



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60121 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

1

2

(21) 2003020908

(22) 03 02 2003

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Бондар Григорій Васильович, Псарас Геннадій  
Геннадійович, Сєдаков Ігор Євгенович

(73) Бондар Григорій Васильович

(57) 1 Спосіб лікування портальної гіпертензії, що  
включає в себе переміщення і притиснення вели-  
кого сальника до печінки з подальшою фіксацієюйого до черевної стінки, який відрізняється тим,  
що великий сальник тупим шляхом проводять  
крізь паренхіму печінки і фіксують до парієтальної  
очеревини діафрагми вузловими швами2 Спосіб лікування портальної гіпертензії за п. 1,  
який відрізняється тим, що для проведення вели-  
кого сальника через печінку використовують мета-  
леву пластинку-провідник, яку обгортають великим  
сальником

Винахід належить до медицини, а саме - до  
онкохірургії і може бути використаний під час хірур-  
гічного лікування портальної гіпертензії у хворих з  
розповсюдженим пухлинним процесом, зумовле-  
ної метастатичним процесом в зоні печінкових вен  
і нижньої половини вени

При хронічному лікуванні портальної гіпертен-  
зії більшість хірургів застосовують три види опе-  
рацій

1 Операції, спрямовані на зменшення припли-  
ву крові в портальну систему (перев'язка селезін-  
кової, шлункових, шлунково-сальникових, печінко-  
вої артерій, черевного стовбура, видалення  
селезінки)

2 Операції, спрямовані на відведення крові з  
портальної системи

2.1 Органоанастомози (оментопексія, сплено-  
пексія, утворення зрощень інших органів з черев-  
ною стінкою)

2.2 Ангіоанастомози (порто-кавальний анас-  
томоз, сплено-ренальний анастомоз, мезентерико-  
кавальний анастомоз, інші види анастомозів плік  
воротної і нижньої порожнистої вен)

3 Операції, спрямовані на відведення лімфи  
(канюлювання грудної лімфатичної протоки, лім-  
фовенозний анастомоз)

У ряду хворих з розповсюдженим пухлинним  
процесом, коли має місце ураження і паренхіми  
печінки в зоні печінкових вен, і нижньої порожни-  
стої вени (метастатичне ураження при захворюван-  
ні на рак шлунково-кишкового тракту, пухлинні  
тромби в нижній порожнистій вені при захворю-  
ванні на рак нирки), застосування операцій, в ос-

нові яких лежить відведення крові з портальної  
системи шляхом формування порто-кавальних  
анастомозів, неможливо. Формування інших видів  
ангіо- і лімфоанастомозів у цих випадках не вико-  
ристовують із-за технічної складності цих операцій  
і тяжкого стану пацієнтів. Використання операцій,  
спрямованих на формування органоанастомозів, є  
практично єдиним способом, який дозволяє змен-  
шити портальну гіпертензію і продовжити життя  
хворого

Відомий спосіб Мартіна [Матяшин І.М., Глуз-  
ман А.М. Справочник хирургических операций  
Киев, Здоров'я, 1979, 312 с., С. 142], при якому  
здійснюють підшивання частково декапсульованої  
печінки до діафрагми

Недоліком названого способу є неможливість  
його використання у хворих, в яких поряд з мета-  
статичним ураженням в зоні печінкових вен і ниж-  
ньої порожнистої вени є спайковий або метастати-  
чний процес між діафрагмою і печінкою, які не  
дозволяють здійснити зіткнення печінки, сальника і  
діафрагми на великій площі

Відомий також спосіб лікування портальної гі-  
пертензії [Патент PU № 2040210, 6МПК А61/17,  
опубл. 27 07 95, Бюл. № 21], при якому здійснюють  
транспозицію пасма лівої частини великого саль-  
ника у передочеревинну клітковину, накладають  
анастомоз вен великого сальника з обома надче-  
ревніми венами і анастомоз між лімфатичним  
вузлом, розташованим біля місця впадіння правої  
шлунково-сальникової вени, і веною великого са-  
льника

