



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **34321** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ ПЕЧІНКОВИХ ВЕН ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ЛІВОЇ ЛАТЕРАЛЬНОЇ СЕКЦІЇ ПЕЧІНКИ ВІД ЖИВОГО РОДИННОГО ДОНОРА

1

2

(21) u200802213

(22) 20.02.2008

(24) 11.08.2008

(46) 11.08.2008, Бюл.№ 15, 2008 р.

(72) КОТЕНКО ОЛЕГ ГЕНАДІЙОВИЧ, UA, ФЕДОРОВ ДЕНИС ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA, ПОПОВ АЛЕКСЕЙ ОЛЕГОВИЧ, UA, КОРШАК АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ, UA, ГРИНЕНКО АЛЕКСАНДР ВАЛЕНТИНОВИЧ, UA

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

(57) Спосіб пластики печінкових вен при трансплантації лівої латеральної секції печінки від живого родинного донора, що включає накладання анастомозу між системою печінкових вен транспланта та лівої латеральної секції та устям печінкових вен реципієнта, який **відрізняється** тим, що для анастомозу використовують загальне устя лівої та серединної печінкової вени трансплантата лівої латеральної секції.

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

Відомий спосіб пластики печінкових вен при трансплантації лівої латеральної секції печінки від живого родинного донора який включає формування загального стовбура з серединної, лівої та правої печінкових вен реципієнта, формування загального устя лівої печінкової вени донора та формування анастомозу між ними [J. Transplantation 2000, Vol.70, No 11 Outflow tract reconstruction in living donor liver transplantation V.H. de Villa, C.L. Chen, Y.S. Chen, pp.1604-1608]

Недоліками цього способу є ускладнення у вигляді звуження просвіту нижньої порожнистої вени при ранньому діленні лівої печінкової вени донора, що збільшує вірогідність тромбозів анастомозу.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу пластики печінкових вен при трансплантації лівої латеральної секції печінки від живого родинного донора, котрий за рахунок використання для накладання анастомозу загального устя лівої та серединної вени трансплантата лівої латеральної секції дозволив би уникнути звуження просвіту нижньої порожнистої вени та тим самим зменшив кількість тромботичних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі пластики печінкових вен при трансплантації лівої латеральної секції печінки від живого родинного донора, що включає накладання анасто-

мозу між системою печінкових вен трансплантата лівої латеральної секції та устям печінкових вен реципієнта, згідно корисної моделі, для анастомозу використовують загальне устя лівої та серединної вени трансплантата лівої латеральної секції.

Використання для анастомозування загального устя лівої та серединної вени трансплантата лівої латеральної секції запобігає звуженню просвіту нижньої порожнистої вени та зменшує кількість тромботичних ускладнень, так як сформований анастомоз має більший діаметр.

Спосіб виконують наступним чином. При заборі трансплантата лівої латеральної секції ліву печінкову вену відсікають разом з устям серединної вени донора. Серединну вену донора ушивають. На «back table» ушивають місце впадіння серединної вени та формують загальне устя лівої та серединної вени трансплантата.

Відсікають загальне устя лівої, правої та серединної вен реципієнта розсікаючи перетинки між ними та накладають анастомоз з дистальним кінцем єдиного устя лівої та серединної вени трансплантата. До запуску кровотоку в печінці на печінкову вену трансплантата накладають затискач. Порто-портальний, артеріальний та біліодігістивний анастомози виконують за звичайною методикою. Черевну порожнину дренують, рану ушивають пошарово.

Приклад 1

Пацієнтка 3., (історія хвороби 4704, 2005р.) поступила у відділ трансплантації та хірургії печін-

(13) **U**
(11) **34321**
(19) **UA**

ки IX та Т АМНУ з діагнозом біліарна атрезія, хронічний холестатичний гепатит.

Пацієнтка обстежена (клінічно, лабораторно, УЗД, УЗД судин, комп'ютерна томографія, целіакомезентерикографія), встановлено діагноз: біліарна атрезія, хронічний холестатичний гепатит.

Хворій виконана трансплантація печінки від живого родинного донора. У якості трансплантата використана ліва латеральна секція печінки донора (матері дитини) забрана разом з устям середньої вени, що склала 25мм. Після гепатектомії виконано відсічення загального устя лівої, середньої та правої печінкової вени реципієнта діаметром 35мм. На етапі «back table» ушито місце впадіння середньої вени донора, сформовано єдине устя лівої та середньої вени трансплантата лівої латеральної секції, що склало 30мм.

Накладено вено-венозний анастомоз між загальним устям лівої, середньої та правої печінкових вен реципієнта та єдиним устям лівої та сере-

динної печінкових вен трансплантата безперервним швом, ниткою PDS 5.0.

Накладений порто-портальний, артеріо-артеріальний та біліодігестивний анастомози. Після ретельного гемостазу та дренування черевної порожнини лапаротомна рана ушита пошарово. Післяопераційний період протікав без особливостей, тромботичних ускладнень не спостерігалось. Хвора виписана з стаціонару в задовільному стані.

По запропонованому способу прооперовано 7 пацієнтів, у яких в післяопераційному періоді не відзначалось ускладнень у вигляді тромбування анастомозу.

По способу-аналогу прооперовано 7 пацієнтів, у 2 з яких виникли тромботичні ускладнення.

Таким чином, порівняння з відомим способом свідчить, що запропонований спосіб дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень у вигляді тромбозів.