



А.М. Шаповалов^{1,2}, В.Л. Коробка^{1,2}, М.Ф. Черкасов²

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

¹Ростовская областная клиническая больница

Россия, 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170. E-mail: orph-rokb@yandex.ru

²Ростовский государственный медицинский университет,

Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.

Цель: разработать и провести клиническую апробацию нового хирургического способа остановки и профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени.

Материалы и методы: 18 больных циррозом печени оперированы оригинальным хирургическим способом, как в плановом порядке, так и по срочным показаниям. Оценку результатов оперативного лечения осуществляли на основании общих клинических, лабораторных и инструментальных исследований с использованием рентгенологических и эндоскопических методов.

Результаты: в раннем послеоперационном периоде рецидивов кровотечения не зарегистрировано. Прогрессирующая печеночная недостаточность стала причиной смерти 1 больного.

Заключение: непосредственные результаты клинического применения способа подтвердили его эффективность в остановке и профилактике повторных кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка.

Ключевые слова: цирроз печени, варикозное кровотечение.

A. Shapovalov^{1,2}, V. Korobka^{1,2}, M. Cherkasov²

THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF BLEEDING FROM VARICEAL OF THE ESOPHAGUS AND STOMACH

¹Rostov regional clinical hospital

170 Blagodatnaya str., Rostov-on-Don, 344015, Russia. E-mail: orph-rokb@yandex.ru

²Rostov State Medical University,

Department of Surgical Diseases FT and RS

29 Nakhichevan st., Rostov-on-Don, 344022, Russia.

Purpose: developing and clinical tested a new surgical method of treatment and prevention of gastro-esophageal variceal bleeding in patients with liver cirrhosis.

Materials and Methods: 18 patients with liver cirrhosis were operated scheduled and urgent indications by original surgical method. Results of surgical treatment were evaluated on the basis of common clinical, laboratory and instrumental studies using radiographic and endoscopic methods.

Results: in the early postoperative recurrence of bleeding none registered. One patient died because of progressive insufficiency of liver.

Summary: the immediate results of the clinical application of the method proved its effectiveness in the treatment and prevention of bleeding from varices of the esophagus and cardia of stomach.

Key words: cirrhosis, variceal bleeding.



Введение

Варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка является частым клиническим проявлением цирроза печени (ЦП). Частота встречаемости вариксов в верхних отделах желудочно-кишечного тракта при компенсированных формах цирроза составляет от 30 до 40%, а при декомпенсированном ЦП достигает 60% [1, 2].

Формирование вариксов при ЦП вирусной этиологии в 30% клинических наблюдений происходит в течение 5 лет, тогда как при алкогольном циррозе варикоз обнаруживается уже спустя 2 года в половине случаев [3]. Через 10 лет около 90% больных ЦП имеют ВРВ пищевода-желудочного перехода [4].

Основной причиной смерти больных ЦП является кровотечение из ВРВ при их разрыве, которое неизбежно возникает примерно у 30% пациентов с ВРВ. Первый эпизод кровотечения для 20-80% больных является смертельным, однако среди выживших у 50-70% пациентов в течение нескольких дней возникает его рецидив. В течение двух лет с момента первого эпизода кровотечения выживаемость не превышает 40% [5, 6].

В настоящее время для профилактики и остановки кровотечений из ВРВ пищевода используются как медикаментозные, так и хирургические методы. Неэффективность медикаментозной терапии и эндоскопических методов нередко заставляет менять тактику и прибегать к способам хирургического лечения этой категории больных [7, 8]. Однако несмотря на то что в разное время предлагались различные виды операций (шунтирующие, разобщающие портальный кровоток и резекционные), результаты их применения остаются неудовлетворительными. Во многом это обусловлено их нерадикальностью или невозможностью в полной мере прервать патологический венозный азиго-портальный кровоток [9, 10].

Таким образом, неудовлетворенность результатами существующих способов профилактики и хирургического лечения кровотечений из ВРВ заставляет искать новые

хирургические методы, позволяющие не только останавливать, но и надежно профилактировать рецидивные кровотечения у больных ЦП.

