



(19) **KG** (11) **1641** (13) **C1** (46)
(51) **A61B 17/00** (2014.01) **31.07.2014**

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
И ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя

(19) **KG** (11) **1641** (13) **C1** (46) **31.07.2014**

(21) 20130051.1

(22) 20.06.2013

(46) 31.07.2014, Бюл. №7

(76) Султангазиев Р.А. (KG)

(56) Петровский Б.В., Цацаниди К.Н., Кадошук Ю.Т. «Хирургия портальной гипертензии». Атлас. - М., 1994. - С. 45-49

(54) Способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы при наложении спленоренального венозного анастомоза

(57) Изобретение относится к медицине, а именно, к области хирургии, и может быть использовано при циррозах печени.

Задачей изобретения является разработка способа оперативного лечения, обеспечивающего минимизацию травмы поджелудочной железы, уменьшение объема кровопотери во время операции, а также способствующего сокращению длительности операции.

Поставленная задача решается тем, что в способе мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы при наложении спленоренального венозного анастомоза, включающем в себя послойную лапаротомию, гемостаз электрокоагуляцией, мобилизацию селезеночной вены из поджелудочной железы, коммуникантные вены поджелудочной железы с селезеночной веной перевязываются нерассасывающейся ниткой с селезеночной стороны и клипируются танталовой клипсой с поджелудочной стороны с дальнейшим пересечением скальпелем. 1 н.п. ф., 1 пр., 2 фиг.

(21) 20130051.1

(22) 20.06.2013

(46) 31.07.2014, Bull. number 7

(76) Sultangaziev R.A. (KG)

(56) Petrovskiy B.V., Tsatsanidi K.N., Kadoschuk Yu.T. "Surgery of portal hypertension." Atlas. - Moscow, 1994 - Pages 45-49

(54) Method for mobilization of the splenic vein from the pancreas at the splenorenal venous anastomosis imposing

(57) The invention relates to medicine, namely, to the field of surgery, and can be used in hepatic cirrhosis.

Problem of the invention is to provide a method of surgical treatment, which provides a minimizing of pancreas trauma, decreasing of blood loss during surgery, and reducing, as well, the duration of the operation.

The stated problem is solved by the fact that in the method for mobilization of the splenic vein from the pancreas at the splenorenal venous anastomosis imposing, which includes the layered laparotomy; hemostasis by electrocoagulation; mobilization of the splenic vein from under the pancreas; the perforating veins of the pancreas with the splenic vein are ligated by nonabsorbable filament from the splenic side and clipped by tantalum clip from the pancreatic side with further intersection with a scalpel. 1 independent claim, 1 example, 2 figures.

Изобретение относится к медицине, а именно, к области хирургии, и может быть использовано при циррозах печени.

Известен способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы, когда перевязываются коммуникантные вены с обеих сторон и пересекаются. (Петровский Б.В., Цацаниди К.Н., Кадошук Ю.Т. Хирургия портальной гипертензии. Атлас. - М., 1994. - С. 45-49).

Недостатком этой методики является то, что при перевязке и пересечении коммуникантных вен поджелудочной железы с селезеночной веной часто происходит кровотечение при тракции узла нитки от селезеночной вены, а также из поджелудочной железы. Попытка остановить кровотечение прошиванием поджелудочной железы часто приводит к послеоперационному панкреатиту. Основной причиной этого является очень короткая и тонкая стенка мелких коммуникантных сосудов, анастомозирующих с селезеночной веной.

Задачей изобретения является разработка способа оперативного лечения, обеспечивающего минимизацию травмы поджелудочной железы, уменьшение объема кровопотери во время операции, а также способствующего сокращению длительности операции.

Поставленная задача решается тем, что в способе мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы при наложении спленоренального венозного анастомоза, включающем в себя послойную лапаротомию, гемостаз электрокоагуляцией, мобилизацию селезеночной вены из поджелудочной железы, коммуникантные вены поджелудочной железы с селезеночной веной перевязываются нерассасывающейся ниткой с селезеночной стороны и клипируются танталовой клипсой с поджелудочной стороны с дальнейшим пересечением скальпелем.

