

УДК 616.149.66=008.331.1=089

ТЕХНИКА ВЫДЕЛЕНИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ВЕНЫ ИЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ШУНТА

Р.А. Султангазиев

Приведены результаты нового способа мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы при создании спленоренального шунта в хирургическом лечении больных с портальной гипертензией.

Ключевые слова: портальная гипертензия (ПГ); гастроэзофагеальное кровотечение (ГЭК); цирроз печени (ЦП); варикозно расширенные вены пищевода и желудка (ВРВП и Ж); портокавальное шунтирование (ПКШ).

TECHNIQUE OF SPLENIC VEIN SELECTION FROM THE PANCREAS TO OVERLAY SPLENORENAL BYPASS

R.A. Sultangaziev

The article presents the results of a new method of the splenic vein mobilization from the pancreas when create spleno renal bypass in the surgical treatment of patients with portal hypertension.

Key words: portal hypertension; gastroesophageal bleeding; liver cirrhosis; varicosity of the esophagus and stomach; porto-caval shunting.

Актуальность. В связи с увеличением количества больных циррозом печени, обусловленном вирусной, а также алкогольной этиологией, и нередко встречающимися в последние годы врожденными аномалиями развития вен портальной системы, хирургический способ лечения портальной гипертензии по сегодняшний день остается основным и ведущим методом в лечении таких больных [1, 2]. При создании спленоренальных анастомозов известен способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы, когда перевязываются коммуникантные вены с обеих сторон и пересекаются [3, 4].

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 послеоперационному панкреатиту. Основной причиной этого являются очень короткие и тонкие стенки мелких коммуникантных сосудов, анастомозирующих с селезеночной веной.

Цель исследования – оптимизация мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы.

Задача исследования – минимизировать травму поджелудочной железы, уменьшить объем кро-

вопотери во время операции, а также способствовать сокращению длительности операции.

Материалы и методы. В нашем материале предложен способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы, который был внедрен в клиническую практику отделения общей хирургии ЛООУДПиП КР.

Всего спленоренальных анастомозов в различных вариантах за период с 1996 по 2013 г. выполнено 129 больным. Мобилизация селезеночной вены производилась по стандартной методике 100 больным, а 29 больным селезеночная вена из поджелудочной железы мобилизовалась по предложенной нами методике (подана заявка на изобретение в Кыргызпатент от 20 июня 2013 г.).

В способе мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы при наложении спленоренального венозного анастомоза, включающего послонную лапаратомию, гемостаз электрокоагуляцией, мобилизацию селезеночной вены из поджелудочной железы, имеется особенность: коммуникантные вены поджелудочной железы с селезеночной веной перевязываются нерассасывающейся ниткой с селезеночной стороны и клипируются танталовой клипсой с поджелудочной стороны с дальнешим пересечением скальпелем (рисунок 1).

Способ осуществляется следующим образом. Под интубационным наркозом больному

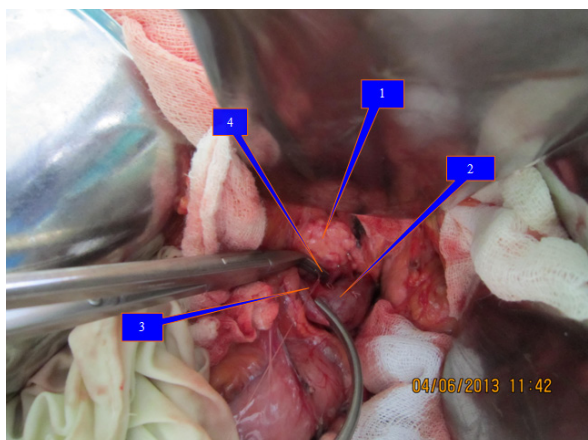


Рисунок 1 – Мобилизация: 1 – поджелудочная железа; 2 – селезеночная вена; 3 – нитка с завязанным узлом на селезеночной вене; 4 – клипатор изогнутым концом с клипсой № LT-200

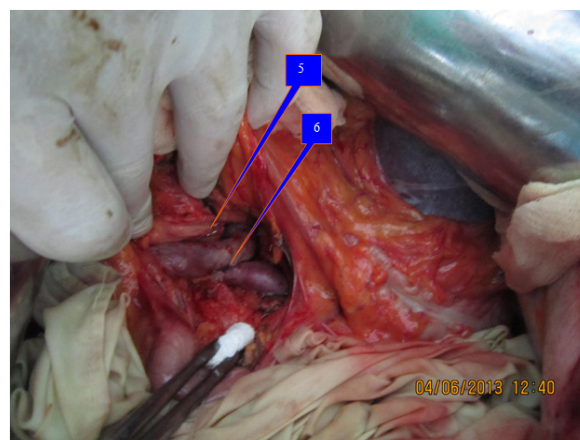


Рисунок 2 – Клипирование коммуникантной вены. 1 – танталовые клипсы на поверхности поджелудочной железы; 2 – спленоренальный венозный анастомоз по типу “бок в бок”

