



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **19974** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ ПЕЧІНКОВИХ ВЕН ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПЕЧІНКИ ВІД ЖИВОГО РОДИННО-ГО ДОНОРА У ДІТЕЙ**

1

2

(21) u200605448

(22) 18.05.2006

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. № 1, 2007 р.

(72) Котенко Олег Геннадійович, Федоров Денис
Олександрович, Попов Олексій Олегович, Гринен-
ко Олександр Валентинович, Гусев Андрій Віталі-
йович, Коршак Олександр Олександрович(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб пластики печінкових вен при трансплантації печінки від живого родинного донора у дітей, який включає накладання анастомозу між загальним устям лівої, правої та серединної печінкових вен реципієнта та загальним устям лівої печінкової вени донора, який **відрізняється** тим, що для анастомозування використовують аутовенозну вставку з розвилки ворітної вени реципієнта, один з боків якої анастомозують з загальним устям печінкових вен реципієнта, а інший - з загальним устям лівої печінкової вени донора.

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 пластики печінкових вен який включає формування загального стовбура з серединної, лівої та правої печінкових вен реципієнта, формування єдиного 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.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу пластики печінкових вен, котрий за рахунок використання аутовенозної вставки реципієнта дозволив би уникнути звуження просвіту нижньої порожнистої вени та тим самим зменшив кількість тромботичних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у спосіб пластики печінкової вени який включає накладання анастомозу між загальним устям лівої, правої та серединної печінкових вен реципієнта та загальним устям лівої печінкової вени донора згідно з корисною моделлю використовують аутовенозну вставку з розвилки ворітної вени реципієнта, один з боків якої анастомозують з загальним устям

печінкових вен реципієнта, а інший з загальним устям лівої печінкової вени донора.

Використання аутовенозної вставки запобігає звуженню просвіту нижньої порожнистої вени та зменшує кількість тромботичних ускладнень.

Спосіб виконують наступним чином. Після гепатектомії відсікають дистальний кінець ворітної вени з розвилкою, розсікаючи його на дві рівні частини повздовж, та зшивають вузькими краями для утворення вставки з більшою шириною просвіту. На «back table» формують єдине устя лівої печінкової вени донора та анастомоз між ним та проксимальним краєм аутовенозної вставки.

Формують єдине устя лівої, правої та серединної вен реципієнта розсікаючи перетинки між ними та накладають анастомоз з дистальним кінцем аутовенозної вставки. До запуску кровотоку в печінці на печінкову вену донора накладають застискач. Порто-портальний; артеріальний та біліодигістивний анастомози виконують за звичайною методикою. Черевну порожнину дренують, рану ушивають пошарово.

Приклад № 1

Пацієнтка Ш. (історія хвороби 5607, 2005р.) поступила у відділ трансплантації та хірургії печінки ІХ та Т АМНУ з діагнозом біліарна атрезія, хронічний холестатичний гепатит.

Пацієнтка обстежена (клінічно, лабораторно, УЗД, УЗД судин, комп'ютерна томографія, ціліа-

(13) **U**
(11) **19974**
(19) **UA**

комезептерикографія), встановлено діагноз: біліарна атрезія, хронічний холестатичний гепатит.

Хворій виконана трансплантація печінки від живого родинного донора. У якості трансплантату використана ліва латеральна секція печінки донора (матері дитини). Після гепатектомії була виділена та відсічена ділянка розвилки ворітної вени реципієнта розмірами 10x20 мм. Вставка розсічена повздовж та зшита вузькими краями. Просвіт реконструйованої вставки склав 40 мм в діаметрі. Сформоване загальне устя печінкової вени реципієнта 43 мм в діаметрі. Сформований анастомоз між загальним устям лівої печінкової вени донора та єдиним устям печінкових вен реципієнта використовуючи аутовенозну вставку. Накладений порто-портальний, артеріо-артеріальний та біліодіге-

стивний 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 8 пацієнтів, у яких в післяопераційному періоді не відзначалось ускладнень у вигляді тромбування анастомозу.

По способу-аналогу прооперовано 8 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 тромбування судинного.