

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Х.С. Бебезов, Р.А. Султангазиев, А.З. Шайбеков*

Представлены результаты применения сочетанных операций, направленных на профилактику гастроэзофагеальных кровотечений при синдроме портальной гипертензии.

*Ключевые слова:* сочетанные операции (СО), портальная гипертензия, гастроэзофагеальное кровотечение, цирроз печени (ЦП), варикозно расширенные вены пищевода и желудка, портосистемное шунтирование (ПСС).

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВП и Ж) является самым частым и наиболее грозным осложнением синдрома портальной гипертензии (ПГ) [1–3].

Течение цирроза у 70–90 % больных осложняется развитием гастроэзофагеального кровотечения (ГЭК), у 30 % – кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка возникает в течение года

с момента выявления. В общей сложности, в течение года после первого кровотечения погибают от 50 до 80 % больных [4, 5].

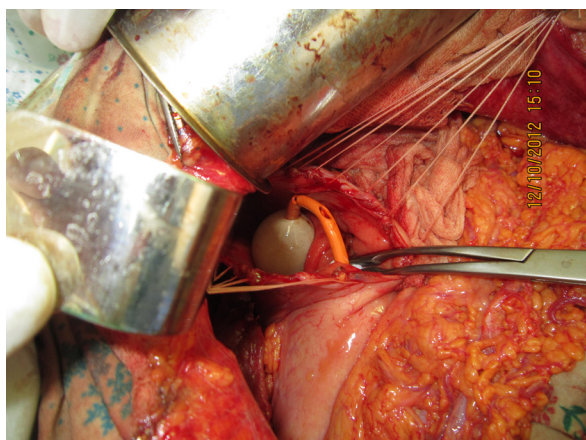


Рисунок 1 – Портосистемное шунтирование с сочетанием прошивания ВРВП и Ж по М.Д. Пациоре

До сих пор остаются спорными и противоречивыми вопросы выбора лечебной тактики, целесообразность и последовательность применения различных методов гемостаза [6]. Смертность от первого эпизода кровотечения у больных циррозом печени (ЦП) превышает 50 % [7, 8]. У 30 % пациентов с ЦП повторное кровотечение возникает в течение 6 недель, и у 70 % – в течение одного года, если им не проводились профилактические лечебные мероприятия [9].

Несмотря на большое число предложенных методов хирургической коррекции синдрома портальной гипертензии, многолетний опыт их применения и постоянное совершенствование, частота осложнений и летальных исходов после оперативных вмешательств остается по-прежнему высокой [10].

В поисках наиболее оптимального метода лечения синдрома портальной гипертензии и в ожидании трансплантации печени, приоритет, несомненно, на сегодняшний день остается за операциями портосистемного шунтирования (ПСШ).

В нашей стране наибольшее распространение получила гастротомия с прошиванием ВРВП и Ж, предложенная М.Д. Пациорой [11]. Она дает вполне удовлетворительные результаты в профилактике и лечении гастроэзофагеального кровотечения (ГЭК).

**Материал и методы исследования.** Нами было проведено обследование 112 пациентов с синдромом портальной гипертензии, получивших хирургическое лечение в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. И.К. Ахунбаева НГ МЗ КР с 1997 по 2012 г. Из

них 46 (41,7 %) мужчин, 66 (58,9 %) – женщин. Синдром портальной гипертензии был подтвержден на основании объективных, клинических, лабораторных данных, а также инструментальных методов исследования. По возрасту больные были разделены следующим образом: < 45 лет – 92 (82,1 %), 46–50 лет – 16 (14,4 %), > 60 лет – 4 (3,5 %) соответственно. Подавляющее большинство оперированных больных были молодого возраста. По степени варикозного расширения вен пищевода больные представлены следующим образом: отсутствие ВРВП и Ж – 10 (8,9 %), 1-й степени – 25 (22,3 %), 2-й степени – 35 (31,2 %), 3-й степени – 42 (37,6 %) с различной степенью гастропатии. Согласно классификации Child-Pugh больные представлены следующими группами: класс А – 95 (84,9 %), класс В – 16 (14,4 %), класс С – 1 (0,8 %) соответственно.

Пищеводное кровотечение в анамнезе было выявлено в 27 случаях, однократное – у 19 (70,4 %), двукратное – у 4 (14,8 %), многократное – у 4 (14,8 %), кровотечение при поступлении было у 6 (5,3 %) из 112 пациентов.

