

УДК 616-089-616.36-004

СПОСОБ СОЗДАНИЯ ПАРЦИАЛЬНОГО ПРОКСИМАЛЬНОГО СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА

Р.А. Султангазиев, Х.С. Бебезов, Д.Н. Нурманбетов

Приводятся данные о результатах нового метода создания парциального спленоренального венозного анастомоза (ПСРВА) в хирургическом лечении больных с портальной гипертензией.

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

THE WAY TO CREATE A PARTIAL PROXIMAL SPLENORENAL VENOUS ANASTOMOSIS

R.A. Sultangaziev, Kh.S. Bebezov, D.N. Nurmanbetov

The article presents the results of a new method of creating partial splenorenal venous anastomosis (PSRVA) in the surgical treatment of patients with portal hypertension.

Key words: portal hypertension (PH); gastroesophageal bleeding (GEB); liver cirrhosis (LC); varicose veins of the esophagus and stomach (VVE and S); portocaval shunting (PCSH).

Актуальность. С ежегодным увеличением количества больных циррозом печени, обусловленным вирусной этиологией, также отмечается рост больных с врожденными аномалиями развития вен портальной системы. В этой ситуации хирургический способ коррекции портальной гипертензии на сегодняшний день остается основным и ведущим методом лечения таких больных [1–4]. Если раньше выполнялось тотальное шунтирование портальной системы, то на сегодняшний день после изучения таких отдаленных результатов ПСШ, пришли к выводу, что результаты парциального ПСШ намного лучше и эффективнее по сравнению с тотальным [5–8]. Разработка и внедрение новых видов парциальных ПСШ является перспективным направлением в лечении больных с портальной гипертензией.

Цель исследования – оценить эффективность нового способа парциального проксимального спленоренального анастомоза.

Материалы и методы. В настоящем исследовании 135 (100 %) больным нами были выполнены различные варианты ПСШ всего. Из них по предложенной нами методике парциальный проксимальный спленоренальный анастомоз произведен 9 (6,6 %) больным с портальной гипертензией. Лечение было проведено в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. акад.

И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики и в отделении общей хирургии лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики (ЛОО УДПиП КР) за период с 1997 по 2014 г.

Проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА) со спленэктомией выполнен 73 (54 %) больным из 135 (100 %); из них больным циррозом печени было 68 (93,15 %) из 73 (100 %) а больным с ВПГ – 7 (9,58 %) из 73 (100 %).

Из 73 (100 %) больных 51 (69,86 %) больному выполнена стандартная спленэктомия и наложен проксимальный спленоренальный анастомоз по типу “конец в бок”.

У 3 (5,9 %) из 51 (100 %) оперированных больных в раннем послеоперационном периоде развился панкреатит с панкреатическим свищом, который в течение нескольких месяцев был адекватно дренирован.

Тромбоз проксимального спленоренального венозного анастомоза в послеоперационном периоде наступил у 10 (13,69 %) больных из 73 (100 %). В ближайшем послеоперационном периоде от рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода умерло 3 (30 %) из 10 (100 %) больных, у которых произошел тромбоз портальной вены. У 7 (70 %) пациентов из 10 (100 %), у которых отме-

чен тромбоз портальной вены на фоне проведенной антикоагулянтной терапии, в различные сроки произошла реканализация тромбированных сосудов, т. е. от 1,5 до 6 месяцев.

Из 73 (100 %) больных трое (4,11 %) в анамнезе перенесли ГПВКПиЖ, а также спленэктомии. Все 3 в возрасте до 25 лет, 2 из них – с ВПГ, а один – с циррозом печени.

