



УКРАЇНА

(19) UA (11) 17714 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/12

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ПРОЦЕС ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОПЕЧІНКОВОЇ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ЩО УСКЛАДНЕНА ПРОФУЗНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ З ВЕН СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА

1

2

(21) u200603304

(22) 27.03.2006

(24) 16.10.2006

(46) 16.10.2006, Бюл. № 10, 2006 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Авдосьєв Юрій Володимирович, Лазирський Вячеслав Олексійович

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

(57) Процес лікування внутрішньопечінкової портальної гіпертензії, що ускладнена профузною

кровотечею з вен стравоходу та шлунка, який включає катетеризацію ворітної вени, направлення крові в систему порожнистої вени та проведення внутрішньопортальної інфузійної терапії, який **відрізняється** тим, що додатково черезшкірно та черезпечінково проводять пункцію печінкової вени, її катетеризацію, а також пункцію та катетеризацію ворітної вени, при цьому спрямування крові здійснюють в систему нижньої порожнистої вени.

Корисна модель стосується судинної хірургії і може бути використана для лікування внутрішньопечінкової портальної гіпертензії, яка ускладнена профузною кровотечею з вен стравоходу та шлунка.

Відомий процес лікування надпечінкової портальної гіпертензії, яка ускладнена профузною кровотечею з вен стравоходу, при синдромі Бадда-Кіарі [див. Paul V. Suhocki and James F. Trotter. Percutaneous hepatic vein reconstruction for Budd-Chiari syndrom. - AJR. - July 1998. - Vol.171. - P.189-191]. Він включає черезшкірну, черезпечінкову пункцію та катетеризацію правої печінкової вени, проведення через катетер пункційної голки, за допомогою якої здійснюють сполучення між печінковою і нижньою порожнистою венами. У цей отвір вводять провідник, а по ньому - балонний катетер зі стентом. Балонний катетер роздувають, при цьому розправляється стент і тим самим формують новий канал, відновлюючи прохідність вени.

Недоліком зазначеного способу є непридатність його для лікування внутрішньопечінкової портальної гіпертензії, яка ускладнена профузною кровотечею з вен стравоходу, оскільки ендovasкулярне накладення співустя між ворітною веною та іншими судинами в умовах портальної гіпертензії призводить до розвитку тяжких профузних кровотеч навіть тоді, коли у вихідному стані їх не було. Все це може скінчитися летальним виходом або вимушеною лапаротомією. Необхідність створення нового каналу між судинами веде також до мож-

ливого ушкодження жовчних протоків з наступним розвитком гемобілії. До того ж, накладання співустя потребує деякого, достатньо тривалого часу, що небажано в умовах профузної кровотечі.

Найбільш близьким до корисної моделі за суттю та результатом, який досягається, є відомий процес лікування внутрішньопечінкової портальної гіпертензії, яка обумовлена цирозом печінки і ускладнена профузною кровотечею з вен стравоходу та кардії, що її описано у статті В.В.Бойко, І.А.Криворучко, Ю.В.Авдосьєва "Эндovasкулярные методы при лечении портальной гипертензии, осложненной кровотечением" [див. "Врачебная практика". - 2001. - №6. - С.19-21]. Він включає черезпупочну катетеризацію ворітної вени по Г.Є. Островерхову, спрямування крові в систему верхньої порожнистої вени (до ліктьової або підключичної вени) по штучно зформованому екстракорпоральному шунту та проведення внутрішньопортальної інфузійної терапії.

До недоліків описаного способу слід віднести неможливість його застосування у значної кількості пацієнтів, оскільки реканалізація і катетеризація пупочної вени у них неможлива у зв'язку з її облітерацією, навіть при наявності портальної гіпертензії. Саме цей недолік призводить до необхідності пошуку альтернативних шляхів доступу до ворітної вени.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення процесу лікування внутрішньопечінкової портальної гіпертензії, яка ускладнена про-

(19) UA (11) 17714 (13) U

фузною кровотечею з вен стравоходу та шлунка, який дозволяє швидко знизити тиск в ворітній вені створенням колатерального шляху відтоку крові з ворітної вени і тим самим привести до зупинки профузної кровотечі.

