

(19) **KG** (11) **497** (13) **C1**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО ПО НАУКЕ И (51)⁷ **A61B 17/00**
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ ПРИ
ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 990002.1

(22) 15.01.1999

(46) 30.03.2002, Бюл. №3

(71) Кыргызская государственная медицинская академия (KG)

(72)(73) Бебезов Х.С., Насыранбеков О.Н., Султангазиев Р.А. (KG)

(56) Хирургия, №6. — М : Медицина, 1991. - С 78-81

(54) Способ создания спленоренального анастомоза

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано при лечении портальной гипертензии. Для профилактики тромбоза анастомоза после спленэктомии, создают анастомоз с помощью аутотрансплантата, сформированного из подкожной вены плеча с боковой ветвью и клапаном, проксимальный конец аутотрансплантата подводят к почечной вене с наложением анастомоза «конец в бок», а другой конец подводят к культе селезеночной вены с наложением анастомоза «конец в конец». 1 пр., 1 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано при лечении портальной гипертензии.

Известен способ создания спленоренального анастомоза, в котором после спленэктомии создают анастомоз между культей селезеночной и почечной вен аутотрансплантатом из яремной вены (Хирургия, №6. - М.: Медицина, 1991. - С. 78-81).

Недостатками известного способа являются частое образование аневризмов из-за несоответствия толщины стенки яремной вены, развитие тромбозов из-за невозможности промывки лекарственными смесями непосредственно зоны анастомоза и отсутствия контроля в нем за кровотоком и давлением, что затрудняет профилактику анастомоза.

Задачей изобретения является профилактика тромбоза анастомоза и уменьшение послеоперационных осложнений.

Задача решается тем, что после спленэктомии анастомоз создают с помощью аутотрансплантата, сформированного из подкожной вены плеча с боковой ветвью и клапаном, причем проксимальный конец аутотрансплантата подводят к почечной вене с наложением анастомоза «конец в бок», а другой конец подводят к культе селезеночной вены с наложением анастомоза «конец в конец».

На схеме изображен способ создания анастомоза с помощью предложенного

аутотрансплантата, где: поджелудочная железа 1, селезеночная вена 2, аутотрансплантат 3 из подкожной плечевой вены с боковой ветвью 4 и клапаном, фиксирующий узел 5 в боковой ветви, подключичный катетер 6 для введения лекарственных смесей в анастомоз и контроля в нем кровотока и давления, почечная вена 7, почка 8.

Способ состоит из трех этапов и осуществляется следующим образом.

Под интубационным наркозом больному придается передне-боковое положение на операционном столе с фиксацией рукодержателем и тазодержателем. На первом этапе торакоабдоминальным доступом по 8-му межреберью слева от задней подмышечной линии продолжением от пупка с резекцией хрящевой части 8-го ребра производят торакотомию, лапаротомию и диафрагмотомию. После вскрытия брюшной полости проводят мобилизацию большой кривизны желудка, после чего его отводят вверх и вправо, обнажая тем самым поджелудочную железу и ворота селезенки. По верхнему краю поджелудочной железы на уровне пульсации селезеночной артерии надсекают брюшину и осторожно отпрепаровывают артерию на протяжении 2-3 см, после чего пересекают между зажимами и лигируют. Затем правую руку подводят под левым куполом диафрагмы, осторожно без усилий вывихивают селезенку в рану и приступают к мобилизации ее связок: желудочно-селезеночной, селезеночно-кишечной и селезеночно-диафрагмальной. Накладывают два зажима на сосудистый пучок ближе к воротам селезенки и пересекают его между зажимами. Селезенку удаляют.

На втором этапе производят кожный разрез на плече по медиальной биципитальной борозде от локтевого сустава до подмышечной области, выделяют подкожную вену плеча (основную вену) на протяжении 10-12 см. На этом же участке подкожной вены специально оставляют боковую ветвь длиной в 3-4 см с клапаном. Производят гидравлическую дилатацию аутовены, во время которой проверяют состоятельность клапана. Диаметр основной вены варьировал от 0.6 до 0.8 см. Производят реверсию.

На третьем этапе выделяют почечную вену на протяжении 5 см. Накладывают зажим Сатинского в бок. Проксимальный конец аутовенозного трансплантата подводят к почечной вене и накладывают анастомоз по типу «конец в бок» нитью «Этикон» 7-0 узловыми швами под микроскопом. Затем другой конец аутовены выводят к культе селезеночной вены и накладывают анастомоз по типу «конец в конец».

После наложения анастомозов проверяют проходимость аутотрансплантата и клапана с помощью проведения подключичного катетера.

Пример. Больной Сайтов Д., 1971 г.р., поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии национального госпиталя (НГ) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики 12.09.1998. Диагноз: цирроз печени в стадии декомпенсации. Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода 11-111 степени. Асцит. Сplenomegaliasia с гиперспленизмом. При поступлении жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, боли распирающего характера в левом подреберье, сухость во рту. Анамнез: в 1987 году перенес болезнь Боткина, в 1997 лечился по месту жительства по поводу обострения хронического гастрита, асцита. В связи с ухудшением состояния 12.09.1998 поступил на хирургическое стационарное лечение в отделение гастроэнтерологии НГ.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот умеренно увеличен из-за асцита, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Селезенка выступает на 8-10 см из-под левой реберной дуги, безболезненная.

