

УДК 616.36-004:616:33-005.1-089

**ЕКСТРЕННІ РОЗ'ЄДНУЮЧІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ
ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ**

Переста Ю.Ю.

Ужгородський національний університет, кафедра госпітальної хірургії, м. Ужгород

Ключові слова: цироз печінки, кровотеча з варикозно-розширених вен, роз'єднуючі операції

Вступ. Профузні кровотечі із варикозно-розширених вен (ВРВ) стравоходу та шлунку при портальній гіпертензії (ПГ) у хворих на цироз печінки (ЦП) є найбільш частими та загрозовими для життя хворого ускладненнями [1, 2]. Летальність після

оперативних втручань на висоті кровотечі із ВРВ стравоходу та шлунку складає 55-92% [5]. На думку більшості авторів показами до невідкладного оперативного втручання у хворих на ЦП і ПГ, ускладненими важкими стравохідними кровотечами є

тільки ситуації, коли заходи консервативної терапії або ендоскопічна селеротерапія (ЕС) є безуспішними або виникають епізоди рецидивів кровотеч із ВРВ стравоходу та шлунку [3, 4].

У хворих з портальною гіпертензією, ускладненою профузними кровотечами, при неможливості використання в ургентних умовах судинних анастомозів віддають перевагу нешунтуючим методам оперативних втручань [6, 7]. Однак, незважаючи на велику кількість публікацій, які присвячені даній темі, недостатньо вивчено зміни портопечінкової гемодинаміки, стан центральної нервової системи та ендоскопічні зміни верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і результати роз'єднуючих операцій у хворих на цироз печінки.

Мета дослідження. Вивчення змін центральної та портопечінкової гемодинаміки, стану центральної нервової системи та змін слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту після роз'єднуючих операцій у хворих на цироз печінки.

Матеріали та методи. За період з червня 1993 року по січень 2001 року в хірургічному відділенні №1 ОКЛ м.Ужгорода за екстремними показаннями через наявність профузної кровотечі із ВРВ стравоходу та шлунку було виконано 31 оперативне втручання. Ми застосовували операцію Паціори у класичному варіанті або ж у нашій модифікації.

Показаннями до виконання даних втручань ми вважали наявність "В" ступеню печінкової недостатності за Чайлдом-Туркоттом або ж "С" ступеню за умови відсутності явищ портосистемної енцефалопатії при неефективності консервативних та ендоскопічних методів гемостазу. Таким чином, в екстремному порядку було прооперовано 18 пацієнтів на субкомпенсований та 13 на декомпенсований цироз печінки.

За статевою ознакою хворі розділились таким чином: 21 (67,7%) чоловіки та 10 (32,3%) жінки віком від 17 до 68 років (середній вік 29,1 років від моменту появи перших клінічних проявів). Давність захворювання склала в середньому 2,4 роки (від 6 місяців до 12 років). Етіологія ЦП встановлена у 31 хворого : 26 хворіли на вірусний гепатит В, 5 зловживали алкоголем.

3 прооперованих нами хворих 14 (45,2%) мали одну кровотечу в анамнезі, а 17 (54,8%) – дві і більше кровотеч. Ознаки помірного гіперспленізму були виявлені у 2 (6,5%) пацієнтів, у решти спостерігався виражений гіперспленізм. Транзиторний асцит відмічено у всіх хворих з "В" ступенем печінкової недостатності, резистентний – у хворих із "С" ступенем печінкової недостатності. При цьому ознак портосистемної енцефалопатії до операції не виявлено у жодного хворого.

Варикозне розширення вен стравоходу II ступеня відмічено нами у 12 (38,7%) хворих до операції, III ступеня – у 19 (61,3%) пацієнтів. Явища езофагіту були відсутні у 5 (16,1%) хворих, помірний езофагіт відмічено у 8 (25,8%) хворих, виражений – у 18 (58,1%) пацієнтів. Гастроєзофагальний рефлюкс при

цьому спостерігався у 27 (87,1%) хворих. Зміни з боку слизової оболонки шлунка виявлено у 28 (90,3%) пацієнтів. Поверхневий гастрит при цьому спостерігався у 2 (6,5%) випадках, гіпертрофічний – у 13 (41,9%), ерозивний – у 7 (22,6%) хворих. Виразкову хворобу було діагностовано у 6 (19,4%) пацієнтів. Явища дуоденогастрального рефлюксу при цьому виявлено у 14 (45,2%) випадках.

Згідно даних до- та післяопераційних обстежень нормокінетичний тип центральної гемодинаміки було виявлено у 10 хворих, гіперкінетичний тип – у 13 та гіпокінетичний тип ЦГД – у 8 пацієнтів. Незмінені розміри печінки спостерігалися у 20 пацієнтів, збільшення її розмірів відмічено у 5 хворих, зменшення – у 6 пацієнтів. Помірну спленомегалію було відмічено у 3 пацієнтів, у решти спостерігалася виражена спленомегалія.