Цель исследования - разработка нового хирургического способа остановки и профилактики кровотечения из ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка у больных с ЦП.

Материалы и методы

Разобщение коллатералей в области пищевода и желудка разработанным способом (патент РФ № 2412657, от 27.02.2011) выполнили 18 больным с ПГ, осложненной кровотечениями из ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка. Из числа оперированных больных мужчин было 10 человек, женщин – 8. У 16 больных причиной ПГ был вирус-ассоциированный ЦП, у 1 больного – первичный билиарный ЦП, в 1 клиническом случае была диагностирована внепеченочная ПГ. В 9 клинических наблюдениях имел место ЦП класса А (по Child-Pugh), у 5 больных – ЦП класса В.

В 14 (78%) случаях оперативное вмешательство выполнялось в плановом порядке после консервативной остановки кровотечения и проведения предоперационной подготовки. Следует отметить, что в их число вошли 5 больных ранее оперированных по поводу рецидивных пищеводных кровотечений (после TIPS – 3 и эндоскопических методик остановки кровотечения – 2). В 4 (22%) случаях операцию выполняли по срочным показаниям на высоте пищевода-желудочного кровотечения при неэффективности консервативной терапии.

Комплекс диагностических мероприятий у «плановых» больных, наряду с лабораторными методами диагностики, включал: ультразвуковое исследование (УЗИ) и спиральную компьютерную томографию (СКТ) органов брюшной полости, СКТ-ангиографию, ЭФГДС и эндоскографию (ЭУС) (рис. 1).

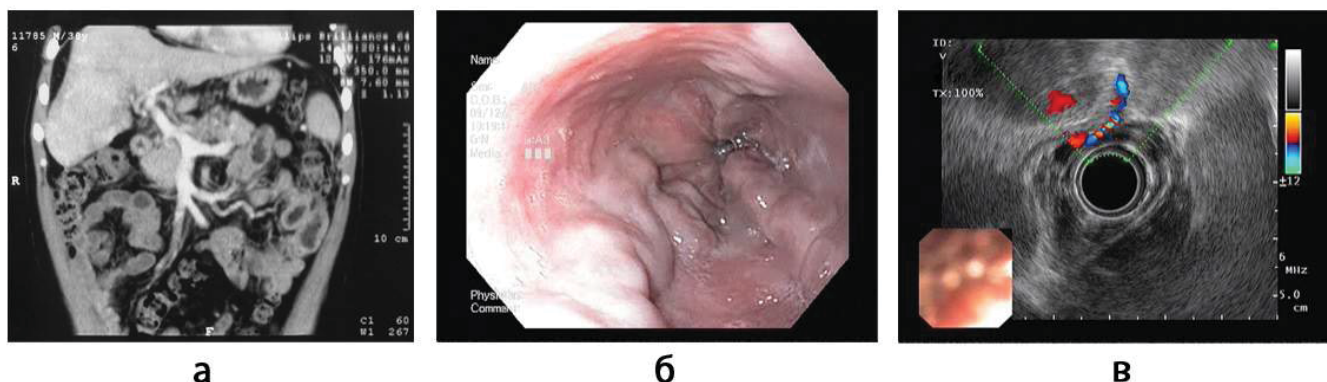


Рисунок 1. а – КТ-картина структурных изменений печени по типу цирротических с наличием регенераторных узлов, признаки портальной гипертензии с формированием порто-кавальных анастомозов. б – эндоскопическая картина ВРВ пищевода 3 ст. в – ЭУС картина с режиме доплеровского картирования – множественные вариксы эзофагокардиального перехода с формированием подслизистых коллатералей.

Как уже было отмечено, все больные были оперированы оригинальным способом. Сущностью разработанной методики является выполнение селективной проксимальной ваготомии, резекция пищевода-желудочного

перехода и кардиального отдела желудка, формирование эзофагогастроанастомоза на передней стенке желудка и создание арефлюксной кардии. Основные этапы операции отражены на рис. 2.