На фиг. № 1.

1 - поджелудочная железа, 2 - селезеночная вена, 3 - нитка с завязанным узлом на селезеночной вене, 4 - клипатор с изогнутым концом с клипсой № LT-200.

На фиг № 2.

5 - танталовые клипсы на поверхности поджелудочной железы, 6 - спленоренальный венозный анастомоз по типу «бок в бок».

Способ осуществляют следующим образом.

Под интубационным наркозом больному придается положение на спине с подкладыванием валика в межлопаточное пространство на операционном столе, обрабатывается операционное поле. Производится верхнесрединно-срединная лапаротомия с обходом пупка слева. По ходу гемостаза электрокоагуляцией. По вскрытии брюшной полости большой сальник с ободочной кишкой отводят вверх, левее от Трейтцевой связки, обнажается нижняя поверхность тела и хвоста поджелудочной железы. По ходу нижней брыжеечной вены находят селезеночную вену в толще поджелудочной железы. Осторожно выделяют коммуникантные сосуды поджелудочной железы, анастомозирующие с селезеночной веной. Техническая трудность мобилизации селезеночной вены состоит в том, что коммуникантные сосуды поджелудочной железы, анастомозирующие с селезеночной веной, длиной до 5 мм, а диаметром 2-4 мм. Первым этапом диссектор тупо проводят за коммуникантную вену, затем кончик диссектора разжимается и подается нерассасывающаяся нитка № 1-0. Нитка осторожно подтягивается, и узел завязывается в сторону селезеночной вены. Вторым этапом клипатор с изогнутым концом клипирует танталовой клипсой № LT-200 поджелудочную сторону коммуникантной вены. Не снимая клипатор, скальпелем пересекают коммуникантную вену между узлом нитки и клипатором.

По вышеописанной методике выделяется селезеночная вена необходимой длины для наложения спленоренального анастомоза. После наложения спленоренального анастомоза в область анастомоза и на малый таз подводят страховочные дренажные трубки. Контроль на гемостаз. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

Пример. Атамкулов М. Д., 1989 г. р., поступил в отделение общей хирургии ЛОО УДП КР 21.12.2012 г. с диагнозом: Врожденная аномалия развития портальной вены. Внепеченочная форма портальной гипертензии. Спленомегалия. Хронический калькулезный холецистит.