Недоліком вказаного, з теоретичної точки зору

(13) A

(11) 60121

(19) UA

найбільш ефективного, способу є технічна складність його виконання, яка зумовлює велику тривалість хірургічного втручання, що є не прийнятним для лікування онкологічних хворих з розповсюдженням пухлинним процесом

Відомий спосіб оментогепатопексії [Хирургическая гепатология / Под редакцией Б.В. Петровского — М. Медицина — 1972 — 352с, илл., С 316 - 317], обраний за прототип, при якому "попередньо легко травмують капсулу печінки спеціальною щіткою до з'явлення крапель крові. Підготовлений для фіксації сальник протирають марлевою серветкою і вкладають на поверхню лівої частки печінки, а якщо можливо, то й правої, але для цього необхідно розсікти серповидну зв'язку. Потім сальник фіксують безпосередньо до печінки або її зв'язками (серповидною, діафрагмальною) декількома кетгутувими швами

Недоліки прототипу співпадають з недоліками аналогів і полягають у неможливості їх використання у хворих, в яких окрім метастатичного ураження в зоні печінкових вен і нижньої порожнистої вени, яке зумовлює портальну гіпертензію, має місце спайковий або метастатичний процес між діафрагмою і печінкою. У цих умовах здійснити на великій площі зіткнення печінки, сальника і діафрагми, що обов'язково для формування достатньої кількості органоанастомозу, не виявляється можливим

Винахід розв'язує задачу усунення портальної гіпертензії шляхом створення великої кількості органоанастомозів між печінкою, великим сальником і черевною стінкою

Поставлена задача розв'язується шляхом збільшення площі зіткнення великого сальника з паренхімою печінки, для чого великий сальник тупим шляхом проводять крізь паренхіму печінки і фіксують до парієтальної очеревини діафрагми вузловими швами, при цьому для проведення великого сальника через печінку використовують металеву пластину-провідник, яку обгортають великим сальником

Новим у розробленому способі є те, що великий сальник проводять скрізь паренхіму печінки, після чого фіксують до черевної стінки

Даний спосіб забезпечує велику площу зіткнення великого сальника з паренхімою печінки, що створює оптимальні умови для формування органоанастомозів між печінкою і великим сальником, що дозволяє ефективніше здійснити декомпресію портальної системи

Великою перевагою даного способу є його технічна простота і невеликий час виконання, що особливо цінно в ослаблених хворих з розповсюдженням пухлинним процесом. Окрім того, даний спосіб можна застосовувати у випадках метастатичного ураження діафрагмальної поверхні печінки, яке не дозволяє помістити великий сальник між печінкою і діафрагмою, як це пропонують автори в аналогах і прототипі

Сутність способу пояснюється кресленнями, де на фігурах 1 - 4 показані етапи способу

На фіг 1 показано формування пасма великого сальника

- 1 - мобілізоване пасмо великого сальника,
- 2 - великий сальник

На фіг 2 показано розміщення мобілізованого пасма сальника на металевій пластинці, звільнену від спайкового процесу ділянку діафрагмальної поверхні печінки, підняття печінки, дзеркало для печінки і напрямок формування тунелю в паренхімі печінки металевою пластинкою, обгорненою сальником

- 1 - мобілізоване пасмо великого сальника,
- 3 - металева пластинка, обгорнута мобілізованим пасмом великого сальника,
- 4 - печінка,
- 5 - місце на діафрагмальній поверхні печінки, вільне від спайкового процесу,
- 6 - дзеркало для печінки,
- 7 - напрямок формування тунелю в печінці металевою пластинкою, обгорненою великим сальником,

На фіг 3 показана фіксація проведеної через паренхіму печінки пасма великого сальника за допомогою пінцета і вийняття металевої пластинки

