

УДК: 616.36 – 004:616.149 – 008.341.1:616.329/.33 – 005.1 – 089

ЗАСОБИ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ УСКЛАДНЕНЬ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В., Чаварга М.І., Болдижар П.О., Румянцев К.Є.

Ужгородський національний університет, кафедра госпітальної хірургії, м. Ужгород

Ключові слова: цироз печінки, портальна гіпертензія, хірургічне лікування, портошунтуючі операції, операції деваскуляризації, операції роз'єднання

Вступ. Незважаючи на появу нових фармакологічних препаратів, здатних знижувати портальний тиск, а також вдосконалення ендоскопічної техніки склеротерапії чи лігування варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу, проблема корекції портальної гіпертензії (ПГ) і надалі потребує хірургічного вирішення. Разом з тим питання вибору методу оперативного лікування, уточнення показань та протипоказань до їх використання до теперішнього часу залишаються дискусійними.

Завдання хірургічного лікування ПГ у хворих на цироз печінки (ЦП) передбачає з одного боку – достатню декомпресію ворітної вени або ж переривання патологічних шляхів відтоку крові з метою попередження виникнення кровотеч із ВРВ стравоходу, а з іншого – максимальне збереження кровоплину до печінки для забезпечення задовільного функціонування і, можливо, регенерації гепатоцитів. Саме ж оперативне лікування ПГ направлене на ліквідацію чи зменшення вираженості її ускладнень – кровотечі, асцити, гіперспленізму, порушень системної гемодинаміки.

Матеріали та методи. В даній роботі вивчено і проаналізовано результати планового та

ургентного оперативного та ендоскопічного лікування 221 хворого на ЦП, більша частина яких знаходилась на стаціонарному лікуванні в реанімаційному і хірургічному відділеннях Обласної клінічної лікарні (ОКЛ) м. Ужгорода з червня 1993 по січень 2001 року. Сто шістьдесят три пацієнти лікувались в стаціонарах ОКЛ, 58 – у реанімаційних відділеннях центральних районних лікарень Закарпатської області, де спеціалізовану та висококваліфіковану допомогу по санітарній авіації їм надавали співробітники кафедри госпітальної хірургії Ужгородського національного університету та ендоскописти ОКЛ. Сто одинадцять хворим допомога надавалася ургентно у зв'язку з гострою стравохідно-шлунковою кровотечею, 110 хворих поступили на обстеження та лікування у плановому порядку.

За статевою ознакою хворі розділилися таким чином: 163 (73,8 %) чоловіків та 58 (26,2%) жінок віком від 16 до 69 років (середній вік 28,2 роки від моменту перших клінічних проявів). При цьому 83 (50,9%) чоловіки та 42 (72,4%) жінки були у віці до 30 років.

Етіологія ЦП встановлена у 176 хворих: 141 хворів на вірусний гепатит, 35 зловживали алкоголем.

Кровотеча в анамнезі відмічалася у 194 (87,8%) пацієнтів.

Вторинний гіперспленізм різного ступеня спостерігався у 209 (94,6%) хворих. У 142 (64,3%) хворих на момент звернення у хірургічну клініку спостерігався асцит, який у 51 (23,1%) хворого вдалося повністю ліквідувати консервативними засобами, у 13 (5,9%) пацієнтів його вдалося зменшити, у решти – 78 (53,1%), незважаючи на проведенне лікування, асцит зменшити не вдалося, що, безумовно, мало вирішальний вплив на вибір методу лікування.

Клінічні ознаки портосистемної енцефалопатії (ПЕ) спостерігались у 32 (14,5%) хворих, причому у 4 (12,5%) з них мали місце субклінічні ознаки ПЕ,

у 8 (25,0%) була встановлена I стадія ПЕ, ще 2 (6,25%) хворих поступили у стадії печінкової коми на фоні гострої кровотечі. У 7 хворих в анамнезі були виконані порожнинні оперативні втручання роз'єднувального типу, у 2-х – видалення селезінки на фоні кровотечі з ВРВ стравоходу.

