

УДК 616.33–072.2–089.819:616.14–007.64

МЕТОД МИНИИНВАЗИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВАРИКОЗНО–ИЗМЕНЕННЫХ ВЕН ДНА ЖЕЛУДКА

В. Ю. Грубник, К. О. Воротынцева, В. В. Грубник

*Одесский национальный медицинский университет,
Одесская областная клиническая больница*

THE METHOD OF MININVASIVE OPERATION FOR VARICOSELY–CHANGED VEINS OF GASTRIC FUNDUS

V. Yu. Grubnik, K. O. Vorotyntseva, V. V. Grubnik

РЕФЕРАТ

Разработан метод лапароскопической операции для предупреждения и остановки кровотечения из варикозно–измененных вен дна желудка. Выполняют диссекцию и клипирование левой желудочной артерии, пересекают варикозно–измененную вену желудка. После мобилизации дна желудка на него накладывают лапароскопический сшивающий аппарат и отсекают. Дополнительно на линию скобочных швов накладывают швы нерассасывающимися нитями. Метод применен у 2 пациентов с варикозно–измененными венами пищевода и желудка. Использование предложенного метода оперативного вмешательства позволило значительно уменьшить частоту возникновения гнойно–септических осложнений. При наблюдении в сроки от 24 до 30 мес рецидив кровотечения не выявлен. Использование современных видеоэндоскопических методов операции по поводу варикозно–измененных вен желудка позволяет значительно улучшить результаты и надежность операции, уменьшить продолжительность лечения пациентов в стационаре.

Ключевые слова: варикозно–измененные вены желудка; эндоскопическая деваскуляризация желудка; портальная гипертензия.

SUMMARY

The laparoscopic operation method was elaborated for prophylaxis arrest of hemorrhage, originated from varicosely–changed (VCH) veins of gastric fundus. Dissection and clipping of a gastrica sinistra is performed and VCH gastric vein is transected. After gastric fundus mobilization a laparoscopic suturing apparatus is applied on him and the fundus became resected. Additionally the sutures made of nonabsorbable threads are applied above the mechanical sutures line. The method was applied in 2 patients, suffering VCH gastroesophageal veins. Application of the proposed operative intervention method have permitted to reduce significantly the occurrence rate of purulent–septic complications. While follow–up prolong 24 – 30 months the hemorrhage recurrence was not revealed. Application of modern videoendoscopic methods of operation for VCH gastric veins permits to improve significantly the operation results and safety, to reduce the patients stationary treatment time.

Key words: varicosely–changed gastric veins; endoscopic gastric devascularization; portal hypertension.

Кровотечение из варикозно–измененных вен пищевода является тяжелым осложнением портальной гипертензии у пациентов при циррозе печени [1]. Летальность достигает 30–40%, причем, именно кровотечение из варикозно–измененных вен пищевода и желудка является основной причиной смерти больных. Это обуславливает актуальность проблемы. Ранее использовали открытые методы операций, которые включали лигирование и прошивание сосудов кардиального отдела желудка, рассечение и прошивание пищевода (операция Сигура), наложение венозных анастомозов, однако результаты этих вмешательств достаточно травматичны и часто обуславливают летальный исход [2–4].

В настоящее время для остановки и предотвращения возникновения кровотечения из варикозно–измененных вен пищевода часто используют эндоскопические методы склерозирования и лигирования этих вен. Внедрение эндоскопических методов гемостаза позволило уменьшить летальность и частоту осложнений, однако их применение при варикозно–измененных венах дна желудка технически сложно и у большинства больных невозможно [1]. Визуализация вен дна желудка возможна только при изгибе эндоскопа и осмотре кардии желудка в положении ретрофлексии, при этом эндоскопически лигировать сосуды часто невозможно. Таким образом, эффективная остановка кровотечения из варикозно–измененных вен дна желудка является сложной и актуальной проблемой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами предложен метод лапароскопической операции для предотвращения возникновения и остановки кровотечения из варикозно–измененных вен дна желудка. Пациентам накладывают пневмоперитонеум с помощью иглы Вереша, затем вводят 4 троакара в точки, как при классической фундопликации. Выявляют варикозно–измененные вены большой

кривизны желудка, осуществляют лигирование и деваскуляризацию всей большой кривизны желудка, пересекают все сосуды между большой кривизной и селезенкой. Выполняют диссекцию и клиппирование левой желудочной артерии, пересекают варикозно-измененную вену желудка. После мобилизации дна желудка на него накладывают лапароскопический сшивающий аппарат EndoGIA-60 с синей или зеленой кассетой, прошивают и отсекают его. Дополнительно на линию скобочных швов накладывают швы нерассасывающимися нитями типа PDS, Prolene. После операции пациентам назначают блокаторы протонной помпы, гемостатические препараты, проводят инфузионную гепатопротекторную терапию. В просвет желудка обязательно устанавливают зонд, который извлекают на 3-и сутки.

В клинике лечили 2 пациентов по поводу варикозно-измененных вен пищевода и желудка. Приводим наблюдения.

Пациент К., 46 лет. При госпитализации установлен диагноз: рецидив кровотечения из варикозно-измененных вен дна желудка. У пациента применяли эндоскопические методы лечения 5 раз, в том числе трижды выполняли склерозирование, дважды — лигирование варикозно-измененных вен пищевода. При поступлении больного установлено, что рецидив массивного кровотечения обусловлен разрывом варикозно-измененных вен дна желудка. У больного применен разработанный метод: произведено лапароскопическое иссечение дна желудка с использованием линейного сшивающего аппарата EndoGIA-60 с зеленой кассетой с последующим прошиванием линии скобочного шва.

