



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **53066** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ З КРОВОТЕЧЕЮ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

1

2

(21) u201002561

(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 ІМ. П.Л. ШУПИКА

(57) Спосіб оперативного лікування хворих на цироз печінки з кровотечею портального генезу, який

включає кліпування селезінкової та лівої шлункової артерій та гілок лівої шлункової вени, а також кліпування або електрокоагуляцію коротких шлункових судин і відокремлення портальної системи, який **відрізняється** тим, що одночасно з останньою в ділянці езофаго-кардіального переходу з фундоплікацією за Нісеном відокремлюють систему вен стравоходу, наприклад, за допомогою циркулярної апаратної (CDH 21-25, Ethicon endosurgery).

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може бути використана для лапароскопічно-асистованої зупинки і профілактики рецидиву кровотечі з варикозно-розширених вен (ВРВ) стравоходу.

На сучасному етапі розвитку абдомінальної хірургії одним з пріоритетних напрямків є розробка малотравматичних методів операцій. Все більша кількість оперативних втручань виконується лапароскопічним методом, в тому числі і в невідкладній хірургії. Кровотеча з варикозно-розширених вен (ВРВ) стравоходу була і залишається однією з ведучих проблем ургентної хірургії. Не потребують обговорення тактичні установлення на розумне поєднання хірургічного втручання з його мінімальною травматичністю та складністю.

Найбільш близьким до заявленого способу, а тому прийнятий нами за прототип є відомий спосіб О.А. Шалімова [1], який полягає у трансекції стравоходу трансабдомінальним доступом в поєднанні з перев'язкою селезінкової артерії, відокремлення портальної системи і створенням органоанастомозу. Операція спрямована на роз'єднання портазигального кровотоку і зменшення притоку крові в портальну систему.

Недоліками даного способу є необхідність верхньо-середньої лапаротомії, що робить даний доступ досить травматичним. Так у хворих на цироз печінки з ускладненнями портальної гіпертензії, а саме кровотечею з ВРВ стравоходу, шлунку,

часто лапаротомні оперативні втручання стають непереносимими для декомпенсованих хворих і мають велику летальність. Так летальність у хворих на цироз печінки при сформованій стадії В (Child-Pugh) складає 60%, а при стадії С (Child-Pugh) коливається від 70 -100% [2].

Задачею цього рішення є вдосконалення способу лікування кровотечі з ВРВ стравоходу при портальній гіпертензії який полягає в поєднанні мінінвазивної лапароскопічно-асистованої корекції портального кровотоку і операції портазигального роз'єднання.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому Способі оперативного лікування хворих на цироз печінки з кровотечею портального генезу, який включає кліпування селезінкової та лівої шлункової артерії та гілок лівої шлункової вени, а також кліпування, або електрокоагуляцію коротких шлункових судин і відокремлення портальної системи, згідно з пропонованим рішенням, одночасно з останньою в ділянці езофаго-кардіального переходу з фундоплікацією за Нісеном відокремлюють систему вен стравоходу наприклад за допомогою циркулярної апаратної (CDH 21-25, Ethicon endosurgery).

Спосіб виконують наступним чином: лапароскопічно-асистовано розкривається сальникова сумка кризь lig. gastroscolica, проводиться кліпуванням селезінкової артерії в її початковій частині від черевного стовбура, лігування лівої шлункової

(19) **UA** (11) **53066** (13) **U**

артерії і гілок лівої шлункової вени, припинення кровотоку по коротким селезінковим судинам досягається за допомогою біполярної коагуляції або кліпівання, потім проводиться відокремлення портальної системи і системи непарної і полунепарної вен стравоходу за допомогою хірургічних прийомів, які полягають у мобілізації малої кривизни, абдомінального відділу стравоходу на 6-8см, мобілізацією дна шлунку відокремлюють портальну систему, після чого проводиться гастротомія по передній шлунковій стінці розміром 2см. Після завершення етапу кліпівання судин видаляється 10мм порт, який розташовувався по лівій аксілярній лінії (для кліпатора), розширюється розріз на шкірі до 2см довжиною через який вводиться циркулярний швиаппарат (№21-25), який проводиться крізь гастротомічний розтин на передній стінці шлунка і далі в ділянці езофаго-кардіального переходу, де його фіксують нижче голівки апарату і проводять одномоментну трансекцію стравоходу з накладанням апаратного шву в ділянці езофаго-кардіального переходу. Після чого гастротомічний отвір ушивається 2-х рядовими швами і проводиться фундоплікація за Нісеном.