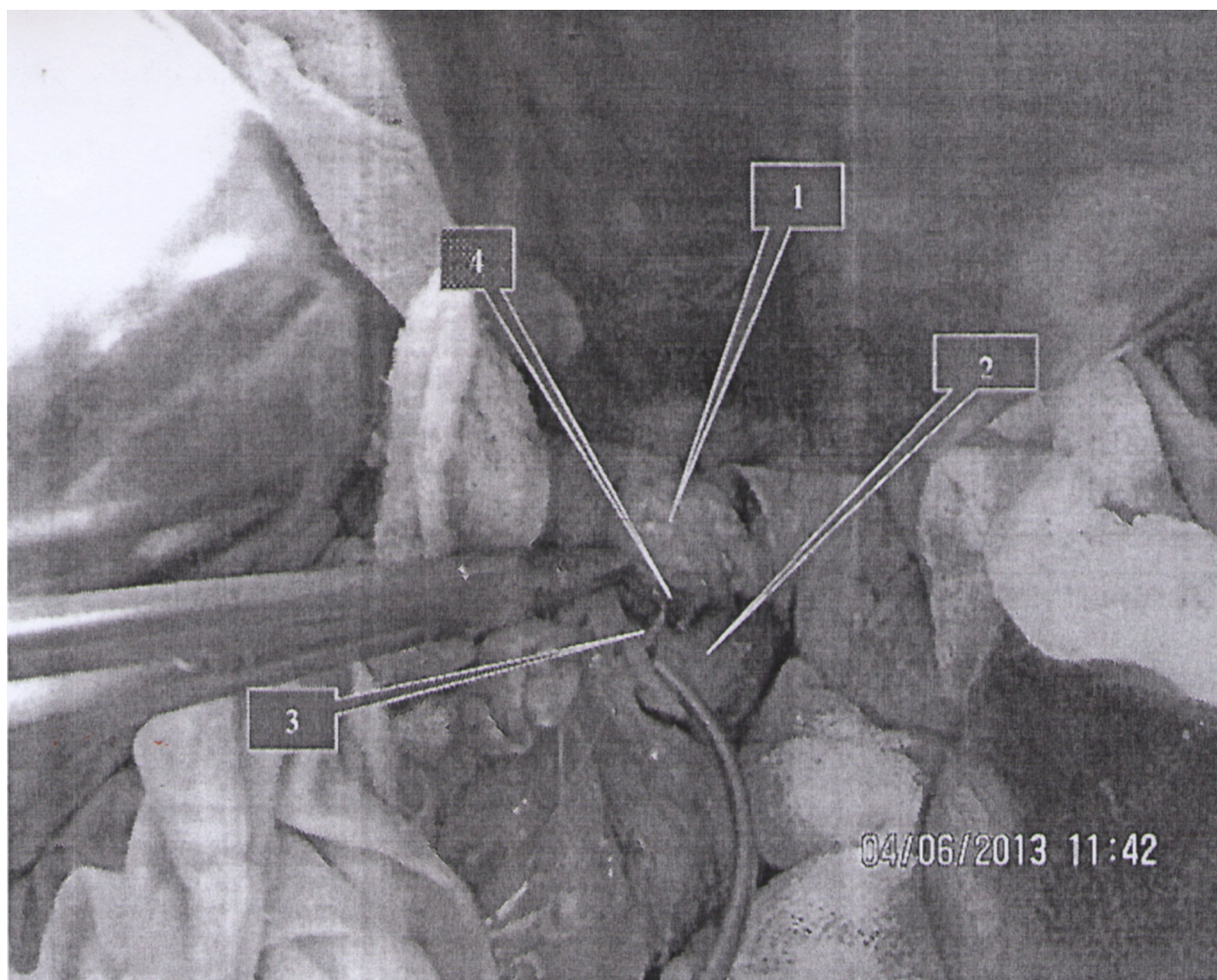
Жалобы при поступлении: на распирающую боль и чувство тяжести в левом подреберье, дискомфорт в лежачем положении, общую слабость. В анамнезе болеет в течение многих лет, почти с детства. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые, склеры слегка желтушны. АД 110/80 мм, пульс 76 в мин. Лабораторно-инструментальные данные: от 27.01.2013 г. Эритроциты - 4,11, гемоглобин - 137, ЦП - 0,97, лейкоциты - 10,1, лимфоциты - 27, моноциты - 7,7, сегментоядерные - 67, СОЭ - 4, тромбоциты - 204, креатинин - 96,88, глюкоза - 4,40, мочевины - 3,56, общий билирубин - 52,20. Прямой билирубин - 00, тимоловая проба - 5,20, АЛТ - 22,54, АСТ - 20,43, протромбиновое время - 18,3, ПТИ - 65 %, общий белок - 71,57, калий - 3,96, натрий - 152, кальций - 2,52. Анализ мочи от 28.01.2013 г. - желтая, мутная, 1022. Реакция кислая, белок - следы, эпителий плоский - 1-2-3, лейкоциты - 28-30-32. УЗИ от 06.11.2013 г. данные за спленомегалию. ЖКБ. ЭГДС от 15.10.12 г.: эрозивный бульбит. Поверхностный гастрит. Фиброскан печени от 22.10.2012 г. - эластичность - 5,4 кПа, F-0 по METAVIR. Рентгенография грудной клетки без особенностей. ЭКГ - ритм синусовый. ЧСС - 77 в мин., нормальное положение ЭОС. Признаки СРРЖ. Результат аортографии, ангиографии чревного ствола от 15.11.2013 г. признаков артериовенозной мальформации не выявлено.

28.01.2013 г. произведена операция: верхнесрединная лапаротомия. Наложение спленоренального венозного анастомоза по типу «бок в бок» по вышеописанной методике. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписался домой с выздоровлением.