Суть операції Паціори полягає у максимальному низведенні (підтягуванні донизу) шлунка та гастротомії косим розрізом між провізорними лігатурами від дна шлунка до малої кривизни передньої його стінки довжиною до 10-12 см у кардіальному відділі. Після цього ретельно перев'язуються кровоточиві судини країв рани шлунка, відсмоктується шлунковий вміст та згустки крові. Після визначення джерела кровотечі (кровоточивої вени) останню прошивають через покриваючу її слизову оболонку. Після виконання гемостазу з профілактичною метою таким самим чином прошивають вени кардіального відділу довкола стравохідного отвору, переважно по малій кривизні шлунка. Потовщені складки слизової оболонки по малій кривизні шлунка, де в основному і розміщені розширені гілки лівої шлункової вени, прошивають окремими вузловими швами у шаховому порядку, після чого прошивають розширені вени стравоходу. Віддавляючи слизову оболонку малої кривизни салфеткою донизу, звичайно вдається без особливих труднощів прошити вибухаючі у провіт стравоходу підслизові венозні стовбури на протязі кількох сантиметрів окремими лігатурами. Для попередження стенозу кардіального жому небажано накладати шви через сфінктер. Гастротомний розріз ушивається двохранними вузловими швами. При прошиванні вен зберігається небезпека значної кровотечі при проходженні голки через провіт самої вени, в той же час не слід занурювати голку глибше м'язового шару шлункової стінки.

В останній час ми взагалі відмовилися від класичного виду роз'єднувальних операцій типу операції Паціори, а виконували хворим ізольовану перев'язку лівої шлункової вени, яка є донорською по відношенню до ВРВ стравоходу і безпосередньо зв'язана з ворітною веною. Водночас з перев'язкою лівої шлункової вени нами також виконувалася перев'язка лівої шлункової артерії, а також зовнішня наскрізна перев'язка судин субкардіального переходу. Таке хірургічне втручання нам вдалося виконати у 3-х випадках, однак не дивлячись на обмежений і патогенетично обґрунтований об'єм оперативного

втручання з 3 хворих двоє померло у ранньому післяопераційному періоді.

Результати дослідження та їх обговорення. У ранньому післяопераційному періоді серед 13 прооперованих пацієнтів з "С" ступенем печінкової недостатності померло 8 (61,5%) хворих. Аналізуючи дані доопераційних обстежень, а також патологоанатомічних знахідок, нами виявлено, що серед цих пацієнтів 5 мали незмінні розміри печінки, 2 – зменшену печінку, і лише 1 – збільшену у розмірах печінку. Явища вираженої спленомегалії, що супроводилася вираженим гіперспленізмом, відмічено у всіх цих пацієнтів. До того ж, у всіх померлих хворих спостерігався нормокінетичний або гіпокінетичний тип ЦГД.

Серед хворих із "В" ступенем печінкової недостатності у ранньому післяопераційному періоді померло 3 (16,6%) пацієнтів. Усі вони мали зменшену в розмірах печінку, виражену спленомегалію в поєднанні з вираженим гіперспленізмом та гіпокінетичний тип ЦГД.

Повне спадіння ВРВ стравоходу констатовано у 4 (20%) хворих, ВРВ стравоходу I ступеня знайдено у 9 (45%) пацієнтів, II ступеня – у 6 (30%) та III ступеня – у 1 (5%) хворого. Таким чином, високий ризик виникнення кровотечі після екстрених роз'єднуючих втручань зберігається у 7 (35%) пацієнтів. Аналізуючи ці дані в залежності від ступеня

печінкової недостатності, виявлено, що у 10 (66,7%) пацієнтів із "В" ступенем печінкової недостатності ВРВ стравоходу зникли повністю чи зменшилися до I ступеня розширення, в той час як до операції у всіх них спостерігалися ВРВ стравоходу II-III ступеня. У хворих із печінковою недостатністю "С" ступеня у 3 (60%) з них ВРВ зменшилися до I ступеня, у той час як до операції у всіх пацієнтів відмічались ВРВ стравоходу II-III ступеня.

Явища езофагіту після операції відмічались у всіх обстежених пацієнтів (до операції відсутність його відмічена у 16,1% спостережень), що до певної міри можна пояснити маніпуляціями на кардіоезофагальній зоні. Разом з цим цікавим є факт, що після втручань відмічається певна тенденція до зменшення ступеня вираженості езофагіту (11 спостережень помірного езофагіту проти 8 до втручання). При цьому дещо зріс відсоток гастроєзофагального рефлюксу (90% (18 хворих) після операції проти 87,1% (27 хворих) до втручання).

