

© Н.А.Жанталинова, 2006
УДК 616.36-004-06::616.149-008.331.1-06::616.329/.342-089

Н.А.Жанталинова

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Кафедра госпитальной хирургии (зав.—проф. Р.А.Сулиманов) Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, варикозное расширение вен пищевода и желудка.

Введение. При циррозах печени (ЦП) наблюдаются гемодинамические нарушения в портальной системе, которые отражаются на функции органов желудочно-кишечного тракта. Тесные функциональные взаимосвязи печени с органами желудочно-кишечного тракта, взаимные гуморальные влияния способствуют развитию патологического процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК).

По сведениям ряда авторов, гепатогенные язвы у больных с диффузными заболеваниями печени встречаются в 9,5–16,7% [5] и даже достигают 23,5–27% при ЦП [4], а по материалам секций — у 11,6% [2, 4]. У 1,8–6% больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями выявляется ЦП [1]. У 13,8% больных с ЦП причиной кровотечения является хроническая язва желудка или ДПК [5]. Весьма неблагоприятны и результаты лечения [3]. Наличие в желудке и печени общего венозного коллектора позволяет считать, что одним из патогенетических механизмов, способствующих язвообразованию и отягощающих дальнейшее течение, является портальная гипертензия [4, 5, 9]. В связи с этим эффективными являются меры, направленные на снижение портального давления, что ведет к улучшению микроциркуляции в тканях органов портального бассейна [3, 9].

Частота гепатогенных язв и результаты хирургического лечения зависят от функционального состояния печени. При декомпенсированном ЦП язвы выявляются у 38% больных [5]. Состояние усугубляется тем, что гепатогенные язвы при портальной гипертензии возникают или прогрессируют на фоне венозного застоя и сочетаются с варикозным расширением вен пищевода и желудка (ВРВП и Ж). Кровотечение из одного источника может стимулировать кровотечение из другого. Этому способствуют и хирургические вмешательства, направленные на устранение активного источника кровотечения [3, 7].

В.Т.Зайцев и соавт. [3] установили высокую вероятность развития кровотечения из ВРВП и Ж после оперативного вмешательства по поводу кровоточащей хронической язвы желудка и ДПК.

О выборе объема хирургического лечения при кровотечениях из язв желудка или ДПК на фоне ПГ и ЦП существуют разные мнения и подходы. В.Т.Зайцев и соавт. [3] выполняли операцию, которая заключалась в деваскуляризации проксимальной половины желудка по малой кривизне, перевязке сосудов, идущих ко дну желудка по большой кривизне и скелетизации абдоминального отдела пищевода. При локализации язвы в желудке производили клиновидное иссечение или циркулярную резекцию по Риделю. При язве в ДПК выполняли ее иссечение с пилородуоденопластикой. Б.Т.Халметов [6] считает, что у больных при кровотечении из язвы желудка и ДПК с ЦП наиболее радикальным методом лечения является резекция желудка и лишь при тяжелом состоянии ство-

ловая ваготомия с прошиванием или иссечением язвы. По мнению А.А.Шалимова и соавт. [8], методом выбора является проксимальная селективная ваготомия при язве ДПК или экономная резекция желудка при желудочной язве в сочетании с применением разобщающих операций. М.Д.Ханевич и соавт. [7] считают, что оперативное лечение на высоте кровотечения приводит к высокой летальности, которую можно уменьшить за счет временного эндоскопического гемостаза, что позволяет провести интенсивную комплексную терапию.

Материал и методы. Нами анализированы результаты лечения 83 больных с кровотечениями вследствие ПГ на фоне ЦП в сочетании с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и ДПК. Возраст больных — от 25 до 79 лет. Наиболее часто эта патология отмечена в трудоспособном возрасте (40–60 лет — у 71,1% больных). По полу преобладали мужчины — 67,5%, женщин было 32,5%.

У 41 (49,4%) больного источником кровотечения были аррозии варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и кардии желудка, у 31 (37,3%) — язвы желудка и ДПК (9 — желудка, 22 — ДПК), из этого числа больных у 8 источником кровотечения явились гигантские язвы желудка и ДПК, у 11 (13,3%) — одновременно из ВРВ и гастродуоденальных язв.

Диагностика основывалась на анамнезе, клинических проявлениях заболевания, ультразвуковом обследовании органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС), определениях маркеров гепатита, биопсии печени во время операции, стенок пищевода и желудка после оперативного вмешательства. Степень печеночной недостаточности определяли по классификации Child-Pugh. Выделяли 3 группы: А — 51 больной (61,5%), В — 23 (27,7%), С — 9 (10,8%), т. е. преобладала группа А.

