

УДК 616.145.74: 616.149.43]-007.64-005.1-02: 616.36-004]-084

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСПИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Л. П. Котельникова^{1*}, И. Г. Бурнышев², Н. Н. Федачук^{1,2}

¹Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера,

²Пермская краевая клиническая больница, Россия

TECHNIQUE OF SURGICAL TREATMENT OF ESOPHAGEAL AND GASTRIC VARICOSE VEIN HEMORRHAGE

L. P. Kotelnikova^{1*}, I. G. Burnyshev², N. N. Fedachuk^{1,2}

¹Perm State Academy of Medicine named after Academician E. A. Wagner,

²Perm Regional Clinical Hospital, Russia

Цель. Модифицировать операцию Sugiura для снижения вероятности несостоятельности эзофаго-эзофагоанастомоза и дисфагии в ближайшем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. По предложенному модифицированному варианту операции азигопортального разобщения (операция Sugiura) для остановки кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка оперировано 42 пациента: 39 – с циррозом печени и 3 – с внепеченочной портальной гипертензией. Степень компенсации цирроза по Child-Pugh была определена как класс А – у 4 (10,2%), класс В – у 13 (33,3%), класс С – у 22 (56,5%) больных.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде у всех пациентов достигнут полный хирургический гемостаз. Послеоперационная летальность составила 33,3% и зависела от степени печеночно-клеточной недостаточности и тяжести кровопотери. Среди пациентов класса А летальных исходов не было, в классе В – 15,4%, в классе С – 50%.

Выводы. Основными причинами летальных исходов послужило прогрессирование печеночной недостаточности и инфекционные осложнения вмешательства.

Ключевые слова. Портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода и желудка, цирроз печени, операции азиго-портального разобщения.

Aim. To modify the Sugiura operation for the purpose of decreasing the probability of esophagoesophago-anastomosis and dysphagia in the nearest postoperative period.

Materials and methods. The modified variant of azygoportal separation (Sugiura operation) aimed at stopping hemorrhage from esophageal and gastric cardiac varicose veins was used to operate 42 patients: 39 – with hepatic cirrhosis and 3 – with extrahepatic portal hypertension. Child-Pugh cirrhosis compensation degree was determined as class A – in 4 (10,2%) patients, class B – in 13 (33,3%), class C – in 22 (56,5%).

Results. In the nearest postoperative period, all patients experienced full surgical hemostasis. The postoperative lethality was 33,3% and depended on the degree of hepatocellular insufficiency and severity of hemorrhage. No lethal outcomes were fixed among class A patients, in class B – 15,4%, class C – 50%.

© Котельникова Л. П., Бурнышев И. Г., Федачук Н. Н., 2013

e-mail: ru-nfperm@mail.ru

тел. 8 (342) 298 37 26

[Котельникова Л. П. (контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой хирургии ФПК и ППС; Бурнышев И. Г. – кандидат медицинских наук, заведующий 2-м хирургическим отделением; Федачук Н. Н. – аспирант кафедры хирургии ФПК и ППС, врач 2-го хирургического отделения].

Conclusion. The main reasons of lethal outcomes were progressing hepatic insufficiency and infectious surgical complications.

Key words. Portal hypertension, esophageal and gastric varicose veins, hepatic cirrhosis, azygoportal disconnection.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром портальной гипертензии (СПГ), или синдром повышения давления в системе воротной вены, не является самостоятельным заболеванием. Тем не менее он часто встречается при патологических процессах с нарушением циркуляции в системе воротной вены. В промышленно развитых странах основной причиной портальной гипертензии у взрослых в 85–90% служит цирроз печени. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 200 млн человек (или 5% населения планеты) являются носителями вируса гепатита – основного фактора, ответственного за последующее развитие цирроза печени и СПГ. Наиболее частыми причинами смерти при циррозе печени остаются печеночная кома и кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, риск развития которого, по данным разных авторов, составляет от 28,9 до 70%. Летальность при первом эпизоде кровотечения может достигать 60% [1, 2, 10], несмотря на использование различных методов гемостаза. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) и желудка, как правило, рецидивируют, причем каждый последующий эпизод переносится тяжелее предыдущего и еще более ухудшает функцию печени, поэтому понятно стремление хирургов тем или иным способом устранить ВРВП. С этой целью применяют: консервативное лечение, установку зонда Сенгстейкена–Блэкмора, эндоскопическое склерозирование и лигирование, трансъюгулярное портокавальное шунтирование и экстренные хирургические вмешательства. Эффективность остановки кровотечения при исполь-

зовании указанных выше методов составляет от 70 до 90% [1].

В нашей стране в качестве экстренного оперативного вмешательства при кровотечении из ВРВ наибольшее распространение получила операция Таннера–Пациоры [2, 3, 7]. Желудок рассекают по передней стенке от дна к малой кривизне. В шахматном порядке прошивают и перевязывают вены кардии, проксимального отдела желудка и вены пищевода на протяжении 5 см выше кардиального перехода. Будучи небольшой по объему и непродолжительной по времени выполнения (в среднем 155 ± 21 мин), эта операция позволяет быстро достичь надежного гемостаза при продолжающемся кровотечении и дает удовлетворительный профилактический эффект. Рецидивы кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде возникают в 10,5% случаев [2, 3, 6].

