

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Салимов У.Р.

ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН БЕМОЛРАДДА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ КОЛЛЕКТОРНИ ТОТАЛ АЖРАТИШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М.

IMPROVEMENT OF METHOD OF TOTAL DISCONNECTION OF GASTROESOPHAGEAL COLLECTOR IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh., Khakimov D.M.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова

Мақолада гастрозофагеал коллекторни тотал ажратиш модификацияланган усулининг техник жиҳатлари тақдим этилган. Академик В.Вахидов номли РИХМда ишлаб чиқилган ва амалиётга татбиқ этилган гастрозофагеал коллекторни тотал ажратишнинг янги усули юқори гемостатик самарага эга бўлиб, аввалдан маълум бўлган ажратувчи операцияларнинг асосий камчиликларини бартараф этишга қаратилган ва ҚОВКВдан қон кетиш рецидивларининг узоқ муддатли профилактикасини таъминлайди. Кўрсатилган операция натижалари таҳлил қилинганида, аралашувни бажариш вақтининг қисқариши оқибатида операциядан кейинги асоратлар хавфи умумий қабул қилинган операцияларга нисбатан камаяди.

Калит сўзлар: гастрозофагеал коллекторни тотал ажратиш, жигар циррози, портал генезли қон кетишлар.

The article shows the technical aspects of total disconnection of the gastroesophageal reservoir in a modified version. The new method of total disconnection of the gastroesophageal collector, developed and implemented in practice, possessing high hemostatic efficiency, is aimed at eliminating the main shortcomings of known disconnection operations with a long-term prognosis for the prevention of bleeding recurrence. When analyzing the results of the above operation, it was revealed that against the background of a reduction in the time of intervention, the risk of postoperative complications in relation to conventional operations is reduced.

Key words: total disconnection of gastroesophageal collector, cirrhosis, bleedings of portal genesis.

Разработанная в РСЦХ им. акад. В.Вахидова и внедрённая в практику новая методика тотального разобщения гастрозофагеального коллектора (ТРГЭК), обладая высокой гемостатической эффективностью, направлена на ликвидацию основных недостатков известных разобщающих операций с долгосрочным прогнозом профилактики рецидивов кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) [3-5]. Анализ причин неудовлетворительных результатов оригинальной методики ТРГЭК показал, что треть фатальных осложнений была связана с техническими особенностями и последствиями оперативного вмешательства, что потребовало пересмотра некоторых технических аспектов операции и послужило толчком для разработки модифицированного способа [1,2].

При анализе результатов указанной операции выявлено, что на фоне сокращения времени выполнения вмешательства и снижения риска послеоперационных осложнений, нередко возникали интраоперационные сложности с фиксацией каркасной трубки при большом объеме желудка, а также соскальзывание или преждевременное прорезывание фиксирующих каркас швов. Эти факторы могли служить препятствием на пути достижения хорошего эффекта разобщения гастрозофагеального венозного коллектора, а также способствовать повышению риска развития эрозивно-язвенного процесса в зоне фиксации и рецидивных кровотечений.

Для нивелирования всех вышеперечисленных недостатков мы предлагаем следующую модификацию, включающую деваскуляризацию желудка от препилорического отдела по малой и большой кривизне до абдоминального отдела пищевода, перевязку левой желудочной вены, причем для полного интрамурального разобщения венозного коллектора желудка производят поперечную гастротомию длиной 1,5-3 см с введением через образованное отверстие в просвет кардиального отдела желудка ПВХ

протеза 2,5-3 см и диаметром 2,5 см, после чего свободная от протеза часть желудка на границе кардии и фундального отдела поочередно на расстоянии 5 мм друг от друга прошивается и лигируется двумя нитями капрона №5. Далее производится непосредственная фиксация протеза путем прошивания желудка и лигированием поверх протеза двух нитей капрона №5, разделяя желудок на верхнюю 1/3 и нижнюю 2/3 части, гастротомное отверстие ушивают, линия лигатурной транссекции погружается в серо-серозные швы, протез удаляется через 1-1,5 месяца эндоскопически. Способ отличается тем, что проводят деваскуляризацию желудка с перевязкой левой желудочной вены, а также раздельное лигирование свободной и надпротезной части желудка с выполнением пилоропластики.

Способ выполняется следующим образом. Интраоперационно производят проксимальную деваскуляризацию желудка вплоть до абдоминального отдела пищевода по малой и большой кривизне органа. При этом органический кровоток сохраняется по правой желудочной и двум желудочно-сальниковым артериям. Левую желудочную артерию перевязывают и пересекают экстраоргано. Также перевязывают и пересекают все короткие сосуды желудка.