Язвенная болезнь явилась причиной смешанной формы портальной гипертензии за счет цирроза печени и вторичной внепеченочной гипертензии вследствие пенетрации язвы в гепатодуоденальную связку и поджелудочную железу, с развитием рубцово-воспалительного процесса со сдавлением спленоportalного ствола у 37 (44,6%) больных. У 46 (55,4%) — язвы развились на фоне цирроза печени с внутрипеченочной формой портальной гипертензии, в том числе у 8 — с гигантскими язвами. Из общего числа больных (83) в 7 (8,4%) случаях язва была впервые установлена при госпитализации, а в 4 (4,8%) — лишь во время операции были выявлены признаки портальной гипертензии на фоне цирроза печени.

Результаты и обсуждение. Хирургическое лечение из 83 больных выполнено у 71 (85,5%), из них у 24 — с кровотечением из язв желудка и ДПК, у 36 — из аррозированных ВРВ пищевода и желудка, у 11 пациентов были оба источника кровотечения одновременно, что явилось основанием для прошивания ВРВ пищевода, желудка и язв ДПК. Экстренно и срочно оперированы 39 (54,9%) больных (таблица). В экстренном порядке (от 2 ч до 1 сут) на высоте кровотечения оперированы 24 (33,8%) пациента (через 2–6 ч — 18 больных с кровоте-

Виды экстренных и срочных оперативных вмешательств

Вид операции	Число больных		Итого (%)
	Абс.	%	
Резекция желудка (РЖ)	2	5,1	11 (28,2)
РЖ+лигирование ВРВ пищевода и желудка	9	23,1	
Деваскуляризация пищевода по В.Т.Зайцеву, прошивание ВРВ, иссечение язв желудка	9	23,1	9 (23,1)
Гастротомия, прошивание ВРВ и иссечение язв ДПК, проксимальная селективная ваготомия	10	25,6	10 (25,6)
Гастротомия, прошивание вен нижней трети пищевода, кардии желудка, иссечение язв ДПК с пилоропластикой, стволовая ваготомия	7	17,9	7 (17,9)
Гастротомия, прошивание ВРВ, дуоденотомия, прошивание язв ДПК	2	5,2	2 (5,1)
Всего	39	100	39 (100)

чащими язвами и 11 — с двумя источниками кровотечения, через 4–20 ч — из ВРВП и Ж), в срочном порядке — 15 (до 2–3 сут) или 21,1%, из этого числа у 4 больных был рецидив кровотечения, что явилось показанием для экстренного оперативного вмешательства. В плановом порядке оперированы 32 (45,1%) пациента со стабильным гемостазом. Больным этой группы была проведена тщательная предоперационная подготовка, что благоприятно отразилось на непосредственных результатах лечения.

Из 39 больных, оперированных экстренно или срочно, у 37 устраняли оба источника кровотечения, как активный, так и потенциальный.

Основным видом оперативного вмешательства были различные методики ваготомий с деваскуляризацией пищевода по В.Т.Зайцеву, гастротомия с лигированием вен в сочетании с иссечением язв и пилоропластикой, резекция желудка с прошиванием ВРВ через культю резецированного желудка (см. таблицу).

Резекция желудка выполнена 11 больным с ЯБЖ и ДПК. Из них 8 были с гигантскими язвами (более 3 см) желудка и ДПК с осложненным течением заболевания. Во всех случаях имело место сочетание более двух осложнений одновременно (кровотечения и перфорации, кровотечения рубцово-язвенного стеноза и пенетрации), что и явилось показанием для резекции желудка и прошивания ВРВ пищевода и желудка через культю.

Двум больным с кровоточащей язвой желудка была произведена только резекция желудка, при этом у 1 на 5-е сутки возникло кровотечение из аррозированных ВРВ желудка, у второго —

кровотечение из ВРВ нижней трети пищевода и кардии желудка произошло через год после операции, что потребовало повторного оперативного вмешательства — субкардиальной гастротомии с лигированием вен. Больная погибла от прогрессирующей острой печеночной недостаточности. У остальных 9 больных, которым было произведено прошивание ВРВ пищевода и желудка через культю резецированного желудка, рецидивов кровотечения и летальности не было.

Из 10 больных, которым была произведена гастротомия с прошиванием кровоточащих ВРВ и иссечение язвы ДПК с пилоропластикой в 2 (20%) случаях отмечен рецидив кровотечения из ВРВ пищевода, которое удалось остановить применением зонда-обтуратора. Умер 1 больной от постгеморрагической анемии и острой печеночно-почечной недостаточности. При ушивании кровоточащей язвы ДПК (2) отмечен рецидив кровотечения в обоих случаях: в 1 — из ушитой язвы и в 1 — из ВРВ пищевода и желудка, что привело к летальному исходу на фоне нарастающей печеночной недостаточности.