Из-за позднего обращения и направления больных с портальной гипертензией, имеющейся спленомегалией с гиперспленизмом, во время операции нам не всегда удается подступиться к поджелудочной железе, поэтому мы вынужденно мы прибегаем к спленэктомии. Диаметры верхнеполюсной и нижнеполюсной ветвей селезеночной вены у ворот селезенки в 9 (12,32 %) случаях из 73 (100 %) в среднем составляли от 6 до 7 мм. Зная, что порционный сброс крови из портальной системы положительно отразится на функции печени, мы начали выделять нижнеполюсную и верхнеполюсную ветви селезеночной вены по отдельности. Для наложения парциального спленоренального венозного анастомоза использовалась нижнеполюсная ветвь селезеночной вены, так как последняя больше по диаметру и длине. Предложенная методика оформлена как изобретение “Способ хирургического лечения портальной гипертензии при циррозах печени” и получено приоритетное свидетельство в соавторстве № 1323 (Кыргызпатент, 31.12.2010 г.).

Способ осуществлялся следующим образом.

На *первом этапе* производили широкую верхнесрединно-срединную лапаротомию с обходом пупка слева. После вскрытия брюшной полости проводили мобилизацию большой кривизны желудка, после чего ее отводили вверх и вправо, обнажая тем самым поджелудочную железу и ворота селезенки. По верхнему краю поджелудочной железы на уровне пульсации селезеночной артерии надсекали брюшину и осторожно выделяли артерию на протяжении 2–3 см, после чего пересекали между зажимами и лигировали. Затем правую руку проводили под левый купол диафрагмы, выводя селезенку в рану и приступали к мобилизации ее связок: желудочно-селезеночной, селезеночно-ободочной и селезеночно-диафрагмальной. У ворот селезенки по отдельности выделяли верхнеполюсную и нижнеполюсную ветви селезеночной вены. Накладывали по два зажима на сосудистые пучки максимально близко к воротам селезенки и пересекали их между зажимами. Селезенку удаляли.

Вторым этапом устанавливали ранорасширитель Сигала, который фиксировали к операционному столу. Далее у корня брыжейки поперечно-ободочной кишки, куда впадает нижнебрыжееч-

ная вена, обнажали левую почечную вену длиной около 4–5 см. Чтобы левая почечная вена была мобильной, перевязывали боковые ветви. Через брюшинное пространство у хвоста поджелудочной железы культю селезеночной вены подводили к левой почечной вене.

На *третьем этапе* выкраивали эллипсоидной формы окно со стенки левой почечной вены диаметром 11 мм. Культю нижнеполюсной ветви селезеночной вены анастомозировали с левой почечной веной по типу “конец в бок” монофиламентной полипропиленовой нитью на колющей игле № 5-0 непрерывным швом.

На *четвертом этапе* к верхнеполюсной ветви селезеночной вены подводили один конец полиэтиленовой трубки, другой конец которой фиксировали к аппарату Вальдмана и осуществляли контроль за давлением и кровотоком в портальной системе (рисунок 1). Также вводили лекарственные смеси непосредственно в область анастомоза с целью профилактики тромботических осложнений.

Последовательность наложения парциального спленоренального венозного анастомоза показана на рисунке 2.

Все оперированные 9 (6,6 %) больных из 135 (100 %) выписались домой в удовлетворительном состоянии. Таким образом, предложенный способ позволил эффективно проводить профилактику кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и устанавливать адекватную степень декомпрессии портальной системы, что немаловажно при выборе тактики лечения.

Таким образом, предложенный способ создания парциального ПСРВА позволит:

- сохранить гепатопетальный кровоток по *vena portae*;

