

Нартайлаков М.А., Курбангулов И.Р., Гвоздик Т.П.
**ВЫБОР ТИПА ПОРТОКАВАЛЬНОГО
АНАСТОМОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**
Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа

Цель исследования. Сравнить результаты хирургического лечения больных с портальной гипертензией (ПГ) различного генеза, разработать схему профилактики тромбгеморрагических осложнений в комплексном хирургическом лечении ПГ.

Материалы и методы. Работа включает наблюдение за 74 больными с ПГ различного генеза за период с 1997 по 2004 годы. Всем пациентам было выполнено комплексное оперативное лечение, включающее в себя наложение портокавального анастомоза (ПКА), стимуляцию регенерации печени диспергированным биоматериалом «Стимулятор регенерации», канюлирование воротной вены. Нами выполнены различные виды ПКА. К тотальному типу ПКА отнесены проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА), мезентериокавальный анастомоз «конец в бок» (МКА), МКА Н-типа в том случае, если в качестве вставки использован сегмент внутренней яремной вены диаметром более 1,2 см. Остальные ПКА отнесены к парциальным. Тотальных ПКА выполнено 40, парциальных – 34. Оценка функционального состояния печени проводилась по прогностической системе критериев Чайлда-Пью. Среди наблюдаемых пациентов преобладали лица в стадии субкомпенсации. С помощью ультразвуковой доплерографии оп-

ределялись направление кровотока, просвет сосудов, линейная и объемная скорости кровотоков. ФЭГДС использовали для диагностики наличия варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка и диагностики кровотечения.

Результаты. Среди всех ПКА доля ранней послеоперационной летальности при тотальных шунтах составила 10,8 %, при парциальных – 5,6 %.

Ранний послеоперационный тромбоз шунта был отмечен в трех случаях, все они закончились летальными исходами. В первом случае тромбозу подвергся МКА Н-типа из аутовены (*V. saphena magna*). Во втором случае наступил тромбоз умбиликокавального анастомоза с последующим кровотечением из ВРВ пищевода. В третьем случае был тромбоз ПСРА.

Тромбозы шунтов в отдаленном периоде отмечены в 5 (12,5 %) случаях, из них 3 – ПСРА, 1 – ССРА, 1 – ПКА Н-типа (*Zulcer Vascutec*), причем в 4 случаях тромбоз шунта привел к пищеводно-желудочному кровотечению. Это свидетельствует о необходимости дальнейшего поиска путей профилактики тромбозов ПКА.

Печеночная энцефалопатия (ПЭ) после портокавального шунтирования (ПКШ) в раннем послеоперационном периоде возникла у трех пациентов (4,0 %) после выполнения тотальных ПКА.

Нами проведен анализ показателей портальной кровотока, при котором наиболее характерными были изменения по воротной вене (ВВ). Так, объемная скорость кровотока (ОСК, мл/мин) при тотальных ПКА составила $1590,90 \pm 184,17$ до операции и $1079,40 \pm 179,28$ после, при парциальных -

1259,2±142,31 и 940,82±110,82. Наиболее выраженную амплитуду средних значений ОСК по ВВ мы получили при внепеченочной ПГ (ВПГ): 803,25±876,99 против 1068,50±925,97 до операции. Это объясняется различными стадиями тромбоза ВВ и ее ветвей, когда кровотоки или не определялись, либо были снижены, либо приближались к нормальным при реканализации тромба.

При различных типах шунтирования мы наблюдали и различную степень уменьшения размеров ВРВ после операции. После выполнения тотальных ПКА отмечается значительное снижение размеров ВРВ, более чем в 2 раза (4,15±0,61 мм до операции, после - 1,85±0,93 мм). После парциальных ПКА также наблюдается снижение размеров ВРВ, но в 1,3 раза (до операции - 3,83±0,41 мм, после - 2,83±0,29 мм). В отдаленном периоде кровотечения из ВРВ пищевода наблюдались у 8 (20 %) пациентов: при тотальном типе шунтирования – у 3, при парциальном – у 5.

При сравнении двух типов шунтирования в отдаленном послеоперационном периоде обращает на себя внимание тот факт, что при тотальном типе сохраняется более выраженная редукция показателей портوپеченочного кровотока. Таким образом, выполнение парциального ПКА создает условия для более благоприятного кровоснабжения печени на фоне редукции всех показателей портوپеченочного кровотока.

При сравнении двух типов шунтирования выявляется, что у больных с тотальными ПКА энцефалопатия II степени развивается чаще (47,6 % при тотальных ПКА, 31,6 % - при парциальных), что неблагоприятно сказывается на качестве жизни.

Анализируя выживаемость больных с учетом видов ПКА, мы не выявили существенной разницы годичной и трехлетней выживаемости. Однако пятилетняя выживаемость в группе с парциальными шунтами значительно лучше (70 % против 50 % – с тотальными шунтами).

При ВПГ имеется гиперкоагуляционный фон, который после операции усугубляется в предтромботическое состояние. Об этом свидетельствуют изменения таких показателей, как тромбиновое время, концентрация фибриногена и растворимых фибрин-мономерных комплексов. Это приводит к тому, что при ВПГ имеет место высокий риск тромбозов, а это требует антикоагулянтного и антитромбоцитарного лечения. При надпеченочной и внутripеченочной форме ПГ, напротив, имеет место гипокоагуляция, что вызывает риск кровоточивости и требует соответствующей предоперационной подготовки –свежзамороженная плазма, дицинон, гепатопротекторы, витамин К, ангиопротекторы, а после операции необходимо продолжить подобное лечение под контролем гемостазиограммы. Учитывая это, нами разработана схема профилактики тромбгеморрагических осложнений. Схема включает в себя назначение антикоагулянтов и дезагрегантов. Предпочтительнее использовать низкомолекулярные гепарины (НМГ), являющиеся более безопасными, с меньшим количеством осложнений и меньшим риском развития кровотечений. Кроме применения НМГ в раннем послеоперационном периоде назначали дезагреганты, причем предпочтение отдавалось внутripеченочному введению через канюлированную ВВ. Данная схема профилактики

тромбозов ПКА применена нами во всех случаях. Пациентам, перенесшим операции ПКШ, при выписке из стационара был рекомендован прием дезагрегантов под контролем коагулограммы.

Заключение. Среди портокавальных анастомозов более выраженный декомпрессивный эффект, оцененный по показателям портوپеченочного кровотока, проявляют тотальные анастомозы, но при их применении более выражена печеночная энцефалопатия. Парциальные портокавальные анастомозы создают достаточный для профилактики рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений декомпрессивный эффект, и при их применении проявления печеночной энцефалопатии минимальные.

Учитывая возможность нахождения пациента в листе ожидания ортотопической трансплантации печени, необходимо выполнение ПКА, не препятствующего дальнейшей трансплантации печени. Оптимальным с этой позиции является выполнение парциального МКА Н-типа.

При ВПГ во всех случаях присутствует дооперационное предтромботическое состояние, которое после операций ПКШ при отсутствии антикоагулянтной терапии может вызывать острый тромбоз ПКА. Это требует проведения целенаправленной профилактики тромбоза шунта НМГ.