Изучение этиологического фактора развития ЦП у больных показало, что вирусный гепатит в анамнезе перенесли: HBV – 21 (18,7 %), HCV – 9 (8,1 %), HDV – 3 (2,6 %), HBV+HDV – 36 (32,4 %), алкогольный цирроз печени – 6 (5,3 %), 1 (0,8 %) больной перенес бруцеллез. В 14 (12,5 %) наблюдениях определена внепеченочная форма ПГ. У остальных 22 (19,6 %) больных, этиологический фактор не установлен.

Ультразвуковое доплерографическое исследование проведено у 22 пациентов с исследованием диаметра воротной вены до и после операции, определения диаметра венозного анастомоза после ПСШ.

Больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили 22 (19,7 %) больных, которым было выполнено ПСШ с сочетанием прошивания ВРВП и Ж по М.Д. Пациоре (рисунок 1) – группа сочетанных операций, показанием к которой явилось ВРВП и Ж 3-й степени с различной степенью гастропатии и/или пищеводное кровотечение в анамнезе. Данный факт расценивался нами как угроза риска пищевого кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде. 2-я группа представлена 90 (80,3 %) больными, которым выполнялась изолированно только операция ПСШ. Виды операций ПСШ представлены в таблице 1.

**Результаты и обсуждение.** В настоящее время так называемые неселективные портокавальные анастомозы (ПКА), такие как прямой портокавальный анастомоз, кавамезентериальный анастомоз “конец в бок” и др. представляют исключительно исторический интерес и не применяются из-за вы-

Таблица 1 – Виды операций ПСШ

Операция	Количество пациентов, n = 112	
	абсолют. число	%
Спленоренальный анастомоз с аутовенозной вставкой	13	11,7
Проксимальный СРА по типу “конец в бок”	50	44,7
Мезентерико-кавальный анастомоз	1	0,8
Н-образный СРА	3	2,6
СРА по типу “бок в бок”	10	8,9
Дистальный СРА	13	11,6
СРА+прошивание ВРВП и Ж	22	19,7

Таблица 2 – Послеоперационная летальность в контрольной группе, чел.

Операция	Основные причины послеоперационной летальности, n = 14		
	асцит-перитонит	гастроэзофагеальное кровотечение	прогрессирование печеночной недостаточности
Спленоренальный анастомоз с аутовенозной вставкой	0	2	1
Дистальный СРА	0	2	2
Проксимальный СРА по типу “конец в бок”	1	5	2

сокой частоты возникновения печеночной энцефалопатии и очень высокой летальности. Среди селективных вено-венозных анастомозов (на сегодняшний день их насчитывается более 15 вариантов), наиболее известными и широко применяемыми являются проксимальный, дистальный спленоренальный анастомоз (СРА) “конец в бок” (операция Wagten) и кавамезентериальный Н-анастомоз со вставкой из ауто- или гетеротрансплантата.

По результатам ультразвукового доплерографического исследования было установлено, что диаметр венозного шунта после операции ПСШ составил  $9,8 \pm 0,66$  мм. Нами установлено, что степень разгрузки воротной вены в послеоперационном периоде не зависела от диаметра венозного шунта. Диаметр воротной вены до операции в среднем составил  $14,7 \pm 0,2$  мм, однако после ПСШ данный показатель достоверно снижался и составил  $11,7 \pm 0,2$  мм ( $p < 0,01$ ).

Лучшие непосредственные результаты представлены в группе сочетанных операций, где в ближайший послеоперационный период пищеводного кровотечения и летального исхода отмечено не было, вероятно ввиду того, что наряду с прошиванием ВРВП и Ж интраоперационно дополнялась установкой через нос в просвет желудка зонда-обтуратора Сенгстакаена – Блэкмора, что создавало дополнительный гемостатический эффект в возможном риске ГЭК. Воздух в количестве 50–

70 см<sup>3</sup> нагнетался только в желудочную часть зонда с фиксацией последнего к носу. За время пребывания зонда в пищеводе периодически, через каждые 5–6 час, воздух из пищеводного баллона выпускался для профилактики изъязвления слизистой и проводился строгий контроль за характером желудочного содержимого. В случае отсутствия признаков кровотечения удаление зонда проводилось через 24 часа после операции.