придаем положение на спине с подкладыванием валика в межлопаточное пространство на операционном столе, обрабатываем операционное поле. Производим верхнесрединно-срединную лапаротомию с обходом пупка слева. По ходу – гемостаз электрокоагуляцией. По вскрытии брюшной полости большой сальник с ободочной кишкой отводим вверх, левее от Трейтцевой связки, обнажаем нижнюю поверхность тела и хвоста поджелудочной железы. По ходу нижней брыжеечной вены находим селезеночную вену в толще поджелудочной железы. Осторожно выделяем 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, имеют длину до 5 мм, а диаметр – 2–4 мм.

На первом этапе диссектор тупо проводим за коммуникантную вену, затем кончик диссектора разжимаем и подаем нерассасывающуюся нитку № 1-0. Нитку осторожно подтягиваем и завязываем узел в сторону селезеночной вены.

На втором этапе клипатором с изогнутым концом клипируем танталовой клипсой № LT-200 поджелудочную сторону коммуникантной вены. Не снимая клипатор, скальпелем пересекаем коммуникантную вену между узлом нитки и клипатором.

По вышеописанной методике выделяем селезеночную вену необходимой длины для наложения спленоренального анастомоза. После наложения спленоренального анастомоза в область анастомоза и на малый таз подводим страховочные дре-

нажные трубки. Контроль на гемостаз. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

Пример. Атамкулов М.Д. 1989 г.р. поступил в отделение общей хирургии ЛОО УДПиП 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, общая слабость. В анамнезе болен в течение многих лет, почти с детства. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые, склеры слегка желтушны. АД – 110/80 мм, пульс – 76 ударов 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 – 7. СОЭ-4; тромбоциты – 204. Креатинин – 96,88. Глюкоза – 4,40. Мочевина – 3,56. Общ. билирубин 52,20. Прямой билирубин – 00. Тимолова проба – 5,20. АЛТ – 22,54. АСТ – 20,43. Протромбиновое время – 18,3. ПТИ – 65%. Общ. 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 плоские – 1-2-3, лейкоциты – 28-30-32. **УЗИ от 06.11.2013 г.** – данные за спленомегалию. **ЖКБ. ЭГДС от 15.10.2012 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 ударов в мин. Нормальное положение ЭОС. Призна-

ки 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.

Результаты обсуждения. Из 100 больных, которым выполнялась стандартная мобилизация селезеночной вены, у 40 % пациентов в момент мобилизации коммуникантных вен поджелудочной железы с селезеночной веной интраоперационно при тракции узла нитки со стороны поджелудочной железы мы получали кровотечение. Попытка остановить кровотечение путем электрокоагуляции не только не останавливала кровотечение, но и усугубляла его. Зачастую мы прибегали к прошиванию этих сосудов вместе с тканью поджелудочной железы, после которого у 3 больных в послеоперационном периоде развился послеоперационный панкреатит с панкреатическим свищом. Объем интраоперационной кровопотери составлял до 1500 мл. С внедрением вышеизложенной методики мобилизации селезеночной вены нам удалось уменьшить интраоперационную кровопотерю от 500 до 200 мл.

Выводы

1. Предложенная методика мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы позволяет минимизировать травму поджелудочной железы.

2. Уменьшается объем интраоперационной кровопотери.

3. Методика способствует сокращению длительности операции по времени, которая имеет немаловажную роль у больных с циррозом печени.

Литература

1. *Петровский Б.В.* Хирургия портальной гипертензии. Атлас / Б.В. Петровский, К.Н. Цацаниди, Ю.Т. Кадошук. М., 1994. С. 45–49.
2. *Ерамишанцев А.К.* Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / А.К. Ерамишанцев // *Анн. хирург. гепатол.* 2007. Т. 12. № 2. С. 8–16.
3. *Гарбузенко Д.В.* Лечебная тактика при кровотечениях из варикозно расширенных вен желудка / Д.В. Гарбузенко // *Анн. хирург. гепатол.* 2007. Т. 12. № 1. С. 96–103.
4. *Лебезев В.М.* Сочетанные операции в профилактике гастроэзофагеальных кровотечений у больных с портальной гипертензией / В.М. Лебезев, А.К. Ерамишанцев, Р.С. Григорян // *Анн. хирург. гепатол.* 2006. Т. 11. № 2. С. 16–20.