

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **20965**

(13) **С1**

(46) **2017.04.30**

(51) МПК

A 61B 17/12 (2006.01)

(54) **СПОСОБ РАЗОБЩЕНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН
ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ОПЕРАЦИИ
АЗИГОПОРТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ**

(21) Номер заявки: а 20130669

(22) 2013.05.27

(43) 2014.12.30

(71) Заявители: Гарелик Петр Васильевич; Батвинков Николай Иванович; Могилевец Эдуард Владиславович (ВУ)

(72) Авторы: Гарелик Петр Васильевич; Батвинков Николай Иванович; Могилевец Эдуард Владиславович (ВУ)

(73) Патентообладатели: Гарелик Петр Васильевич; Батвинков Николай Иванович; Могилевец Эдуард Владиславович (ВУ)

(56) ХАНЕВИЧ М.Д. и др. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией. - Новосибирск: Наука, 2003. - С. 149-161.

UA 9722 А, 1996.

ГАРЕЛИК П.В. и др. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2011. - № 3. - С. 7-11.

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

МАНСУРОВ А.А. Тактические аспекты и новые технологии разобщающих и реконструктивных шунтирующих операций у больных с портальной гипертензией: Автореф. дис. - Ташкент, 2004. - С. 10-11, 22-23.

(57)

Способ разобщения варикозно расширенных вен пищевода и желудка при операции азигопортального разобщения, включающий прошивание варикозно расширенных вен пищевода и желудка отдельными узловыми швами, **отличающийся** тем, что при операции азигопортального разобщения выявление варикозно расширенных вен, их прошивание и оценку полноты прошивания осуществляют под фиброэзофагогастроскопическим контролем с использованием эффекта трансиллюминации, при этом при прошивании осуществляют вкол иглы по одну сторону от варикозно расширенной вены через всю толщу стенки пищевода или желудка, огибают вену в просвете пищевода или желудка и осуществляют выкол иглы по другую сторону от варикозно расширенной вены в направлении от слизистой к серозной оболочке, формируя петлю вокруг вены, затем проводят иглу с нитью в серозно-мышечном слое от места ее выкола к месту вкола, завязывают узел и погружают его в толщу стенки пищевода или желудка через место вкола иглы, а после прошивания всех варикозно расширенных вен места погружения узловых швов укрывают отдельными серозно-мышечными швами.

ВУ 20965 С1 2017.04.30

Изобретение относится к области медицины, а именно хирургии, и может применяться для лечения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ).

В ходе выполнения операций азигопортального разобщения важная роль придается этапу максимально полного разобщения ВРВПЖ. Оставленные незамеченными венозные стволы в послеоперационном периоде в условиях измененной портальной гемодинамики пропускают через себя еще большее количество венозной крови, постепенно расширяются и становятся источниками рецидивных кровотечений. Это зачастую может приводить к фатальным последствиям. С целью повышения надежности гемостаза дискутируется вопрос о необходимости включения транссекции пищевода как компонента данного вмешательства. Но его применение связано с риском несостоятельности эзофаго-эзофагоанастомоза. Трансмуральное лигирование ВРВПЖ нашло клиническое применение при выполнении операций деваскуляризации желудка и пищевода. Его применяют с целью снижения риска несостоятельности швов на желудке и пищеводе при открытых способах контроля кровотечений из венозных стволов. В то же время при традиционных способах трансмурального прошивания ВРВПЖ сохраняется риск несостоятельности швов желудка и пищевода, а также транслокации микроорганизмов в брюшную полость.

Известна операция J. Voerema, которая заключается в перевязке варикозно измененных вен отдельными узловыми швами после продольного рассечения пищевода из торакотомного доступа, с дополнительным интравенозным введением с целью их облитерации 66 %-ного раствора глюкозы [1].

Известен способ профилактики рецидивов кровотечений, включающий изолированное циркулярное рассечение мышечной оболочки пищевода с последующей диссекцией ее от подслизистой основы. После выполнения прошивания варикозно расширенных вен целостность мышечной оболочки восстанавливалась [1].

Известен способ Таннера профилактики рецидивов кровотечений, при котором с целью пересечения неизменных вен осуществляют поперечную транссекцию желудка с дальнейшим послойным восстановлением его целостности двухрядным швом [1].

Общими недостатками данных операций являются их травматичность за счет вскрытия просвета желудка или пищевода и большая вероятность рецидива кровотечений.

