

УДК 616.149-008.341.1-089

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

Приводятся отдаленные результаты применения сочетанных операций в хирургическом лечении больных портальной гипертензией.

*Ключевые слова:* портальная гипертензия; гастроэзофагеальное кровотечение; цирроз печени; варикозно расширенные вены пищевода и желудка; портокавальное шунтирование.

---

## LONG-TERM RESULTS OF COMBINED OPERATIONS IN SURGICAL TREATMENT OF PORTAL HYPERTENSION

*R.A. Sultangaziev, Kh.S. Bebezov, A.Z. Shaybekov*

The article presents the results of long-term use of combined operations in the surgical treatment of patients with portal hypertension.

*Key words:* portal hypertension; gastroesophageal bleeding; liver cirrhosis; variceal of the esophagus and stomach; portocaval shunting.

Основным показанием к лечению синдрома портальной гипертензии (ПГ) являются профилактика и лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВП и Ж), являющихся главной причиной летального исхода.

При наличии варикозных вен пищевода и желудка примерно у 60 % больных возникает массивное кровотечение, причем половина из них умирает во время первого кровотечения [1, 2].

Среди многочисленных операций, предложенных для профилактики кровотечения из пищевода и желудка у больных с ПГ в нашей стране и за рубежом, наибольшее распространение получили формирование ПСШ и прямые вмешательства на ВРВП и Ж. Однако и они сопровождаются значительным числом осложнений, среди которых основная роль принадлежит тромбозу анастомозов и рецидиву гастроэзофагеальных кровотечений [3].

Тактика в лечении ПГ неоднозначна и зависит не только от позиции хирургических школ в данном вопросе, но и от состояния клинично-лабораторных показателей, которые достаточно четко отражены в классификации Чайлд-Пью, и служат ориентацией в выборе оптимального для пациента метода лечения. В настоящий период большинство хирургических школ отдают предпочтение двум типам шунтирования – центральному парциальному и селективному [4, 5], так как последние являются наиболее доступным методом лечения ПГ и по эффективности не уступают другим методам.

Материал и методы исследования основаны на анализе наблюдений 112 больных портальной гипертензией, хирургическое лечение которым было проведено в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики в период с 1997 по 2012 г.

Среди них мужчин было 48 (43,0 %), женщин – 64 (57,0 %) в соотношении 1:1,5 в возрасте от 11 до 62 лет. Средний возраст составил  $31,8 \pm 1$  год. Большинство больных ПГ были молодого и трудоспособного возраста – 96 (85,8 %), 13 (11,6 %) больных среднего возраста и 3 (2,6 %) – пожилого возраста.

Согласно классификации Чайлд-Пью, больные разделились следующим образом: большинство больных относилось к классу “А” – 95 (84,9 %), к классу “В” – 16 (14,4 %), к классу “С” – 1 (0,8 %).

По степени ВРВП и Ж больные распределены следующим образом: отсутствие ВРВП и Ж – 10 (8,9 %), 1 степень – 25 (22,3 %), 2 степень – 27 (24,3 %), 3 степень – 50 (44,5 %).

В зависимости от вида оперативного вмешательства больные были разделены на две группы:

Таблица 1 – Виды операций ПСШ в I и II группах

Вид операции ПСШ	I группа (n = 22)		II группа (n = 90)		Всего (n = 112) (100 %)
	ВПГ (n = 6)	ЦП (n = 16)	ВПГ (n = 12)	ЦП (n = 78)	
Спленоренальный анастомоз с аутовенозной вставкой				13	13 (11,7 %)
Проксимальный СРА по типу “конец в бок”	2	12	9	38	61 (54,4 %)
Мезентерико-кавальный анастомоз			1		1 (0,9 %)
Н-образный СРА				3	3 (2,7 %)
СРА по типу “бок в бок”	2	2	1	5	10 (8,93 %)
Дистальный СРА	2	2	1	19	24 (21,4 %)

I группу составили 22 (19,7 %) больных, которым было выполнена операция ПСШ в сочетании с прошиванием ВРВП и Ж по М.Д. Пациоре и интраоперационной установкой в просвет желудка зонда-обтуратора Сенгстакаена – Блэкмора – группа сочетанных операций, II группа – представлена 90 (80,3 %) больными, которым выполнялась изолированно только операция ПСШ (таблица 1).

