

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Р.А. Часнойть  
26 марта 2010 г.  
Регистрационный № 030-0310

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА  
И ДНА ЖЕЛУДКА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

инструкция по применению  
патент РБ № 10675

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия  
последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. А.В. Воробей, д-р мед. наук, проф.  
В.В. Климович, А.В. Жура

Минск 2010

С целью достижения надежного гемостаза и предупреждения возникновения повторных кровотечений у пациентов с рецидивирующими кровотечениями из варикозно расширенных вен кардиального отдела и дна желудка при портальной гипертензии на кафедре хирургии БелМАПО на базе Минской областной клинической больницы с 2005 г. предложен и внедрен способ хирургического лечения — частичная эзофагогастрэктомия с сохранением стволовой вагусной иннервации желудка. В ходе операции производится удаление абдоминального отдела пищевода, кардиального отдела и дна желудка. При выраженной спленомегалии и явлениях гиперспленизма операцию дополняют спленэктомией. За период с 2005 по 2009 гг. в хирургических отделениях Минской областной клинической больницы пролечено 38 пациентов, указанным способом оперировано 17 человек.

Инструкция предназначена для применения в общехирургических стационарах РБ, куда госпитализируются больные с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

Стандартное оборудование, материалы и хирургический инструментарий для выполнения абдоминальных операций.

Сшивающий линейный аппарат механического шва (степлер).

Сшивающий аппарат механического шва циркулярный № 25.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Рецидивирующие кровотечения из варикозно расширенных вен кардиального отдела и дна желудка при портальной гипертензии.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Выраженное нарушение печеночной функции (класс цирроза С по Child-Pugh), не поддающееся коррекции консервативными методами.

Перерождение цирроза в рак печени.

Выраженная сопутствующая патология.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ**

- Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (с определением печеночных ферментов), коагулограмма, определение количества тромбоцитов в крови.

- Эзофагогастродуоденоскопия.

- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

- Доплерографическое ультразвуковое исследование с определением скоростных показателей воротной, селезеночной, верхнебрыжеечной вен и артерий.

- При подозрении на магистральные тромбозы воротной и

селезеночной вен по данным ультразвукового доплерографического исследования — ангиографическое исследование (целиаковерхнемезентерикография с возвратной спленоportoграфией или прямая спленоportoграфия).

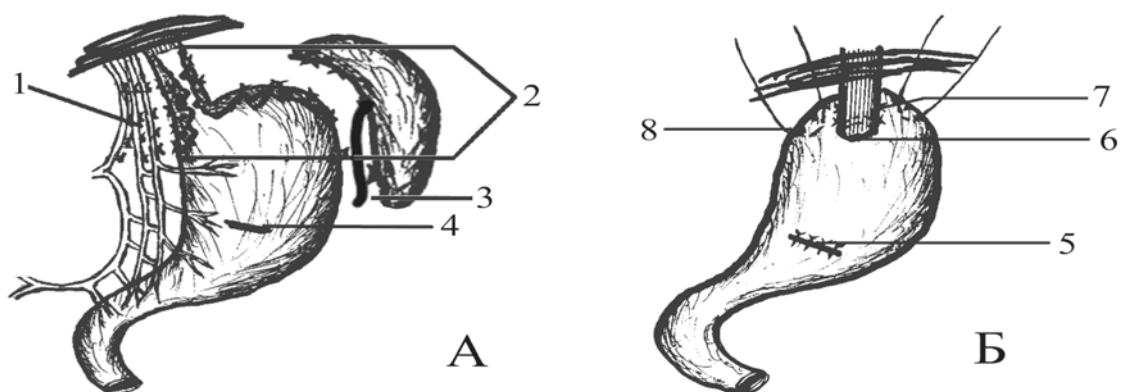
- Альтернатива ангиографического исследования — компьютерная или магниторезонансная ангиография.
- Гепатоспленосцинтиграфия.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА**

Доступ — верхнесрединная продленная вверх лапаротомия с обходом мечевидного отростка слева. При выраженной спленомегалии и явлениях гиперспленизма выполняют спленэктомия. Особенности спленэктомии при портальной гипертензии являются значительное увеличение размеров селезенки и необходимость в тщательном гемостазе (желательно с использованием генератора Ligasure).

Проксимальную часть желудка мобилизуют как при селективной проксимальной ваготомии, пересекают пищеводно-диафрагмальные и диафрагмально-фундальную связки. Передний и задний стволы блуждающих нервов берут на держалки для обеспечения их сохранности. Производят деваскуляризацию абдоминального отдела пищевода после его мобилизации. При этом перевязывают коронарную вену желудка, лигируют параэзофагеальные венозные стволы.

Выполняют проксимальную резекцию желудка и 3–5 см абдоминального отдела пищевода одним блоком. Культю желудка ушивают линейным степлером. Формируют пищеводно-желудочный анастомоз «конец–в–бок» на переднюю стенку культи желудка с помощью циркулярного сшивающего аппарата механического шва № 25, введенного через отдельное отверстие на передней стенке антрального отдела желудка. Гастротомическое отверстие ушивают. Отдельными лигатурами переднюю стенку желудка дополнительно фиксируют к пищеводу, что приводит к инвагинации анастомоза. Вновь созданное дно желудка фиксируют к ножкам диафрагмы. Восстановление пищеводно-диафрагмальных связок и инвагинационный характер пищеводно-желудочного анастомоза обеспечивают антирефлюксный эффект операции.



**Рис. Частичная эзофагогастрэктомия, спленэктомия:**

**А, Б — этапы операции: 1 — мобилизация проксимальной части желудка; 2 — уровень резекции; 3 — спленэктомия; 4, 5 — дополнительный разрез в антральном отделе желудка для введения швивающего аппарата; 6 — пищеводно-желудочный анастомоз; 7 — лигатуры, фиксирующие стенку желудка к пищеводу; 8 — фиксирующие лигатуры вновь созданного дна желудка к ножкам диафрагмы**

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Специфическими осложнениями указанной методики являются:

- Вероятность внутрибрюшного кровотечения в раннем послеоперационном периоде при выполнении спленэктомии.
- Гастростаз при ошибочном повреждении стволов блуждающих нервов.
- Несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза.
- Развитие гепаторенального синдрома.

При адекватном подборе пациентов, правильном установлении показаний к оперативному лечению, соблюдении методики хирургического вмешательства осложнения, как правило, не развиваются. При установленном внутрибрюшном кровотечении в раннем послеоперационном периоде выполняется релапаротомия и его остановка. Явления гастростаза ликвидируются консервативными мероприятиями. В случае несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза проводится наружное дренирование его зоны с одновременным зондовым энтеральным питанием до закрытия свища; при развитии перитонита выполняется релапаротомия. Осложнения, связанные с прогрессированием печеночной недостаточности, купируются консервативными мероприятиями.