

## **Непосредственные результаты порто-системного шунтирования при портальной гипертензии**

И.В. Антоненко  
С.К. Аветян  
А.Б. Преферансов  
М.О. НИКУЛИН  
В.В. Иванов  
О.Ю. Никулин  
Е. Л. Янин  
Тюменская областная  
клиническая больница,  
кафедра госпитальной  
хирургии (зав. проф. А.В.  
Махнев), Тюменской  
государственной меди-  
цинской академии

Вопросы хирургического лечения осложнений портальной гипертензии остаются одним из трудных разделов хирургии. Своевременное определение показаний к хирургическому лечению портальной гипертензии с большей степенью надежности предохраняет пациентов, страдающих циррозом печени, варикозным расширением вен пищевода, от развития фатальных пищеводно-желудочных кровотечений. Хирургическая гемодинамическая коррекция портальной гипертензии является эффективным методом лечения осложнений портальной гипертензии. Показание к гемодинамической коррекции портальной гипертензии - варикозное расширение вен пищевода II-III степени, осложненное (неосложненное) кровотечением. Обязательное условие - степень печеночной недостаточности А-В по Чайлду-Пью. Прецизионная техника оперирования и выполнения сосудистых анастомозов должного диаметра, использование современных шовных материалов и кровосберегающих технологий являются залогом успешных результатов в ближайшем послеоперационном периоде. Пищеводно-желудочное кровотечение в первые 2-5 сут послеоперационного периода (портальный гипертензионный криз) требует проведения доплерографии анастомоза, что в дальнейшем может определять тактику лечения. При хорошей функции анастомоза консервативные мероприятия, включающие постановку зонда Блэкмора, позволяют купировать это грозное осложнение.

## **Short-term Results of the Portosystemic Shunt for Portal Hypertension**

V. Antonenko.  
S.K. Avetyan  
A.B. Preferansov.  
V.V. Ivanov,  
M.O. Nikulin,  
O.I. Nikulin  
Tiumen Regional  
Hospital, Department  
of Surgery (Dir. prof.  
A.V. Makhnev).  
Tiumen State Medical  
Academy

Surgical treatment of the complications of portal hypertension still remains the arduous section of the surgery. Opportunely established indication for surgical treatment prevent fatal gastrointestinal bleeding in patients liver and esophageal varices. Surgical correction of hemodynamics is an effective method of the treatment of complicated portal hypertension. Indication or surgical correction of hemodynamics are II - III grade esophageal varices, complicated (or not complicated) by a bleeding. An obligatory condition is a presence of liver failure A - B class (Child - Pugh). Precise manual technique, appropriate diameter of vascular anastomoses, moderm sutures and blood-saving method ensure in good short-term results. Esophageal and gastric bleeding on the 2-5 postoperative day (portal hypertensional crisis) requires dopplerography of the anastomoses. Result of the investigation determines the following actions. Conservative treatment, including triple-lumen gastric tube placement, is effective if anastomosis is patent.

### **Введение**

Хирургическое лечение осложнений портальной гипертензии (портосистемное шунтирование) является одним из трудных разделов хирургии, что связано с объемом хирургического пособия и исходной тяжестью состояния больных [4, 6], и в то же время - основным и эффективным способом гемодинамической коррекции портальной гипертензии.

Своевременное хирургическое лечение портальной гипертензии с большей степенью надежности предохраняет пациентов, страдающих циррозом печени, варикозным расширением вен пищевода, от развития фатальных пищеводно-желудочных кровотечений [2, 4].

## Материал и методы

В отделении хирургии Тюменской областной клинической больницы с 1998 по 2002 г. выполнено 12 плановых операций по поводу портальной гипертензии.

Среди оперированных было - 9 мужчин в возрасте от 18 до 67 лет, и 3 детей (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от пола и вида блока портальной гипертензии			
Пол	Внепеченочный блок	Внутрипеченочный блок	Всего больных
Мужской	3	6	9
Женский	—		3

Диагноз портальной гипертензии подтверждали УЗИ, доплерографией сосудов портальной системы и нижней полой вены, фиброгастроудоденоскопией, у детей с подозрением на внепеченочный блок - спленопортографией, спленопортометрией.