2. Пациент К., 48 лет, госпитализирован в клинику с диагнозом: рецидив варикозного поражения вен пищевода и желудка. Впервые пациент в неотложном порядке был госпитализирован в стационар по поводу массивного кровотечения, проведено лечение с использованием зонда Блэкмора для остановки кровотечения, в последующем — склерозирование вен пищевода, однако во время эндоскопического склерозирования из-за технических сложностей не удалось склерозировать вены кардиального отдела желудка. После стабилизации состояния больному произведена лапароскопическая операция — иссечение дна желудка.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Длительность операции 62 и 70 мин, интраоперационная кровопотеря — 85 и 90 мл. После операции осложнений не было.

Результаты операций свидетельствуют, что использование предложенного метода оперативного вмешательства позволяет значительно уменьшить частоту гнойно-септических осложнений. Длитель-

ность лечения пациентов в стационаре составила 10 и 14 дней, что практически в 2 раза меньше, чем после открытых операций, это обусловлено минимальной травматичностью оперативного вмешательства. При наблюдении за пациентами в сроки от 24 до 30 мес рецидив кровотечения не выявлен. Это обусловлено тем, что, кроме деваскуляризации дна желудка, его иссекали, прошивали и пересекали интрамуральные сосуды. Использование аппаратов EndoGIA позволяет достаточно надежно прошивать интрамуральные сосудистые анастомозы, которые в последующем могли бы быть причиной возникновения повторного кровотечения.

К 1980 г. общее число разработанных методов операций и их модификаций, используемых при кровотечении из варикозно-измененных вен пищевода и желудка, превысило 100. В последующие годы их число еще более увеличилось.

Достаточно часто для контроля кровотечения из варикозно-измененных вен пищевода применяют методы деваскуляризации [3], однако частота рецидивов при использовании таких методов лечения составляет 17% и более [5, 6].

Корейские хирурги предложили метод лечения варикозно-измененных вен желудка, который включал удаление селезенки с последующей деваскуляризацией вен и удалением части желудка [7]. Однако этот метод хирургического вмешательства сопровождался большой кровопотерей вследствие спленэктомии, значительной частотой послеоперационных осложнений, высокой летальностью и длительным лечением пациентов в стационаре [7].

Данные нашего исследования показывают, что использование миниинвазивного метода позволяет значительно улучшить результаты, повысить эффективность лечения больных. Это непосредственно связано с тем, что операцию выполняют лапароскопически, что изначально позволяет значительно уменьшить кровопотерю. Вследствие высокого разрешения лапароскопа возможно детально изучить все анатомически важные сосудистые структуры. Лапароскопическое вмешательство позволяет одновременно выполнить резекцию дна желудка, при этом используют современные линейные сшивающие аппараты EndoGIA. Последующее наложение перитонизирующего шва на культю желудка позволяет завершить операцию с минимальной опасностью возникновения несостоятельности механического шва. Очень важно, что при применении операции сохраняется селезенка. После операции у пациентов практически не было тяжелых осложнений, что обусловлено миниинвазивностью хирургического вмешательства.

Таким образом, использование современных видеоэндоскопических методов операции по поводу варикозно-измененных вен желудка позволяет значи-

тельно улучшить их результаты и надежность, при этом уменьшается продолжительность лечения пациентов в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rikkers L. F. Surgical complications of cirrhosis and portal hypertension / L. F. Rikkers // Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice; ed. C. M. Townsend. — Philadelphia: Saunders, 2001. — 16th ed. — P. 1060 — 1075.
2. Long-term results of endoscopic Histoacryl injection sclerotherapy for gastric variceal bleeding: a 10-year experience / T. Akahoshi, M. Hashizume, R. Shimabukuro [et al.] // Surgery. — 2002. — Vol. 131. — P. 176 — 181.
3. Hassab M. A. Gastro-esophageal decongestion and splenectomy, GEDS (Hassab), in the management of bleeding varices: review of literature / M. A. Hassab // Int. Surg. — 1998. — Vol. 83. — P. 38 — 41.
4. Variceal bleeding and portal hypertension: has there been any progress in the last 12 months? / S. Seewald, G. Mendoza, U. Seitz [et al.] // Endoscopy. — 2003. — Vol. 35. — P. 136 — 144.
5. Selection of the treatment for esophagogastric varices: analysis of collateral structures by endoscopic ultrasonography / H. Nakamura, H. Inoue, T. Kawano [et al.] // Surg. Endosc. — 1992. — Vol. 6. — P. 228 — 234.
6. Long-term prognosis of nonshunt operation for idiopathic portal hypertension / K. Ohashi, K. Kojima, M. Fukazawa [et al.] // J. Gastroenterol. — 1998. — Vol. 33. — P. 241 — 246.
7. New operative method for fundal variceal bleeding: fundectomy with periesophagogastric devascularization / Ho-Seong Han, Nam-Joon Yi, Young-Woo Kim, G. D. Fleischer // World J. Surg. — 2004. — Vol. 28. — P. 406 — 410.



НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО “ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» (м. Київ) запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).



ТОВ «Ліга-Інформ», 03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.