УДК 616.36-004-089.163

# ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ АЗИГОПОРТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА С СОЗДАНИЕМ АРЕФЛЮКСНОЙ КАРДИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н., профессор
*МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия*

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н., профессор
*МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия*

Голуб Екатерина Андреевна
*МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

В статье оценены отдаленные результаты операции азигопортального разобщения вен пищевода и формирования арефлюксной кардии у больных циррозом печени.

Ключевые слова: ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА, АЗИГОПОРТАЛЬНОЕ РАЗОБЩЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА С СОЗДАНИЕМ АРЕФЛЮКСНОЙ КАРДИИ

UDC 616.36-004-089.163

# LONG-TERM RESULTS OF AZYGOPORTAL DIVIDING OF ESOPHAGEAL VEIN WITH AREFLUX CARDIA FORMATION IN HEPATOCIRRHOTIC PATIENTS

Durleshter Vladimir Moiseevich, MD, prof.

*City Hospital # 2 (KMMDA), Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia*

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna, MD, prof.

*City Hospital # 2 (KMMDA), Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia*

Golub Ekaterina Andreevna
*City Hospital # 2 (KMMDA), Krasnodar, Russia*

The article presented the long-term results of azygoportal dividing of esophageal vein with areflux cardia formation in hepatocirrhotic patients.

Key words: CIRRHOSIS OF THE LIVER, VEIN VARICOSITY, ESOPHAGEAL VEIN DILATATION, AZYGOPORTAL DIVIDING OF ESOPHAGEAL VEIN WITH AREFLUX CARDIA FORMATION.

Проблема профилактики и лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) является весьма актуальной в хирургической гастроэнтерологии. В настоящее время для профилактики повторного кровотечения из ВРВП предложен целый ряд различных по эффективности подходов, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки (табл. 1.). При этом выбор того или иного метода определяется, прежде всего, тяжестью исходного поражения печени (класс цирроза по Child-Pugh).

Таблица 1 - Риск повторного кровотечения из ВРВП в течение года при различных методах профилактики (цитируется по В.М. Лебезеву и соавт., [1])

| **Метод профилактики** | **Риск повторного кровотечения (%)** |
|---|---|
| Без лечения | 70 |
| β–блокаторы | 40 |
| β–блокаторы + нитраты | 30 |
| Склерозирование | 35 |
| Лигирование | 30 |
| Лигирование + β–блокаторы | 15 |
| TIPS | 10-27 |
| Прямые операции на венах пищевода (операции азигопортального разобщения) | 30-50 |
| Шунтирующие операции | 10-45 |

Из эндоскопических методов лечения наибольшее распространение в последние годы получило лигирование варикозных узлов, которое практически вытеснило применявшееся ранее склерозирование варикозных вен пищевода. Эндоскопическое лигирование варикозных узлов, как показали многочисленные исследования, значительно снижает риск кровотечений и превосходит по своей эффективности β–блокаторы [2, 3]. Используя эту методику, удается остановить кровотечения у 96% больных, поступивших с продолжающимся кровотечением из ВРВП, при этом частота рецидивов кровотечения составляет 20–30%, летальные исходы отмечены у 2–35% пациентов [4-6]. Однако метод не лишен

опасности развития серьезных осложнений, среди которых описаны дисфагия, возникновение загрудинных болей и изъязвление слизистой оболочки пищевода в области лигирования с возможным развитием кровотечения; в поздние сроки у некоторых больных возникает стеноз пищевода [7].

Все оперативные вмешательства, выполняемые для остановки и профилактики рецидивов кровотечения, можно разделить на портодекомпрессивные вмешательства (операции портосистемного шунтирования) и операции азигопортального разобщения.

В настоящее время так называемые неселективные портокавальные анастомозы (ПКА), такие как прямой портокавальный анастомоз, кавомезентериальный анастомоз "конец в бок" и другие представляют исключительно исторический интерес и не применяются из-за высокой частоты возникновения печёночной энцефалопатии и очень высокой летальности. Среди селективных вено-венозных анастомозов (на сегодняшний день их насчитывается более 15 вариантов) наиболее известными и широко применяемыми являются дистальный спленоренальный анастомоз "конец в бок" (операция Warren) и кавамезентериальный Н-анастомоз со вставкой из ауто- или гетеротрансплантата. К сожалению, даже после таких операций, риск возникновения печёночной энцефалопатии остаётся достаточно высоким и составляет около 20%. [8]. Другим их слабым местом являются рецидивы кровотечений в ранние сроки, чаще всего на 2-5 сутки после операции, особенно при малом диаметре ПКА (8-9 мм), т.е. парциальном портокавальном шунтировании (ПКШ). Частота рецидивов кровотечений достигает 24,2-45%, а летальность после плановых вмешательств колеблется от 3 до 8,3% и достигает 40-50% при операциях, выполненных на высоте кровотечения [9, 10]. По данным литературы, причиной рецидива кровотечения чаще всего является тромбоз ПКА. Однако данные

ряда авторов свидетельствуют о том, что и при хорошо функционирующем анастомозе ранние рецидивы кровотечения нередки [11, 12].