Усіх пацієнтів згідно класифікації Child-Turkotte-Pugh було розподілено на три групи: "А" – хворі з компенсованим цирозом (69 пацієнтів), "В" – хворі з субкомпенсованим цирозом (61 пацієнт) та "С" – хворі із декомпенсованим цирозом (91 пацієнт).

Методи лікування ПГ на фоні ЦП представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Методи лікування портальної гіпертензії у хворих на ЦП

Метод лікування	Кількість хворих
Судинно-шунтуючі операції:	84
дистальне спленоренальне шунтування	8
проксимальне спленоренальне шунтування	12
спленоренальне автовенозне шунтування	40
спленокавальне автовенозне шунтування	12
мезентерикокавальне автовенозне шунтування	12
Роз'єднуючі оперативні втручання:	31
операція Паціори	31
Операції деваскуляризації	28
операція Хасаб-Пакета	28
Ендоскопічна склеротерапія:	97
на фоні гострої кровотечі як основний метод лікування	78
як додатковий засіб для профілактики кровотеч після використання інших методів лікування	19
Всього	221

Результати досліджень та їх обговорення. Летальність при судинно-шунтуючих операціях складала 3,6% (померло 3 пацієнти), рецидив кровотечі спостерігався у 10 хворих (11,9%), ВРВ різного ступеня після операції спостерігались у 26 хворих (32,1%), портосистемна енцефалопатія – у 5 (6,1%). Найбільша кількість незадовільних результатів – 9 (22,5%) спостерігалась у хворих після спленоренальних автовенозних шунтуючих операцій та після спленокавальних автовенозних шунтів – 3 (25%).

При виконанні операцій деваскуляризації типу Хасаб-Пакет у нашій модифікації [2] летальних випадків не було, у віддаленому періоді рецидив кровотечі був у 3 (10,7%) хворих, портосистемна енцефалопатія розвинулась також у 3 (10,7%) пацієнтів, ВРВ стравоходу II – III ступеня (згідно класифікації А.Шерцінгера) спостерігались у 9 (32,3%), інфаркт селезінки – у 1 (3,6%) хворого.

При виконанні екстрених роз'єднувальних операцій типу Паціори рання післяопераційна летальність складала 35,5% і, в першу чергу, вона

була зумовлена ступенем печінкової недостатності. У 18 пацієнтів, яким була виконана ця операція, спостерігався субкомпенсований цироз печінки, у 13 – декомпенсований. При цьому летальність в групі "В" печінкової недостатності складала 3 (16,6%), а в групі "С" – 8 (61,5%). Рецидив кровотечі в "В" групі був у 5 (27,7%) хворих, в "С" групі – у 6 (46,1%). Портосистемна енцефалопатія в "В" групі розвинулась у 2 (13,3%) хворих, в "С" групі – у 4 (80,0%). ВРВ стравоходу II – III ступеня спостерігались відповідно в групі "В" – у 5 (33,3%) пацієнтів, в групі "С" – у 2 (40,0%).

При ургентній ендоскопічній склеротерапії (ЕС) померло 4 хворих з середнім ступенем кровотечі і один – з важким ступенем. Рецидив кровотечі спостерігався у 8 (12,9%) хворих. При плановій ЕС летальних випадків ми не спостерігали. Із ускладнень, які бувають при ЕС, ми спостерігали тільки "малі", які, до певного ступеня, залежали від способу введення склерозанту (табл.2).

Ускладнення ЕС залежно від способу введення склерозуючої речовини

Спосіб введення	Кількість хворих	Види "малих" ускладнень				
		Гіпертермія	Ерозія стравоходу	Виразка стравоходу	Кровотеча з місця ін'єкції	Рецидив кровотечі
Інтравазально	33	7	3	4	12	4
Паравазально	16	5	4	6	1	3
Комбіновано	29	6	7	9	7	2
Всього	78	18 (23,1%)	14 (17,9%)	19 (24,4%)	20 (25,6%)	9 (11,5%)

В цілому ендоскопічна склеротерапія виявилась успішною у 87.1% пацієнтів на висоті кровотечі.