Наиболее близким к предлагаемому способу является способ разобщения варикозно расширенных вен пищевода и желудка при проведении широко распространенной операции М.Д. Пациоры, который заключается в гастротомии и прошивании со стороны слизистой оболочки вен желудка вблизи кардиального отверстия отдельными узловыми швами, а также вен брюшной части пищевода на расстоянии около 4-5 см [1].

Недостатками способа является то, что ВРВПЖ определяются путем непосредственной визуализации их со стороны слизистой, для чего необходимо выполнять гастротомию. Зачастую даже расширенные вены могут быть маскированы складками слизистой, а расширенные незначительно, либо неизменные венозные стволы могут остаться незамеченными и стать впоследствии причинами рецидивов кровотечения. Летальность при выполнении операции М.Д. Пациоры по экстренным, срочным и отсроченным показаниям составляет 27-46,3 %, рецидивы кровотечений в ближайшем послеоперационном периоде наблюдаются в 7,7-18,1 %, а в отдаленном в 8,7-20 % и обусловлены перенаправлением кровотока через оставленные непрошитыми варикозные вены с последующим их разрывом [2, 3, 4]. Ранний рецидив кровотечения (3-5 сутки) чаще всего обусловлен прорезыванием лигатур, а в более поздние сроки (6-12 сутки) - эрозивно-язвенными изменениями за счет нарушения трофики слизистой [5, 6].

Общими опасностями для операций азигопортального разобщения, сопровождающимися вскрытием просвета желудка или пищевода, следует считать риск несостоятельности швов. В ряде случаев после транссекции пищевода развиваются дисфагия, свищи пищевода, эрозии и язвы пищевода [1, 7, 8].

Задача изобретения - максимально полное разобщение варикозно расширенных вен пищевода и желудка с целью профилактики кровотечения из них без вскрытия просвета желудка и пищевода для снижения риска развития несостоятельности швов.

Поставленная задача решается путем прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка отдельными узловыми швами, при этом отличительным моментом является то, что при операции азигопортального разобщения выявление варикозно расширенных вен, их прошивание и оценку полноты прошивания осуществляют под фиброзофагогастроскопическим контролем с использованием эффекта трансиллюминации, при этом при прошивании осуществляют вкол иглы по одну сторону от варикозно расширенной вены через всю толщу стенки пищевода или желудка, огибают вену в просвете пищевода или желудка и осуществляют выкол иглы по другую сторону от варикозно расширенной вены в направлении от слизистой к серозной оболочке, формируя петлю вокруг вены, затем проводят иглу с нитью в серозно-мышечном слое от места ее выкола к месту вкола, завязывают узел и погружают его в толщу стенки пищевода или желудка через место вкола иглы, а после прошивания всех варикозно расширенных вен места погружения узловых швов укрывают отдельными серозно-мышечными швами.

Способ осуществляют следующим образом.

Во время проведения операции деваскуляризации желудка и пищевода (как открытым, так и лапароскопическим способом), после выполнения основного этапа, производят прошивание ВРВПЖ специальным швом. Для этого пациенту интраоперационно выполняют фиброзофагогастроскопию, что позволяет как за счет прямой визуализации, так и за счет эффекта трансиллюминации выявить расположение венозных стволов. Далее с помощью монофиламентного шовного материала 3.0 на колющей игле с длительным сроком рассасывания выполняют прошивание венозных стволов. Его производят следующим образом: под контролем фиброзофагогастроскопии осуществляют вкол иглы по одну сторону от ВРВ через всю толщу стенки, огибают вену в просвете желудка либо пищевода и производят выкол по другую от нее сторону в обратном направлении от слизистой к серозной оболочке, формируя петлю вокруг вены. После этого иглу с нитью проводят от места выкола в серозной оболочке в серозно-мышечном слое к месту первоначального вкола. Выполняют завязывание узла, который погружают в толщу стенки через место первоначального вкола. После прямой эндоскопической визуализации и прошивания ВРВПЖ с помощью эффекта трансиллюминации выявляют дополнительные венозные стволы, которых может быть 3 и более, и прошивают их таким же образом. Контроль полноты перевязки всех ВРВПЖ осуществляют также при помощи фиброзофагогастроскопии с эффектом трансиллюминации по запускованию венозных стволов. После выполнения данного этапа с целью профилактики транслокации микроорганизмов производят укрытие мест погружения узлов наложенных ранее швов с помощью отдельных серозно-мышечных швов.