Таким образом, из числа экстренно и срочно оперированных (39) у 6 (15,4%) пациентов был рецидив кровотечения. Умерли в этой группе 4 больных, послеоперационная летальность составила 10,3%. Осложнения и летальные исходы чаще отмечены у тех больных, которым были выполнены паллиативные оперативные вмешательства ввиду тяжелого состояния, в двух случаях ограничили только резекцией желудка, устранив только активный источник кровотечения.

Кровотечение остановлено консервативными мероприятиями у 44 больных. Летальный исход в этой группе отмечен у 2 пациентов (оба из группы С), или в 4,5% случаев. Причиной смерти явилась острая печеночно-почечная недостаточность.

Из 44 больных 32 оперированы через 3–4 нед после остановки кровотечения, 14 из них произведена резекция желудка (5 — по Горбашко) с прошиванием вен через культю желудка. При дуоденальных язвах применяли различные методы ваготомий, из них 13 — ПСВ с проксимальной гастротомией с лигированием ВРВ нижнего отрезка пищевода и желудка по М.Д. Пациора, у 7 — выполнены лазерным облучением с экстраперитонизацией по Бересневу, 9 — электрокоагуляцией по Усову. Умерших в этой группе не было.

Общая летальность составила 7,2%.

Таким образом, выбор хирургической тактики при ЦП с ПГ в сочетании с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, представляет определенные трудности. Тяжесть состояния больных зачастую не позволяет выполнить более адекватный объем оперативного вмешательства. В то же время, на фоне имеющихся нарушений гемостаза,

обусловленного патологией печени, гипоксии смешанного генеза добиться стабильного гемостаза не всегда удается, что приводит к рецидивам кровотечения. Поэтому во всех случаях необходимо проводить коррекцию обоих причинных факторов, как активного, так и потенциального, что способствует снижению числа рецидивов кровотечения и улучшает непосредственные результаты лечения больных с данной патологией.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Береснев С. А. Особенности лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с патологией печени: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—Харьков, 1991.—41 с.
2. Ерамишанцев А. К., Манукьян Г. В. «Сегодня» и «завтра» хирургии портальной гипертензии // *Анналы хирургической гепатологии*.—1998.—Т. 3, № 2.—С. 111–114.
3. Зайцев В. Т., Велигоцкий Н. Н., Берсенева С. А. Хирургическая тактика при кровотечениях на почве язвенной болезни при наличии синдрома портальной гипертензии // *Хирургическое лечение портальной гипертензии, заболеваний и травм печени*.—Харьков, 1986.—С. 29–30.
4. Катаев С. С., Шифрин О. С., Голованова О. Ю. и др. Гепатогенная язва (некоторые стороны патогенеза) // *Клин. мед.*—1989.—Т. 67.—С. 32–36.
5. Пручанский В. С., Прозоровский К. В. Изменения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки у больных хроническими диффузными заболеваниями печени // *Вестн. рентгенол.*—1993.—№ 5.—С. 24–26.
6. Халметов Б. Т. Хирургия портальной гипертензии в сочетании с гастродуоденальными язвами у больных циррозом печени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Ташкент, 1995.—17 с.
7. Ханевич М. Д., Хрупкин В. И., Жерлов Г. К. и др. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных внутрипеченочной портальной гипертензией.—Новосибирск: Наука, 2003.—198 с.
8. Шалимов А. А., Короткий В. Н., Калита Н. Я. и др. Лечение пищевода-желудочных кровотечений при синдроме портальной гипертензии // *Хирургические лечение портальной гипертензии, заболеваний и травм печени*. — Харьков, 1986. — С. 82–84.
9. Chen C.Y., Lin C.Y., Chang T.T. et al. A simple maneuver for placing an overtube during endoscopic variceal ligation (letter) // *Gastrointest. Endosc.*—1995.—Vol. 41, № 1.—P. 83–84.

Поступила в редакцию 01.08.2005 г.

N.A.Zhantalinova

SURGICAL STRATEGY FOR COMBINED ESOPHAGOGASTRODUODENAL BLEEDINGS IN LIVER CIRRHOSIS PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

Under analysis were results of treatment of 83 patients with bleedings resulting from portal hypertension against the background of liver cirrhosis combined with ulcer disease of the stomach and/or duodenum. In 49.4% of the patients the sources of bleedings were varicose veins of the esophagus and stomach, in 37.3% — ulcers, in 13% — a combination of ulcer and erosion of the varicose veins. Emergency operations were made on 33.8% of patients, urgent — on 22.1%, planned operations on 45.1%. Recurrences were noted in 15.4% of urgent and emergency operations, lethality — 10.3%. After planned operations lethality was 0%.