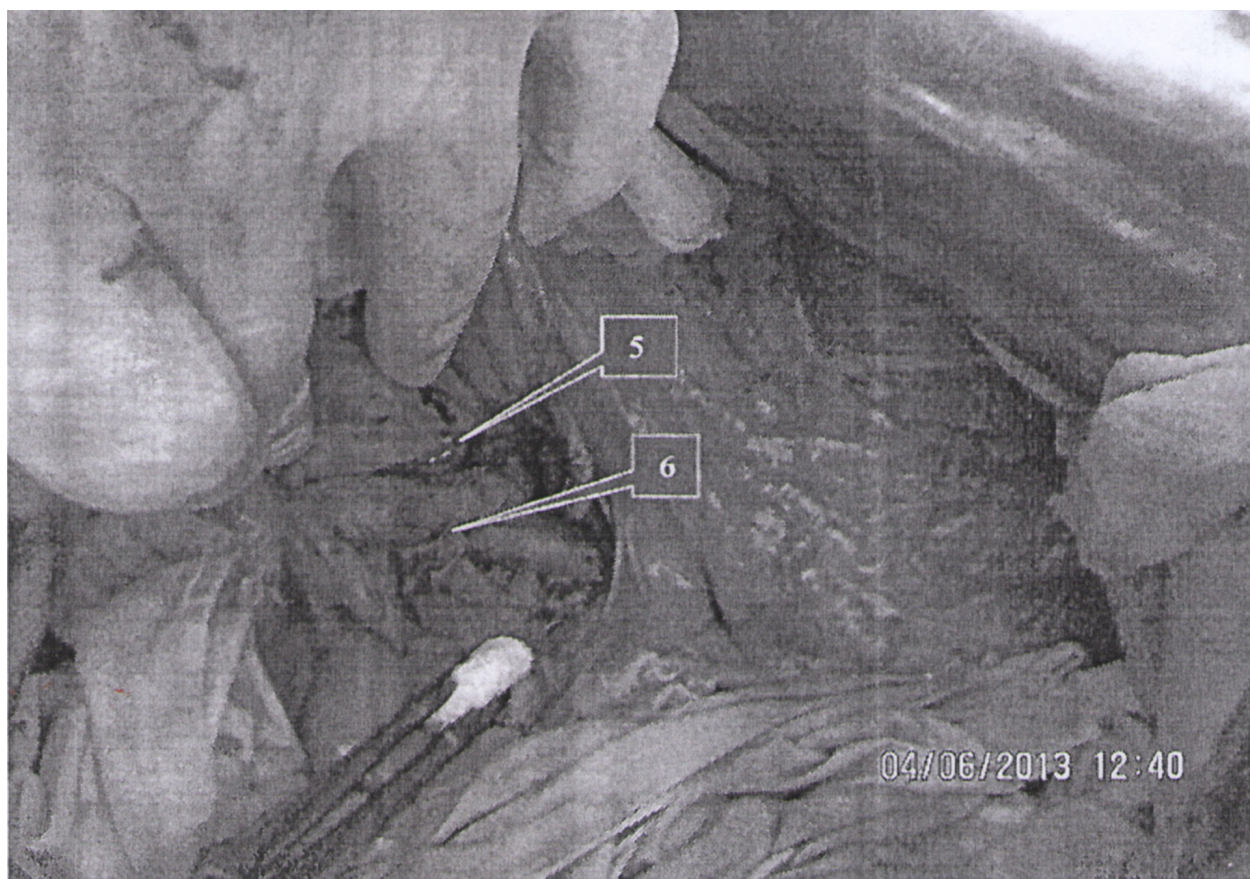
Таким образом, данный способ мобилизации селезеночной вены позволит минимизировать травму поджелудочной железы, уменьшает объем кровопотери, а также способствует сокращению периода длительности операции.

Формула изобретения

Способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы при наложении спленоренального венозного анастомоза, включающий послойную лапаротомию, гемостаз электрокоагуляцией, мобилизацию селезеночной вены из поджелудочной железы, отличающийся тем, что коммуникантные вены поджелудочной железы с селезеночной веней перевязывают нерассасывающейся ниткой с селезеночной стороны и клипируют танталовой клипсой с поджелудочной стороны с дальнейшим пересечением скальпелем.



Фиг. 1



Фиг. 2

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03