В зависимости от направленности операций азигопортального разобщения различают операции пересечения и реанастомозирования пищевода (транссекции) и операции деваскуляризации пищевода и желудка. В зависимости от доступа выделяют трансабдоминальные (операции Tanner, Hassab, Paquet и другие), трансторакальные (операция Boerema-Crile и другие) и комбинированные (операция Suguira-Fatagawa) вмешательства.

Прямые вмешательства на ВРВП чаще выполняют во время кровотечения, такие операции дают хорошие непосредственные результаты. В то же время многие исследователи отмечают, что сохранение высокого портального давления не позволяет обеспечить устойчивого гемостаза при прямых операциях на ВРВП [1], и делают вывод о значительно меньшей ценности этих операций в качестве профилактической меры, чем ПКШ. Однако у многих больных с субкомпенсированным ЦП, когда ПКШ не показано или невыполнимо, прямое вмешательство на ВРВП является единственным способом снижения риска кровотечения, улучшения качества и продолжительности жизни. Кроме того, многолетние наблюдения свидетельствуют о вполне приемлемых отдаленных результатах их применения у больных циррозом печени. Несмотря на сохраняющуюся возможность рецидива кровотечения почти у 50% больных после операции, они чаще переживают 5-летний срок, чем после портокавального шунтирования [11].

В нашей стране наибольшее распространение получила гастротомия с прошиванием ВРВП и проксимального отдела желудка, предложенная М.Д.Пациора. Исследования, проведенные А.К.Ерамишанцевым и соавт. [9], В.М.Лебезевым и соавт. [1], показали, что непосредственный гемостатический эффект этой операции близок к 100%, а ранние рецидивы

кровотечения развиваются крайне редко. В то же время, в более поздние сроки рецидивы развиваются у 30-50% больных.

Другим путём снижения частоты рецидивов кровотечений после прямых вмешательств на ВРВП является расширение объема разобщающей операции и арсенала способов воздействия на патогенетические механизмы возникновения кровотечения из ВРВП. Поскольку причиной рецидивов в поздние сроки чаще всего являются эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки пищевода [13], целесообразным представляется устранение гастроэзофагеального рефлюкса.

В 1998 году профессорами В.И.Оноприевым и В.М.Дурлештером с разработан и внедрен в клинику оригинальная технология разобщающей операции и формирования арефлюксной кардии [патенты № 2220663 от 08.04.2002 и № 2223696 от 17.09.2002г.]. Накопленный к настоящему времени опыт использования этой технологии требует всесторонней оценки непосредственных и отдаленных результатов операции, что и определило актуальность и значимость данного исследования.

**Материал и методы исследования.** Под нашим динамическим диспансерным наблюдением находилось 53 пациента с ЦП. В 1-ю группу (28 человек) вошли больные, у которых установлен диагноз ЦП различной этиологии, получавших консервативное лечение по месту жительства, в анамнезе которых отмечались эпизоды кровотечений из ВРВП; в дальнейшем они были прооперированы по оригинальным технологиям. 2-я группа (25 человек) была представлена пациентами со сходной этиологией ЦП и анамнезом заболевания, сопоставимой с 1-ой группой выраженностью портальной гипертензией и стадиями ВРВП; эти больные велись консервативно.

Большинство больных поступили в клинику из разных учреждений здравоохранения г. Краснодара и районов Краснодарского края с

явлениями состоявшегося кровотечения из ВРВП и желудка в анамнезе для дообследования и планового оперативного лечения.

Таблица 2 - Распределение больных по количеству кровотечений в анамнезе пациентов циррозом печени

| **Количество кровотечений** | **Группы** | | **Итого** |
|---|---|---|---|
| | **1 группа, n=28 (%)** | **2 группа, n=25 (%)** | |
| Отсутствовали | 7 (25,0) | 18 (72,0)* | 25 (47,2) |
| Отмечались в анамнезе | 21 (75,0) | 7 (28,0)* | 28 (52,8) |
| Всего | 28(100%) | 25(100%) | 53(100%) |

Примечание: представлены достоверные отличия (p<0,05) от 1-ой группы больных.

