

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ

Чаварга М.І.

Кафедра госпітальної хірургії УжДУ

Портальна гіпертензія (ПГ) при цирозі печінки (ЦП) як правило, являється наслідком дифузних захворювань печінки.

Оперативне лікування ПГ при ЦП направлено на ліквідацію або зменшення вираженості ускладнень - кровотеча, асцит, гіперспленізм, порушення системної гемодинаміки. Найбільш драматичним ускладненням є кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу з летальністю до 80% при першій кровотечі.

З відомих більше як 200 способів оперативного лікування ПГ переважна більшість з них складає тільки історичний інтерес.

Безумовно, найбільш надійним методом профілактики стравохідно-шлункових кровотеч при ПГ на фоні ЦП є портокавальні шунтуючі операції. Виставляючи покази до подібних оперативних втручань при ЦП більша частина авторів орієнтується на її функцію, менша частина за основу приймає гемодинаміку [1, 2].

Накопичений досвід показав, що при задовільній функції печінки та відсутності цитолітичного синдрому оптимальним варіантом портокавального шунтування є операція, при якій скидування по створеному анастомозу буде обмеженим, а до хворого органу зберігається прямий портальний кровопотік [1]. Таким умовам відповідає операція дистального спленоренального шунтування (ДСРШ).

В той же час через певний інтервал часу формуються нові колатеральні шляхи, завдяки яким погіршується портальний кровопотік, а саме: панкреатичний сифон, товстокишковий шлях через анастомози між попереково-ободовою кишкою, шлунковий шлях через ліву та праву шлункові вени, що значно погіршує прогноз основного захворювання.

1. Панкреатичний сифон, де варикозні шунти утворюються та розвиваються через вени підшлункової залози та селезінкової вени і до спленоренального шунта.

2. Товстокишковий шлях - через анастомози між попереково-ободовою кишкою та нижнім полюсом селезінки.

3. Шлунковий шлях, через ліву та праву шлункові вени.

Було доведено, що виділення селезінкової вени із підшлункової залози може вирішити цю проблему [3].

В хірургічній клініці ОКЛ м.Ужгорода розроблений алгоритм техніки виконання спленодекомпресивних шунтуючих операцій [4, 5].

Доступ: верхньо-середньо-поперечна лапаротомія над пупцем. Після підсічення зв'язки трейца розсікають задній листок очеревини та виділяють ліву ниркову вену проксимальніше на 3-4 см від впадіння лівої надниркової вени. Знаходять під мезоколон нижній край підшлункової залози, в місці переходу хвоста останньої в тіло, де селезінкова вена робить вигин, який виходить за межі останньої.

Селезінкова вена мобілізується до кінця підшлункової залози і максимально в проксимальному напрямку. Усі гілки, що йдуть від підшлункової залози до селезінкової вени, перев'язуються. У випадку створення ДСРШ проксимальний кінець селезінкової вени перев'язується, дистальний вшивається по типу "кінець в бік" в ниркову вену. У випадку, коли ситуація вимагає видалення селезінки, селезінкова вена після її скелетизації перев'язується в максимально дистальному кінці, і створюється проксимальний анастомоз по типу "кінець в бік" з лівою нирковою веною.

При анатомічному варіанті, великий діастаз між селезінковою та нирковими венами, за допомогою автовени (велика підшкірна або внутрішня югулярна) поступаємо аналогічно описаному вище.

Після створення анастомозу вскривають сумку чеплеця. Велику кривизну шлунку відводять вниз від воротаря до коротких судин шлунка та роз'єднують гастроєпіпліодну аркади. На додаток, на цьому етапі, селезінковий кут товстої кишки низводять вниз, тим самим пересікають товстокишковий шлях анастомозування.

Останній етап операції-перев'язка правої шлункової вени над воротарем і перев'язка лівої (коронарної) вени шлунка на рівні верхнього краю підшлункової залози.

Спленодекомпресивна шунтуюча операція виконана в такій послідовності і в такому об'ємі забезпечує достатній портальний кровопотік і є гарантом профілактики кровотечі у віддаленому післяопераційному періоді з вен стравоходу та шлунка.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ерамишанцев А.К., Манукьян Г.В. "Сегодня" и "завтра" хирургии портальной гипертензии". *Анналы-хирургической гепатологии*, 1988, том 3, № 2, с. 111-114.
2. Русин В.И., Переста Ю.Ю., Филип С.С., и соавт. Отдаленные результаты декомпресивных портокавальных анастомозов. *Анналы хирургической гепатологии*, 1988, том 3, №3, с. 162-163.
3. Warren W.D., Millikan W.I., Henderson I.M. et al. Splenopancreatic disconnection. Improved selectivity of the distal splenorenal shunt. *Ann.Surg.* 1986, 204, h.346-355.
4. Русин В.И., Русин А.В., Переста Ю.Ю. та інші. Патент України №980084583 від 26.08.1998.

5. Русин В.І., Русин А.В., Переста Ю.Ю., Патент України №98084584 від 18.01.1999.

## **РЕЗЮМЕ**

### **Хірургічне лікування портальної гіпертензії при цирозі печінки**

***Чаварга М.І.***

Нами розроблений алгоритм техніки виконання спленодекомпресивних шунтуючих операцій, направлених на профілактику погіршення портального кровотоку в післяопераційному періоді внаслідок формування нових колатералей. Запропонована спленодекомпресивна шунтуюча операція забезпечує достатній портальний кровопотік і є гарантом профілактики кровотечі у віддаленому післяопераційному періоді з вен стравоходу та шлунка.

## **SUMMARY**

### **Surgical treatment of portal hypertension as a result of liver cirrhosis**

***M.Chavarga***

We have elaborated the technique of splenodecompressive shunting operation the aim of which was to prevent the adverse of portal blood flow in consequence of collateral shunt formation. The proposed splenodecompressive shunting operation provides sufficient portal blood flow and guarantees the prevention of variceal bleeding in late postoperative period.