Применение специального шва позволяет прицельно осуществлять прошивание ВРВПЖ без необходимости вскрытия просвета пищевода и желудка и, следовательно, избежать как осложнений, связанных с несостоятельностью анастомоза, так и рецидивов кровотечений.

Данным способом прооперировано 12 пациентов, 4 из них лапароскопически, с благоприятным исходом.

Приводим примеры, подтверждающие возможность осуществления способа.

Пример 1.

Пациент Ш., 39 лет, ИБ № 8021. Диагноз: цирроз печени, класс В по Child-Pugh. Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода II ст с рецидивирующим кровотечением. Хроническая полифакторная анемия легкой степени. Доставлен бригадой скорой помощи через 5 ч от начала кровотечения 23.09.2010. Выполнена ФГДС: варикозное расширение вен пищевода II ст, продолжающееся кровотечение из них. Проведена по-

становка зонда Блэкмора. На 15-е сутки от начала заболевания после проведенного консервативного лечения выполнена операция: лапароскопическая деваскуляризация желудка и абдоминального отдела пищевода. Прошивание пищевода по предложенной методике с использованием ФГДС для навигации, трансиллюминации и контроля полноты деваскуляризации. Послеоперационный период соответствовал тяжести перенесенного оперативного вмешательства. Протекал без осложнений. В послеоперационном периоде в течение 2 лет наблюдения рецидивов кровотечения не наблюдалось. При контрольных ФЭГДС исследованиях появления новых ВРВПЖ не было.

Пример 2.

Пациент Л., 41 год, ИБ № 1630. Диагноз: цирроз печени смешанной этиологии, класс В по Child-Pugh. Портальная гипертензия. Спленомегалия. Варикозное расширение вен пищевода II-III ст. Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. ДН I. При поступлении выполнена ФГДС: варикозное расширение вен пищевода II ст. После консервативного лечения на 11-е сутки после поступления выполнена операция: деваскуляризация желудка и абдоминального отдела пищевода. СПВ. Пилоропластика. Прошивание пищевода по предложенному способу с использованием ФГДС для навигации, трансиллюминации и контроля полноты деваскуляризации. Послеоперационный период соответствовал тяжести перенесенного оперативного вмешательства, протекал без осложнений. Рецидивов кровотечения не наблюдалось в течение 2 лет наблюдения. При контрольных ФЭГДС исследованиях появления новых ВРВПЖ не было.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет своевременно обнаружить все варикозно расширенные венозные стволы и осуществить их лигирование без необходимости вскрытия просвета пищевода и желудка, что приводит как к уменьшению осложнений, связанных с несостоятельностью анастомоза, так и к снижению частоты рецидивов кровотечений.

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

Источники информации:

1. Ханевич М.Д. и др. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией. - Новосибирск: Наука, 2003. - С. 151-152, 157-158, 160.

2. Завьялов Д.В. Сравнительная оценка методов лечения кровотечений при портальной гипертензии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ярославская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. - Ярославль, 2006. - С. 16-23.

3. Мансуров А.А. Тактические аспекты и новые технологии разобщающих и реконструктивных шунтирующих операций у больных с портальной гипертензией: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова. - Ташкент, 2004. - С. 10-14.

4. Шерцингер А.Г. Тактика при острых кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2001. - № 3. - С. 40-42.

5. Ерамишанцев А.К. Хирургическое лечение портальной гипертензии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1997. - № 3. - С. 72-75.

6. Шерцингер А.Г., Киценко Б.А., Ерамишанцев А.К. Ранние рецидивы кровотечений после прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией. Актуальные вопросы хирургического лечения синдрома портальной гипертензии. Матер. Междунар. конф., посвящ. 80-летию проф. М.И. Лыткина. - СПб.: ВМедА, 1999. - С. 72-73.

BY 20965 C1 2017.04.30

7. Spence R.A., Johnston G.W. Results in 100 consecutive patients with stapled esophageal transection for varices // Surg. Gynecol. Obstet. - 1985. - Vol. 160. - No. 4. -P. 323-329.

8. Kaye G.L. et al. Staple-line erosion: a common source of recurrent bleeding following stapled oesophageal transection // Br. J. Surg. - 1991. - Vol. 78. - No. 11. - P. 1355-1357.

Репозиторий ГРГМУ