



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 55175

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОРТАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

1

2

(21) 2002075768

(22) 12 07 2002

(24) 17 03 2003

(46) 17 03 2003, Бюл. № 3, 2003 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Криворучко  
Ігор Андрійович, Григоров Юрій Борисович, Мака-  
ров Віталій Володимирович(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ(57) Спосіб хірургічного лікування хворих на пор-  
тальну гіпертензію, що включає виконання порто-  
кавального анастомозу, який **відрізняється** тим,  
що виконують деваскуляризацію малої кривини  
шлунка та абдомінальної частини стравоходу та  
виконують накладання портокавального анастому-  
зу шляхом формування судинного анастомозу "  
кінець в бік" між правою веною діафрагми та лівою  
шлунковою веною

Винахід відноситься до медицини, а саме до  
хірургії і може бути використаним для лікування  
хворих з портальною гіпертензією

Найпоширенішими способами хірургічного лі-  
кування цієї патології є вплив на портальний кро-  
вообіг. Найбільший ефект зниження тиску в ворот-  
ний вени спостерігається при накладанні судинних  
портокавальних анастомозів. Виділяють 1) прямі  
портокавальні та мезентерікокавальні анастомози,  
2) спленоренальні анастомози, 3) інші модифікації  
судинних анастомозів (Шалимов А.А., Шалимов  
С.А., Ничитайло М.Е., Доманський Б.В. Хірургія  
печени і желчевыводящих путей // К. "Здоров'я",  
1993 - 509с.)

Але при використанні вище перелічених спо-  
собів хірургічного лікування спостерігається висока  
летальність до 40% (Шалимов А.А., Шалимов  
С.А., Ничитайло М.Е., Доманський Б.В. Хірургія  
печени і желчевыводящих путей // К. "Здоров'я",  
1993 - 509с.)

Найбільш ефективним способом хірургічного  
лікування хворих з портальною гіпертензією зали-  
шається портокавальний судинний анастомоз "кі-  
нець у бік", який накладається між воротною та  
нижньою пологою веною, так як у порівнянні з інши-  
ми засобами відмічається більш позитивний ефект  
від лікування (Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ни-  
читайло М.Е., Доманський Б.В. Хірургія печени і  
желчевыводящих путей // К. "Здоров'я", 1993 -  
509с.)

Вказаний спосіб лікування є найбільш близь-  
ким до того, що заявляється по технічній суті та  
результату, який може бути досягнуто ним, тому  
його і обрано за прототип

Відомим аналогам і в тому рахунку прототипу  
притаманні наступні недоліки, як масивність, тра-  
вматичність та технічну складність оперативних  
втручань, що погано переносяться хворими на  
портальну гіпертензію та обумовлюють високу  
летальність. Недостатньо швидке зниження тиску  
в воротній вені. Наприклад, після накладання по-  
ртокавальних судинних анастомозів тиск у ворот-  
ний вени знижується в середньому від 9,7 до 15,5 мм  
вод.ст., що обумовлює значну кількість випадків,  
коли спостерігають відсутність спадання варикоз-  
но розширених вен стравоходу. Так спадання ва-  
рикозно розширених вен стравоходу при накла-  
данні портокавальних анастомозів спостерігалось  
в 73% хворих, спленоренальних - 22%. Все це не  
сприяє зниженню кількості рецидивів кровотечі з  
варикозно розширених вен стравоходу після на-  
кладання судинних анастомозів, рецидиви крово-  
течі спостерігалися в 25,8% після накладання  
спленоренальних анастомозів (Шалимов А.А.,  
Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманський Б.В.  
Хірургія печени і желчевыводящих путей // К.  
"Здоров'я", 1993 - 509с.)