Показатели давления в системе воротной вены составляли от 300 до 700 мм. вод. ст., размер вен пищевода - от 6 до 15 мм.

Показанием к хирургической гемодинамической коррекции портальной гипертензии считаем варикозное расширение вен пищевода II-III степени (по А.Г. Шерцингеру), осложненное (неосложненное) пищеводным кровотечением, при уровне печеночной недостаточности А-В по Чайлду-Пью [2,5] (табл. 2).

Во всех наблюдениях анастомозы выполняли с использованием шовного материала пролена, в 2 - оптики с трехкратным увеличением. В 5 наблюдениях применяли Cell-saver.

Таблица 2. Классификация оперированных больных по Чайлду-Пью

Операции	Число больных	Группа А	Группа В
Спленоренальный анастомоз бок в бок	6	4	2
Спленоренальный анастомоз+ спленэктомия	4	Нет	4
Спленосупраренальный анастомоз	1	Нет	1
Мезентерикокаваальный (аркадный) анастомоз	1	Нет	1
Примечание: Больных с группой С не наблюдалось			

## Результаты и обсуждение

Этиологическими факторами, приведшими к развитию портальной гипертензии, послужили аномалия развития воротной вены (внепеченочный блок) - 3, цирроз печени - 9 наблюдений.

При внепеченочном блоке 3 пациентам наложен спленоренальный анастомоз бок в бок. Длина анастомоза 14 мм, что позволило адекватно снизить уровень портального давления. Объем кровопотери составил в среднем 200 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений, селезенка сократилась на 1/2 - 1/3 исходного уровня, пациенты выписаны с хорошей функцией анастомоза, что было подтверждено доплерографией. У больных этой группы через 10 дней после операции отмечена положительная динамика - варикозное расширение вен пищевода уменьшилось до I-II ст.

Наибольшие трудности встретились при лечении 9 больных циррозом печени. Все они в анамнезе перенесли вирусный гепатит, имели от 1 до 3 эпизодов кровотечения из вен пищевода. Из 9 пациентов, страдающих портальной гипертензией, у 5 выполнен спленоренальный анастомоз бок в бок длиной 9 - 11 мм.

Ввиду развития тяжелой степени гиперспленизма, рефрактерного к терапии, 4 пациентам выполнена операция - спленэктомия, наложение проксимального спленоренального анастомоза. Эти операции протекали наиболее тяжело, требовали адекватного доступа

(торакофренолапаротомия, двухподреберный доступ типа «Мерседес»), восполнения ОЦК. Продолжительность этих операций составила в среднем 6 ч, средний объем кровопотери - 400 мл.

Важными условиями, направленными на профилактику прогрессирования печеночной недостаточности в послеоперационном периоде, считаем выполнение анастомоза длиной 10-11 мм, тщательную хирургическую технику с минимальной интраоперационной кровопотерей, использование кровосберегающих технологий [1, 2, 6, 7].

Ни у одного из оперированных нами больных при выписке не отмечено нарастания степени печеночной недостаточности.

Представляют клинический интерес 2 наблюдения хирургического лечения, в одном из которых наложен спленосупраренальный, в другом мезентерико-кавальный анастомоз.

В первом наблюдении (спленосупраренальный анастомоз) во время операции по поводу цирроза печени, осложненного портальной гипертензией, варикозным расширением вен пищевода III степени, состоявшимся профузным пищеводным кровотечением, на фоне ожирения III степени, удалось выделить левую почечную вену, в верхний край которой впадала надпочечниковая вена диаметром 9 мм с высотой ствола 12 мм. Эта анатомическая особенность была успешно использована для выполнения спленосупраренального анастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений, больной выписан с положительной динамикой в отношении степени варикозного расширения вен пищевода. Функция анастомоза подтверждена доплерографией.

Второй больной с циррозом печени 28 лет назад перенес спленэктомию. При поступлении в Тюменскую областную клиническую больницу отмечалась клиническая картина рецидивирующих пищеводно-желудочных кровотечений из вен пищевода (варикозное расширение III степени). Во время операции давление в бассейне портальной вены - 700 мм вод.ст. Удалось наложить аркадный мезентерико-кавальный анастомоз длиной 8 - 9 мм, с интраоперационной положительной динамикой - давление снизилось с 700 до 400 мм вод. ст.

