

УДК 612.33-089.85:616.145.74-089

**ПРОКСИМАЛЬНЫЙ СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ У БОЛЬНЫХ,
РАНЕЕ ПЕРЕНЕСШИХ ГАСТРОТОМИЮ С ПРОШИВАНИЕМ ВЕН
КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА СО СПЛЕНЭКТОМИЕЙ**

Р.А. Султангазиев

Приводятся данные об особенностях создания проксимального спленоренального анастомоза у больных, ранее перенесших гастротомию с прошиванием вен кардиального отдела пищевода со спленэктомией по поводу кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Ключевые слова: портальная гипертензия (ПГ); гастроэзофагеальное кровотечение (ГЭК); цирроз печени (ЦП); варикозно расширенные вены пищевода и желудка (ВРВПиЖ); портокавальное шунтирование (ПКШ).

**PROXIMAL SPLENORENAL ANASTOMOSIS FOR PATIENTS
OF BEFORE CARRYING GASTROTOMY WITH SEWING OF VEINS
OF CARDIAC DEPARTMENT OF GULLET WITH SPLENECTOMY**

R.A. Sultangaziev

It is provided the data on the creation of proximal splenorenal anastomosis given about a feature for the patients of before carrying a gastrotomy with sewing of veins of cardiac department of gullet with splenectomy concerning bleeding from the varicose extended veins of gullet.

Key words: portal hypertension (PH); gastroesophageal bleeding (HES); liver cirrhosis (LC); varicose veins of the esophagus and stomach (EW and F); portocaval shunting (PKSH).

Актуальность. Пациентам, поступающим в дежурные клиники с гастроэзофагеальным кровотечением, обусловленным портальной гипертензией, первоначально проводят консервативный метод остановки кровотечения, включающий в себя установку зонда Sengstecan Blesmore в сочетании с гемостатической и гемотрансфузионной терапией [1–4]. При неэффективности последнего выполняют гастротомию с прошиванием вен кардиального отдела пищевода по Пациоре со спленэктомией. Эта операция отчаяния, т. е. через определенное время у пациентов этой категории может наступить рецидив кровотечения из вен гастроэзофагеальной зоны [5–8]. При рецидивах кровотечения, если нет специалиста по эндоскопическому лигированию и склерозированию варикозно расширенных вен, а также TIPS, необходимо искать пути решения этой проблемы.

Цель исследования – найти пути решения при рецидивах кровотечения из гастроэзофагеальной зоны у больных, в анамнезе перенесших гастротомию с прошиванием вен кардиального отдела пищевода и желудка со спленэктомией по поводу портальной гипертензии.

Задача исследования – оценить эффективность нового способа создания проксимального спленоренального венозного анастомоза у пациентов, в анамнезе перенесших операцию гастротомию с прошиванием вен кардиального отдела пищевода и желудка со спленэктомией по поводу портальной гипертензии.

Материалы и методы. В нашем исследовании проксимальный спленоренальный анастомоз по типу «конец в бок» был выполнен 78 (100 %) пациентам с портальной гипертензией. Лечение больных проводилось в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики и в отделении общей хирургии Государственного учреждения клинической больницы Управления Делами Президента и Правительства Кыргызской Республики (ГУ КБУДПиП КР) за период с 1997 по 2015 г. Из 78 (100 %) больных у троих (3,8 %) в анамнезе выполнялась гастротомия с прошиванием вен кардиального отдела пищевода и желудка со спленэктомией по поводу портальной гипертензии, осложненной кровотечением из вен

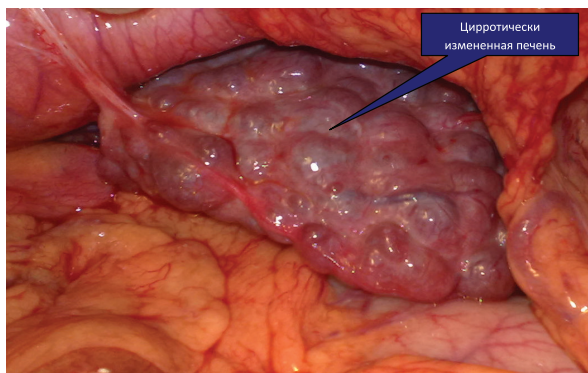


Рисунок 1 – Печень цирротически изменена, крупнобугристая

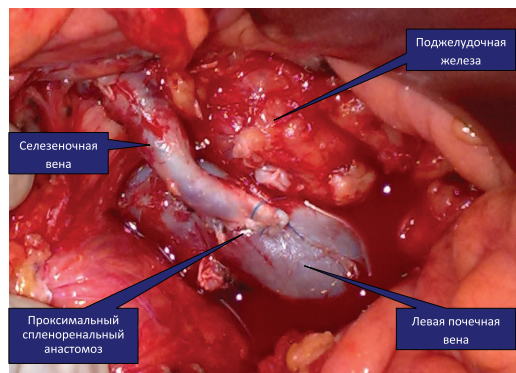


Рисунок 2 – Наложение проксимального спленоренального анастомоза по типу «конец в бок»

