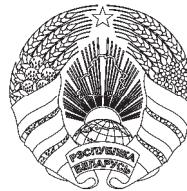


ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ (19) BY (11) 21339



(13) C1

(46) 2017.10.30

(51) МПК

A 61B 17/12 (2006.01)

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(54) СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

(21) Номер заявки: а 20150186

(22) 2015.04.06

(43) 2016.12.30

(71) Заявители: Могилевец Эдуард Владиславович; Батвинков Николай Иванович (BY)

(72) Авторы: Могилевец Эдуард Владиславович; Батвинков Николай Иванович (BY)

(73) Патентообладатели: Могилевец Эдуард Владиславович; Батвинков Николай Иванович (BY)

(56) ЕРАМИШАНЦЕВ А.К. и др. Хирургия. - 2003. - № 10. - С. 45-51.

RU 2223696 C1, 2004.

RU 2285459 C2, 2006.

UA 55175 A, 2003.

ДУНДАРОВ З.А. и др. Белорусско-польские дни хирургии: Сб. материалов VI Международного научно-практического симпозиума. - Гродно, 2013. - С. 143-145.

КАМЕНСКИХ Е.Д. Профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода при циррозе печени: Автореф. дис. - Пермь, 2011. - С. 18-19.

МАНУКЬЯН В.Г. Выбор метода операции азиго-портального разобщения у больных циррозом печени и портальной гипертензией: Автореф. дис. - М., 2011. - С. 6, 14.

(57)

Способ профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при подпеченочной портальной гипертензии на фоне хронического панкреатита, заключающийся в том, что проводят резекционную, дренирующую или комбинированную операцию по поводу хронического панкреатита, после чего интраоперационно выполняют фиброгастродуоденоскопию с определением диаметров варикозно расширенных вен пищевода и желудка и, если полученные значения диаметров не уменьшились по сравнению с соответствующими дооперационными значениями, выполняют деваскуляризацию проксимальной половины большой кривизны и дна желудка с разобщением всех коротких вен желудка и задней желудочной вены.

Изобретение относится к области медицины, а именно хирургии, и может применяться для профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при подпеченочной портальной гипертензии на фоне хронического панкреатита.

Кровотечения из ВРВПЖ являются одной из причин, ухудшающих результаты хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом, вследствие развития подпеченочной портальной гипертензии, обусловленной сдавлением воротной либо селезеночной вен объемными образованиями в поджелудочной железе. Резекционные вмешательства,

BY 21339 C1 2017.10.30

операции внутреннего дренирования, а также комбинированные оперативные вмешательства на поджелудочной железе при хроническом панкреатите нашли широкое применение. Однако рецидивы кровотечений из ВРВПЖ в послеоперационном периоде свидетельствуют о неполной декомпрессии в ряде случаев портальной системы.

Известен способ дуоденум-сохраняющей резекции головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите, при котором выполняется локальная резекция воспалительного инфильтрата головки поджелудочной железы, которая должна сопровождаться декомпрессией вирсунгова протока, а также прилежащих общего желчного протока, воротной вены. Восстановление оттока сока поджелудочной железы из вирсунгова протока достигается формированием панкреатиконоанастомоза конец в бок либо бок в бок [1].

Недостатком данного способа является то, что при ее выполнении декомпрессия воротной либо селезеночной вен в полной мере достигается не во всех случаях. Сохраняющаяся в ряде случаев подпеченочная портальная гипертензия с варикозным расширением вен пищевода и желудка обуславливает эпизоды кровотечений из них в послеоперационном периоде.

Известен способ дистальной резекции поджелудочной железы при левостороннем типе подпеченочной портальной гипертензии, обусловленном сдавлением селезеночной вены псевдокистами либо разрастаниями соединительной ткани при хроническом панкреатите. При этом вмешательство предпочтительно выполнять в варианте с сохранением селезенки, в случае невозможности ее сохранения выполняется спленэктомия [2].

Недостатком способа дистальной резекции поджелудочной железы с сохранением селезенки является то, что декомпрессия селезеночной вены в полной мере достигается не во всех случаях. Сохраняющийся в ряде случаев левосторонний вариант подпеченочной портальной гипертензии с варикозным расширением вен дна желудка обуславливает эпизоды кровотечений из них в послеоперационном периоде. Недостатком способа дистальной резекции поджелудочной железы с удалением селезенки является то, что в послеоперационном периоде значительно возрастает риск инфекционных осложнений.

Из просмотра обзора доступной литературы нам не удалось обнаружить способ, который мог бы служить прототипом заявляемого изобретения.

Задача изобретения - расширение арсенала способов профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при подпеченочной портальной гипертензии на фоне хронического панкреатита.