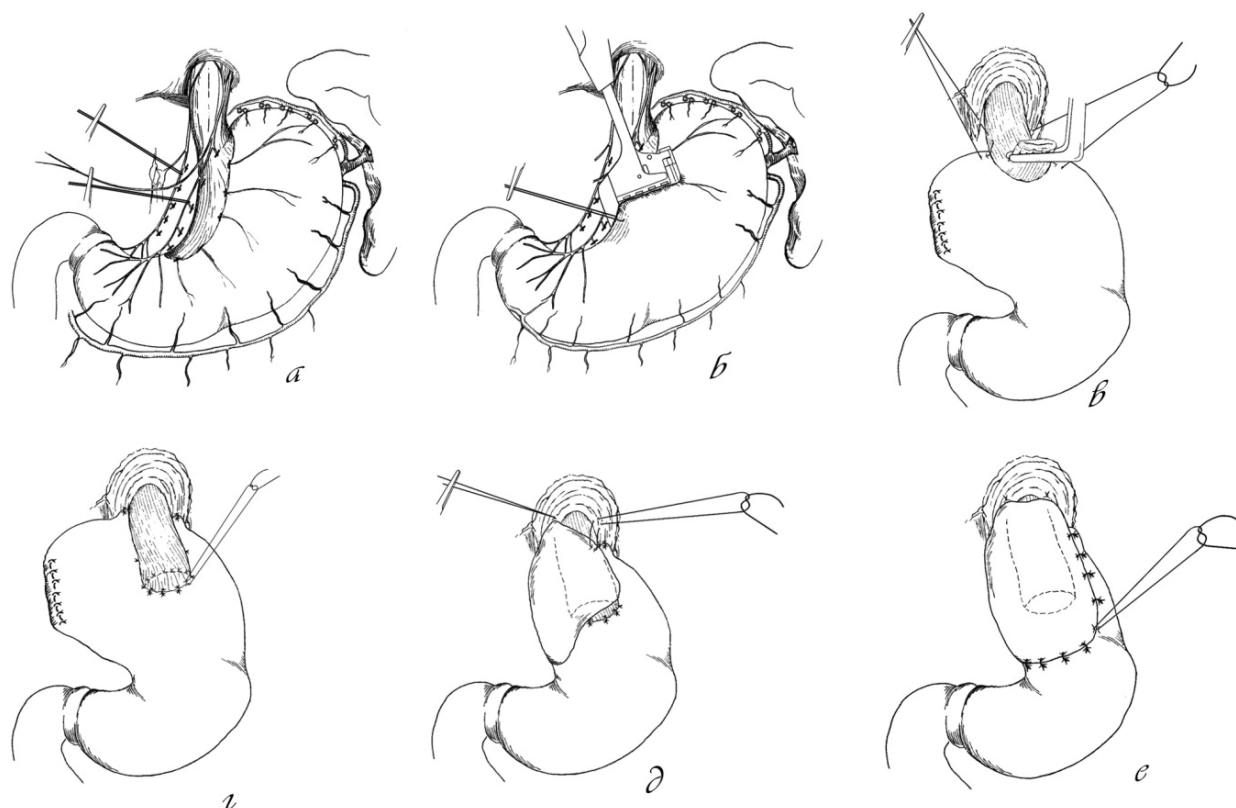


Рисунок 2. Основные этапы операции.

По стандартной методике выполняли верхнесрединную лапаротомию. Пищеводно-желудочный переход вместе с клетчаткой низводили для адекватной визуализации кардии и абдоминального отдела пищевода. Выделяли передний и задний стволы блуждающих нервов, после чего производили селективную проксимальную ваготомию, используя прецизионную технику. Далее мобилизовывали забрюшинную часть кардии и дно желудка с пересечением сосудов желудочно-селезеночной связки и ветвей левых желудочных артерии и вены. Мобилизацию абдоминального отдела пищевода осуществляли на протяжении 5-6 см выше кардиального жома с выделением, перевязкой и пересечением всех коллатералей (рис. 2а).

