

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **23158**

(13) **С1**

(46) **2020.10.30**

(51) МПК

A 61F 2/95 (2013.01)

(54) **СПОСОБ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТОЧКИ ПУНКЦИИ ВЕТВИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ ТРАНСЬЮГУЛЯРНОМ ПОРТОСИСТЕМНОМ ШУНТИРОВАНИИ**

(21) Номер заявки: а 20180287

(22) 2018.06.25

(43) 2020.02.28

(71) Заявители: Могилевец Эдуард Владиславович; Гарелик Петр Васильевич; Васильчук Леонид Францевич (ВУ)

(72) Авторы: Могилевец Эдуард Владиславович; Гарелик Петр Васильевич; Васильчук Леонид Францевич (ВУ)

(73) Патентообладатели: Могилевец Эдуард Владиславович; Гарелик Петр Васильевич; Васильчук Леонид Францевич (ВУ)

(56) RÖSCH J. et al. World J. Surg. - 2001. - V. - 25. - No. 3. - P. 337-346.
GUNASEKARAN S.S. et al. Journal of Clinical Imaging Science. - 2017. - V. 7. - P. 14.
SAAD N. et al. Tech. Vasc. Interv. Radiol. - 2008. - V. 11. - Is. 4. - P. 203-207.
QIN J.-P. et al. World Journal of Gastroenterology. - 2015. - V. 21. - Is. 32. - P. 9623-9629.

(57)

Способ выбора оптимальной локализации точки пункции ветви воротной вены при трансъюгулярном портосистемном шунтировании, заключающийся в том, что определяют место отхождения правой передней ветви воротной вены и при ее отхождении от правой ветви воротной вены правее места бифуркации основного ствола воротной вены местом пункции выбирают верхнюю часть правой ветви воротной вены на расстоянии 2-3 см от места бифуркации воротной вены, а при отхождении правой передней ветви воротной вены от места бифуркации основного ствола воротной вены либо от левой ветви воротной вены местом пункции выбирают верхнюю часть правой задней ветви воротной вены на расстоянии 2-3 см от места бифуркации воротной вены.

Изобретение относится к области медицины, а именно хирургии, и может применяться для лечения и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) и рефрактерного асцита при портальной гипертензии, обусловленной циррозом печени.

Кровотечения из ВРВПЖ являются одной из основных причин летальности пациентов с портальной гипертензией, рефрактерный асцит значительно ухудшает качество их жизни. Операция трансъюгулярного интрапеченочного портосистемного шунтирования (TIPS) является эффективным вмешательством, используемым для их лечения и профилактики. Возможность осуществления портокавального шунтирования под рентгеноэндоваскулярным контролем привело к более широкому применению данной операции в

сравнении с традиционными вариантами хирургических портокавальных шунтов. В оптимальном варианте пунктируется верхняя часть правой ветви воротной вены на расстоянии 2-3 см от бифуркации воротной вены [1].

Однако в ряде случаев при выполнении данного вида вмешательства отмечаются технические неудачи, обусловленные неуспешными попытками пункции и катетеризации ветви воротной вены и связанные с тем, что пункция верхней части правой ветви воротной вены на расстоянии 2-3 см от бифуркации воротной вены выполняется без учета вариантной анатомии воротной вены, а именно типа отхождения ее правой передней ветви. Так если при наиболее часто встречающемся анатомическом варианте правая передняя ветвь воротной вены отходит от правой ветви воротной вены правее бифуркации основного ствола воротной, то пункция верхней части правой ветви воротной вены на расстоянии 2-3 см от бифуркации воротной вены с определением данной точки по месту слияния правой передней и задней ветвей воротной вены будет иметь хорошие шансы на технический успех. Но если у пациента будет присутствовать анатомический вариант отхождения правой передней воротной вены непосредственно от места бифуркации воротной вены либо ее левой ветви, то вследствие отсутствия общего ствола правой ветви воротной вены ориентировка на данные точки для пункции и установки стента данной локализации будет способствовать техническим неудачам, ранним тромбозам, а также могут осложниться внутрибрюшным кровотечением при внепеченочной локализации бифуркации воротной вены.

