



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 44182

(13) A

(51) 6 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ РЕНТГЕНОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОГО ГІПЕРСПЛЕНІЗМУ

1

(21) 2001064299

(22) 20 06 2001

(24) 15 01 2002

(46) 15 01 2002, Бюл. № 1, 2002 р.

(72) Нікішин Леонід Федорович, Калита Микола
Якович, Кондратюк Вадим Анатолійович

2

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АМН УКРАЇНИ(57) Спосіб рентгенохірургічного лікування
вторинного гіперспленізму, що містить хронічну
стовбурово-паренхіматозну емболізацію
селезінкової артерії, який відрізняється тим, що
додатково емболізують гілки лівої шлункової
артерії

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії та може бути використаний для лікування вторинного гіперспленізму.

Відомі рентгенохірургічні способи лікування вторинного гіперспленізму, що ґрунтуються на емболізації селезінкової артерії [1].

Недоліком цих способів є досить часте виникнення рецидивів гіперспленізму внаслідок розвинення колатерального кровотоку через гілки лівої шлункової артерії.

Найближчим аналогом є спосіб рентгенохірургічного лікування вторинного гіперспленізму, що містить хронічну паренхіматозно-стовбурову емболізацію селезінкової артерії [2].

Недоліком аналогу є досить часте виникнення рецидивів гіперспленізму, що зумовлене розвиненням селезінкових колатералей з басейну лівої шлункової артерії.

Завданням винаходу є розробка такого способу лікування, який за рахунок додаткової емболізації гілок шлункової артерії забезпечував би зниження кількості рецидивів гіперспленізму.

Поставлене завдання вирішується таким чином, що в спосіб лікування вторинного гіперспленізму, що містить хронічну паренхіматозно-стовбурову емболізацію селезінкової артерії, згідно з винаходом, додатково емболізують гілки лівої шлункової артерії.

Додаткова емболізація гілок шлункової артерії зменшує вірогідність розвинення колатерального перетоку крові з басейну лівої шлункової артерії в басейн селезінкової артерії, що сприяє зменшенню кількості рецидивів.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Внутрішньоартеріальним доступом по Сельдінґеру катетеризують селезінкову артерію, у її отвір вводять частки пенополіуретану та конусну металічну спіраль. Після цього виконують катетеризацію лівої шлункової артерії. У її отвір вводять 30 - 70 часток пенополіуретану діаметром 2 мм - до виникнення рефлюксу контрасту у черевний стовбур при його ручному введенні. Катетер видаляють, накладають асепічну давлячу пов'язку.

Приклад

Хвора Л., 51 років, поступила в клініку 15.05.2000 р. (і/х № 2036) із скаргами на стравохідні кровотечі, збільшення селезінки. За даними комплексного дослідження (лабораторні дані, УЗД, УЗДГ, ангіографія) діагностовано синдром портальної гіпертензії в стадії декомпенсації, варикоз вен стравоходу III ст., вторинний гіперспленізм. 18.05.2000 проведено хронічну паренхіматозно-стовбурову емболізацію селезінкової артерії - в її отвір введено 10 пенополіуретанових емболів діаметром 3 мм та встановлена конічна спіраль 20 витків. Після цього катетеризована ліва шлункова артерія. В її отвір введено 60 пенополіуретанових емболів (до виникнення рефлюксу контрасту в черевний стовбур). Післяопераційний період перебігав без ускладнень, хвора виписана у задовільному стані. Огляд через 12 міс - лабораторні дані в межах норми, рецидивів гіперспленізму не було.

Згідно із запропонованим способом проліковано 11 хворих, ускладнень не було, рецидивів гіперспленізму протягом наступних 2 років не спостерігали.

311 хворих, лікованих за аналогом, у 3 випадках спостерігали рецидив гіперспленізму,

(13) A
44182
(11) UA
(19)

що потребував рентгенхірургічного або
хірургічного лікування

Таким чином, порівняння з аналогом показує,
що використання запропонованого способу
дозволяє знизити кількість рецидивів вторинного
гіперспленізму у хворих з синдромом портальної
гіпертензії

Джерела інформації

1 Бердіяня С Я, Гусейнов Э К

Транскатетерная емболизация селезеночной
артерии как 1 этап в комплексном хирургическом
лечении спленомегалий - В кн Эндоваскулярная
терапия, М 1979 -С 50-51

2 Калита Н Я, Буланов К И, Никитин Л Ф,
Бурый А Н Миниинвазивные вмешательства у
больных с циррозом печени в стадии
декомпенсации - Методические рекомендации,
Киев, 1998 - 24с - ближайший аналог