



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **16498** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/04

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200601160

(22) 06.02.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Дусик Андрій Володимирович, Костюк Григорій Якович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб формування спленоренального анастомозу, що полягає в накладанні анастомозу, який **відрізняється** тим, що венозний аутотрансплантат з великої підшкірної вени стегна вшивають між селезінковою та нирковою венами проксимальним кінцем до ниркової вени.

Корисна модель відноситься до медицини і, зокрема до хірургії і може бути застосована при хірургічному лікуванні портальної гіпертензії. Відомий спосіб спленоренального анастомозу при якому накладається анастомоз бік в бік між нирковою та селезінковою венами [Петровский Б.В., Цацниди К.Н., Кадошук Ю.Т. Хирургия портальной гипертензии. - М.: АО "Медгрант", 1994. - 183с.].

Недоліки: при накладанні анастомозу за даною методикою відбувається постійне скидання крові з системи ворітної вени (селезінкова вена) в систему нижньої порожнистої вени (ліва ниркова вена), що призводить до підвищення венозного тиску та зменшення об'ємної швидкості кровотоку в нирковій вені, що в свою чергу веде до венозної гіперемії та застійних явищ в лівій нирці.

В основу корисної моделі покладено завдання забезпечити скидання крові з системи ворітної вени в систему нижньої порожнистої вени тільки при підйомі венозного тиску в селезінковій вені і цим зменшуємо застійні явища в лівій нирці. Поставлене завдання досягається способом, що полягає в формуванні анастомозу, в якому згідно з корисною моделлю, венозний аутотрансплантат з клапаном з великої підшкірної вени стегна, вшивається між селезінковою та нирковою венами проксимальним кінцем до ниркової вени. Таким чином, що при підвищенні тиску в нирковій вені клапан закривається.

Етапи схематично показані на фігурах.

Фіг.1. На внутрішній поверхні стегна виділяється ділянка великої підшкірної вени стегна з клапаном довжиною до 2см.

Фіг.2. Вшивання проксимальної частини аутовенозного трансплантату з клапаном в ниркову вену.

Фіг.3. Вшивання дистальної частин аутовенозного трансплантату з клапаном в селезінкову вену.

Фіг.4. При підвищенні тиску в системі ворітної вени клапан відчиняється та залишається відкритим до вирівнювання тиску з системою нижньої порожнистої вени (напрямок току крові показано стрілкою).

Фіг.5. Коли тиск вирівнюється або підвищується клапан закривається кров не поступає з селезінкової вени в ліву ниркову вену.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Виконується виділення та забір венозного ауто-трансплантату з клапаном з великої підшкірної вени стегна (Фіг.1). Після розтину черевної порожнини проводять ревізію та визначення топографо-анатомічного співвідношення органів. Далі виконують накладання спленоренального анастомозу за допомогою аутовенозного трансплантату (Фіг.2-3), спочатку трансплантат приєднують до ниркової вени (Фіг. 2), а потім пришивають до селезінкової вени (Фіг.3). Таким чином, що кишені клапану розташовують до ниркової вени. При підвищенні тиску в системі ворітної вени проходить скидання крові з селезінкової до ниркової вени (Фіг.4). При вирівнюванні тиску в нирковій вені та селезінковій вені клапан зачиняється, що попереджує скидання крові в ниркову вену (Фіг.5).

Таким чином накладання спленоренального анастомозу за допомогою аутовенозного трансп-

(13) U

(11) 16498

(19) UA

лантанту з клапаном забезпечує адекватне функціонування анастомозу без надлишкового скидання крові з селезінкової вени до ниркової вени.

Приклад

Безпородна собака віком 4 роки. Стать: сука, масою 25кг. Кличка "Жучка". Собака утримувалась в умовах віварію. Оперативні втручання проводились під кетамін-тіопенталовим наркозом. 7.05.2005 виконано моделювання підпечінкової портальної гіпертензії шляхом звуження ворітної вени. 9.06.2005 виконано повторне оперативне втручання. При ревізії виявлено явища асцити, збільшена значно селезінка, розширені вени бри-

жі, шлунку, заочеревинного простору. Виділена ліва ниркова вена тупим та гострим шляхом довжиною до 4см. Знайдено розширену селезінкову вену, яку виділено на протязі 3см. На внутрішній ділянці стегна в місці впадіння великої підшкірної вени стегна в стегнову вену знайдено та виділено ділянку вени до 2см. Аутотрансплантат промито розчином гепарину. Проксиальним кінцем трансплантат непереривними швами фіксується до ниркової вени, дистальною частиною приєднано до селезінкової вени. При цьому виявлено адекватне функціонування спленоренального анастомозу.



Fig. 1

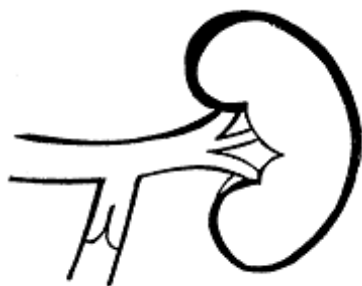


Fig. 2

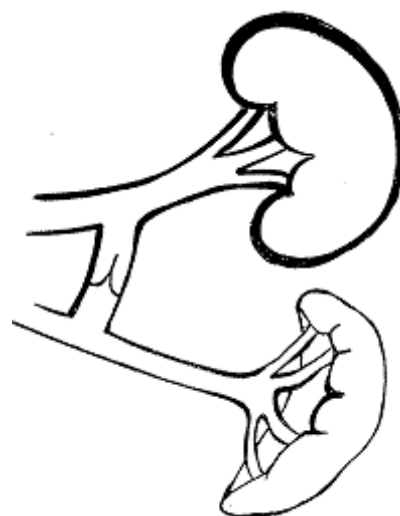


Fig. 3

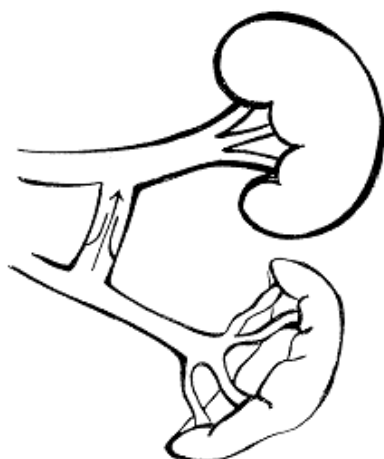


Fig. 4

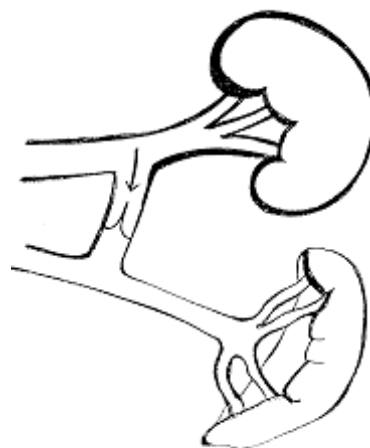


Fig. 5