

Дифференцированный подход к хирургическому лечению портальной гипертензии

В. В. Семенова

Челябинская государственная медицинская академия

Резюме

Для изучения закономерностей, влияющих на выбор оптимальной тактики при хирургическом лечении портальной гипертензии, проведен анализ результатов лечения 103 пациентов с развившимся синдромом портальной гипертензии. 52 больным было выполнено селективное порто-кавальное шунтирование — 51 дистальный сплено-ренальный и 1 сплено-кавальный анастомозы. 51 пациенту выполнена эндоскопическая склеротерапия. Летальность выше при порто-кавальном шунтировании 5,8 и 0% при склеротерапии. Однако отдаленные результаты лучше после селективного порто-кавального шунтирования: 2% неудовлетворительного результата при шунтировании против 27,5% при выполнении склеротерапии. Выполнение дистального сплено-ренального анастомоза предпочтительнее, однако, у 50% пациентов невозможно, и как метод профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода может быть выполнена эндоскопическая склеротерапия.

Введение

Кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка — основное и самое грозное осложнение портальной гипертензии (ПГ). Причинами развития ПГ в большинстве случаев является цирроз печени, чаще как исход вирусных гепатитов, а также подпеченочный блок, основную долю которого составляют врожденные аномалии развития сосудов и их тромбозы. Риск возникновения первого кровотечения в первые 2 года после выявления ВРВ пищевода составляет 30%, а впервые возникшее пищеводно-желудочное кровотечение независимо от проводимых мероприятий приводит к летальному исходу в 50-80% случаев [3, 7, 8, 9]. При этом общее количество разработанных операций и их модификаций при ПГ превышает 100 [4], развиваются и внедряются в клиническую практику малоинвазивные эндоваскулярные и эндоскопические технологии, но единого подхода к выбору метода профилактики гастроэзофагеальных кровотечений (ГЭК) не существует. Это послужило основанием для проведения нашего исследования.

Цель исследования: изучение закономерностей, влияющих на выбор оптимальной тактики при хирургическом лечении ПГ.

Материалы и методы

Ретроспективному анализу подвергнуты результаты планового лечения 103 пациентов с развившимся синдромом ПГ, лечившихся в

отделении хирургии Челябинской областной клинической больницы с 1980 по 2006 гг. Возраст больных колебался от 3 до 69 лет. Средний возраст составил $43,5 \pm 3,1$. Из них 47(45,6%) мужчин и 56(54,4%) женщин. Этиологией развития портальной гипертензии в 84(81,6%) случаях являлся цирроз печени, в 19(18,4%) подпеченочный блок портальной гипертензии. Цирроз печени в 49(58%) случаях как исход вирусного гепатита В и/или С, в 5 (6%) случаях — первичный билиарный цирроз печени, в 6(7%) — алкогольный цирроз печени и в 24(29%) случаях этиология осталась неясной. Причиной развития подпеченочного блока в 14(73,7%) случаях явились врожденные аномалии развития портальной вены с последующим тромбозом ее, в 2-х (10,5%) случаях тромбоз селезеночной вены в результате перенесенного панкреатита и в 3 (15,8%) случаях флеботромбоз воротной вены неясной этиологии.

У 36(35%) пациентов диагноз ПГ выставлен за 1-3 месяца до оперативного лечения, чаще после первого эпизода кровотечения. 5(5%) пациентов наблюдались около года, 62(60%) имели выставленный диагноз ПГ более года. При этом отсутствовали эпизоды кровотечения в анамнезе у 32(31%) больных, у 41(40%) 1 эпизод ГЭК и у 30(29%) 2 и более эпизодов кровотечения. Из 84 пациентов с циррозом печени 28(33,3%) соответствовали группе А по Child-Pugh и 56(66,7%) группе В.

11(10,7%) пациентов ранее перенесли оперативное лечение по поводу ПГ (табл. 1).

Сопутствующие заболевания были выявлены у 32(31%) пациентов (табл. 2).

Семенова Валентина Викторовна — очный аспирант кафедры госпитальной хирургии Челябинской государственной медицинской академии.