Из таблицы 2 видно, что в 1–ой группе подавляющее большинство пациентов имели однократный эпизод или повторные кровотечения из ВРВП и желудка, что достоверно выше, чем у больных 2 –ой группы (75% и 28%, p<0,05). Среднее количество кровотечений в анамнезе у пациентов 1–ой группы составило 2±0,1, а во 2–ой группе 1,7±0,2, а у всех обследованных пациентов составило 1,9±0,2. Подобное осложнение отмечалось в основном у лиц трудоспособного возраста, что имеет важное социально-экономическое значение.

Консервативное посиндромное лечение проводилось всем наблюдавшимся пациентам. Больные, которым было показано хирургическое вмешательство, на проведение которого было получено согласие, получали его в качестве предоперационной подготовки. В послеоперационном периоде такие пациенты так же нуждались в продолжении посиндромной коррекции и курсовой медикаментозной терапии. Пациенты, ведение которых оставалось консервативным, в связи с отказом от оперативного лечения, не нуждающиеся в нем на момент осмотра или имеющие сопутствующую патологию (противопоказания к выполнению оперативного лечения) или с декомпенсированным циррозом печени, получали медикаментозные препараты постоянно.

Хирургическое лечение было проведено 28 больным ЦП и включало азигопортальное разобщение вен пищеводно-желудочного перехода с созданием арефлюксной кардии, пациентам с явлениями гиперспленизма дополнительно была произведена спленэктомия.

**Результаты исследования.** Ранние и отдаленные результаты оперативного вмешательства представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Результаты операции азигопортального разобщения с формированием арефлюксной кардии

| **Результат** | **Человек (%)** | **Всего** |
|---|---|---|
| Ранняя послеоперационная летальность (до 1 месяца) | 1 (3,6) | 4 (15,0) |
| Летальность до 1 года | 1 (3,7) | |
| Летальность от 1,1 года до 2-х лет | 2 (7,7) | |
| Рецидивы кровотечений в сроки 1,6- 2 года | 2 (7,1) | 4 (14,3) |
| Рецидивы кровотечений в сроки 2,1-3 года | 1 (3,6) | |
| Рецидивы кровотечений в сроки более 4-х лет | 1 (3,6) | |

Среди оперированных больных ранняя послеоперационная летальность составила 3,6%. Умерла 1 больная с декомпенсированным циррозом печени и сопутствующей хромосомной патологией, которой операция была выполнена в экстренном порядке по поводу рецидивирующего профузного кровотечения из ВРВП. В сроки от 1 месяца до 1 года умерла еще 1 пациентка (3,6%) с не диагностированной ранее гепатоцеллюлярной карциномой. В сроки от 1,1 года до 2 лет после операции умерло 2(7,7%) больных. Причина смерти обоих – прогрессирующая печеночно-клеточная недостаточность. Общая летальность среди оперированных больных составила 15,0% за 2 года, но ни в одном из случаев причиной смерти не стал рецидив кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

Рецидивы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка отмечены у 4 больных с циррозом печени. В одном случае рецидив кровотечения из варикозно-расширенной вены дистального

отдела пищевода развился через 2,1-3 года после операции (после перенесенной беременности и родов, остановлено с помощью эндоскопического лигирования). В двух других случаях ранее, через 1,6- 2 года, ВРВП были интактны, а кровотечение возникло из эрозий желудка, остановлено с помощью консервативных мероприятий. В отдаленные сроки послеоперационного периода (более 4-х лет) кровотечение было зарегистрировано у 1 больной из ВРВП 3степени и остановлено лигированием вен. Общая частота рецидивов кровотечений составила 0% в сроки до 1,6 лет после операции и 14,3% в сроки от 1,6 лет и более 4-х лет после хирургического лечения.

В таблице 4 представлена частота развития кровотечений в 1 - ой и 2- ой группах больных ЦП во все сроки наблюдения.