Зміни з боку слизової оболонки шлунка після екстрених операцій виявлено у всіх пацієнтів. Так само, як і до втручання, тут переважають зміни у вигляді гіпертрофічного гастриту. Дуоденогастральний рефлюкс при цьому відмічено у 50% (10 хворих) випадків (до операції – 45,2% (14 хворих)). Зміни ворітнопечінкової гемодинаміки після даних операцій представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Показники ворітнопечінкового кровопостачання у хворих після екстрених роз'єднуючих операцій (M±m)

Показники	"В" n=15	"С" n=5
Об'ємна швидкість кровоплину у печінковій артерії (мл/хв)	108,1±5,1	88,2±7,4
Об'ємна швидкість кровоплину у ворітній вені (мл/хв)	610,2±46,8	399,2±35,5
Об'ємна швидкість у селезінковій вені (мл/хв)	522,1±51,3	402,1±46,7
Портальний тиск (мм рт.ст.)	34,4±0,9	32,6±0,8

Як видно з таблиці, при виконанні даного виду оперативних втручань істотного зменшення показників кровоплину у ворітнопечінковій системі не відмічається навіть незважаючи на перев'язку лівої шлункової артерії та селезінкової артерії у зв'язку з наявністю у цих хворих гіперспленізму. Ймовірно, це спостерігається тому, що поряд з цим переривається відток крові через ліву шлункову вену. Разом з цим, нами відмічено навіть деякі позитивні зміни у функціонуванні печінки, що можна пояснити деяким покращенням печінкової перфузії.

Явища портосистемної енцефалопатії I-II ступеня після даних втручань з'явилися у 6 (30%) пацієнтів, причому 4 з них мали "С" ступінь печінкової недостатності. У 3 пацієнтів ПЕ виникла на фоні

рецидиву кровотечі, яку вдалося зупинити консервативно; після ліквідації кровотечі, відновлення ОЦК та неспецифічної дезінтоксикаційної терапії ознаки ПЕ можна було трактувати як субклінічну енцефалопатію. Всі ці пацієнти мали зменшені чи незмінні розміри печінки.

Висновки. Екстренні роз'єднуючі оперативні втручання при кровотечах з ВРВ стравоходу та шлунка є успішними в 64,5%. Рання післяопераційна летальність при цьому складає 35,5%.

ВРВ після роз'єднуючих операцій не спадаються в 35% випадків.

Рецидив кровотечі після роз'єднувальних операцій спостерігається у 9,7% хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Девятков А. В., Джамалов Р. М., Струсский Л. П. Портосистемное шунтирование и эндоскопическая склеротерапия вен пищевода у больных циррозом печени: конкурирующие или взаимодополняющие методы? // *Анналы хирургической гепатологии.* 1998- Т.3, № 3 – С. 139-140.
2. Джоробеков А.Д. Хирургическая тактика при синдроме портальной гипертензии, осложнённом профузными пищеводными кровотечениями. // *Анналы хирургической гепатологии.* 1998.- Т.3, №3.- С 140-141.
3. Калита Н.Я., Буланов К.И., Весененко А.М. Прогнозирование исхода полостной операции у больных с декомпенсированным циррозом печени // *Клиническая хирургия.*- 1995.- №2.- С.39-41.
4. Назыров Ф.Г. Современные тенденции и результаты портосистемного шунтирования у больных циррозом печени. // *Анналы хирургической гепатологии.*- 1998.- Т.3, №3.- С. 154-155.
5. Хотиняну В.Ф., Казево В.С., Черный А.П. К вопросу о хирургическом лечении гиперспленизма при синдроме портальной гипертензии. // *Анналы хирургической гепатологии.*-1998.-Т.3,№3.-С.170.
6. Шерцингер А.Г., Киценко Е.А. Ближайшие и отдалённые результаты прошивания варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией. // *Анналы хирургической гепатологии.*-1998.-Т.3, №3.-С.172-173.
7. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В., Болдижар О.О., Чаварга М.І., Раммаль А.Х. –Лікування портальної гіпертензії у хворих циррозом печінки”. – Ужгород. – 1999. – 128с.

SUMMARY

EMERGENCY DISCONNECTING OPERATIONS IN TREATMENT AND PREVENTING OF GASTROESOPHAGEAL BLEEDINGS IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Peresta Yu.Yu.

The results of 31 emergency disconnecting operations at acute bleedings from variceally expanded veins of an esophagus in patients with liver cirrhosis are presented. Applying the new method of fulfillment of Patziora's operation in our modification allowed to lower an early postoperative lethality: in patients with subcompensated cirrhosis of a liver up to 16.6 %, and with decompensated - up to 61.5 %.

Key words: liver cirrhosis, gastroesophageal bleedings, disconnecting operations