Таблица 1. Ранее перенесенные операции по поводу портальной гипертензии

Вид операции	Количество пациентов
Спленэктомия	1
Операция Таннера	2
Спленэктомия + операция Таннера	1
Десимпатизация печеночной артерии	1
Гастротомия, прошивание ВРВ на высоте кровотечения	3
Мезентерикокавальное шунтирование со спленэктомией	1
Деваскуляризация нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка	2

Таблица 2. Сопутствующие заболевания

Сопутствующие заболевания	Число случаев	
Гипертоническая болезнь 2–3 ст	4	
ИБС. Стенокардия напряжения II–III	3	
Аортальный стеноз с недостаточностью кровообращения 2а	1	
Сахарный диабет 2 тип средней степени тяжести	компенсация	2
	субкомпенсация	1
Эрозивный гастрит	4	
Хронический гастродуоденит	4	
Синдром Меллори–Вейсса	2	
Язвенная болезнь 12 перстной кишки, ремиссия	3	
Гиперпластический полип 12 перстной кишки	1	
Хронический бескаменный холецистит	5	
Хронический калькулезный холецистит	3	
Хронический пиелонефрит, ремиссия	2	
Нефрэктомия по поводу гидронефроза	1	

В нашем исследовании мы использовали два типа оперативных вмешательств: шунтирующие операции, как наиболее эффективный метод профилактики ГЭК, и эндоскопическую склеротерапию ВРВ гастроэзофагеального бассейна, как щадящий малоинвазивный метод. Для изучения закономерностей, влияющих на выбор хирургической тактики мы проводили сравнительную оценку двух этих групп. При выборе метода оперативного лечения мы оценивали общее состояние пациента; стадию компенсации цирроза печени по Child-Pugh, если ПГ была вызвана данной патологией; наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний. Чаще всего общее состояние утяжелялось перенесенными незадолго до поступления в клинику ГЭК. Также решающим моментом являлось наличие в анамнезе оперативного вмешательства по поводу ПГ.

Для выполнения шунтирующих операций мы выбирали пациентов удовлетворительного

состояния, компенсированного либо субкомпенсированного цирроза печени, не имеющих в анамнезе операций по поводу ПГ и тяжелой субкомпенсированной либо декомпенсированной сопутствующей патологии. Остальным пациентам проводилась эндоскопическая склеротерапия.

Из 103 исследуемых больных 52 выполнено оперативное лечение в плановом порядке — порто-кавальное шунтирование (ПКШ), а 51 пациенту проведено плановое эндоскопическое лечение — эндоскопическая склеротерапия ВРВ гастроэзофагеального бассейна. В группе шунтирования 51 пациенту выполнен дистальный сплено-рентальный анастомоз (ДСРА), 1 спленокаваальный. ДСРА был выбран, поскольку относится к селективным шунтирующим анастомозам, дренирующим кровь только из вен пищевода и желудка в системную венозную циркуляцию, что позволяет частично сохранить воротный кровоток. Спленокаваальный анастомоз является абсолютно идентичным по механизму декомпрессии и был выполнен только по причине анатомических особенностей пациента [6]. Склеротерапия ВРВ гастроэзофагеального бассейна проводилась 3% раствором натрия тетрадецилсульфата (Тромбовар, Фибровейн) интравазально и 0,5% раствором полидокана (Этоксисклерол) паравазально. При этом сеансов склеротерапии выполнялось от 1 до 7, с промежутками от 7 суток до 1–9 месяцев. Начиная с 2005 года у 14 пациентов склеротерапия выполнялась 3% раствором натрия тетрадецилсульфата (Фибровейн) в виде микропены (смесь газа и жидкости, величина пузырьков воздуха в которой менее 250 мкм).

Применение склерозанта в виде микропены позволяет при меньшем количестве препарата добиваться большей эффективности, микропена имеет менее тяжелые последствия экстравазации, несмещаемая током крови. Статистическая обработка сформированной компьютерной базы полученных данных проведена стандартными параметрическими и непараметрическими методами сравнения репрезентативных выборок. Анализ достоверности различий в основной группе и группе сравнения проведен вычислением t критерия Стьюдента и расчетом средне квадратичных отклонений. Достоверность различий сравниваемых количественных параметров определяли непараметрическим критерием Колмогорова-Смирнова. Для сравнения качественных данных использовали непараметрический χ^2 — критерий и двусторонний критерий Фишера в зависимости от условий применения. Различия считали значимыми только при $p < 0,05$ [2]. Диагностическую ценность, специфичность и информативность диагностических методик рассчитывали по способу латинского

Таблица 3. Отдаленные результаты лечения

Результат	ПКШ		p	Склеротерапия	
	Число	Процент		Число	Процент
Хороший	31	63,3%	p>0,05	21	41,2%
Удовлетворительный	17	34,7%	p>0,05	16	31,4%
Неудовлетворительный	1	2,0 %	p<0,05	14	27,5%
Всего	49	100%		51	100%

квадрата. Результаты исследований обрабатывались с использованием пакета прикладных программ SPSS-12, «Biostat», Statistica 6.0 [1]. Две исследуемые группы статистически сравнимы по возрасту, полу, этиологии, времени наблюдения до и после проведенного лечения (p>0,05).