Розвиток ускладнень ПГ свідчить про перехід захворювання у стадію декомпенсації, для якої характерні наявність ВРВ стравоходу та шлунка з епізодами кровотеч чи без них, спленомегалія, гіперспленізм, портосистемна енцефалопатія, жовтяниця, асцит. Оперативне лікування ПГ в першу чергу направлене на ліквідацію чи зменшення вираженості ускладнень. Класифікувати операції можна слідуючим чином:

1. Операції, направлені на зменшення синдрому ПГ:

- втручання, що зменшують приток крові у портальну систему;

- оргоанастомозні операції;
- судинно-декомпресивні операції.

2. Операції, направлені на ліквідацію симптомів та ускладнень при ЦП:

- місцева зупинка кровотечі;
- операції роз'єднувального типу;
- операції по відведенню асцитичної рідини.

3. Операції, які сприяють регенерації печінкової паренхіми.

Пересадка печінки (орто- та гетеротопічна).

Багато методів оперативного лікування мають на сьогодні історичний інтерес і, до певної міри, відображають погляди на патогенез ПГ в ті часи, коли вони були запропоновані. Однак, разом з цим, використання окремих "застарілих" методик набуває нового сенсу завдяки появі нових технічних можливостей. Так мініінвазивні втручання, які нині застосовуються при кровотечах із ВРВ стравоходу та шлунка у хворих на ЦП з портальною гіпертензією і полягають у рентгенендоваскулярній емболізації селезінкової та печінкової артерій, емболізації лівої шлункової артерії є аналогом інтраопераційної їх перев'язки, що застосовувалась раніше. Лапароскопічні оргоанастомозні операції прийшли на зміну порожнинним лапаротомним втручанням.

Хірургічні втручання, які виконуються у хворих з кровотечами із ВРВ стравоходу у стадії суб- та декомпенсації, пов'язані з вкрай високим ступенем ризику летального наслідку, що підтверджують наші спостереження. У таких випадках операцією вибору має бути ЕС, а також ендоваскулярні емболізуючі оперативні втручання або їх комбінація.

Судинно-шунтуючі операції виконані 84 хворим, із яких 69 були зі ступенем "А" та 15 – зі

ступенем "В" печінкової недостатності.

На вибір оперативного втручання вплинули такі локальні чинники: вираженість спленомегалії, наявність попередніх втручань роз'єднувального типу, розсипний тип селезінкової вени, спленектомія в анамнезі.

Із загальних чинників на операцію впливали ступінь печінкової недостатності, тип центральної гемодинаміки, ступінь гіперспленізму, величина та направленість портосистемної гемодинаміки.

Основною ідеєю судинно-шунтуючих втручань при ЦП продовжує залишатися принцип збереження природного кровоплину до печінки і збереження відповідного портального тиску для забезпечення перфузії печінки.

Водночас, не зважаючи на хороший ефект судинно-шунтуючих операцій, у 32.1% хворих зберігаються ВРВ стравоходу того чи іншого ступеня, що викликає ризик виникнення кровотеч і потребує як мінімум склеротерапії ВРВ.

При наявності незмінених розмірів печінки та субклінічних ознак портосистемної енцефалопатії об'єм оперативного втручання повинен зводитись до виконання дозованих аутовенозних анастомозів з перев'язкою лівої і правої шлункових вен, з метою профілактики подальшого пригнічення зменшеного ворітного кровоплину.

За наявності ознак клінічної портосистемної енцефалопатії, транзитного асцити, зменшених розмірів печінки на фоні вираженої спленомегалії у хворих із субкомпенсованим ЦП доцільним є застосування ендоскопічної склеротерапії. В плановому порядку таким хворим можуть виконуватись операції деваскуляризації з перев'язкою лівої шлункової вени та селезінкової артерії.