- 1 - мобілізоване пасмо великого сальника,
- 3 - металева пластинка, обгорнута мобілізованим пасмом великого сальника,
- 4 - печінка,
- 5 - місце на діафрагмальній поверхні печінки, вільне від спайкового процесу,
- 8 - пінцет,
- 9 - напрямок вийняття металевої пластинки з печінки

На фіг 4 показана фіксація вузловими швами проведеного через паренхіму печінки пасма великого сальника до очеревини черевної стінки

- 1 - мобілізоване пасмо великого сальника,
- 10 - вузлові шви, які фіксують пасмо сальника до очеревини черевної стінки,
- 11 - очеревина черевної стінки

Спосіб здійснюється таким чином

Мобілізують пасмо 1 великого сальника 2 шириною 3см і довжиною 15 - 20см. Пасмо великого сальника укладають на металеву пластинку 3. За металеву пластинку можна використати лопаточку Буяльського або аналогічний інструмент з шириною дзеркала до 3 - 4см. На діафрагмальній поверхні печінки 4, у місці, вільному від метастазів, гострим шляхом звільнюють від зрошень невелику ділянку 5 до 1,0 x 3,0см. Дзеркалом для печінки 6 піднімають частку печінки (праву або ліву). Металевою пластинкою 3, обгорнутою пасмом 1 великого сальника, тупим способом формують 7 у печінці тунель, який проходить у напрямку від нижньої її поверхні до того місця 5 на діафрагмальній поверхні, яке не уражене метастатичним процесом і звільнене від спайкового. Після проведення пасма великого сальника 1 через паренхіму печінки 4, утримуючи пасмо великого сальника 1 за допомогою пінцета 8 виймають 9 металеву пластинку 3, а пасмо великого сальника 1 вузловими швами 10 фіксують до очеревини діафрагми черевної стінки 11

Приклад конкретного виконання способу

Хвора К, 52 роки, поступила в проктологічне відділення Донецького обласного протипухлинного центру з діагнозом: рак прямої кишки T<sub>4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>1</sub>, метастатичне ураження печінки та заочеревинного простору, IV стадія, асцит. Під час ультразвуково-

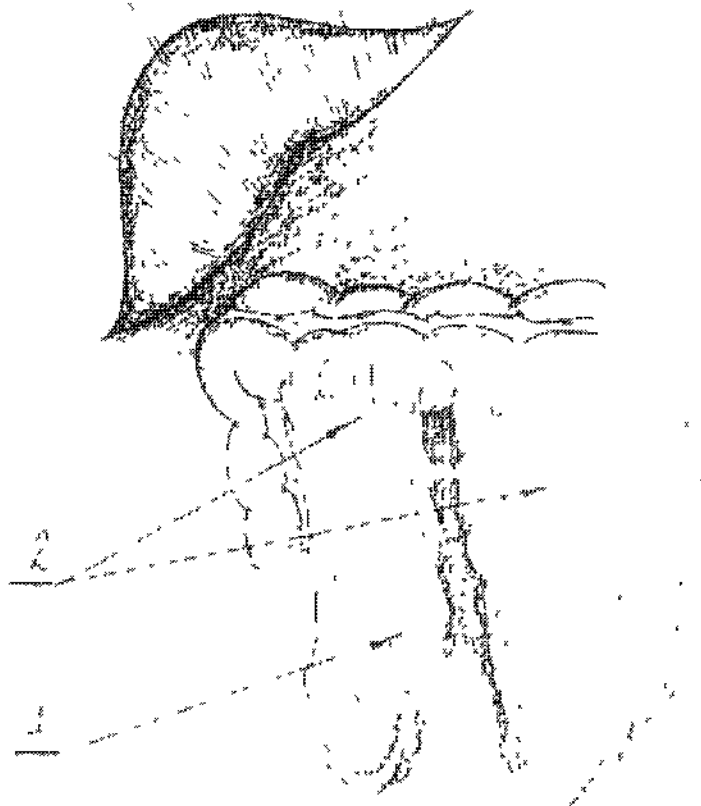
го дослідження виявлені метастази в заочеревинному просторі, в печінці у зоні печінкових вен, по ходу черевного відділу аорти, нижньої порожнистої вени із стисненням останньої, асцит. При ректальному дослідженні у середньоампулярному відділі прямої кишки виявлена нерухома пухлина. Після доопераційної підготовки хворий виконана серединна лапаротомія. Евакуювали 3 літри асцитичної рідини. Інтраопераційне цитологічне дослідження підтвердило наявність в асцитичній рідині метастазів залозистого раку. Після евакуації асцитичної рідини виконали ревізію черевної порожнини. Дані операційної ревізії підтвердили дані ультразвукового дослідження. Крім того, був виявлений масивний спайковий процес у верхньому поверсі черевної порожнини, як наслідок перенесеної раніше травми. У зв'язку з наявністю асциту вирішено виконати оментогепатопарієтопексію за розробленою методикою. На діафрагмальній поверхні печінки гострим шляхом звільнили від зрощень ділянку 1,0 x 3,0 см. Мобілізували пасмо великого сальника шириною 3 см і довжиною 17 см. Пасмо великого сальника обгорнули навколо лопаточки Буяльського. Дзеркалом для печінки підняли печінку і провели обгорнуту великим сальником лопатку Буяльського через печінку у напрямку звільненої від спайкового процесу ділянки на діафрагмальній печінці. Вийняли назад лопаточку Буяльського, утримуючи пінцетом великий саль-