У зв'язку з вищевикладеним, в основу винахо-  
ду покладено задачу підвищення ефективності  
хірургічного лікування хворих на портальну гіпер-  
тензію, шляхом більш швидкого зниження тиску в  
воротній вені

Задача, яка покладена в основу винаходу, ви-  
рішується тим, що у відомому способі лікування  
хворих на портальну гіпертензію виконують порто-  
кавальний анастомоз, згідно винаходу виконують  
деवासкуляризацію малої кривини шлунка та абдо-  
мінальної частини стравоходу та виконують на-

(13) A

(11) 55175

(19) UA

кладання портокавального анастомозу шляхом формування судинного анастомозу " кінець в бік" між правою веною діафрагми та лівою шлунковою веною

Спосіб здійснюють наступним чином під час оперативного втручання в першу чергу виконують деваскуляризацію малої кривини шлунка та абдомінальної частини стравоходу з перев'язкою та пересіченням лівої шлункової вени в дистальній її ділянці та підведенням її до діафрагми. Виділяють праву діафрагмальну вену на протязі 50 мм. Після повної редукції кровообігу на ділянках де накладають анастомоз роблять отвір на боковій поверх-

ні та формують анастомоз - кінець правої діафрагмальної вени у бік лівої шлункової. При пересіченні правої діафрагмальної вени її кінець надсікають під кутом з метою збільшення поверхні анастомозу. При формуванні судинного анастомозу використовують безперервний шов та поліамідні нитки, що не розсмоктуються. При накладанні анастомозу відмічають зниження портального тиску від 70 до 120мм вод.ст. через 30 хвилин після накладання анастомозу.

Досягнення позитивного ефекту винаходу демонструє наступна таблиця

Таблиця

Спосіб	Показники ефективності			
	Зниження портального тиску через 30 хв. після накладання анастомозу	Спадання варикозно розширених вен стравоходу	Рецидив кровотечі	Летальність
Спосіб прототип (n=14)	14,5мм вод.ст.	70,4%	20,4%	14,3%
Заявлений спосіб (n=10)	90,8 мм вод.ст.	90%	10%	10%

Відповідно до даних, що наведені у таблиці 1, використання заявленого способу дозволило знизити портальний тиск в середньому на 90,8мм вод.ст. при заявленому способі, коли при використанні способу - прототипу відмічається зниження лише на 14,5мм вод.ст. у середньому за один і той же час, збільшити кількість випадків спадання варикозно розширених вен стравоходу на 19,6%, знизити рецидиви кровотечі на 11,4% та загальну летальність на 4,3%.

Спосіб, який заявлено як винахід, апробовано в клінічних умовах без ускладнень.

Приводимо клінічний приклад використання способу.

Хворий Г., 60 років, № історії хвороби 768, госпіталізований до ІЗНХ АМНУ м. Харкова, в 2001 року з цирозом печінки, синдромом портальної гіпертензії, внутрішньо печінкової форми. Був обстежений лабораторно та інструментально. Консервативне лікування без ефекту, в зв'язку з чим оперований. Під час оперативного втручання в

виконували деваскуляризацію малої кривини шлунка та абдомінальної частини стравоходу з перев'язкою та пересіченням лівої шлункової вени в дистальній її ділянці та підведенням її до діафрагми. Виділяли праву діафрагмальну вену на протязі 50мм. Після повної редукції кровообігу на ділянках де накладали анастомоз робили отвір на боковій поверхні та формували анастомоз кінець правої діафрагмальної вени у бік лівої шлункової. При пересіченні правої діафрагмальної вени її кінець надсікали під кутом з метою збільшення поверхні анастомозу. При формуванні судинного анастомозу використовували безперервний шов та поліамідні нитки, що не розсмоктуються. При накладанні анастомозу відмічали зниження портального тиску на 100мм вод.ст. через 30 хвилин після накладання анастомозу.

Післяопераційний період без ускладнень. На 7 добу післяопераційного періоду виконано ФГДС - відмічається спадання вен стравоходу. У задовільному стані виписаний з клініки на 14 добу.