Немаловажным критерием в прогнозе послеоперационной летальности и выборе оперативного пособия являлась ориентация на классификацию Чайлд-Пью.

При обследовании больных внимание уделялось изучению жалоб, эпизодов ГЭК в анамнезе и при поступлении в хирургический стационар, развитию и течению болезни, первым признакам ее проявления.

Для улучшения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных ПГ практически все оперированные больные, проходили предоперационную подготовку посредством стационарного лечения в условиях отделения гастроэнтерологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Данный подход был направлен на нивелирование активности цирроза печени, а в ряде случаев и на переход больных от класса “В” в класс “А”, согласно классификации Чайлд-Пью, тем самым имея возможность снизить риск послеоперационных осложнений и летальности в послеоперационном периоде соответственно. До и после оперативного лечения, больные циррозом печени (ЦП) вирусной этиологии получали противовирусную терапию с последующим наблюдением у врачей-инфекционистов.

Спленэктомия выполнена 60 больным, показанием к которой явились гиперспленизм и гигантская селезенка, что, возможно, наиболее характерно для азиатского региона.

Критериями эффективности I группы – группы сочетанных операций, в сравнении со II группой, явились: динамика снижения степени ВРВП и Ж, отсутствие рецидива пищеводажного кровотечения,

летальность как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

Статистическую обработку данных проводили при помощи программы SPSS for Windows 16.0 (SPSS inc., USA).

**Результаты исследований.** Ближайшие результаты лечения прослежены через 1, 3, 6 и 12 месяцев после оперативного лечения у больных I и II групп. Отдаленные результаты лечения изучены в период более года у 73 больных I и II групп.

Лучшие непосредственные результаты отмечены в I группе сочетанных операций (n = 22), где в ближайший послеоперационный период пищеводажного кровотечения и летального исхода отмечено не было, во II группе в ближайший послеоперационный период до 1 месяца, несмотря на проведенные лечебные мероприятия, умерло 14 больных. Таким образом, послеоперационная летальность из 90 больных II группы составила 15,5 %. Так, во II группе у одного больного развился асцит-перитонит после наложения ПСРА по типу “конец в бок”. Гастроэзофагеальное кровотечение (ГЭК) имело место в 8 случаях: у 2 больных после наложения СРА с АВ, у 2 больных – после ДСРА, у 4 – после ПСРА по типу “конец в бок”. Следует отметить, что у 4 погибших больных в анамнезе выявлен эпизод ГЭК и III степень ВРВП и Ж, у одного больного была III степень ВРВП и Ж без эпизода ГЭК в анамнезе, у второго – II степень ВРВП и Ж.

Летальность от прогрессирования признаков печеночной недостаточности была отмечена у 5 больных: у одного больного после СРА с АВ, у 2 больных – после ДСРА и у 2 больных – после ПСРА по типу “конец в бок”.

У одного больного с ВПГ развилось пищеводажное кровотечение после наложения МКА анастомоза, которое удалось остановить консервативным путем.

Среди других послеоперационных осложнений наиболее часто встречались: левосторонний плеврит в 12 случаях, панкреатит – у 7 больных, спаечная кишечная непроходимость – у одного

больного. Все осложнения были разрешены, больной со спаечной кишечной непроходимостью оперирован повторно и выписан в удовлетворительном состоянии.

Через 3 месяца после операции летальности ни в I, ни во II группе отмечено не было, но признаки энцефалопатии выявлены у 4 больных II группы после ПСРА, и у 2 больных – после СРА по типу “бок в бок”.

К 6 месяцам после хирургического лечения 2 больных II группы умерли от нарастания признаков печеночной энцефалопатии после ПСРА, эпизод пищеводного кровотечения отмечен в I группе у одного больного с ВПГ, после ПСРА по типу “конец в бок” без летального исхода. В анамнезе у данного пациента выявлен эпизод ГЭК с III степенью ВРВП и Ж.

К 12 месяцам после оперативного лечения от рецидива ГЭК умер один больной I группы с ЦП после ДСРА. В II группе погибло 3 больных с ЦП от нарастания признаков печеночной энцефалопатии, после ПСРА и СРА по типу “бок в бок”, 1 больной II группы умер после рецидива ГЭК также после ПСРА с III степенью ВРВП и Ж.