ник, проведений через паренхіму печінки. Трьома вузловими швами фіксували виведене пасмо великого сальника до очеревини діафрагми передньої черевної стінки.

Рану черевної стінки пошарове ушили до дренажів, введених у малий таз і під печінку.

Післяопераційний період перебігав рівно. Виділення по дренажах асцитичної рідини відзначене протягом 6 днів. Після припинення виділення асцитичної рідини по дренажах останні були видалені. Виписана з відділення на 14 добу. При виписці за даними ультразвукового дослідження асцитичної рідини у черевній порожнині не спостерігалось. Від подальшого спеціального лікування хвора відмовилась. Проводилось спостереження у зв'язку з відмовою від подальшого спеціального лікування. Тривалість життя хворої склала 9 місяців. Смерть настала від пухлинної інтоксикації. В процесі спостереження, яке здійснювалось щомісячно до дня смерті, накопичення асцитичної рідини у черевній порожнині не відзначалось.

Усього за даною методикою прооперовано 5 хворих з розповсюдженим раком прямої кишки (3 випадки), шлунка (1 випадок) і правої нирки (1 випадок). Післяопераційних ускладнень не відмічали. В усіх випадках застосування оментогепатопексії дозволило виключити накопичення асцитичної рідини у черевній порожнині, що суттєво покращило якість життя хворих.