В результаті вказаних дій, які виконують під контролем лапароскопічної установки та ручної асистенції досягається максимальний клінічний ефект: знижується артеріальний притік крові до селезінки, відповідно вклада венозної крові в портальну систему також зменшується, а отже знижується портальний тиск, завдяки чому певною мірою розвантажуються портальний кровообіг, що в свою чергу зменшує ризик виникнення рецидиву кровотечі з ВРВ стравоходу, корегуються прояви гіперспленізму і асцит. Лігування гілок лівої шлункової вени припиняє ретроградний скид крові у варикозно розширені вени стравоходу, що також знижує ризик рецидиву кровотечі з ВРВ, в той час як припинення кровотоку по лівій шлунковій артерії попереджає розвиток, а при наявності зменшує прояви гастропатії. Апаратна трансекція стравоходу призводить до роз'єднання порта-азиального кровотоку, в результаті чого ВРВ стравоходу спадаються і, таким чином значно зменшується ризик виникнення рецидиву кровотеч.

Дана методика є комплексною і спрямована не тільки на зупинку кровотечі, а й на корекцію інших ускладнень портальної гіпертензії, а саме на асцит, гіперспленізм, портогіпертензивну гастропатію. Фундоплікація проводиться з метою профілактики розвитку рефлекс-езофагіту. Так, як всі маніпуляції виконуються лапароскопічно-асистовано, то зберігаються всі переваги малоінвазивної хірургії, значно знижується травматичність оперативного втручання, а ускладнення зводяться до мінімуму в порівнянні з методом прототипом.

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

Приклад 1. Хворий Б., 31 року, історія хвороби №22750, поступив в II хірургічне відділення КМКЛШМД 06.09.2009р., через 4 години від початку кровотечі з ВРВ стравоходу. Після обстеження

хворому встановлено діагноз: цироз печінки вірусної (ВГС) та алкогольної етіології ст. С Child-Pugh. С-м портальної гіпертензії. ВРВ стравоходу, III ступеню, портогіпертензивна гастропатія, ІУКК, спленомегалія, вторинний гіперспленізм, асцит. Постгеморагічна анемія. В анамнезі рецидивні кровотечі з ВРВ стравоходу.

16.09.2009 року хворому проведено лапароскопічно-асистоване оперативне втручання, яке передбачало кліпівання селезінкової артерії, лігування лівої шлункової артерії та гілок лівої шлункової вени, електрокоагуляцію коротких шлункових судин, циркулярну апаратну трансекцію стравоходу в ділянці езофаго-кардіального переходу з фундоплікацією за Нісеном.

Операція закінчена дренажуванням черевної порожнини. В подальшому хворий одержував гепатотропну, антибактеріальну та симптоматичну терапію. Виписаний на 8 добу після операції в задовільному стані. Контрольна фіброгастродуоденоскопія проведена через три тижні після операції і виявила спадання варикозно-розширених вен стравоходу до 0-1 ступеня.

Приклад 2. Хвора Ч., 61 років, історія хвороби №25844, поступила в I хірургічне відділення КМКЛШМД 09.10.2009р., через 12 годин від початку кровотечі з ВРВ стравоходу. Після обстеження хворій встановлено діагноз: цироз печінки алкогольної етіології ст. В Child-Pugh. С-м портальної гіпертензії. ВРВ стравоходу, II ступеню, ШКК, асцит. Грижа стравохідного отвору діафрагми. В анамнезі 3 рецидиви кровотеч з ВРВ стравоходу. 15.10.2009р. хворій проведено лапароскопічно-асистоване оперативне втручання, яке передбачало кліпівання селезінкової артерії, лігування лівої шлункової артерії та гілок лівої шлункової вени, електрокоагуляцію коротких шлункових судин, циркулярну апаратну трансекцію стравоходу в ділянці езофаго-кардіального переходу з фундоплікацією за Нісеном.

Операція закінчена дренажуванням черевної порожнини. В подальшому - хвора одержувала гепатотропну, антибактеріальну та симптоматичну терапію. Виписана на 9 добу після операції в задовільному стані. Контрольна фіброгастродуоденоскопія проведена через три тижні після операції і виявила спадіння варикозно-розширених вен стравоходу.

Таким чином, запропонований спосіб лапароскопічно-асистованої циркулярної апаратної трансекції стравоходу з фундоплікацією в поєднанні з корекцією гепатоспланхнічного кровотоку є мініінвазивним втручанням з мінімальною крововтратою, больовою реакцією та швидкою реабілітацією хворих. Даний спосіб зберігає портальну перфузію чим забезпечує стабільність її функціонального стану і може бути рекомендована хворим на цироз печінки в стадії суб- та декомпенсації (В, С Child-Pugh).

Технічним результатом, що досягається запропонованим рішенням є скорочення строку стаціонарного лікування в порівнянні з відкритими методами.

Джерела інформації:

1. А.А.Шалимов, А.П. Радзиховский. Атлас

операций на органах пищеварения. Том 1. Операции на пищеводе, желудке и кишечнике. - Киев.- 2003.-С.137-138.

2. Ревазов Е.Б., Тибилов А.М. « Эндоваскулярные методы профилактики рецидивов кровоте-

чений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени» Материалы конференции 2004 : 99 - 101