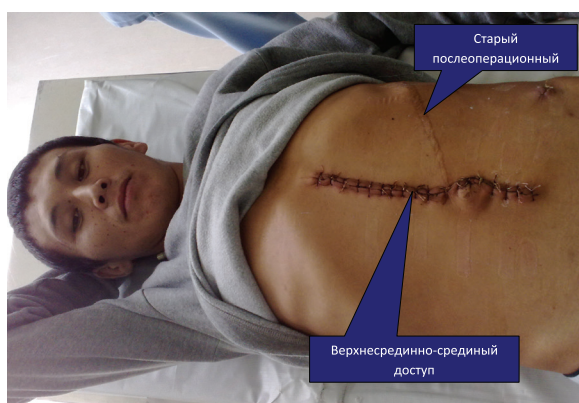


Рисунок 3 – Вид после удаления дренажных трубок и послеоперационных швов

гастроэзофагеальной зоны. Все трое пациентов в возрасте до 25 лет, двое из них с внепеченочной формой портальной гипертензии, а у одного – цирроз печени. В техническом плане этим пациентам выполнить проксимальный спленоренальный портосистемный шунт было трудно из-за массивного спаечного процесса с одной стороны, а с другой селезеночная вена уже находилась в спавшемся состоянии. Для решения этой задачи нами внедрена методика выполнения проксимального спленоренального венозного шунта, которая оформлена рационализаторским предложением № 18 при Кыргызской государственной медицинской академии (КГМА) имени И.К. Ахунбаева от 27.05.2013 г. «Способ создания проксимального спленоренального анастомоза у больных, ранее перенесших спленэктомию по поводу портальной гипертензии».

В решении этой задачи мы производили верхнесрединно-срединную лапаротомию с обходом пупка слева, по вскрытии брюшной полости поэтапно разъединяли спайки в брюшной полости. Большой сальник вместе с поперечной ободоч-

ной кишкой отводили вверх. Левее от Трейтцовой связки вскрывается висцеральная брюшина, обнажается нижняя поверхность тела хвоста поджелудочной железы. По ходу нижней брыжеечной вены обнажали селезеночную вену из поджелудочной железы, культя селезеночной вены мобилизуется длиной около 4 см. Вторым этапом обнажается левая почечная вена и мобилизуется длиной 4–5 см и на передней стенке выкраивается окно диаметром 1 см. Диаметры селезеночной вены колебались от 6 до 7 мм. Кончик культя селезеночной вены срезали косо, чтобы увеличить диаметр анастомозируемой зоны культя селезеночной вены для создания адекватного венозного сосудистого соустья.

Пример. Больной М. 1982 г. р. поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя МЗ КР 01.03.2010 года с диагнозом: Цирроз печени в стадии декомпенсации вирусной этиологии, вирусный гепатит «В». Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода, состоявшееся кровотечение. Постгеморрагическая анемия. Сплен-

эктомия от 1997 г. (торокофренолапаротомным доступом). Жалобы при поступлении на многократную рвоту с кровью, общую слабость, увеличение живота, отеки на нижних конечностях. Объективно кожные покровы бледные. Пульс – 95 уд в мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот вздут, мягкий безболезненный.

Лабораторно: Эр – 2,8.1012/л, Нв – 78 г/л, СОЭ – 6 мм в час, лейкоциты – 4,4.109/л, тромбоциты – 210.109/л, Анализ мочи – в пределах физиологической нормы. Суточный диурез – до 800 мл при стимуляции. Общий белок – 63,4 г/л. А/Г коэффициент – 0,8. Общий билирубин – 18 мкмоль/л, ПТИ – 76 %. АЛТ – 18,0 ммоль/л. АСТ – 20,0 ммоль/л. Маркеры вирусного гепатита – HBV положительный.

