



УКРАЇНА

(19) UA (11) 53071 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ХІРУРГІЧНИЙ СПОСІБ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧ З ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

1

(21) u201002598

(22) 09.03.2010

(24) 27.09.2010

(46) 27.09.2010, Бюл.№ 18, 2010 р.

(72) ТУТЧЕНКО МИКОЛА ІВАНОВИЧ, РУДИК ДІАНА ВІТАЛІЙВНА, КЛЮЗЬКО ІВАН В'ЯЧЕСЛАВОВИЧ, ІСКРА НАТАЛІЯ ІВАНІВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

(57) Хірургічний спосіб зупинки кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу у хворих на цироз печінки шляхом кліпування селезінкової і шлункової артерій і лівої шлункової вени, припинення

2

кровотоку по коротких селезінкових судинах та відокремлення портальної системи, в якій підвищено тиск внаслідок цирозу печінки, який **відрізняється** тим, що проводять мобілізацію малої кривизни абдомінального відділу стравоходу на величину біля 6-8 см, відокремлюють портальну систему і системи непарної та напівнепарної вен стравоходу, після чого в стравохід вводять шлунковий зонд і крізь всі шари стравоходу в ділянці езофагокардіального переходу циркулярно в шахматному порядку накладають окремі шви, причому кожна стяжка наступного шва перекриває стяжку попереднього шва.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може бути використана для лапароскопічно-асистованої зупинки кровотечі з варикозно-розширених вен (ВРВ) стравоходу при портальній гіпертензії у хворих на цироз печінки.

Кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку супроводжується високою летальністю: при першому епізоді кровотечі складає 40-60 %, при рецидиві кровотечі збільшується до 80-90 %, до третьої кровотечі хворі доживають рідко і, в більшості випадків, вона буває останньою, помирають майже 100 % хворих [1].

Велика кількість способів оперативних втручань спрямованих на зупинку і профілактику рецидивів кровотеч з ВРВ стравоходу була запропонована різними авторами, а деякі із них, пропонували прошивати варикозно-розширені вени стравоходу окремими вузловими швами з трансторакального доступу, або обшивати варикозно-розширені вени стравоходу на протязі непереривним кетгутовим швом. Але недоліком даних способів є відсутність повного роз'єднання портального кровотоку від системи верхньої порожнистої вени, так як дрібні гілки не перев'язують і в наступному вони можуть являтися осередком рецидиву кровотеч. Довгий час в нашій країні широко використовувалась операція Таннера-Паціори, яка передбачала перетинання нижнього відділу стра-

воходу, після чого вени стравоходу перев'язувались [2].

Найбільш близьким до запропонованого, а тому прийнятим нами за прототип є хірургічний спосіб, суттю якого є прошивання варикозно-розширених вен стравоходу без розтину стінки стравоходу [3]. Дана операція відноситься до операцій портаазигального роз'єднання, що полягає у відокремленні портальної системи, в якій підвищено тиск внаслідок цирозу печінки від варикозно-розширених вен стравоходу.

Вона передбачає кліпування окремих артерій і вен та припинення кровотоку по коротким селезінковим судинам.

Недоліками даного способу є, необхідність лапаротомії з переходом на грудну клітину або торакотомії, що робить цю операцію дуже травматичною.

Задачею заявленої корисної моделі є вдосконалення способу лікування кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу шляхом поєднання лапароскопічно-асистованої корекції портального кровотоку і операції портаазигального роз'єднання.

Поставлена задача вирішується тим, що в відомому способі Хірургічного способу зупинки кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу у хворих на цироз печінки, шляхом кліпування селезінкової і шлункової артерій і лівої шлункової вени, припинення кровотоку по коротким селезінковим судинам та відокремлення портальної системи в

(19) UA (11) 53071 (13) U

якій підвищено тиск в наслідок цирозу печінки, згідно запропонованого рішення проводять мобілізацію малої кривизни абдомінального відділу стравоходу на величину біля 6-8 см, відокремлюють портальну систему і системи непарної та полунепарної вен стравоходу, після чого в стравохід вводять шлунковий зонд і крізь всі шари стравоходу в ділянці езофагокардіального переходу циркулярно в шахматному порядку накладають окремі шви, причому кожна стяжка наступного шва перекриває стяжку попереднього шва.