Поставлене завдання вирішується тим, що в процесі лікування виутрішньопечінкової портальної гіпертензії, яка ускладнена профузною кровотечею з вен стравоходу та кардії, який включає катетеризацію ворітної вени, направлення крові в систему порожнистої вени та проведення виутрішньопортальної інфузійної терапії, згідно з корисною моделлю додатково черезшкірно та черезпечінково проводять пункцію печінкової вени, її катетеризацію, а також пункцію та катетеризацію ворітної вени, при цьому спрямування крові здійснюють в систему нижньої порожнистої вени.

Введення у склад процесу черезшкірної та черезпечінкової катетеризації ворітної вени та спрямування крові в систему нижньої порожнистої вени дозволяють створити колатеральний шлях відтоку крові з ворітної вени і тим самим створити умови для зупинки кровотечі із флєбектазій стравоходу та шлунка. Проведення виутрішньопортальної інфузійної терапії після зупинки кровотечі та купірування портального кризу дозволяє запобігти розвитку печінкової недостатності за рахунок створення максимальних терапевтичних концентрацій лікарських речовин в печінці.

Заявнику невідомі приклади накладення екстракорпорального портокавального шунта шляхом черезшкірної та черезпечінкової пункції ворітної та печінкової вен з метою купірування портального кризу, тобто швидкого зниження тиску в ворітній вені.

Опис даного процесу суміщено з прикладом його конкретного виконання.

Процес лікування виутрішньопечінкової портальної гіпертензії, включає катетеризацію ворітної вени 1, направлення крові в систему нижньої порожнистої вени 2 та проведення виутрішньопортальної інфузійної терапії. Черезшкірно та черезпечінково проводять пункцію ворітної вени 1, її катетеризацію, а також пункцію та катетеризацію правої печінкової вени 3, при цьому спрямування крові здійснюють в систему нижньої порожнистої вени 2 по сформованому екстракорпоральному портокавальному шунту 4.

Докладний опис виконання процесу у клініці.

Хворий Б., 45 років, поступив до клініки ІЗНХ АМНУ в ургентному порядку з профузною кровотечею із флєбектазій стравоходу. Із анамнезу відомо, що Б. хворіє на цироз печінки з 1994 року, у 2004 році перебував на лікуванні в клініці з приводу кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу, яка зупинена консервативним лікуванням. У зв'язку з тяжкістю стану хворий госпіталізований у реанімаційне відділення, де йому проводилася інтенсивна і гемостатична терапія. При ендоскопічному дослідженні в середній та нижній третинах стравоходу виявлені варикозно розширені вени до 5мм в діаметрі, в шлунка - велика кількість крові зі згустками. Джерелом кровотечі в зоні кардіоезофагеального переходу був розрив варикозно розширеної вени до 2мм в діаметрі. Розрив був заповнений тромботичними масами, з-під яких спостерігалось підтікання крові. При надходженні хворого артеріальний тиск 120/80мм.рт.ст., пульс 96уд./хв., гемоглобін 78г/л. Незважаючи на проведену інтенсивну терапію (включно з гемотрансфузією), виник рецидив кровотечі зі зниженням артеріального тиску до 90/60мм.рт.ст., блюванням зі згустками крові та меленою. Постановка зонду Блекмора не призвела до зупинки кровотечі. Враховуючи тяжкість стану хворого та ознаки печінкової недостатності (загальний білірубін 58ммоль/л, протромбіновий індекс 45%), хворому виконана черезшкірна, черезпечінкова катетеризація правої печінкової вени, а також черезшкірна, черезпечінкова пункція та катетеризація ворітної вени. При ангіографічному дослідженні виявлена прохідність ворітної та печінкової вен. Тиск у ворітній вені склав 360мм.вод.ст. Шляхом з'єднання катетерів, які знаходилися у ворітній та печінковій венах, сформовано екстракорпоральний портокавальний шунт, що призвело до зниження тиску у ворітній вені до 200мм.вод.ст. та зупинки кровотечі. В наступному проведення виутрішньопортальної інфузійної терапії дозволило купірувати ознаки гострої печінкової недостатності. На 6 добу катетери видалені з склерозуванням виутрішньопечінкових каналів 96° етилового спирту. На 18 добу хворого виписано у задовільному стані.

Таким чином, зазначений метод дозволяє відновити прохідність отвору ворітної вени, що сприяє швидкому зниженню тиску в ворітній вені і зупинці кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу. Проведені в клініці ІЗНХ АМНУ операції показали ефективність процесу.