Затем в средней части тела желудка по передней стенке производят поперечную гастротомию длиной 3 см. Через образованное отверстие в просвет желудка вводят биосовместимый синтетический протез из ПВХ, представляющий собой гофрированную трубку длиной около 2,5-3 см и диаметром 2,5 см. Протез располагают в просвете кардиального отдела желудка и фиксируют пальцем хирурга, введенным в его просвет, к малой кривизне желудка, после чего свободная от протеза часть желудка (по большой кривизне) на границе кардии и фундального отдела поочередно (на расстоянии 5 мм друг от друга) прошивается двумя нитями капрона №5, которые плотно лигируются

В помощь
практическому
врачу

медиально от протеза, обеспечивая разобщение интрамурального венозного коллектора свободной от протеза части желудка. Далее производится непосредственная фиксация протеза, для чего поочередно двумя нитями капрона №5 желудок прошивается через все стенки в области медиальной границы протеза с размещением и плотным затягиванием лигатур поверх серозной оболочки органа в области центральной части протеза на расстоянии 5 мм друг от друга. Наложённые поверх протеза и на свободную от протеза часть желудка лигатуры разделяют желудок на верхнюю 1/3 и нижнюю 2/3 части. Раздельное лигирование над протезом и свободной части желудка, а также гофрированность протеза обеспечивают плотную фиксацию лигатур, препятствуя смещению протеза (рисунок).

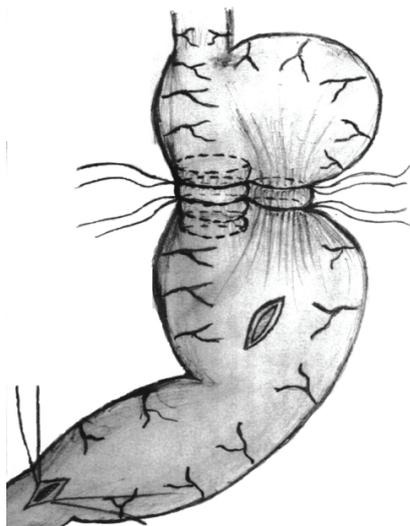


Рисунок. Этап лигатурной транссекции с раздельным лигированием желудка над протезом и в области свободной от протеза части.

Через протез проводят назогастральный зонд с целью декомпрессии в послеоперационном периоде. Гастротомное отверстие ушивают двурядным швом. Образованная линия лигатурной транссекции погружается в серо-серозные швы по передней и задней стенкам желудка. Для предупреждения гастростаза в послеоперационном периоде выполняется пилоропластика по Гейнеке – Микуличу.

Через 1-1,5 месяца проводят эндоскопическое исследование с удалением протеза, зафиксировав его к эндоскопу за сформированную перед установкой в желудок петлю.

Описанный способ лигатурного разобщения гастроэзофагеального коллектора на каркасном протезе у больных с синдромом ПГ имеет следующие преимущества:

- раздельное лигирование желудка по малой кривизне над протезом и по большой кривизне обеспечивает полноценное интрамуральное разобщение гастроэзофагеального венозного коллектора с прочной фиксацией протеза при большом объеме желудка;

- широкая интрамуральная зона разобщения вен кардиального отдела желудка – наружное наложение двух лигатур поверх введенного в кардиальный отдел желудка

протеза – создает протяженность склерозирования до 1 см, что является надежной мерой профилактики рецидивного кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

Выводы

1. Разработанная методика лигатурного разобщения гастроэзофагеального коллектора характеризуется высокой эффективностью интрамуральной венозной транссекции в стенке желудка, что имеет принципиальное значение для профилактики рецидивов кровотечения из ВПВПЖ.

2. Разработанная операция снижает травматичность способа, обеспечивает надежный гемостаз, существенно снижает вероятность развития послеоперационных осложнений, в частности рецидивов кровотечений, препятствует желудочно-пищеводному рефлюксу.

3. Усовершенствованный вариант ТРГЭК с применением оригинальной технологии разобщения является наиболее перспективным оперативным пособием при проведении вмешательств у больных с синдромом портальной гипертензии, подвергшихся повторному оперативному лечению, или может служить альтернативой портосистемному шунтированию методом при невозможности выполнения последнего.

Литература

1. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Мансуров А.А. Тактика лечения кровотечения из варикозных вен гастроэзофагеального коллектора у больных циррозом печени, осложненного портальной гипертензией // Вестн. хир. – 2002. – №3. – С. 81-83.

2. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Мансуров А.А. и др. Результаты тотального разобщения варикозных вен гастроэзофагеального коллектора у больных с портальной гипертензией // Материалы 9-й конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ (Ташкент, 2002) // Анналы хир. гепатол. – 2002. – Т. 7, №1. – С. 323-324.

3. Iwakiri Y. Pathophysiology of Portal Hypertension // Clin. Liver Dis. – 2014. – Vol. 18, №2. – P. 281-291.

4. Schiff E.R., Maddrey W.C., Sorrell M.F. Schiff's Diseases of the Liver. – 11th Edition. – Vol. 2. – Lippincot Williams and Wilkins, 2014. – P. 68-111.

5. Selzner M., Tuttle-Newhall J.E., Dahm F. et al. Current indications of a modified Sugiura procedure in the management of variceal bleeding // J. Amer. Coll. Surg. – 2001. – Vol. 193, №2. – P. 166-173.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М.

Описаны технические особенности тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора в модифицированном варианте. Разработанная в РСЦХ им. акад. В. Вахидова и внедрённая в практику новая методика тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора, обладающая высокой гемостатической эффективностью, направлена на ликвидацию основных недостатков известных разобщающих операций с долгосрочным прогнозом профилактики рецидивов кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Анализ полученных результатов показал, что на фоне сокращения времени выполнения вмешательства снижается риск послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: тотальное разобщение гастроэзофагеального коллектора, цирроз печени, кровотечения портального генеза.