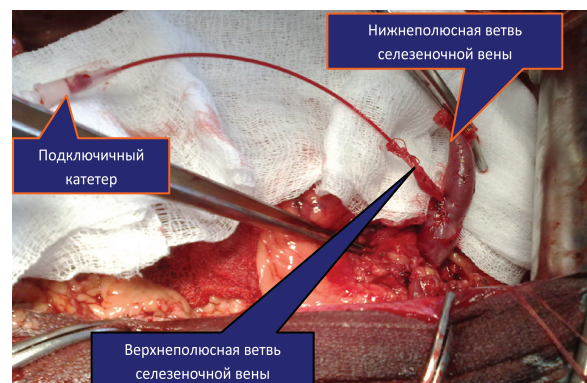
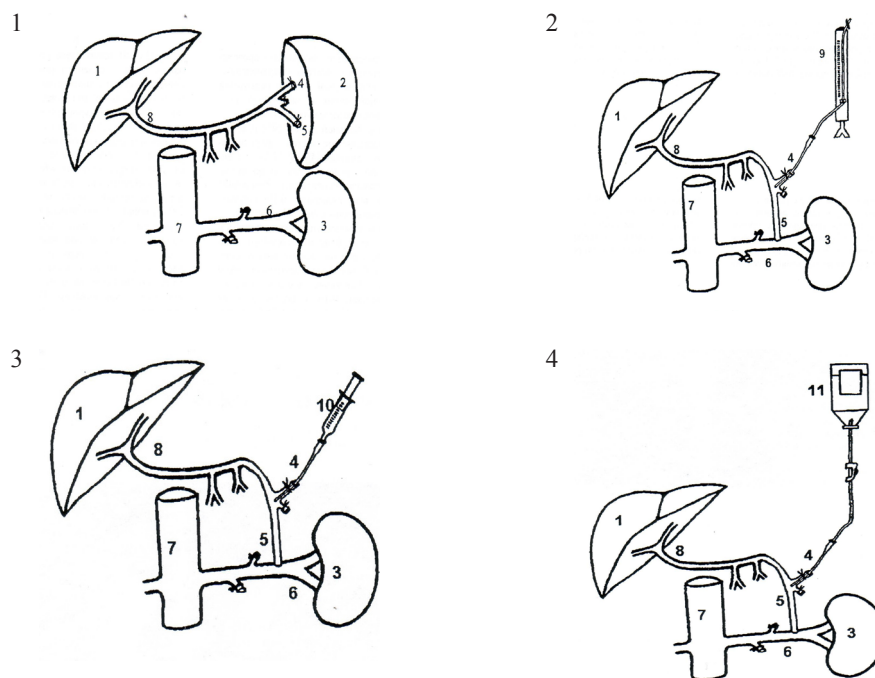


Рисунок 1 – Аппарат Вальдмана. Определение давления водным столбом



Примечание: 1 – печень; 2 – селезенка; 3 – левая почка; 4 – верхнеполюсная ветвь селезеночной вены; 5 – нижнеполюсная ветвь селезеночной вены; 6 – левая почечная вена; 7 – нижняя полая вена; 8 – портальная вена; 9 – аппарат Вельдмана; 10 – шприц с контрастным раствором; 11 – гепарин во флаконе, разбавленный физиологическим раствором.

Рисунок 2 – Последовательность наложения парциального спленоренального венозного агастомоза: 1 – выделение верхнеполюсной и нижнеполюсной ветви селезеночной вены; 2 – измерение портального давления; 3 – рентген-контрастирование спленоренального анастомоза; 4 – струйное промывание области анастомоза прямым антикоагулянтом

- измерить давление в портальной системе до и после наложения ПСРВА;
- проводить противотромботическую терапию в области анастомоза.

Литература

1. Аль-Сабунчи О.М. Обоснование принципов малоинвазивной хирургии в лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О.М. Аль-Сабунчи. М., 2007.
2. Боур А.Б. Малоинвазивные методы гемостаза у больных с кровотечением варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Б. Боур. М., 1998.
3. Ерамишанцев А.К. Первичная внепеченочная портальная гипертензия и ее хирургическое лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.К. Ерамишанцев. М., 1983.
4. Киценко Е.А. Прямые вмешательства на варикозно-расширенных венах пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.А. Киценко. М., 2004.
5. Лебезев В.М. Портокавальное шунтирование у больных с портальной гипертензией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.М. Лебезев. М., 1994.
6. Шерцингер А.Г. Патогенез, диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Г. Шерцингер. М., 1986.
7. Abrahams J.G., Dell'Era A., Bosch J. Medical management of variceal bleeding in patients with cirrhosis. *Can J Gastroenterol* 2004; IS: 109–113.
8. Bosch J., D'Amico G., Garsia-Pagan J.C. Portal Hypertension. In: Schiff E.R., Sorrel M.F. "Diseases of the Liver". Philadelphia 2003; 429–486.