В контрольной группе в ближайший послеоперационный период, несмотря на проведенные лечебные мероприятия, погибло 14 больных: один от асцита-перитонита, 9 пациентов от пищеводного кровотечения на 3–6-е сутки после операции и 5 пациентов от прогрессирования явлений печеночной недостаточности. Таким образом, послеоперационная летальность в контрольной группе составила 15,5 % соответственно (таблица 2).

У одного больного развилось пищеводное кровотечение после наложения мезентерико-кавального анастомоза, которое удалось остановить консервативным путем.

Гиперспленизм, т. е. нарушение состава периферической крови, в настоящее время не рассматривается как абсолютное показание к спленэктомии, ибо повышение числа тромбоцитов и лейкоцитов после удаления селезенки не влияет на течение ПГ, а в ряде случаев ухудшает прогноз болезни. В нашем случае признаки гиперсплениз-

ма выявлены в 53 (47,3 %), а спленомегалия гигантских размеров, характерная для азиатского региона, в 86 (76,7 %) случаях.

Несмотря на то, что, по данным ряда авторов, отмечается тенденция к сужению показаний к спленэктомии, нами спленэктомия выполнена в 60 (53,5 %) случаях и вряд ли связана с возможным развитием пищеводажного кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде. Несомненно, когда слишком большие размеры селезенки препятствуют прямому вмешательству на ВРВП и Ж, выполняемому с целью лечения или профилактики ГЭК, а ПСШ невыполнимо технически, спленэктомию можно признать оправданной операцией, без которой основное вмешательство оказалось бы неосуществимым [12].

Таким образом, применение сочетанных операций является вполне оправданным методом профилактики кровотечения из ВРВП и Ж в ближайшем послеоперационном периоде, показанием к которым можно отнести 3-ю степень ВРВП и Ж и/или кровотечение в анамнезе. Применение зонда Сенгстакаена – Блэкмора, наряду с прошиванием ВРВП и Ж, дает надежный гемостатический эффект, нивелируя риск пищеводажного кровотечения.

#### Литература

1. Collins D., Worthley L.I. Acute gastrointestinal bleeding: part II. Crit. Care Resusc. 2001; 3(2). P. 117–124.
2. De Gottardi A., Dufour J.F. Esophageal and fundal variceal bleeding. Ther Umsch. 2006; 63(5): P. 295–299.
3. Wolff M., Hirner A. Surgical treatment of portal hypertension. Zentralbl. Chir. 2005; 130(3): P. 238–245
4. Буланов К.И. Оценка риска кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода у больных с декомпенсированным циррозом печени / К.И. Буланов // Актуальные вопросы хирургического лечения синдрома портальной гипертензии. СПб., 1999. С. 36–37.
5. Giordano G., Amoroso M., Angrisano A. et al. L'urgenza emorragica da varici esofago-gastriche nel paziente iperteso portale // Ann. Ital. Chir. 2000. Vol. 71/ № 2. P. 187–196.
6. Назыров Ф.Г. Тактика лечения кровотечения из варикозных вен гастроэзофагеального коллектора у больных с циррозом, осложненным портальной гипертензией / Ф.Г. Назыров // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2002. Т. 161. № 3. С. 81–83.
7. Ерамишанцев А.К. Хирургическое лечение портальной гипертензии / А.К. Ерамишанцев // Рос. журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 1997. № 3. С. 72–75.
8. Оноприев В.И. Хирургическое лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / В.И. Оноприев, В.М. Дурлештер, О.А. Усова, и др. // Хирургия. 2005. № 1. С. 38–42.
9. Lebrech D. Primary prevention of variceal bleeding. What's new? Hepatology 2001; V. 33 pp. P. 1003–1004.
10. Ерамишанцев А.К. Прошлое и настоящее хирургии портальной гипертензии: взгляд на проблему / А.К. Ерамишанцев // Клинические перспективы гастроэнтерологии. 2001. № 5. С. 20–26.
11. Бебуришвили С.В., Михин А.Н., Овчаров // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10. № 2. С. 72–73.
12. Борисов А.Е. Кровотечения портального генеза: Вопросы диагностики и лечебной эндоскопии / А.Е. Борисов, М.И. Кузьмин-Крутецкий, В.А. Кащенко и др. Гл. 7. Тактические аспекты лечения кровотечений портального генеза. СПб., 2001. С. 96–114.