу), але і в зниженні ризику її наступного рецидиву.

Заявнику невідомі приклади лікування тромбозу ворітної вени з використанням механічної реканалізації зони тромбозу і наступної внутрішньопортальної антикоагулянтної терапії, які дозволяють досягти стійкого гемостазу при профузних кровотечах із варикозне розширених вен стравоходу і шлунку.

Докладний опис способу суміщений з прикладом його конкретного виконання. Спосіб складається з наступного. При надходженні хворого з профузною кровотечею з варикозне розширених вен стравоходу та підозрою на тромбоз ворітної вени попередньо ангіографічно підтверджують наявність тромбозу ворітної вени. Потім здійснюють кризьшкірне та кризьпечінкове пунктування і катетеризацію ворітної вени по Лундерквісту. По пункційній голці у отвір ворітної вени вводять провідник. За допомогою цього провідника здійснюють механічну реканалізацію тромбованої ділянки. Потім по провіднику у отвір ворітної вени вводять інтродьюсер. Кризь нього за зону тромбозу ворітної вени вводять двохпросвітний балонний катетер. Останній роздувають і за допомогою механічної тракції відновлюють прохідність ворітної вени (виконують непряму емболектومیю). У випадку неможливості виконання тромбектомії проводять балонну дилатацію і стентування зони тромбозу. Потім по провіднику до зони тромбозу ворітної вени підводять катетер, по якому у наступному проводять внутрішньопортальну антикоагулянтну терапію.

Таким чином запропонований процес дозволяє здійснювати лікування тромбозу ворітної вени в умовах кровотечі із варикозне розширених вен стравоходу та шлунку.