Таблица 4 - Частота (в процентах) развития кровотечений у больных циррозом печени в различные сроки наблюдения

| **Сроки наблюдения** | **1-ая группа, n=28** | **2-ая группа, n=25** |
|---|---|---|
| | **Чел.(%)** | **Чел.(%)** |
| До операции | 25 (89,3) | 9 (36,0)* |
| Через 1-3 месяца | 0 (0) | 2 (8,0) |
| Через 3,1-12 месяцев | 0 (0) | 3 (12,0) |
| Через 1,1-1,5 года | 0 (0) | 2 (8,0) |
| Через 1,6-2 года | 2 (7,1) | 2 (8,0) |
| Через 2,1-3 года | 1 (3,6) | 1(4,0) |
| Через 3,1-4 года | 0 (0) | 3 (12,0) |
| Более 4,1-х лет | 1 (3,6) | 3 (12,0) |
| Всего: | 4 (14,3) | 16 (64,0)* |

Примечание: * представлены достоверные отличия ($p<0,05$) от 1-ой группы больных.

Представленные в таблице 4 результаты свидетельствуют, что у больных 1- ой группы после проведенного хирургического лечения в течение 1,5 лет рецидива кровотечений из ВРВП не наблюдалось. К 4- ому году наблюдения оно было зарегистрировано у 4-х человек 1- ой группы, что достоверно ниже показателя 2-ой группы, где оно состоялось у 16

человек (14,3% и 64,0%, $p<0,05$). Кровотечений из ВРВП во 2-ой группе было в 4 раза больше, чем в 1-ой группе.

**Заключение.** Операции азигопортального разобщения с формированием арефлюксной кардии сопровождаются ранней послеоперационной летальностью у 3,6% больных, развитием ранних послеоперационных осложнений (абсцессы у 14,8%, тромбозы воротной вены у 11,1%). В течение 4-х и более лет наблюдения общая летальность составляет 15,0%, частота рецидивов кровотечений - 14,3%.

**Литература**

1. *Лебезев В.К., Ерамишанцев А.К., Григорян Р.С.* Сочетанные операции в профилактике гастроэзофагеальных кровотечений у больных с портальной гипертензией // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2007. - № 10. – С. 15-18.

2. *Sarin S.K., Lamba G.S., Kumar L.* et al. Comparison of endoscopic ligation and propranolol for the primary prevention of variceal bleeding // N. Engl. J. Med. - 1999. – Vol. 340. – P. 988-993.

3. *Jutabha R., Jensen D.M., Martin P.* et al. Randomized study comparing banding and propranolol to prevent initial variceal hemorrhage in cirrhotics with high risk esophageal varices // Gastroenterology. – 2005. – Vol. 128. – P. 870-881.

4. *Goff J.S., Reveille R.M., Stiegmann G.V.* Three years experience with endoscopic variceal ligation for treatment of bleeding varices // Endoscopy. – 1992. – Vol. 21. P. 401-404.

5. *Gimson A.S., Ramage J.K., Panos M.Z.* et al. Randomised trial of variceal banding ligation versus injection selerotherapy for bleeding oesophageal varices // Lancet. – 1993. – P. 391-394.

6. *Hou M.C., Lin H.C., Kuo B.I.* et al. The rebleeding course and long term outcome of esophageal variceal haemorrhage after ligation: comparison with sclerotheray // Hepatogastroenterology. – 1999. – Vol. 46. – P. 2995-2998.

7. *Hashizume M., Ohta M., Ueno K.* et al. Endoscopic ligation of esophageal varices compared with injection sclerotherapy: a prospective randomized trial // Gastrointest. Endosc. – 1993. – Vol. 39. – P. 123-126.

8. *Ивашкин В.Т.* Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. – 2-е изд. – М.: ООО «Издат. Дом М-Вести», 2005. – С. 536.

9. *Ерамишанцев А.К.* Хирургическое лечение портальной гипертензии // Рос. журн. гастроэнтерол. Гепатол. – 1997. - № 3.– С. 72-75.

10. *Shah D.M.* et al. Comparizon between selective distal splenorenal shunt and small-diameter H-graf portosystemic shunt // Cardiovasc. Surgery. – 1989. – Vol. 30, N3. – P. 450-461.

11. *Ерамишанцев А.К., Киценко Е.А., Нечаенко А.М.* Операции на пищеводе и желудке у больных с портальной гипертензией (обзор литературы) // Клин. перспективы гастроэнтерол. гепатол. – 2002. - № 6. – С. 8-14.

12. *Rikkers L.F., Sorell T., Gondlians J.* Which portsystemic shunt is best? // Gastroenterol. Clinics of North America. – 1992. – Vol. 21, N1.

13. *Ханевич М.Д., Хрупкин В.И., Жерлов Г.К.* и др. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией. – Новосибирск: Наука, 2003. – 198 с.