

УДК 616.149-008.331.1:[616.145+616.149]-089.86

А.Ю. Анисимов, А.Ф. Галимзянов, А.Ф. Якупов, Р.Т. Зимагулов, М.В. Кузнецов, Н.М. Мрасов, С.Б. Сангаджиев, А.М. Байтимиров, А.Г. Подшивалов (Казань). Портокавальное шунтирование у больных с внепеченочной портальной гипертензией

Затруднение тока крови в бассейне воротной вены у 25–35% больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) приводит к кровотечению из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Летальность от первого пищеводно-желудочного кровотечения достигает 50%. Еще более пессимистичным выглядит прогноз для пациентов, перенесших кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в прошлом. При отсутствии профилактических мероприятий в течение первого года у 60% из них возникает рецидив. От него погибают еще от 30 до 80% больных. Таким образом, именно пищеводно-желудочное кровотечение является основным, но, как правило, запоздалым показателем к хирургическому лечению больных с синдромом портальной гипертензии. Вышеизложенное обосновывает необходимость совершенствования неотложной помощи при данной патологии.

При внепеченочной портальной гипертензии фатально опасен разрыв внеорганных сосудов системы воротной вены. Из общего объема циркулирующей крови печеночного кровотока эта система депонирует 70% массы, а весь объем циркулирующей крови в печеночном кровотоке составляет 30% от её общего объема. Поскольку давление в системе воротной вены достигает 30 мм Нг, объем кровопотери представляет смертельную угрозу для пациента.

В настоящее время общепризнано, что сосудистые портокавальные анастомозы у больных с ВПГ являются наиболее радикальным методом лечения, позволяющим в 90–95% наблюдений устранять пищеводно-желудочные кровотечения.

В настоящем сообщении приводятся результаты портокавального шунтирования у двух больных с внепеченочной портальной гипертензией, находившихся на лечении в отделении хирургии печени и портальной гипертензии Межрегионального клинико-диагностического центра МЗ РТ в 2007 г.

1. Больной Г. 20 лет поступил в клинику 28.02.2007 г. с диагнозом: врожденная сосудистая аномалия; тромбоз воротной вены: синдром внепеченочной портальной гипертензии; варикозное расширение вен пищевода и желудка 3-й степени; пищеводно-желудочное кровотечение; постгеморрагическая анемия. Больной был переведен из отделения хирургии Тукаевской ЦРБ, куда его госпитализировали 26.02.2007 г. по поводу профузного пищеводно-желудочного кровотечения. Лечение начато с установления зонда Сенгстаке-Блекмора и консервативной гемостатической терапии. Достигнутый временный гемостаз и стабилизация показателей центральной гемодинамики позволили перевести пациента из ЦРБ в отделение хирургии печени и портальной гипертензии МКДЦ.

При поступлении общее состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. АД – 110/70 мм Нг, частота пульса – 90 уд. в 1 мин. Жи-

вот мягкий, безболезненный во всех отделах. Уровень гемоглобина – 41 г/л, эритроцитов – $2,57 \cdot 10^{12}$ /л. При эндоскопическом исследовании пищевода начиная с 27 см от уровня резцов обнаружены множественные варикозно-расширенные вены диаметром от 0,5 до 0,7 см. В нижней трети пищевода над варикозно-расширенными венами располагаются «пятна спелой вишни». Имеются участки телеангиоэктазий. Варикозно-расширенные вены пищевода переходят на кардио, малую кривизну, дно желудка, образуя шаровидные конгломераты в виде гроздьев. На большой кривизне желудка имеется гипертрофия продольных складок. Диаметр вен в этих отделах достигает 0,7–1,0 см. УЗИ селезенки показало четкость, ровность ее контуров, притупленность края; структура гиперэхогенная, среднезернистая, с признаками фиброза. Размеры – 202x15x106 мм.

С учетом высокого риска рецидива пищеводно-желудочного кровотечения после стабилизации клинических, гемодинамических и лабораторных показателей было решено выполнить портокавальное шунтирование.

07.03.07 в условиях общей анестезии произведена верхнесреднесрединная лапаротомия. В брюшной полости оказался светло-желтого цвета, без запаха, прозрачный выпот в количестве около 100 мл. Печень мягкая, эластической консистенции, темно-вишневого цвета, гладкая на ощупь. Выраженная инъекция сосудов портального бассейна. Частично тупым, частично острым способом выделена интестинальная ветвь верхней брыжеечной вены диаметром около 1,0 см. Далее доступом через корень брыжейки тонкой кишки обнажена передняя боковая стенка нижней полой вены в инфраренальном отделе. Исходя из большого диастаза (более 10 см) между нижней полой веной и интестинальной ветвью верхней брыжеечной вены был выполнен мезентерикокавальный анастомоз Т-типа с сосудистой вставкой синтетическим протезом «пропаген». Наложены анастомозы «конец-в-конец» между протезом и ветвью верхней брыжеечной вены и «конец-в-бок» между протезом и нижней полой веной.