Результаты и обсуждения

Результаты лечения оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими результаты считались при уменьшении степени ВРВ или исчезновении ВРВ, отсутствии рецидивов ГЭК, отсутствии признаков энцефалопатии, печеночной недостаточности, сохранении трудоспособности. Удовлетворительные результаты при сохранении неизменной степени ВРВ, но отсутствии рецидивов ГЭК, наличии признаков печеночной недостаточности и энцефалопатии, поддающихся консервативному лечению, трудоспособность терялась или сохранялась частично. И неудовлетворительные результаты при отсутствии положительной динамики ВРВ, возникновении рецидивов ГЭК, выраженной энцефалопатии и развитии печеночной недостаточности, несмотря на исчезновение ВРВ и кровотечения из них, также при стойкой потере трудоспособности [5].

Послеоперационная летальность после ПКШ составила 3(5,8%). 2 пациента имели ЦП вирусной этиологии и относились к группе субкомпенсированного ЦП (В по Child-Pugh). 1 пациент с подпеченочным блоком — флеботромбоз воротной вены неясной этиологии. Причиной смерти в ближайшем послеоперационном периоде у всех пациентов явился рецидив кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, ввиду тромбоза шунта, с развитием в последующем печеночной недостаточности. Летальности при проведении склеротерапий не отмечено.

Наблюдались отдаленные результаты от 1 года до 15 лет (табл. 3)

При этом 18 (35,3%) пациентов после проведенных склеротерапий имели осложнения в виде рубцовой деформации пищевода (5 пациентов), эрозивно-язвенного эзофагита (1 пациент), некроза слизистой пищевода с последующим формированием язв (9 пациентов) и формирование хронической язвы пищевода (2 пациента). У 1 пациента 64-х лет после про-

ведения курса склеротерапий неоднократно формирование псевдополипов пищевода, требующих эндоскопической резекции. Следует отметить, что 16 наблюдаемых осложнений из 18 получены у пациентов, которым склеротерапия проводилась по обычной методике, без применения склерозанта в виде микропены. Лишь у 2-х пациенток отмечено формирование некроза слизистой и язвенного дефекта после сеанса склеротерапии 3% раствором натрия тетрадецилсульфата (Фибровейн) в виде микропены.

Все пациенты, начиная с 2000 года — 8 человек и 1 пациентка в 1993 году при удовлетворительном результате ПКШ (сохранение степени ВРВ при отсутствии ГЭК) в промежутке от 3 лет до 3 месяцев, подвергались эндоскопическому лечению — склеротерапии. У всех пациентов отмечено снижение степени варикоза, отсутствие рецидивов ГЭК.

При сопоставлении результатов шунтирующих операций и склеротерапии в ближайшем послеоперационном периоде установлено, что летальность выше после выполнения ПКШ 5,8 и 0% при склеротерапии. Однако отдаленные результаты ПКШ значительно лучше, чем при проведении склеротерапии — 2,0 против 27,5% неудовлетворительного результата, т.е. статистически достоверно большее количество пациентов с возникшим в отдаленном периоде ГЭК после проведенной склеротерапии. Стоит помнить о том, что не всегда возможно проведение оперативного лечения — ПКШ. Это зависит от общего состояния пациента, стадии ЦП, выполнявшихся ранее операций по поводу ПГ, а также желания пациента. Использование склеротерапии ВРВ как самостоятельного метода профилактики ВРВ в 73,9% случаев все же позволяет получить положительный эффект.

Выводы

1. При ПКШ несмотря на явную эффективность прямых шунтирующих операций у 98% больных, их выполнить невозможно.

2. Использование эндоскопической склеротерапии у больных с ПГ позволяет в 73,9% случаев достичь положительных результатов.

Литература

- Боровиков В. П. Statistica: искусство анализа данных на компьютере: Для професс. СПб.: Питер, 2001: 656. Полный список литературы см. на сайте urmj.ru