Задача изобретения - профилактика технических неудач и осложнений на этапе пункции воротной вены, связанных с ее вариантной анатомией, при выполнении трансъюгулярного портосистемного шунтирования.

Поставленная задача решается тем, что при трансъюгулярном портосистемном шунтировании определяют место отхождения правой передней ветви воротной вены и при ее отхождении от правой ветви воротной вены правее места бифуркации основного ствола воротной вены местом пункции выбирают верхнюю часть правой ветви воротной вены на расстоянии 2-3 см от места бифуркации воротной вены, а при отхождении правой передней ветви воротной вены от места бифуркации основного ствола воротной вены либо от левой ветви воротной вены местом пункции выбирают верхнюю часть правой задней ветви воротной вены на расстоянии 2-3 см от места бифуркации воротной вены.

Способ осуществляют следующим образом.

Во время трансъюгулярного портосистемного шунтирования на этапе пункции воротной вены выбор оптимальной ее локализации осуществляют исходя из анатомического варианта отхождения правой передней ветви воротной вены. При ее отхождении от правой ветви воротной вены правее бифуркации основного ствола воротной вены местом пункции выбирают верхнюю часть правой ветви воротной вены на расстоянии 2-3 см от бифуркации воротной вены. При отхождении правой передней ветви воротной вены от места бифуркации основного ствола воротной вены либо от левой ветви воротной вены местом пункции выбирают верхнюю часть правой задней ветви воротной вены на расстоянии 2-3 см от бифуркации воротной вены.

Применение предложенного способа выбора оптимальной локализации точки пункции ветви воротной вены способствует профилактике технических неудач и осложнений данного этапа трансъюгулярного портосистемного шунтирования.

Приводим пример, подтверждающие возможность осуществления способа.

Пример.

Пациент А., 64 года, ИБ № 36895. Диагноз: Цирроз печени, класс тяжести С. Синдром портальной гипертензии. Асцит. Варикозно расширенные вены пищевода, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. ИБС: ССН ФК 2. Диффузный кардиосклероз. Артериальная гипертензия 3. Риск 4. Аневризма корня и восходящего отдела аорты. N1. ФК2 NYHA. Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая нефропатия 3.

Трансьюгулярное портосистемное шунтирование (операция № 1169) 18.12.2015. Под интубационным наркозом надключичным доступом справа пунктирована внутренняя яремная вена. Через нее в правую печеночную вену установлен направляющий интрадьюсер COOK 10 F - 400 mm. Использовался предлагаемый способ выбора оптимальной локализации точки пункции ветви воротной вены. Исходя из того что у пациента присутствовал анатомический вариант отхождения правой передней ветви воротной вены от правой ветви воротной вены правее бифуркации основного ствола воротной вены, местом пункции была выбрана верхняя часть правой ветви воротной вены на расстоянии 2-3 см от бифуркации воротной вены. Через направляющий интрадьюсер COOK 10 F - 400 mm иглой Rosh-Uchida внутрипеченочно пунктирована правая ветвь воротной вены. В воротную вену проведен жесткий гидрофильный проводник Lunderqwest 0,035 - 180 cm COOK. По проводнику в паренхиме правой доли печени позиционирован периферический баллонный катетер Fox-Cross 8.0x80 mm 80 cm ABBOTT. Выполнено формирование канала шунта на давлении 18 атм. Затем в шунте позиционирован и имплантирован периферический баллонораскрываемый стент Eusa PWS 8.0x58 mm - 150 cm Eucatech. На контрольной ангиограмме достигнут оптимальный результат.

Таким образом, применение предложенного способа выбора оптимальной локализации точки пункции ветви воротной вены при трансьюгулярном портосистемном шунтировании способствует профилактике технических неудач и осложнений данного этапа трансьюгулярного портосистемного шунтирования. Предлагаемый способ эффективен, доступен и может найти широкое применение в клинической практике.

Источники информации:

1. Rösch, J., Keller, F.S. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt: present status, comparison with endoscopic therapy and shunt surgery, and future perspectives // World JSurg. - 2001. - Vol. 25. - No. 3. - P. 337-345.