В послеоперационном периоде пациент получал кеторол 3 раза в день по 2,0 мл 3% р-ра в/м, папаверин 3 раза в день по 2,0 мл 2% р-ра в/м, димедрол 2 раза в день по 1,0 мл 1% р-ра в/м, цефтриаксон 2 раза в день по 1,0 г в/в, фраксипарин 2 раза в день по 0,3 мл п/к, 5% раствор глюкозы в дозе 400,0 мл в/в капельно, ацесоль (400,0 мл) в/в капельно, гептрал по 400 мг 2 раза в день в/в, 2,0 мл 1% р-ра лазикса в/в, квамател по 20 мг 2 раза в день в/в, прозерин 2 раза в день по 1,0 мл 0,05% р-ра в/м, 0,01% р-р перлингонита в дозе 1,5 мл в час через инфузомат PILOT A2, а также лечебную физкультуру, электростимуляцию кишечника, очистительные клизмы, нутрикомп по 500 г в сутки.

11.03.07 г. отмечен эпизод пищеводно-желудочного кровотечения. В связи с этим в пищевод был повторно установлен зонд Сенгстаке-Блекмора. Проведена консервативная гемостатическая терапия: 5% раствор аминокaproновой кислоты (200,0) в/в, 4 мл 12,5% р-ра дицинона в 200 мл 0,9% р-ра натрия хлорида в/в капельно + 2 мл 12,5% р-ра дицинона в/м; 10 мл 10% раствора хлорида кальция в/в, квамател по 20 мг 2 раза в день в/в, перелива-

ние одноклассной свежемороженой плазмы и эритроцитарной массы. В результате интенсивной терапии кровотечение, источником которого была острая язва кардиального отдела желудка, было остановлено. В последующем послеоперационный период протекал без осложнений. Перед выпиской из стационара уровень гемоглобина повысился до 85 г/л, эритроцитов – $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, значительно уменьшилась в размерах селезенка. На 20-е сутки после операции больной в удовлетворительном состоянии был выписан на амбулаторное долечивание по месту жительства.

2. Больная Д. 20 лет поступила в клинику 02.04.2007 г. с диагнозом: тромбоз воротной вены; синдром внепеченочной портальной гипертензии; варикозное расширение вен пищевода и желудка 3-й степени; высокий риск пищеводно-желудочного кровотечения, спленомегалия.

При поступлении общее состояние больной среднетяжелое. АД – 110/70 мм Нг, частота пульса – 90 уд. в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Содержание гемоглобина – 128 г/л, эритроцитов – $5,07 \cdot 10^{12}$ /л. При эндоскопическом исследовании пищевода начиная с 25 см от уровня резцов обнаружены три ствола варикозно-расширенных вен, каждая диаметром до 0,5 см. Вены при инфуляции не спадаются, напряжены. Имеются признаки васкулопатий в виде телеангиоэктазий. Диаметр подслизистых вен желудка превышает 0,6 см. Слизистая над венами поражена точечными эрозиями. Вены напряжены.

При УЗИ селезенки контуры ее четкие, ровные, край притуплен, структура гиперэхогенная, среднезернистая, с признаками фиброза. Размеры – 169x95x87 мм. Высокий риск развития пищеводно-желудочного кровотечения явился показанием к портокавальному шунтированию.

10.04.07 г. в условиях общей анестезии больной была выполнена среднесрединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет. Печень мягкоэластичной консистенции, темно-вишневого цвета, гладкая на ощупь. Сосуды портального бассейна расширены в диаметре. Селезенка значительно увеличена в размерах с участками гиалиноза, занимает практи-

чески все левое подреберье и левую боковую область живота. Частично тупо, частично остро выделена верхняя брыжеечная вена диаметром около 1 см. Далее доступом через корень брыжейки тонкой кишки в верхнем мезентериальном синусе обнажена передняя боковая стенка нижней поллой вены в инфраренальном отделе. Выполнен верхний мезентерикокавальный анастомоз Н-типа с сосудистой вставкой синтетическим протезом «пропатен». При этом наложены анастомозы «конец-в-бок» между протезом и верхней брыжеечной веной и «конец-в-бок» между протезом и нижней поллой веной. Дополнительно прошиты варикозно расширенные вены пищевода и желудка по методике М.Д. Пациора.

В послеоперационном периоде больная получала 5% раствор глюкозы в дозе 500,0 в/в капельно, 0,9% раствор натрия хлорида (400,0 мл) в/в капельно, трисоль (400,0 мл) в/в капельно, реополиглюкин (400,0 мл) в/в капельно, 5 мл 2% р-ра трентала в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно, 2 мл 2% р-ра лазикса в/в, цефтриаксон 2 раза в день по 1,0 г в/м, кеторол 2 раза в день по 1,0 мл 3% р-ра в/м, димедрол 2 раза в день по 1,0 мл 1% р-ра в/м, квамател по 20 мг 2 раза в день в/в, прозерин 2 раза в день по 1,0 мл 0,05% р-ра в/м, фраксипарин 2 раза в день по 0,3 мл/к.

Послеоперационный период протекал гладко. Перед выпиской у больной отмечено значительное уменьшение размеров селезенки; содержание гемоглобина – 92 г/л, эритроцитов – $3,57 \cdot 10^{12}$ /л. Заживление послеоперационной раны произошло первичным натяжением.

Таким образом, наш первый клинический опыт свидетельствует о том, что портокавальное шунтирование у пациентов с внепеченочной портальной гипертензией как на высоте пищеводно-желудочного кровотечения, так и при высоком риске его возникновения позволяет достигнуть максимальной декомпрессии бассейна воротной вены, ликвидации симптомов портальной гипертензии и угрозы развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Описанное оперативное вмешательство привело к выздоровлению молодых и трудоспособных людей.