



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **90**

(51) **МПК (2006.1) А 61 В 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 0700121

(22) 30.08.2007

(46) Бюл.48 (4), 2007

(71) Холматов П.К. (TJ)

(72) Холматов П.К. (TJ); Гульмурадов Т.Г. (TJ).

(73) Холматов П.К. (TJ)

(56) 1. Бублик В.В. Дистальный спленоренальный анастомоз. Автореф. канд. дисс. – Харьков, 1989. – С. 21.

2. Горский В.А., Суходулов А.М., Фаллер. Новые возможности гемостаза при паренхиматозных кровотечениях. //АНН. Хир. гепатол., 1999. – № 2. с. 10-13.

3. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. – Ташкент. Медицина, 1984. – с. 319.

(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

(57) Способ хирургического лечения портальной гипертензии относится к области медицины, а именно к хирургии портальной гипертензии при формировании портосистемного шунта (ПСШ) и гемостаза.

В предлагаемом способе формирование полноценной камеры портосистемного анастомоза при ДСРА исключает точечные коагулопатические кровотечения из линии сосудистого шва, а также поверхности ткани хвоста поджелудочной железы, где используют гемостатический материал «Серджисел» для остановки кровотечения.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии портальной гипертензии при формировании портосистемного шунта (ПСШ) и гемостаза.

Широко известны многочисленные способы формирования порто системного шунта у больных с синдромом портальной гипертензии [1,2,3], которые предусматривают наложения дистального спленоренального анастомоза.

Недостатками известных способов являются:

- низкая степень развития тромбоза анастомоза;
- развитие острого послеоперационного панкреатита.

Прототипом заявляемого способа является способ наложения дистального спленоренального анастомоза [3], где спленоренальный анастомоз накладывается с пересечением проксимального конца селезеночной вены. При его осуществлении достигается декомпрессия наиболее уязвимого отдела – гастроэзофагеального бассейна портальной системы с одновременным сохранением притока мезентеральной крови к печени.

Недостатками этого способа являются следующие:

- 1) развитие тромбоза анастомоза; 2) развитие послеоперационного панкреатита; 3) отсутствие выбора доступа к селезеночной вене; 4) выделение перевязки мелких вен и т.п.

Целью изобретения является внедрение нового, простого и легкого способа с использованием гемостатического материала «Серджисел» при выполнении дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) у больных с синдромом портальной гипертензии.

Поставленная цель достигается путем обертывания «Серджисел» линии наложенных швов анастомоза, а также для остановки субоперационного кровотечения из поверхности ткани поджелудочной железы.

Способ осуществляется следующим образом:

- верхнесрединным разрезом вскрывают брюшную полость;
- формирование полноценной камеры портосистемного анастомоза исключает появление точечных коагулопатических кровотечений из линии сосудистого шва и поверхности ткани хвоста поджелудочной железы. Для этого используют гемостатический материал «Серджисел» для остановки кровотечения.

Очень важным моментом операции является выбор доступа к селезеночной вене. Этот доступ осуществляется через брыжейку поперечной ободочной кишки, что даёт возможность избежать разобщения естественных портокавальных анастомозов и упрощает операцию. Наиболее трудоёмкой и напряженной частью операции является мобилизация селезеночной вены, а именно, выделение перевязки мелких вен, впадающих в её ствол. Повреждение этих мелких вен, несущих кровь из поджелудочной железы, сопровождается обильным кровотечением. С целью профилактики субопера-

ционного кровотечения, рецидивов кровотечения, устойчивости гемостаза на поверхность хвоста поджелудочной железы накладывают «Серджисел». Благодаря тканевой поверхности «Серджисел» он не крошится и легко складывается.

Полная абсорбция и отсутствие в материале компонентов животного происхождения обеспечивают отсутствие побочных эффектов от применения «Серджисел». «Серджисел» - единственный гемостатический материал с доказанной бактерицидной активностью. Гемостаз наступает через 2–8 минут.

Анализ как непосредственных, так и отдалённых результатов формирования портосистемного шунтирования (ПСШ) показал, что наиболее частым осложнением является их тромбоз, в основном как следствие запланированного сужения камеры сосудистого анастомоза или же деформации камеры сосудистого анастомоза дополнительными гемостатическими швами. В связи с этим, технический результат предлагаемого способа обусловлен совокупностью существенных признаков, которые дают возможность осуществить адекватную дренажную функцию портопеченочного бассейна, а именно: 1) формирование овального окна на анастомозируемых сосудах одинакового диаметра при ПСШ типа «бок в бок»; 2) наложение сосудистого шва на анастомозируемые сосуды с формированием полноценной камеры шунта; 3) фиксация линии сосудистого шва с помощью «Серджисел».

Сопоставительный анализ с прототипами свидетельствует об отличии заявляемого способа от известных тем, что при нём достигается формирование полноценной камеры портосистемного анастомоза, не допускающее риск возникновения тромбоза в послеоперационном периоде, облегчается техническое выполнение операции, исключается возможность коагулопатических кровотечений из линии сосудистого шва и поверхности ткани хвоста поджелудочной железы.

Способ применён на трех больных с циррозом печени и портальной гипертензией при формировании ДСРА.

Пример: Больной А., поступил 15.03.2003 г в клинику с диагнозом цирроз печени, компенсированная стадия (Child A). Варикозное расширение вен пищевода I-II степени. Диагноз цирроза печени установлен в 2001 году. Кровотечения в анамнезе не было. Больному произведено ФГДС и выявлена следующая эндоскопическая картина: в нижней трети пищевода наличие варикозов диаметром 0,3,0,5,1,0 см. Портальная гастропатия лёгкой степени.

Для профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) больному предложили оперативное вмешательство. Выполняли верхнесрединную лапаротомию. С техническими трудностями выделили основной ствол селезеночной вены. Отмечалось субоперационное кровотечение поверхности ткани хвоста поджелудочной железы.

На кровоточащую поверхность хвоста поджелудочной железы наложили гемостатический материал «Серджисел», кровотечение остановилось в течение 4 минут. При выполнении ПСШ линию анастомоза укрепили в виде обвёртывания «Сер-

джиселом». Послеоперационный период протекал гладко. На УЗИ отметили полноценное функционирование шунта.

Больного выписали в удовлетворительном состоянии на 14 сутки.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ хирургического лечения портальной гипертензии, включающий наложение дистального спленоренального анастомоза, при котором спленоренальный анастомоз накладывают с пересечением проксимального конца селезеночной вены и подвергают декомпрессии наиболее уязвимый отдел – гастроэзофагеальный бассейн портальной

системы с одновременным сохранением притока мезентеральной крови к печени, **отличающийся тем, что** на линию портосистемного анастомоза накладывают гемостатический материал «Серджисел».

Компьютерный набор: Абидова П.А.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ		
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14 а.		