После мобилизационного этапа производили фиброгастродиафаноскопию с прицельной подсветкой передней стенки желудка для определения участка с менее выраженным сосудистым рисунком, который маркировали, после чего выполняли резекцию пищеводно-желудочного перехода и кардиального отдела желудка, используя линейный сшивающий аппарат (рис. 2б). Линию аппаратного шва культи желудка укрепляли вторым рядом серо-серозных швов.

Следующим этапом осуществляли ротацию желудка во фронтальной плоскости с целью сопоставления маркированной точки на желудке с культей пищевода и приступали к формированию связочного аппарата пищевода. По заднебоковым поверхностям пищевода, на расстоянии 4-5 см от линии резекции, с захватом мышечного слоя фиксировали 2 шва-связки, которые затем подшивали к правой и левой ножкам диафрагмы, ближе к их поясничной части. Эти же нити фиксировали к серозно-мышеч-

ному слою большой кривизны верхней трети тела желудка, после чего их завязывали (рис. 2в).

В ранее маркированной недесерозированной зоне на передней стенке желудка осуществляли гастротомию с последующим формированием двухрядного эзофаго-гастроанастомоза прецизионным швом (рис. 2г).

После формирования анастомоза, его вместе с абдоминальным отделом пищевода оборачивали оставшейся проксимальной частью желудка, которую подшивали и фиксировали двумя узловыми серозно-мышечными швами к переднебоковым поверхностям пищевода и ножкам диафрагмы (рис. 2д). Одиночными серозно-мышечными швами культи желудка фиксировали к большой кривизне и передней стенке ниже эзофаго-гастроанастомоза, чем завершали формирование арефлюксной кардии (рис. 2е).

Операцию заканчивали установкой назогастрального зонда с целью декомпрессии анастомоза, дренированием брюшной полости и послойным ушиванием послеоперационной раны.

Результаты и их обсуждение

Послеоперационный период у всех оперированных больных протекал гладко. Учитывая скопированность печени, всем больным в послеоперационном периоде назначали гепатопротекторы, проводили дезинтоксикационную и антибактериальную терапию. В течение первых 7 суток с целью парентерального питания назначали белковые препараты, осуществляли трансфузии плазмы. С 7 суток начинали зондовое питание.

С целью объективной оценки арефлюксности сформированного эзофагогастроанастомоза больным прово-



дили рентгеноскопию пищевода и желудка, а также осуществляли суточную рН-метрию. Полученные данные подтвердили отсутствие гастроэзофагеального рефлюкса. При рН-метрии суточное колебание показателя рН в пищеводе было в пределах $6,2 \pm 0,5$.

Рецидивных варикозных кровотечений в раннем послеоперационном периоде не зарегистрировано. Прогрессирующая в раннем послеоперационном периоде печеночная недостаточность стала причиной смерти 1 больного. Благоприятное течение послеоперационного периода позволило выписать большинство больных из

стационара к 30 суткам после вмешательства (средний показатель составил $20,9 \pm 6,8$ дней).

При контрольном осмотре 15 больных, в сроки до 3 лет (средний показатель $17,5 \pm 8,0$ мес) состояние обследованных было удовлетворительным. Рецидивов кровотечения за этот период не наблюдалось. Следует отметить, что при контрольной эндоскопии у всех больных отмечалась положительная динамика (рис. 3). Запущение вен пищевода отмечалось у 6 (40,0%) больных, первую степень варикозного расширения имели 5 (33,3%) больных, у 4 (26,7%) больных имела место вторая степень варикоза.

