СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Кошевой А.П.

Научно-исследовательский институт гастроэнтерологии СибГМУ

Северск Томской области, Россия

Под нашим наблюдением находятся 119 больных портальной гипертензией (ПГ), которым были проведены хирургические и эндоскопические вмешательства в период с 1984 по 2008 гг. При угрозе развития геморрагии из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка операцией выбора в плановом порядке служило портокавальное шунтирование в сочетании с азигопортальным разобщением в модификации клиники, которое выполнили у 20 больных. Из них 13 пациентов страдали циррозом печени (группа А по Child-Pugh) и 7 – внепеченочной ПГ.

Предпочтение отдавали дистальному спленоренальному анастомозу – 13 пациентов, при сложностях в выделении селезеночной вены, с целью исключения послеоперационного панкреатита и тромбоза анастомоза, а также невозможности его наложения ввиду особенностей сосудов использовали мезентерикокавальный анастомоз бок в бок – 3 и спленоренальный анастомоз бок в бок – 4. Операции проводили по стандартным методикам. Диаметр анастомоза во всех случаях был ограничен 9-10 мм, то есть было выполено парциальное портокавальное шунтирование, сохраняющее проградный кровоток по воротной вене. Послеоперационное снижение портального давления составило 138,3±12,6 мм вод. ст., что свидетельствует об адекватной портальной декомпрессии.

Прямая операция на ВРВ (патент РФ № 2188592 от 10.09.2002 г.) направлена на разобщение коллатералей в области пищевода и желудка, а также коррекцию эзофагокардиального перехода и снижение кислотопродукции с целью устранения гастроэзофагеального рефлюкса, профилактики и лечения воспалительных изменений слизистой пищевода и желудка, снижения частоты рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений.

Декомпрессивный эффект сочетанной операции проявлялся уменьшением степени выраженности ВРВ в послеоперационном периоде с Ш-IV до I-II. Выявлено уменьшение и исчезновение воспалительных и трофических изменений слизистой пищевода и желудка. Мы считаем, что это напрямую связано не только со снижением выраженности ВРВ и уменьшением портального давления, но и с восстановлением функциональной состоятельности гастроэзофагеального перехода путем моделирования искусственной кардии и создания острого угла Гиса, а также эффекта от селективной проксимальной ваготомии.

Летальных исходов у пациентов не было. Тромбоза анастомоза не зарегистрировано ни у одного пациента. В 1 (7,7%) случае после дистального спленоренального шунтирования развился острый панкреатит. Своевременная диагностика осложнения, адекватное консервативное лечение, проведение антикоагулянтной и дезагрегантной терапии позволило избежать нарушения проходимости анастомоза с развитием рецидива гастроэзофагеального кровотечения.

На фоне удовлетворительной функции сосудистого шунта, верифицированной при проведении ультразвукового исследования с дуплексным сканированием, у 1 (5,0%) больного циррозом печени регистрировали рецидив кровотечения из ВРВ пищевода. Гемостаз был достигнут с помощью проведения комплекса консервативных мероприятий.

При анализе показателей портального давления, определенного до наложения шунта, оказалось, что у этого пациента оно составляло 437 мм вод. ст. и превышало уровень портального давления у пациентов без этого осложнения – 397±11,3 мм вод. ст. Кроме того, у пациента до операции было отмечено наличие эрозивного рефлюкс-эзофагита. Развитие геморрагии можно объяснить резким изменением микроциркуляции после шунтирования на фоне выраженных трофических расстройств в слизистой оболочке пищевода у пациентов с исходно высокими цифрами портального давления.

Печеночная недостаточность зарегистрирована у 2 (15,4%) больных циррозом из 13, причем степень ее выраженности была легкая. У этих пациентов также было отмечено появление асцитической жидкости в брюшной полости, которая отделялась по дренажам, и нарастание ее отделения. Еще у 8 из 20 (40,0%) – биохимические маркеры (билирубин, трансаминазы) свидетельствовали об ухудшении функционального состояния печени. Мы не отметили ни одного случая развития выраженной острой энцефалопатии.

Энцефалопатия в субклинической стадии после операции была выявлена у 9 (45,0%) из 20 пациентов, энцефалопатия 1 стадии у 2 (15,4%) больных циррозом. Печеночная недостаточность, а также проявления нарушений функций печени у пациентов поддавались медикаментозной коррекции и были устранены назначением консервативной терапии (мочегонные средства, гепатопротекторы, инфузионная терапия, белковые кровезаменители, лактулоза, диета) в течение 3-4 недель после операции.

Из числа общехирургических осложнений у одного (5,0%) пациента отмечено нагноение послеоперационной раны.

Таким образом, следование показаниям для парциального шунтирования и учет максимального числа факторов риска рецидива кровотечения позволили при сочетанной операции значительно снизить вероятность развития геморрагии, требующей повторных вмешательств, избежать тромбоза анастомозов, некорригируемой печеночной недостаточности и летальных исходов в послеоперационном периоде.

Из 20 больных, выписанных из стационара, отдаленные результаты были изучены у 18. Сроки наблюдения составляют от 1 года до 6 лет. Информацию не удалось получить об 1 пациенте и еще у 1 сроки для оценки отдаленного периода были малы.

Рецидив кровотечения отмечен в 1 (5,5%) случае. Источником кровотечения явились ВРВ пищевода. Повторное вмешательство заключалось в эндоскопическом воздействии на источник геморрагии с помощью эндоскопического склерозирования и привело к успеху. Этот пациент находится под тщательным наблюдением и подвергается обследованию 1 раз в 3 месяца.

Летальные исходы, связанные с основным заболеванием, у больных не наблюдались. Причиной этого считаем проведение операций только у больных группы А по Child-Pugh и отсутствие прогрессирования печеночной недостаточности, которая в отдаленном периоде является основной причиной летальности у больных группы В. Один пациент умер в отдаленном периоде (6 лет после операции) от инфаркта миокарда.

Хроническая гепатопортальная энцефалопатия 1 стадии отмечена у 2 (16,7%) пациентов с циррозом печени. Медикаментозное курсовое лечение приносило эффект. У остальных клинических проявлений энцефалопатии не было.

В связи с неуклонным прогрессированием основного заболевания у больных циррозом печени состояние функций печени усугубилось и при контрольных обследованиях переход в субкомпенсированную стадию выявлен у 3 (25,0%), сохранение трудоспособности однако присутствовало у всех больных, они были социально реабилитированы.

У всех 18 больных в отдаленном периоде при контрольной эндоскопии отмечена положительная динамика в виде уменьшения выраженности ВРВ пищевода. Спавшиеся ВРВ зафиксированы у 5 больных, 1 степень была у 10 больных, 2 степень без признаков угрозы пищеводного кровотечения – у 3.

Таким образом, использование предложенной методики сочетанной операции у больных с внутрипеченочной и внепеченочной ПГ позволило в сроки до 6 лет предупредить рецидивы кровотечения у 94,5% больных, избежать портосистемной энцефалопатии у 83,3% больных и связанных с ними летальных исходов.

Методом выбора хирургического лечения при варикозном расширении вен пищевода и желудка является сочетанная операция азигопортального разобщения в модификации клиники и парциального портокавального шунтирования, позволяющая совместить их преимущества, сократить число рецидивов кровотечения в послеоперационном периоде, исключить повторные хирургические вмешательства и летальность, связанную с рецидивом геморрагии.