Фіг.1

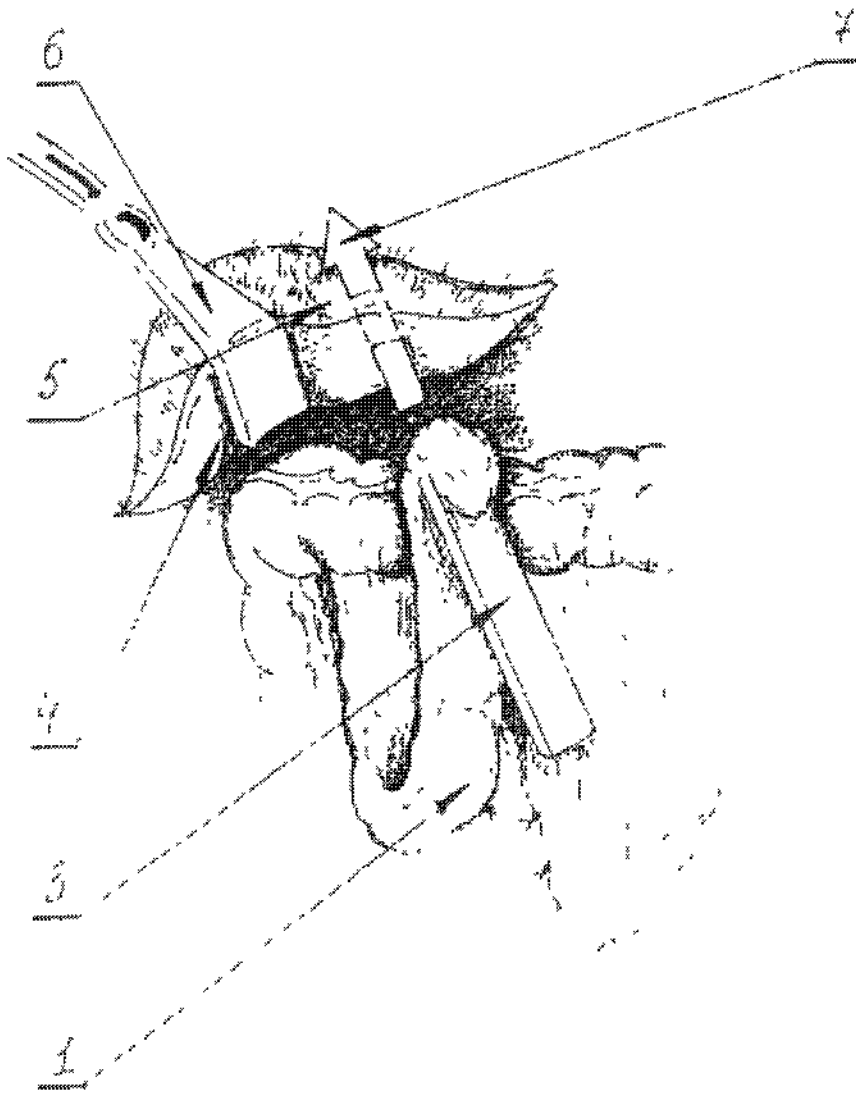


Fig. 2