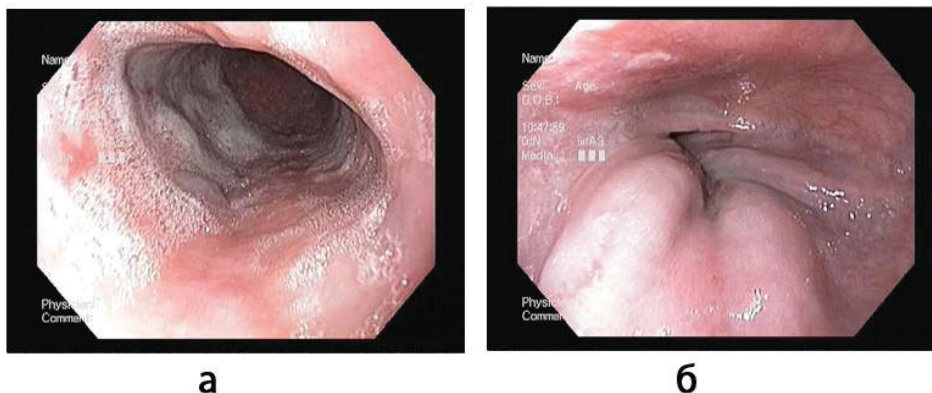


Рисунок 3. Эндоскопическая картина при осмотре пищевода (а) и зоны сформированного анастомоза с арефлюксной кардией (б) через 6 мес. после операции.

Все сформированные анастомозы имели удовлетворительную проходимость, при этом отсутствовали признаки рефлюкса содержимого желудка в пищевод и, как следствие, эрозивные изменения слизистой пищевода.

Заключение

Разработанный способ позволяет прерывать патологический венозный сброс крови из системы воротной вены

в вены пищевода за счет полного пересечения пищевода и резекции кардии, что позволяет эффективно останавливать и предупреждать варикозные кровотечения. Кроме того, выполнение селективной проксимальной ваготомии и коррекция эзофагокардиального перехода устраняют гастроэзофагеальный рефлюкс, что, в свою очередь, обеспечивает надежную профилактику воспалительных изменений слизистой пищевода и желудка, снижает частоту рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жигалова, С.Б. Варикозное расширение вен желудка у больных с портальной гипертензией: диагностика и лечение / С.Б. Жигалова, А.Г. Шерцингер, А.Б. Мелкумов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. – Т. 15, № 3. – С. 59-63.
2. De Franchis, R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension / R. de Franchis // *J. Hepatol.* – 2010. – Vol. 53 (4). – P. 762-768.
3. Ивашкин, В.Т. Лечение осложнений цирроза печени: методические рекомендации для врачей / В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская. – М.: Литтерра. – 2011. – 64 с.
4. McKay, R. Variceal bleeding / R. McKay, N.R. Webster // *Cont Ed Anaest.* – 2007. – Vol. 7(6). – P. 191-194.
5. Киценко, Е.А. Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / Е.А. Киценко, А.Ю. Анисимов, А.И. Андреев // *Вестник современной клинической медицины*. – 2014. – Т. 7, № 5. – С. 89-98.
6. Augustin, S. Effectiveness of combined pharmacologic and ligation therapy in high-risk patients with acute esophageal variceal bleeding / S. Augustin, J. Altamirano, A. González [et al.] // *Am Jour Gastr.* – 2011. – Vol. 106(10). – P. 1787-1795.
7. Хоронько, Ю.В. Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование: роль и место в комплексе мероприятий при лечении пищеводно-желудочных кровотечений цирротического генеза // Ю.В. Хоронько, М.Ф. Черкасов, М.И. Поляк [и др.] // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. – 2011. – № 3. – С.33-38.
8. Debernardi Venon, W. Prospective randomized trial: endoscopic follow up 3 vs 6 months after esophageal variceal eradication by band ligation in cirrhosis // W. Debernardi Venon, C. Elia, D. Stradella [et al.] // *Eur J Intern Med.* – 2014. – Vol.25(7). – P.674-679.
9. Orloff, M.J. Fifty-three years' experience with randomized clinical trials of emergency portacaval shunt for bleeding esophageal varices in Cirrhosis: 1958-2011 / M.J. Orloff // *JAMA Surg.* – 2014. – Vol. 149, N. 2. – P.155-169.
10. Ерамышанцев, А.К. Портальная гипертензия / А.К. Ерамышанцев, А.Г. Шерцингер, Е.А. Киценко // В кн.: *Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. II. – С.644-665.