

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ДОСТУПУ ПРИ СТВОРЕННІ СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

(21) 99095136

(22) 16.09.1999

(24) 15.03.2001

(46) 15.03.2001. Бюл. № 2, 2001 р.

(72) Русин Василь Іванович, Переста Юрій  
Юрійович, Русин Андрій Васильович, Чаварга  
Михайло Іванович, Ковач Віталій Іванович, Уваров  
Павел Валентинович

(73) РУСИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ

(57) Спосіб доступу при створенні спленореналь-  
ного анастомозу при хірургічному лікуванні пор-  
тальної гіпертензії, що включає в себе розтин

заднього листка очеревини під мезоколоном, ви-  
ділення в позаочеревинному просторі лівої нирко-  
вої вени протягом 3 - 4 см проксимальніше від впа-  
діння надниркової вени з наступною її перев'язкою  
та пересіченням, який відрізняється тим, що по-  
передньо виконують підсчення зв'язки Трейца, а  
виділення селезінкової вени виконують під мезоко-  
лоном на межі тіла та хвостової частини підшлун-  
кової залози, мобілізують її в проксимальному та  
дистальному напрямках до кінця підшлункової за-  
лози, після чого перев'язують її в проксимальній  
частині та пересикають в дистальній частині.

Винахід відноситься до галузі медицини, а  
саме - до хірургії, та може бути використаний при  
лікуванні портальної гіпертензії

Лікування портальної гіпертензії, викликаной  
цирозом печінки, являє собою серйозну проблему.  
Консервативна терапія у таких хворих малоефек-  
тивна, а серед запропонованих численних опера-  
тивних втручань більшість авторів віддають пе-  
ревагу створенню спленоренального анастомозу  
"кінець в бік". Слід відзначити, що велику трудність  
при таких операціях становить спосіб доступу, від  
вибору якого в значній мірі залежить успіх операції  
та наступний стан хворого.

Найбільш близьким до об'єкту, що заяв-  
ляється, є спосіб доступу, який складається з пе-  
рерахованих нижче хірургічних прийомів (Warren  
W D, Henderson J M, Curr. Probl Surg., March,  
1988, р 154-223) спочатку виконують скелете-  
зацію шлунка по великій кривизні, потім виконують  
підхід до селезінкової вени через сумку малого  
сальника, виділяють селезінкову вену та беруть її  
на держалки, при цьому дистальну частину се-  
лезінкової вени перев'язують, пересикають. Потім  
під мезоколоном виконують розріз і розкривають  
задній листок очеревини. А потім в позаочеревин-  
ному просторі виділяють ліву ниркову вену на про-  
тязі 3-4 см від впадіння лівої надниркової вени.

Анастомоз між селезінковою та нирковою  
венами (спленоренальний анастомоз) виконують  
по типу "кінець в бік".

Спосіб-прототип характеризується складніс-  
тю доступу до селезінкової та ниркової вен, що

призводить до подовження часу операції, а отже  
до збільшення ризику оперативного втручання. Ок-  
рім того, ускладнення доступу при створенні спле-  
норенального анастомозу визначає і додаткову  
травматичність.

Задачею цього винаходу є вдосконалення  
доступу при створенні спленоренального анасто-  
мозу при хірургічному лікуванні портальної гіпер-  
тензії за допомогою такої сукупності хірургічних  
прийомів та дій, яка визначає спрощення способу,  
знижує травматичність операції та ступінь ризику  
для хворого.

Поставлена задача вирішується тим, що  
спосіб доступу при створенні спленоренального  
анастомозу при хірургічному лікуванні портальної  
гіпертензії, включає в себе вскриття заднього  
листка очеревини під мезоколоном, виділення в  
позаочеревинному просторі лівої ниркової вени на  
протязі 3-4 см проксимальніше від впадіння над-  
ниркової вени з наступною її перев'язкою та пе-  
ресіченням, згідно з винаходом, попередньо ви-  
конують підсчення зв'язки Трейца, а виділення се-  
лезінкової вени виконують під мезоколоном на ме-  
жі тіла та хвостової частини підшлункової залози,  
мобілізують її в проксимальному та дистальному  
напрямку до кінця підшлункової залози, після чого  
перев'язують її в проксимальній частині та пересі-  
кають в дистальній частині.

Авторами цього винаходу на основі анато-  
мічних особливостей та з урахуванням природи  
виникнення портальної гіпертензії, що викликана

цирозом печінки, використана наведена вище сукупність хірургічних прийомів та дій.

В хірургічній клініці ОКП м. Ужгорода за останній час прооперовано по нашій методиці 17 хворих з цирозом печінки, ускладненим портальною гіпертензією, віком від 15 до 46 років (в середньому 28,6 років), чоловіків було 15, жінок 2. Кровотеча в анамнезі спостерігалась у всіх хворих, вторинний гіперспленізм спостерігався у 14 (82,4%). Згідно з критеріями Чайлда-Туркота всі пацієнти мали комплексовану ступінь печінкової недостатності.

В післяопераційному періоді авторами було відмічено зниження портального тиску з  $31,8 \pm 0,7$  до  $21,8 \pm 0,8$ . При цьому спостерігалось зменшення об'ємної швидкості кровоплину у воротній вені з  $920,0 \pm 97,6$  до  $740,6 \pm 66,3$  мл/хв. Лінійна швидкість кровоплину у воротній вені знижувалась з  $31,8 \pm 0,7$  до  $24,1 \pm 0,8$  см/сек.

Сутність винаходу пояснюється прикладом конкретного виконання.

#### Приклад.

Хворий П., 42 років, знаходився на стаціонарному лікуванні в УОКП з приводу цирозу печінки та портальної гіпертензії. Було виконано спленоренальне шунтування в модифікації, що заявляється.

Після підсічення зв'язки Трейця розсікали задній листок очеревини під мезоколоном та виділяли ліву ниркову вену проксимальніше на 3-4 см від впадіння надниркової вени, виділення селезінкової вени виконували під мезоколоном на межі тіла та хвостової частини підшлункової залози, після чого її мобілізували в проксимальному та дистальному напрямку до кінця підшлункової залози, потім перев'язували її в проксимальній частині та пересікали в дистальній.

Після виконаного доступу до селезінкової та ниркової венам виконали шунтування за допомогою анастомозу "кінець в бік".

В післяопераційному періоді відмічено зниження портального тиску з 32,4 до 21,0.

Хворий на 10 добу був виписаний з клініки, стан значно покращився.

Контроль хворого через 1 рік показав, що стан залишився компенсованим, ускладнень не спостерігалось.

Таким чином спосіб, що заявляється, при його практичному виконанні підтвердив, що він більш простий в виконанні, менш тривалий, внаслідок чого хворі підлягають меншій травматичності та ризику.

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 - 72 - 89 (03122) 2 - 57 - 03