Лабораторно: ОАК : эритроциты 3.7, тромбоциты 92.2, гемоглобин 109 г/л, общий белок 81.3 г/л, лейкоциты 2.8, альбумин 55.8, А/Г коэффициент 1/26. УЗИ: эхопризнаки цирроза печени, портальной гипертензии, асцита, спленомегалии. Заключение спленопортографии: внутрипеченочный блок. Заключение Эгд: варикозное расширение вен пищевода 11-111 степени. 30.09.1998 произведена операция:

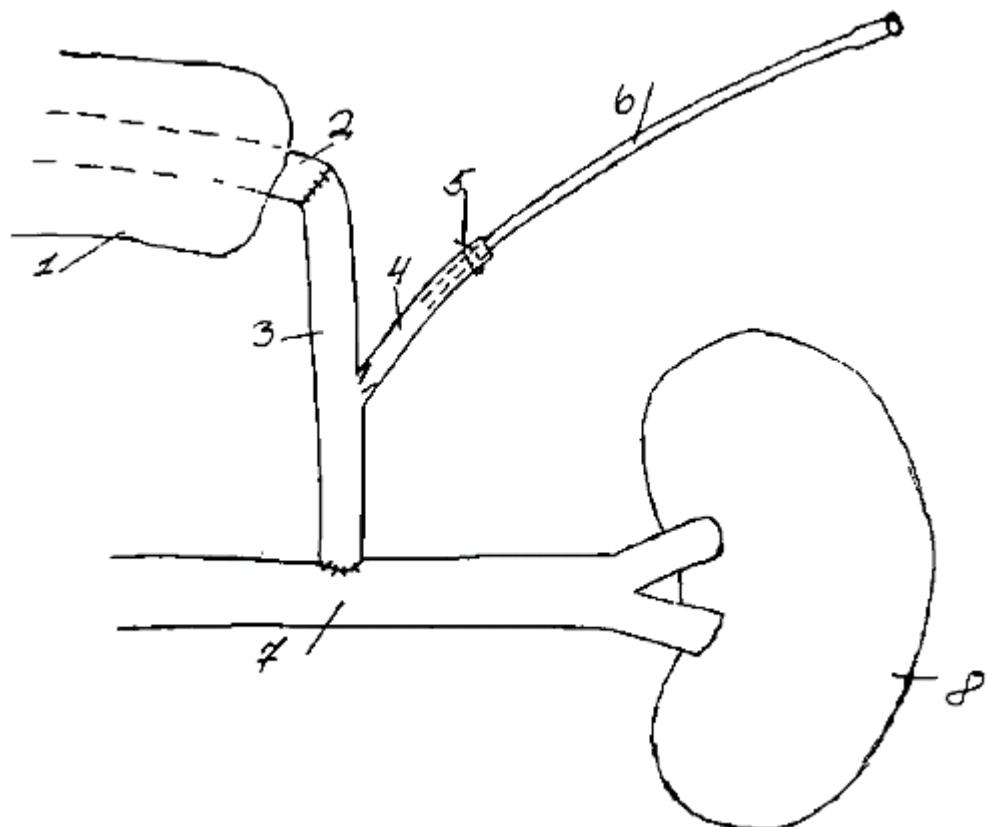
торакофренолапаротомия, спленэктомия. Наложение спленоренального анастомоза аутотрансплантатом из подкожной вены плеча с боковой ветвью и клапаном по вышеописанному способу.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление первичным натяжением. Выписан домой на 20 сутки после операции. Интраоперационно для профилактики тромбоза анастомоза вводился раствор: 5 тыс. ед. гепарина на 200 мл физиологического раствора. Для снятия спазм применялся раствор 2.0 г Ношпы на 200 мл физраствора, рана ушивалась послойно. В плевральной полости оставлен дренаж по Билау. Один дренаж подводили к ножу селезенки. В раннем послеоперационном периоде через каждые 6 ч под контролем времени свертывания крови по Ли-Уайту вводили гепарин в соответствии с показателями.

Таким образом, предложенный способ позволяет эффективно проводить профилактику и не допускать тромбирования анастомоза, исключать другие осложнения, так как появляется возможность через боковую ветвь с клапаном в аутотрансплантате через катетер промывать лекарственными смесями зону анастомоза, постоянно контролировать в нем кровоток и давление.

Формула изобретения

Способ создания спленоренального анастомоза, включающий спленэктомию, создание анастомоза с помощью аутотрансплантата между культей селезеночной и печеночной вен, отличающийся тем, что аутотрансплантат формируют из подкожной вены плеча с боковой ветвью и клапаном, причем проксимальный конец аутотрансплантата подводят к почечной вене с наложением анастомоза "конец в бок", а другой конец подводят к культе селезеночной вены с наложением анастомоза "конец в конец".



Способ создания спленоренального анастомоза

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Солобаева Э.А.
Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41, факс: (312) 68 17 03