Спосіб виконують наступним чином: 3 лапароскопічно-асистованого доступу проводиться кліпування селезінкової артерії в її початковій частині від черевного стовбура, лігуванні лівої шлункової артерії і гілок лівої шлункової вени, припинення кровотоку по коротким селезінковим судинам. Наступним кроком, згідно з корисною моделлю, за допомогою хірургічних прийомів, які полягають у мобілізації малої кривизни, абдомінального відділу стравоходу на 6-8см, мобілізацією дна шлунку проводиться відокремлення портальної системи і системи непарної і полунепарної вен стравоходу. Потім в стравохід вводиться товстий шлунковий зонд, і крізь всі шари стравоходу в ділянці езофагокардіального переходу накладаються окремі шви циркулярно в шахматному порядку, таким чином, що попередній шов перекриває наступний, що забезпечує прошивання всіх варикозно-розширених вен стравоходу.

Технічним результатом, що досягається запропонованим рішенням є зменшення втрат крові і кількості післяопераційних ускладнень.

Доказом ефективності даного способу, який був апробований в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД), можуть бути наведені нижче приклади.

Приклад 1. Хвора С, 53 років, № історії хвороби 6241/720 поступила в І хірургічне відділення КМКЛШМД 27.02.2008 р., через 3 години від початку кровотечі з ВРВ стравоходу. Після обстеження хворий встановлено діагноз: цироз печінки, вірусної етіології (HCV), ст. С Child-Pugh. С-м портальної гіпертензії. ВРВ стравоходу II ступеню, портогіпертензивна гастропатія, ШКК, спленомегалія, вторинний гіперспленізм, асцит. Пупочна грижа.

07.03.2008 хворій проведено лапароскопічно-асистоване оперативне втручання, кліпування селезінкової артерії в початковій частині від черевного стовбура, лігування лівої шлункової артерії та гілок лівої шлункової вени, електрокоагуляцію коротких шлункових судин, циркулярне прошивання стравоходу в ділянці езофаго-кардіального переходу. Після накладання циркулярних швів на стравохід інтраопераційно проведена фіброгастродуоденоскопія, під час якої виявлено спадіння

варикозно-розширених вен стравоходу до 0-1 ступеня.

Операція закінчена дренажуванням черевної порожнини. В подальшому - хвора одержувала гепатотропну, антибактеріальну та симптоматичну терапію. Виписана на 7 добу післяопераційного періоду в задовільному стані.

Приклад 2, Хворий П., 43 років, № історії хвороби 13702/1184 поступив в ІІ хірургічне відділення КМКЛШМД 28.05.2009 р., через 6 годин від початку кровотечі з ВРВ стравоходу. Після обстеження хворому встановлено діагноз: цироз печінки, вірусної етіології (ВГОВГВ), ст. С Child-Pugh. С-м портальної гіпертензії. ВРВ стравоходу, ІІ-ІІІ ступеню, портогіпертензивна гастропатія, ШКК, спленомегалія, вторинний гіперспленізм, асцит.

03.06.2009 хворому проведено лапароскопічно-асистоване оперативне втручання, яке передбачало кліпування селезінкової артерії в її початковій частині від черевного стовбура, лігування лівої шлункової артерії та гілок лівої шлункової вени, електрокоагуляцію коротких шлункових судин, циркулярне прошивання стравоходу в ділянці езофаго-кардіального переходу. Після накладання циркулярних швів на стравохід інтраопераційно проведена Фіброгастродуоденоскопія, під час якої виявлено спадіння варикозно-розширених вен стравоходу до 0-1 ступеня. Операція закінчена дренажуванням черевної порожнини. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. В подальшому - хворий одержував гепатотропну, антибактеріальну та симптоматичну терапію. Виписаний на 7 добу в задовільному стані.

Таким чином, запропонований спосіб лапароскопічно-асистованого прошивання варикозно-розширених вен стравоходу в поєднанні з корекцією гепатоспланхнічного кровотоку є малоінвазивним втручанням з мінімальною крововтратою, яке добре переноситься хворими. Збереження цілостності стравоходу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень, надає можливість раннього ентерального харчування (3-4 доба післяопераційного періоду). Вищенаведені переваги даного методу призводять до швидкої реабілітації хворих і скорочення строку стаціонарного лікування.

Джерела інформації:

1. Тутченко М. І., Денисенко В. М., Світличний Е. В. та співавт. Актуальні питання абдомінальної хірургії. - Київ. - 2005. - С. 207;
2. М. Д. Паціора. - М., 1997. - С. 406;
3. А. А. Шалимов, А. П. Радзиховский. Атлас операций на органах пищеварения. Том 1. Операции на пищеводе, желудке и кишечнике. - Київ. - 2003. - С. 137.