Из 12 оперированных больных у 5 течение послеоперационного периода осложнилось рецидивом пищеводного кровотечения, что потребовало восполнения ОЦК, проведения комплексной гемостатической терапии, у 3 - постановки зонда Блэкмора. При проведении фиброгастроскопии в пищеводе и желудке отмечались явления эрозивного эзофагита, гастрита, в том числе и над расширенными венами пищевода. Это осложнение развилось у больных с циррозом печени, в 2 наблюдениях после формирования спленоренального анастомоза с удалением селезенки. Для определения дальнейшей тактики лечения этим больным выполняли доплерографию анастомоза - тромбоза не выявлено, проведена консервативная терапия, приведшая к остановке кровотечения. Повышения уровня амилазы (диастазы) не зафиксировано.

Данные эпизоды кровотечений мы рассматриваем как портальный гипертензионный криз, причиной которого могли быть пептический фактор, реакция сосудистого русла на новые гемодинамические взаимоотношения в портальной системе и большом круге кровообращения [1]. Во всех 5 наблюдениях отмечено выздоровление.

После интраоперационной биопсии печени у больного с циррозом печени на фоне гипокоагуляционного синдрома развилось внутрибрюшное кровотечение, потребовавшее релапаротомии в первые сутки. Объем кровопотери составил 500 мл. Гемостаз достигнут дополнительным прошиванием области кровотечения. Наступило выздоровление.

Объективными критериями хорошего непосредственного результата лечения портальной гипертензии считаем:

подтверждение функции анастомоза доплерографией.

интраоперационное снижение портального давления после шунтирования.

уменьшение в размерах вен пищевода при выписке. Все 12 оперированных больных выписаны с улучшением. Летального исхода не наблюдалось.

Таким образом, хирургическая гемодинамическая коррекция портальной гипертензии у больных со степенью печеночной недостаточности А-В по Чайлду-Пью, осложненной варикозным расширением вен пищевода II-III степени, является эффективным методом лечения.

Прецизионная техника оперирования и выполнения сосудистых анастомозов должного диаметра, использование современных шовных материалов и кровосберегающих технологий являются залогом успешных результатов в ближайшем послеоперационном периоде.

Пищеводно-желудочное кровотечение в первые 2-5 сут (портальный гипертензионный криз) послеоперационного периода требует проведения доплерографии анастомоза, что в дальнейшем может определять тактику лечения. При хорошей функции анастомоза консервативные мероприятия, включающие постановку зонда Блэкмора, позволяют купировать это грозное осложнение и добиться хорошего непосредственного результата лечения.

#### **Список литературы**

1. *Борисов А.Е., Кащенко В.А., Васюкова Е.Л., Новиченков А. О.* Оценка эффективности доплерографии у больных с диффузными заболеваниями печени с синдромом портальной гипертензии // Вестн. Хир. 7. 2002. №4. С. 26-31.
2. *Ерамишанцев А.К., Лебезев В.М., Шерцингер А.Г., Дolidзе М.А.* Переоценка взглядов на сосудистые пор-токавальные анастомозы в хирургии портальной гипертензии // Хирургия. 1991. №6. С. 78 - 82.
3. *Лебезев В.М., Шитое В.П., Товмасын Р.С., Гунзынов Т.Д.* Ранние осложнения портокавального шунтирования у больных циррозом печени // Анналы хирур. гепатол. 2001. № 2. Т. 6. С. 36 - 40.
4. *Леонтьева А.Ф., Сенякович В.М.* Редкие варианты портокавальных анастомозов у больных с внепеченочной блокадой портального кровообращения // Вестн. хир. 1989. № 10. С. 96 - 99.
5. *Пациора М.Д., Ершов Ю.А.* Гемодинамика и выбор метода операции у больных с внутрипеченочной формой портальной гипертензии // Вестн. хир. 1973. № 5. С. 15 - 19.
6. *Углов Ф.Г., Зубовский В.Н.* Выбор метода оперативного лечения портальной гипертензии // Хирургия. 1979. № 9. С. 3-6.
7. *Eric B. et al.* Does portal flow and encephalopathy after 10 mm portocaval shut in man? // J. Surg. Res. 1984 Aug. 37.2|. P.119-122.