Таким образом, общая летальность к 12 месяцам наблюдения после операций ПСШ в обеих группах составила 17,7 % (в I группе – 0,8 %, во II – 16,9 %). Рецидив ГЭК кровотечения в I группе, имел место у 2 больных с ВПГ в результате тромбоза венозного шунта без летального исхода после наложения ПСРА.

При изучении отдаленных результатов лечения нами проведен проспективный и ретроспективный анализ I и II групп сроком до 1,5 лет, у 21 больного I группы и 57 больных – II.

К полугода годам в I группе рецидива ГЭК не наблюдалось, однако во II группе эпизод ГЭК отмечен у 6 больных: у 2 больных с ВПГ и 4 больных с ЦП, в 2 случаях с летальным исходом у одного больного после ДСРА и 5 после ПСРА.

Надо отметить, что наибольшее число летальных исходов в отдаленном периоде I и II групп, отмечено в результате прогрессирования печеночной недостаточности и энцефалопатии. Так, в различные сроки после операции ПСШ в I группе умерло 2 больных и 8 больных II группы: в I группе 2 больных после ПСРА, в II группе 5 после ПСРА, 2 после ДСРА, 1 после наложения СРА с АВ.

Одним из актуальных вопросов портокавального шунтирования (ПКШ) является оценка продолжительности жизни больных после оперативного вмешательства. Так, анализ выживаемости в соответствии с целями и задачами исследования проводился нами на основе подходов к оценке функции выживания, называемой множительной оценкой, впервые предложенной Капланом и Майером (1958) (рисунок 1).

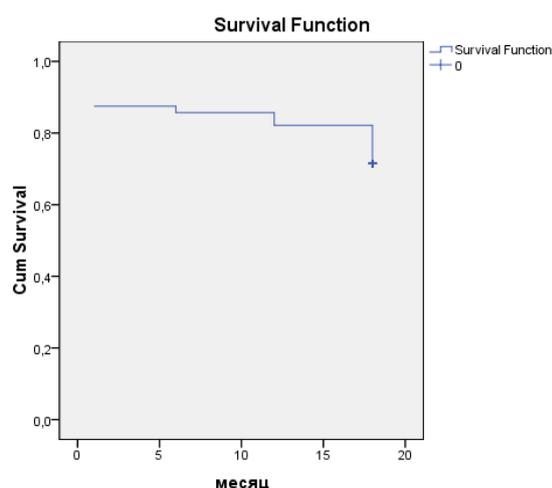


Рисунок 1 – Анализ выживаемости по Каплану и Майеру

Из представленных данных видно, что наибольшее число летальных исходов больных с ПГ отмечено в первый месяц после оперативного лечения. В последующие сроки до 1,5 лет наблюдения выживаемость составила 74,1 %, что, на наш взгляд связано с тем, что основная часть больных – 95 (84,9 %) человек – до операций ПСШ относилась, согласно классификации Чайлд-Пью, к классу “А”.

Таким образом, исходя из полученных данных, следует сделать вывод, что сочетанные операции наряду с операциями ПСШ являются оправданным методом лечения ПГ. Для улучшения результатов хирургического лечения больных ПГ, необходима ориентация на классификацию Чайлд-Пью.

#### 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. Maryuama H., Yokosuka O. Current Management of Gastric Varices // JNMA. 2007, 46 (167): 143–150.
3. Ерамишанцев А.К. Портокавальное шунтирование у больных с портальной гипертензией / А.К. Ерамишанцев, В.М. Лебезев // Тр. междунар. симпозиума. Минск, 1995; 29.
4. Назыров Ф.Г. Отдаленные результаты дистального спленоренального анастомоза у больных циррозом печени / Ф.Г. Назыров, А.В. Девятов, Р.А. Ибадов // Анналы хирургической гепатологии. 2007. № 4. С. 36–41.
5. Livingstone A.S., Koniaris L.G., Perez E.A. et al. 507 Warren-Zeppa distal splenorenal shunts: a 34-year experience. Ann Surg 2006; 243: 6:884–892.