Поставленная задача решается тем, что проводят резекционную, дренирующую или комбинированную операцию по поводу хронического панкреатита, после чего интраоперационно выполняют фиброгастродуоденоскопию с определением диаметров варикозно расширенных вен пищевода и желудка и, если полученные значения диаметров не уменьшились по сравнению с соответствующими дооперационными значениями, выполняют деваскуляризацию проксимальной половины большой кривизны и дна желудка с разобщением всех коротких вен желудка и задней желудочной вены.

Способ осуществляют следующим образом. При выполнении резекционной, дренирующей либо комбинированной операции по поводу хронического панкреатита у пациента с наличием варикозного расширения вен дна желудка и пищевода, обусловленного подпеченочной портальной гипертензией, после выполнения основного этапа вмешательства интраоперационно выполняют фиброгастродуоденоскопию и, в случае отсутствия уменьшения диаметра варикозно расширенных вен пищевода и желудка в сравнении с дооперационными характеристиками, выполняют деваскуляризацию проксимальной половины большой кривизны и дна желудка с обязательным разобщением всех коротких желудочных и задней желудочной вены. Данный способ способствует уменьшению размеров варикозно расширенных вен пищевода и желудка вследствие предотвращения сброса крови в них из селезеночной вены и следовательно их декомпрессии, а также способствует профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желуд-

ка при подпеченочной портальной гипертензии на фоне хронического панкреатита в по-слеоперационном периоде.

Данным способом прооперирован 1 пациент с благоприятным исходом, деваскуляризацию проксимальной половины большой кривизны и дна желудка с обязательным разобщением всех коротких желудочных и задней желудочной вены в дополнение к основному этапу операции при хроническом панкреатите способствовали уменьшению размеров варикозно расширенных вен пищевода и желудка вследствие их декомпрессии.

Приводим пример, подтверждающий возможность осуществления способа.

Пример 1.

Пациент Ж., 59 лет, ИБ № 29288. Диагноз: "Хронический рецидивирующий панкреатит. Парапанкреатит. Киста головки поджелудочной железы. Хроническая дуоденальная непроходимость. Механическая желтуха. Подпеченочная портальная гипертензия. Варикозное расширение вен дна желудка и пищевода 3 степени".

При поступлении предъявлял жалобы на боли в области эпигастрия, усиливающиеся после еды, тошноту, слабость, снижение веса.

Из анамнеза заболевания известно, что пациент считает себя больным около нескольких месяцев, когда появились вышеизложенные жалобы. Проходил консервативное лечение в терапевтическом и хирургическом отделениях. Поступил для оперативного лечения.

Данные дополнительных методов обследования: ФЭГДС. Заключение: "Хронический гастрит. Варикозное расширение вен дна желудка и пищевода 3 степени".

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Желчные протоки: холедох 12 мм, внутрипеченочные протоки расширены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка представлена жидкостным образованием 70×48 мм с при-стеночными тканевыми компонентами, тело 20 мм, хвост 29 мм, контуры размыты, эхоструктура неоднородная, вирсунгов проток 5 мм, эхогенность снижена.

Вдоль передней поверхности железы от уровня сальниковой сумки определяется жидкостная структура неправильной формы размером 155×50 мм с неоднородным внутренним содержимым за счет детрита и секвестров, достигающая уровня на 5-6 см ниже уровня пупка.

Магниторезонансная томография.

Холедох расширен до 18,5 мм, постепенно сужается на уровне головки поджелудочной железы, явных конкреций в просвете не выявлено. Поджелудочная железа деформирована, в головке поджелудочной железы определяется жидкостное образование неправильной формы, без четких контуров, дающее однородно повышенный сигнал на Т2 сканах, размерами до $57 \times 57 \times 50$ мм. В области хвоста по задней поверхности железы визуализируется неоднородное жидкостное образование размерами до 45×35 мм. Вирсунгов проток диаметром до 5 мм. Парапанкреатическая клетчатка отечна. В парапанкреатической клетчатке визуализируется жидкостное образование неправильной формы размерами до 120×31 мм, в области сальника 143×62 мм. В брюшной полости отмечается небольшое скопление свободной жидкости.

Заключение: картина хронического панкреатита, кист поджелудочной железы, ложных панкреатических кист указанной локализации. Умеренный выпот в брюшной полости.

Электрокардиограмма ЧСС 86. Нормальный синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС.

Общий анализ крови эритроциты $3,08 \times 10^12/\text{л}$, гемоглобин 106 г/л, лейкоциты $15,8 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 36 мм/ч.

Группа крови А (II); резус фактор отрицательный.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый; прозрачная; реакция 5,2 pH; относительная плотность 1030, белок отр, глюкоза отр; кетоновые тела отр; билирубин отр; уробилин отр; эпителий плоский-; лейкоциты 0-1.

