



УКРАЇНА

(19) UA (11) 27513 (13) U
(51) МПК (2006)
A61F 2/04
A61F 2/06

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПРАВОЇ ДОЛІ ПЕЧІНКИ ВІД ЖИВОГО РОДИННОГО ДОНОРА

1

(21) u200703819

(22) 05.04.2007

(24) 12.11.2007

(72) КОТЕНКО ОЛЕГ ГЕНАДІЙОВИЧ, UA,
ФЕДОРОВ ДЕНИС ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA,
КОРШАК ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA,
ПОПОВ ОЛЕКСІЙ ОЛЕГОВИЧ, UA, ГУСЄВ АНДРІЙ
ВІТАЛІЙОВИЧ, UA, ГРИНЕНКО ОЛЕКСАНДР
ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ, UA

(56)

2

(57) Спосіб трансплантації правої долі печінки від живого родинного донора, що включає взяття трансплантата з відсіканням печінкових вен та імплантацію його реципієнту з пластикою печінкових вен, який відрізняється тим, що відсікають печінкові вени сегментів 5, 8 на рівні їх впадіння в серединну печінкову вену, а пластику печінкових вен виконують з використанням аутовенозної вставки, один кінець якої анастомозують з печінковими венами 5, 8 сегментів печінки, а інший - з устям печінкових вен реципієнта.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використана для лікування хворих із термінальною стадією захворювань печінки шляхом трансплантації печінки.

Відомий спосіб трансплантації правої долі печінки від живого родинного донора включає взяття трансплантата з відсіканням серединної вени на рівні її устя та пластику серединної печінкової вени шляхом накладання анастомозу кінець в кінець між устям печінкових вен реципієнта та серединною веною трансплантата на етапі імплантації [Transplantation of the Liver, third edition by Willis C. Maddery, Eugene R. Schiff, Lippincott Williams & Wilkins, 2000 y, p. 54-56]

Недоліком цього способу є велика кількість післяопераційних ускладнень пов'язана з порушенням венозного відтоку з сегменту 4 лівої долі печінки донора, що проявляється печінковою недостатністю.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу трансплантації правої долі печінки від живого родинного донора, який за рахунок відсічення печінкових вен сегментів 5, 8, та пластики печінкових вен з використанням аутовенозної вставки забезпечував би зменшення післяопераційних ускладнень у донора та реципієнта.

Поставлена задача вирішується тим, що в відомому способі трансплантації правої долі печінки від живого родинного донора, згідно

корисної моделі, відсікають печінкові вени сегментів 5, 8, на рівні їх впадіння в серединну печінкову вену, а пластику печінкових вен виконують з використанням аутовенозної вставки один кінець якої анастомозують з печінковими венами 5, 8 сегментів печінки, а інший з устям печінкових вен реципієнта.

Відсічення печінкових вен 5, 8 сегментів печінки на рівні їх впадіння в серединну печінкову вену забезпечує зменшення післяопераційних ускладнень у донора тому, що в лівій долі печінки донора зберігається венозний відтік по серединній вені від 4 сегменту печінки.

А пластика печінкових вен з використанням аутовенозної вставки забезпечує зменшення післяопераційних ускладнень у реципієнта тому, що відновлюється венозний відтік від печінкових вен сегментів 5, 8 трансплантата.

Спосіб виконують наступним чином. На донорському етапі виконують взяття трансплантата з відсіканням печінкових вен 5, 8 сегментів на рівні їх впадіння в серединну вену; на етапі відмивання трансплантату накладаються анастомози між попередньо підготовленою аутовенозною вставкою та печінковою веною сегмента 5 трансплантата по типу кінець в кінець, та веною сегмента 8 трансплантата по типу кінець в бік. На етапі реципієнта після гепатектомії виконують анастомозування проксимального кінця аутовенозної вставки та устя печінкових вен реципієнта по типу кінець в кінець. Пластику інших

(13) U
(11) 27513
(19) UA

судин трансплантату виконують за звичайною методикою.

Приклад №1

Пацієнт С., (№ Історії хвороби 5409) поступив у відділ трансплантації та хірургії печінки ІХ та Т АМНУ з діагнозом цироз печінки вірусного ґенезу, гепатит В, синдром портальної гіпертензії в стадії декомпенсації, асцит, спленомегалія, гіперспленізм. Пацієнт обстежений (клінічне, лабораторне, УЗД, УЗД судин, комп'ютерна томографія, ціліакомезентерикографія) діагноз підтверджено.

Хворому виконана трансплантація печінки від живого родинного донора. У якості трансплантату використана права доля печінки донора (матері пацієнта), яку взято з відсіканням печінкових вен сегментів 5, 8 на рівні впадіння в серединну вену, діаметр яких склав відповідно 6 та 9мм. Підготовлена аутовенозна вставка з зовнішньої здухвинної вени реципієнта 11см завдовжки. На етапі відмивання трансплантату виконані анастомози безперервним швом, ниткою ПДС 5.0 між аутовенозною вставкою та печінковою веною сегмента 5 трансплантату по типу кінець в кінець, а також печінковою веною сегмента 8 трансплантату по типу кінець в бік. Для цього на боковій поверхні аутовенозної вставки зроблено отвір розміром 9мм, що відповідав діаметру печінкової вени сегмента 8 трансплантату. Після гепатектомії трансплантат внесено в черевну порожнину. Виконано анастомоз між проксимальним кінцем аутовенозної вставки та устям лівої та серединної печінкових вен реципієнта. Його діаметр склав 35мм. Інші судини трансплантату, - праву печінкову вену, ворітну вену, печінкову артерію вшити за звичайною методикою. Виконано пластику печінкових протоків по типу проток в проток. Після ретельного гемостазу та дренивання черевної порожнини лапаротомна рана ушита пошарове. Післяопераційний період протікав без особливостей, тромботичних ускладнень у реципієнта та печінкової недостатності у донора не спостерігалось. Хворий виписаний зі стаціонару в задовільному стані.

По запропонованому способу прооперовано 8 пар донор-реципієнт, у яких в післяопераційному періоді не відзначалось ускладнень у вигляді тромбозу анастомозів у реципієнтів, та печінкової недостатності у донорів.

По способу-аналогу прооперовано 8 пар донор-реципієнт, з яких у двох донорів виникли явища короткочасної печінкової недостатності.

Таким чином, порівняння з відомим способом свідчить, що запропонований спосіб дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень у вигляді порушення венозного відтоку як у донора так і у реципієнта.