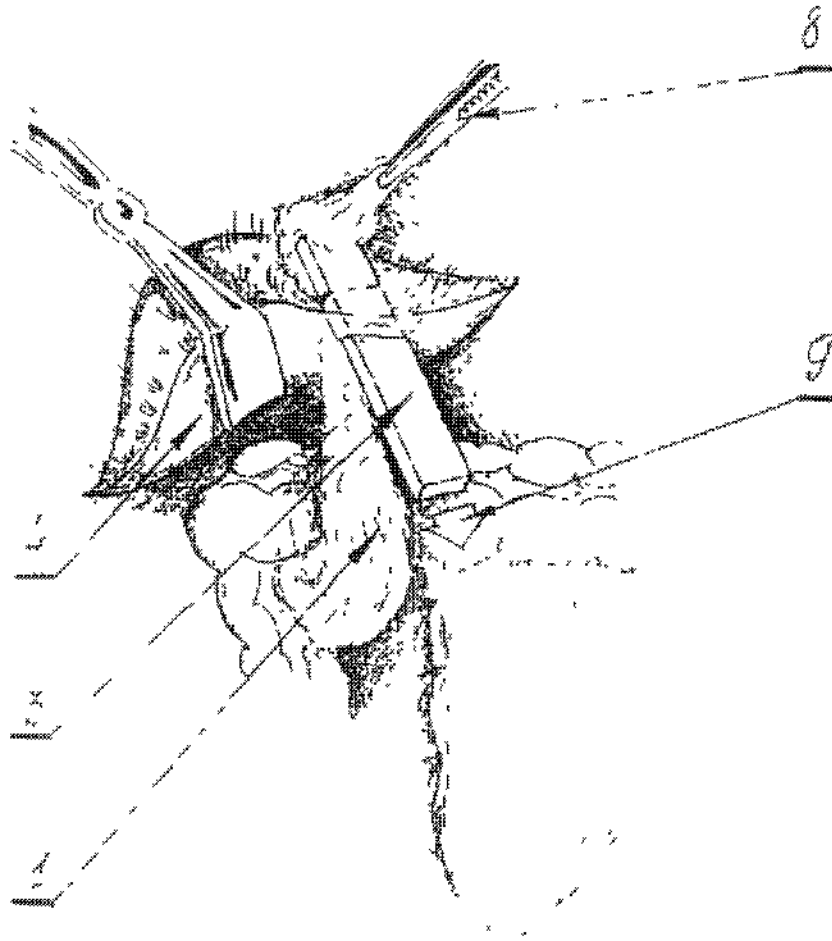
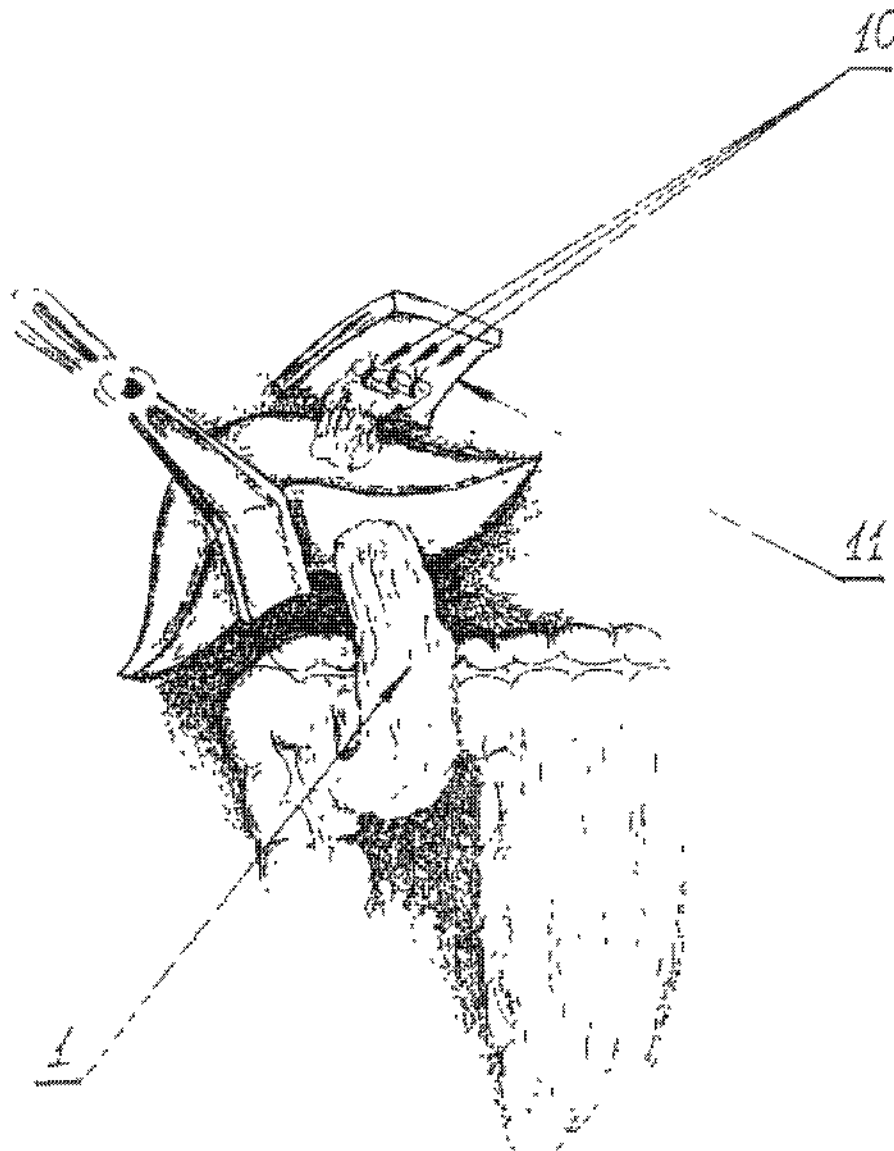


Fig. 3



Фіг.4