Хворі з "С" ступенем печінкової недостатності є непридатними до застосування їм порожнинних оперативних втручань. Показання до роз'єднувальних операцій у цих хворих можуть виникнути при відсутності ефекту від медикаментозної терапії та ЕС в зв'язку з продовженням кровотечі.

Причому, ні при роз'єднувальних, ні при операціях деваскуляризації повного спадіння ВРВ стравоходу не відмічено у 35% проти 32,2% хворих відповідно. Водночас, використання ендоскопічної склеротерапії майже у 88% хворих сприяє зупинці кровотечі, не збільшуючи число хворих з портосистемною енцефалопатією, хоча летальність по мірі збільшення ступеня печінкової недостатності та ступеня крововтрати

збільшується з 10% до 33.3%.

Таким чином, хірургічне лікування при ПГ на фоні ЦП повинно передбачати не стільки відновлення повного функціонального резерву печінки, скільки забезпечення нормального функціонування тієї кількості гепатоцитів, що залишилась, та створення умов для стійкого гемостазу з боку гастроєзофагеальної зони шляхом стабільної дозованої декомпресії ворітної системи протягом тривалого часу. Таким вимогам відповідають судинно-декомпресивні шунтуючі операції з перев'язкою лівої шлункової вени.

Для досягнення тільки гемостазу можуть використовуватись операції деваскуляризації, роз'єднувальні втручання, ендоскопічна склеротерапія. Ці втручання забезпечують

відносний гемостаз з боку гастроєзофагеальної зони, суттєво не впливають на ворітно-печінкову гемодинаміку, а тому ймовірність рецидиву кровотечі після таких операцій залишається доволі високою.

Висновки. При судинно-шунтуючих операціях стійкий гемостаз досягається тільки за умов стабільної дозованої ворітної декомпресії з перев'язкою лівої шлункової вени.

Операції деваскуляризації у 67.8%, а операції роз'єднувального типу у 65% пацієнтів можуть забезпечити стійкий гемостаз при кровотечах з ВРВ стравоходу у хворих із ПГ.

Ендоскопічна склеротерапія у 88% хворих на ЦП сприяє зупинці кровотеч з ВРВ стравоходу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Калита Н.Я., Котенко О.Г. Разобшающие операции в лечении кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка при циррозе печени // *Аннали хирургической гепатологии.* – 1998. – Т.3, №3. – С. 147.
2. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В. Хірургічне лікування портальної гіпертензії. /Атлас/. – Ужгород, 2001. – 92 с.

SUMMARY

SOME WAYS OF SURGICAL CORRECTION OF PORTAL HYPERTENSION'S COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Rusin V.I., Peresta Yu.Yu., Rusin A.V., Chavarga M.I., Boldizhar P.O., Roumyantsef K.Ye.

In our study we present results of planned and urgent surgical and endoscopic treatment of 221 patients with hepatocirrhosis (163 men (73.8%) and 58 women (26.2%) aged 16-69 years; 83 men (50.9%) and 42 women (72.4%) of them aged under 30years). Emergency cover was provided to 111 of patients with acute oesophageal-gastric bleeding. All patients according to Child-Turcotte-Pugh classification were divided into 3 groups: "A" – 69 patients, "B" – 61 patient, "C" – with decompensated cirrhosis – 91 patients. Vascular shunting operations were performed in 84 cases, in 31 cases – operations of disconnection, in 28 – operations of devascularization, in 97 cases – endoscopic sclerotherapy (in 78 patients as primary method and in 19 – as additional procedure). Constant hemostasis can be achieved by vascular shunting operations only in case of dosed portal decompression with ligation of left gastric vein. Operations of devascularization in 67.8% and operations of disconnection in 65% can provide constant hemostasis in case of oesophageal variceal bleeding in patients with cirrhosis. Endoscopic sclerotherapy helps to arrest bleeding from oesophageal variceal veins in 88%.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, surgical treatment, portal shunting operations, operations of devascularization, operations of disconnection