BY 21339 С1 2017.10.30

Гемостазиограмма: активированное частичное тромбопластиновое время 31,4 с; протромбированное время 17,7 с; активность протромбированного комплекса (по Квику) 71 %; международное нормализованное отношение 1,25; фибриноген 5,34 г/л.

Биохимическое исследование крови: общий белок 54 г/л, мочевина 3,2 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, билирубин общий 10,2 мкмоль/л, глюкоза крови 13,2 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза 38 Ед/л, аланинаминотрансфераза 32 Ед/л, амилаза 1116 Ед/л, натрий 131 ммоль/л, калий 8,0 ммоль/л, хлориды 104 ммоль/л.

Выполнена операция: холедоходуоденоанатомоз по Юрашу, панкреатоцистодуоденоанастомоз, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, холецистэктомия. После выполнения основного этапа вмешательства интраоперационно выполнена фиброгастродуоденоскопия, на которой констатировано сохранение размеров варикозно расширенных вен дна желудка и пищевода (3 степень) без тенденции к уменьшению их диаметра в сравнении с дооперационными характеристиками. Выполнена деваскуляризация проксимальной половины большой кривизны и дна желудка с разобщением всех коротких желудочных и задней желудочной вены. Повторная интраоперационная фиброгастроуденоскопия выявила уменьшение размеров варикозно расширенных вен дна желудка и пищевода с 3 до 1 степени.

Послеоперационный период соответствовал тяжести перенесенного оперативного вмешательства, протекал без осложнений.

Данные дополнительных методов обследования после операции.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, реакция 5,0 рН; относительная плотность 1015, белок отр., глюкоза отр., кетоновые тела отр., билирубин отр.; уробилин отр., эпителий плоский 1-2, лейкоциты 1-3.

Гемостазиограмма: активир. частичное тромбопластин. время 31,4 с, протромбированное время 17,7 с, активность протромбирован. комплекса (по Квику) 71 %, международное нормализованное отношение 1,25, фибриноген 5,34 г/л.

Эритроциты $2,95 \times 10^12/\text{л}$ ($3,9\text{-}5,3 \times 10^12/\text{л}$); гемоглобин 90 г/л (130-170)г/л; лейкоциты $7,53 \times 10^9/\text{л}$ ($4\text{-}9 \times 10^9/\text{л}$); СОЭ 43 мм/ч; цветовой показатель 0,92; гематокрит 27 % (40-48 %); тромбоциты $545,7 \times 10^9/\text{л}$ (150-450) $\times 10^9/\text{л}$; MCV (средний объем эритроцитов) 91 Фл (79-92,2)Фл; MCH (содержание гемоглобина в эритроцитах) 30 пг (25,6-32,2) пг; MCHC (концентрация гемоглобина в эритроцитах) 33,5 г/дл (32,3-36,5г/дл); RDW (степень анизоцитоза) 15,4 % (11,6-14,4 %); базофилы 1 % (0-1 %); эозинофилы 1 % (1-5 %); нейтрофилы палочкоядерные 4 % (1-5 %); нейтрофилы сегментоядерные 79 % (40-70 %); лимфоциты 10 % (19-37 %); моноциты 5 % (3-8 %). Биохимическое исследование крови, общий белок 64 г/л, мочевина 2,5 ммоль/л, креатинин 53 мкмоль/л, билирубин общий 10,4 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза 33 Ед/л, аланинаминотрансфераза 24 Ед/л, амилаза 284 Ед/л, натрий 134 ммоль/л, калий 5,6 ммоль/л, хлориды 105 ммоль/л.

В послеоперационном периоде наблюдения эпизодов кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка не наблюдалось. При контрольных ФЭГДС степень расширения варикозно расширенных вен дна желудка и пищевода не увеличивалась, оставалась 1 степени, появления новых варикозно расширенных вен отмечено не было.

Таким образом, применение предложенного способа декомпрессии варикозно расширенных вен пищевода и дна желудка при хирургической коррекции хронического панкреатита с подпеченочной портальной гипертензией способствует уменьшению размеров варикозно расширенных вен пищевода и желудка вследствие предотвращения сброса крови в них из селезеночной вены и, следовательно, их декомпрессии.

Предлагаемый способ эффективен, доступен и может найти широкое применение в клинической практике.

BY 21339 C1 2017.10.30

Источники информации:

1. Beger H.G. Krautzberger W, Bittner R, Buchler M, Limmer J. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in patients with severe chronic pancreatitis // Surgery. - 1985. - V. 97(4). - P. 467-73.

2. Буриев И.М., Икрамов Р.З. Дистальная резекция поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. - 1997. - Т. 2. - С. 136-138.

Репозиторий ГГМУ