

Нами проанализированы результаты наблюдений 559 больных с ВПГ, оперированных за 25-летний период. ПКШ было выполнено у 187 больных, прошивание ВРВПЖ — у 372, причем у 258 из них в плановом порядке и у 114 — в экстренном. Мужчин было — 261, женщин — 298. Возраст больных составил от 9 до 59 лет.

В первой серии из 197 операций, выполненных в плановом порядке, ПКШ было осуществлено у 25 больных (12,7 %), а из 248 последующих операций данное вмешательство выполнено у 162 (65,3 %). Это обусловлено внедрением в практику прецизионной техники, позволившей использовать для анастомозирования сосуда малого диаметра (≤ 8 мм), а также применением аутоотрансплантата из внутренней яремной вены и синтетических протезов в виде сосудистой вставки.

Послеоперационная летальность в первой серии ПКШ составила 8 %, во второй — 2,5 %. После прошиваний ВРВПЖ в плановом порядке — соответственно 6,3 и 2,3 %, после экстренных операций — 30 и 9,4 %.

Отдаленные результаты (1 — 16 лет) прослежены после ПКШ у 135 больных: рецидивы кровотечения отмечены у 14 (10,4 %), умерли 2,2 % больных, однако после прошиваний ВРВПЖ из 286 пациентов рецидивы кровотечения были у 104 (36,4 %), и от этого осложнения умерли 6,6 % наблюдаемых больных.

В.М. Лебезев, А.Г. Шерцингер, Г.Д. Гунзынов, Т.Л. Дашибалова, А.К. Гаврилова

АНГИОГРАФИЧЕСКОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Российский научный центр хирургии РАМН (Москва)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Цель работы: оценить результаты ангиографического и эндоскопического исследований в оценке эффективности портокавального шунтирования (ПКШ) у больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Проведен анализ отдаленных результатов ПКШ у 27 больных с ВПГ. Всем больным выполнены контрольная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и ангиографическое исследование с измерением портокавального давления (ПД). При оценке выраженности варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) методом эндоскопии использовали 3-степенную классификацию вен (1-я степень — до 3 мм; 2-я — 3 — 5 мм; 3-я — более 5 мм). К косвенным признакам угрозы гастроэзофагеального кровотечения (ГЭК) относили: сохранение напряжения вен при прохождении перистальтической волны, дилатацию пищевода, наличие васкулопатии и эрозивного процесса в гастроэзофагеальной зоне. Хорошим результатом признавали наблюдения, когда ВРВПЖ исчезали или уменьшались до 1-й степени; удовлетворительным — при ВРВПЖ 2-й степени без косвенных признаков угрозы рецидива ГЭК; неудовлетворительным — при наличии ВРВПЖ 2 — 3-й степени с косвенными признаками угрозы пищеводно-желудочного кровотечения или с рецидивом ГЭК.

При ангиографическом исследовании в группе больных со стенозом портокавального анастомоза (ПКА) ($n = 7$) ПД составило $272,17 \pm 28,2$ мм вод. ст. и оказалось достоверно выше показателя группы с нормальной проходимостью сосудистого шунта — $175,83 \pm 10,5$ ($p < 0,01$). Во всех случаях стеноза ПКА были выявлены неудовлетворительные результаты при ЭГДС. Вместе с тем из 20 пациентов с нормальной проходимостью сосудистого шунта у 18 был отмечен хороший, у 2-х — удовлетворительный результат при контрольной эндоскопии.

Шести больным со стенозом ПКА была выполнена баллонная дилатация с непосредственным положительным эффектом, заключавшемся в значительном расширении анастомоза, снижении ПД и уменьшении диаметра ВРВПЖ.

Отдаленные результаты баллонной дилатации прослежены в сроки от 6 месяцев до 3-х лет. При этом у 5 больных данные ЭГДС соответствовали хорошей оценке. У одного больного был отмечен ВРВПЖ 3-й степени, и наблюдался рецидив ГЭК, остановленный консервативно. Однако этот больной умер из-за развившейся тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Таким образом, установлена тесная корреляция данных ангиографии, эндоскопии и портальной манометрии и возможность достоверной оценки функции ПКА по результатам ЭГДС. К ангиографическому методу исследования следует прибегать при сомнениях в проходимости анастомоза после эндоскопии. Однако к эндовазкулярной дилатации ПКА необходимо относиться с осторожностью из-за возможного развития тяжелых осложнений.