



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **15071** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС****ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

1

2

(21) u200511666

(22) 08.12.2005

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Котенко Олег Геннадійович, Гусев Андрій Віталійович, Попов Олексій Олегович, Коршак Олександр Олександрович, Гриненко Олександр Валентинович, Федоров Денис Олександрович

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ(57) Спосіб хірургічного лікування синдрому портальної гіпертензії, що включає попередню мобілізацію селезінкової та ниркової вен, між якими накладають шунт з аутовени, який **відрізняється** тим, що як шунт використовують найближчу ділянку оваріальної вени, яку розтинають та один з кінців прошивають, а другий розгортають та анастомозують з селезінковою веною.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використана для лікування синдрому портальної гіпертензії, що супроводжується варикозним розширенням вен стравоходу.

Відомий спосіб хірургічного лікування синдрому портальної гіпертензії, що включає мобілізацію селезінкової вени, ниркової та накладання між ними шунта з аутовени. [Gawhier F, DeDreuz O, Valayer J, Montuper P. H-type shunt with an autologous venous graft for treatment of portal hypertension in children. J Pedsatr. Surg., 1989 Oct; 24 (10) p.1041-3]

Недоліками цього способу є важкість операції, так як остання потребує накладання анастомозу по обидва боки від аутовени, висока травматичність зумовлена забором аутовени з інших частин організму, а також ускладнення пов'язані з великою ймовірністю тромбування шунта через наявність двох анастомозів.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування синдрому портальної гіпертензії, котрий, за рахунок використання в якості шунта ділянки оваріальної вени, забезпечував би меншу травматичність операції та скорочував кількість ускладнень, а також спрощував техніку операції.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування синдрому портальної гіпертензії, який включає попередню мобілізацію селезінкової та ниркової вен, між якими накладають шунт з аутовени, згідно корисної моделі, у якості шунта використовують найближчу ділянку

оваріальної вени, яку розтинають та один з кінців прошивають, а другий розгортають та анастомозують з селезінковою веною.

Використання оваріальної ділянки аутовени в якості шунта, один з кінців якого анастомозують з селезінковою веною, а інший ушивають, забезпечує спрощення операції, так як при цьому накладається один анастомоз. Травматичність операції зменшується завдячуючи тому, що не має потреби в заборі аутовени з інших ділянок організму, а число післяопераційних ускладнень - через відсутність другого анастомозу.

Спосіб виконують наступним чином.

Після лапаротомії мобілізують селезінкову вену на протязі 10-15см. Далі мобілізують ниркову вену та оваріальну на протязі достатньому для можливості співставлення з селезінковою веною. Оваріальну вену пересікають. Дистальний кінець оваріальної вени прошивають. Виконують перетиснення селезінкової вени в місці анастомозу. В подальшому розсікають селезінкову вену на достатній відстані для анастомозу. Розгортають оваріальну вену і накладають судинний анастомоз між оваріальною та селезінковою веною по типу кінця в бік. Зашивають лапаротомну рану, дренують черевну порожнину.

Приклад №1

Пацієнтка М., 53 роки, історія хвороби №5190, 2005 рік, поступила у відділ трансплантації та хірургії печінки ІХ та ТАМНУ з діагнозом цироз печінки, синдром портальної гіпертензії, варикоз вен стравоходу, рецидивуюча кровотеча з вен стравоходу. Пацієнтка обстежена (клінічно, лабораторне,

(13) **U**  
(11) **15071**  
(19) **UA**

УЗД, УЗД судин, комп'ютерна томографія, целіакомезентерикографія), встановлено діагноз: цироз печінки, синдром портальної гіпертензії в стадії декомпенсації, варикоз вен стравоходу 4 ст., рецидивуюча кровотеча з вен стравоходу. 22.09.04. виконано оперативне лікування. Доступ типу "Мерседес". Мобілізована селезінкова вена, ниркова вена а також ретельно виділена оваріальна вена. Визначене місце анастомозу в ділянці селезінкової вени. Оваріальна вена підведена до селезінкової вени. Накладено парціальний сплено-оваріальний анастомоз. Дистальний кінець оваріальної вени ушито. Черевну порожнину дреновано, лапаротомну рану ушито. Післяопераційний період без особливостей. Виписана на 12-у добу після операції в задовільному стані.

По запропонованій методиці прооперовано 8 пацієнтів, у яких в післяопераційному періоді не відзначалось ускладнень у вигляді тромбування анастомозу. З 8 хворих прооперованих відомим способом-аналогом у 2-х в післяопераційному періоді спостерігалось зменшення діаметру анастомозу за рахунок тромботичних мас без повного тромбування анастомозу. При цьому, для створення шунта виконувався забір аутовени з інших ділянок організму.

Таким чином, порівняння з відомим способом свідчить, що запропонований спосіб дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень у вигляді тромбування судинного анастомозу та травматичність операції.