УЗДГ от 02.03.2010 года: В брюшной полости свободная жидкость. Печень уменьшена, края закруглены, поверхность неровная, имеет крупноузловой паттерн. Кровоток в печеночных венах с дыхательными вариациями, объемная скорость кровотока – 560 мл/мин, V_{max} 60 см/с, пупочная вена реканализирована расширена до 4,4 мм, портальная вена расширена 12,8 мм в дм, скорость кровотока до 21 см/с, объемная скорость кровотока 1230 мл/мин, селезенка не визуализируется. Селезеночная вена в области тела поджелудочной железы расширена до 14,9 мм, объемная скорость кровотока 1100 мл/мин, V_{max} 14 см/с. После соответствующей подготовки 10.03.2010 года произведена операция: Верхнесрединно-срединная лапаротомия с обходом пупка слева. После вскрытия брюшной полости разъединены спайки. Печень цирротически изменена, крупнобугристая (рисунок 1). Наложен проксимальный спленоренальный анастомоз по типу «конец в бок» однорядным непрерывным швом на атравматической игле полипропиленовой монофиламентной нитью № 5 по вышеуказанной методике (рисунок 2). После удаления дренажных трубок и послеоперационных швов (рисунок 3). Больной в удовлетворительном состоянии 19.03.2010 года был выписан домой.

На контрольной УЗДГ от 17.03.2010 года: В полости малого таза небольшое количество свободной жидкости. Печень уменьшена, края закруглены, поверхность неровная, имеет крупноузловой паттерн. Кровоток в печеночных венах с дыхательными вариациями, объемная скорость кровотока 530 (560) мл/мин, V_{max} 43 (60) см/с, пупочная вена реканализирована расширена до 4,4 мм, портальная вена расширена – 12,4 (12,8) мм в дм, скорость кровотока до 12 (14) см/с, объемная скорость кровотока 530 (1230) мл/мин, селезенка не визуализируется. Се-

лезеночная вена в области тела поджелудочной железы расширена до 11 (14,9) мм. В области хвоста поджелудочной железы селезеночная вена прилежит к левой почечной вене, определяется анастомоз конец в бок, проходимость анастомоза сохранена, диаметр – 7,9 мм, кровоток турбулентный, V_{max} до 12 (14) см/с. Левая почечная вена расширена до 10,4 мм.

Все трое пациентов выписались домой в удовлетворительном состоянии. Надеемся, что предложенная нами методика найдет более широкое применение в клинической практике.

Выводы

1. С накоплением практического опыта по портосистемному шунтированию предложенная нами методика более приемлема для пациентов с внепеченочной портальной гипертензией и может считаться радикальным хирургическим методом в плане разгрузки портальной гипертензии и профилактики гастроэзофагального кровотечения.

2. Пациентам с внутripеченочной портальной гипертензией лучше следует планировать ортотопическую трансплантацию печени для радикального метода решения проблемы.

Литература

1. Гарбузенко Д.В. Патогенез портальной гипертензии при циррозе печени / Д.В. Гарбузенко // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2002. Т. 12. № 5. С. 23–29.
2. Ерамишанцев А.К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / А.К. Ерамишанцев // Анналы хир. гепатологии. 2006. Т. 12. № 2. С. 8–16.
3. Resend advanced in the pathophysiology of portal hypertension / Y.T. Tsai, H.C. Lin, S.D. Lee // J. Gastroenterol. Hepatol. 1997. Vol. 12. № 9–10. P. 283–287.
4. Inserting the Sengstaken-Blakemore tube successfully in a difficult case of uncontrollable esophageal variceal bleeding, using sutures and an endoscope / E. Wee, L.H. Cheng // Trop Gastroenterol. 2012. Vol. 33. № 1. P. 65–67.
5. Зубарев П.Н. Выбор способа портокавального шунтирования / П.Н. Зубарев и др. // Анналы хирургической гепатологии. 2000. № 2. С. 227–228.
6. Ивашкин В.Т. Лечение осложнений цирроза печени: метод. рекомендации для врачей / В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская, Е.А. Федосына. М.: Литтерра, 2011. 59 с.
7. Splenectomy and proximal lieno-renal shunt in a factor five deficient patient with extra-hepatic portal vein obstruction / S. P. Chava et al. // BMC Surg. 2006; 19: 6: 7.
8. Splenorenal shunt: an ideal procedure in the Pacific / L.L. Wong // Arch Surg. 2002. Vol. 137. № 10. P. 1125–1129.