В 1973 году японские хирурги М. Sugiura и С. Futagawa опубликовали статью «Новая технология для лечения варикозных вен пищевода» [11], в которой предложили новый метод портосистемного разобщения для лечения кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, впоследствии получивший название операции Sugiura. Данная методика совместила в себе преимущества относительно эффективных операций деваскуляризации по М. Hassab и наложения эзофагоэзофагоанастомоза по Walker [8]. Операция Sugiura является самой «агрессивной», но и самой эффективной из операций портосистемного разобщения, сопровождается низким уровнем рецидивных кровотечений, позволяет избежать развития послеоперационной энцефалопатии и печеночной недостаточности, к которым довольно часто приводит декомпрессия пор-

тального тракта. Классическая операция Sugiura включает в себя торакальный и абдоминальный этапы, выполняемые одно- или двухмоментно, обширную параззофагостральную деваскуляризацию, транссекцию пищевода, спленэктомию, ваготомию и пилоропластику [11]. Сначала пересечение и сшивание пищевода осуществляли «вручную», а затем с помощью циркулярного скрепочного аппарата. Недостатками этого вмешательства остаются высокая травматичность для пациента из-за необходимости выполнения операций из двух доступов, вероятность несостоятельности эзофагоэзофагоанастомоза, возможность возникновения рефлюкс-эзофагита и стриктуры эзофагоэзофагоанастомоза в отдаленном послеоперационном периоде [9]. Последние десятилетия большинство хирургов используют вариант операции Sugiura, известный как «трансабдоминальное пересечение пищевода». Вмешательство выполняется только из абдоминального доступа и включает трансабдоминальную деваскуляризацию пищевода на протяжении 8–9 см и его транссекцию с использованием сшивающего аппарата для наложения анастомоза. Несмотря на то что эффективность этого вмешательства в отношении остановки кровотечения из ВРВП близка к 100%, в России оно используется редко из-за риска развития несостоятельности эзофагоэзофагоанастомоза, возникновения рефлюкс-эзофагита и стриктуры эзофагоэзофагоанастомоза, что проявляется дисфагией.

Цель нашего исследования – модифицировать операцию Sugiura для снижения вероятности несостоятельности эзофагоэзофагоанастомоза и дисфагии в ближайшем послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами предложен модифицированный способ операции M. Sugiura (приоритетная заявка № 20121121101 от 28.03.2012 г.) из

абдоминального доступа – верхняя срединная лапаротомия. Первый этап – спленэктомию. Производят деваскуляризацию верхних 2/3 большой и малой кривизны желудка с лигированием левых желудочно-сальниковых, коротких желудочных и левых желудочных сосудов, лигируют все задние желудочные коллатерали. Пересекают левую треугольную связку печени, выполняют деваскуляризацию дистальных 8–10 см пищевода после передней диафрагмотомии с предварительным лигированием нижней диафрагмальной вены. Для удлинения абдоминального отдела пищевода и снижения кислотности желудочного сока пересекают стволы обоих блуждающих нервов.

В выходном отделе желудка по большой кривизне выполняют гастротомию длиной 3,5–4,0 см. Через гастротомическое отверстие в просвет желудка вводят циркулярный сшивающий аппарат диаметром 21 или 25 мм (Autosuture, Коннектикут, США). Последний проводят в пищевод на расстояние 1,5–2,0 см выше кардиоэзофагеального перехода, бранши аппарата разводят, между ними без вскрытия просвета пищевода на штангу дистальной части аппарата накладывают лигатуру. Бранши аппарата сводят, но стенку пищевода не прошивают. Выполняют фундопликацию по Ниссену с укутыванием зоны будущего анастомоза сводом желудка с обязательной фиксацией первого шва создаваемой манжетки к передней стенке пищевода на расстоянии 2,5–3,0 см выше предполагаемой линии скрепочного шва. Длина создаваемой манжеты – 6–7 см. Далее производят прошивание с циркулярным иссечением всех слоев стенки пищевода на протяжении 1,5–2,0 см и формированием двухрядного скрепочного эзофагоэзофагоанастомоза. Аппарат извлекают. Гастротомическое отверстие используют для наложения впередиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с Брауновским соустьем. Устанавливают назогастроэюнальный зонд ниже меж-

кишечного анастомоза для кормления больного в ближайшем послеоперационном периоде.

В течение последних 12 лет в Пермской краевой клинической больнице (ПККБ) по указанной методике оперировано 42 пациента, из них мужчин – 24 и женщин – 18. Возраст пациентов варьировался от 16 до 69 лет (средний – 43,6 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство пациентов (39) госпитализированы в экстренном порядке и только трое – планово. Продолжительность анамнеза составляла на момент госпитализации от 2 мес. до 29 лет (в среднем 4,5 г.). У 3 больных диагностирована подпеченочная форма портальной гипертензии, у 39 – цирроз печени различной этиологии. Криптогенный цирроз печени обнаружен у 13 (33,3%), вирусный – у 14 (35,9%) и алкогольный – у 12 (30,8%) пациентов. Степень компенсации цирроза по Child–Pugh (1973 г.) была определена как класс А – у 4 (10,2%), класс В – у 13 (33,3%), класс С – у 22 (56,5%) больных.

На момент вмешательства пациенты перенесли от 1 до 8 эпизодов кровотечения (в среднем 2,6 случая). Степень тяжести кровопотери при поступлении соответствовала легкой у 14 (33,3%), средней – у 15 (35,7%) и тяжелой – у 13 (31%) больных.

Все поступившие в стационар получили интенсивную инфузионную, гемостатическую терапию, октреотид либо сандостатин в дозе 0,1 мг три раза в сутки подкожно или болюсно (0,025 мг/ч). У 30 из 42 пациентов был применен зонд-обтуратор Сенгстейкена–Блэкмора, причем у 13 из них он устанавливался дважды, а у 3 пациентов – 3 раза. У большей части больных зонд был проведен еще до поступления в ПККБ в хирургических отделениях городских и районных больниц края. При соблюдении методики установки зонд-обтуратор

Блэкмора был эффективен во всех случаях применения.

У пяти пациентов еще до госпитализации была предпринята склеротерапия варикозно-расширенных вен нижней трети пищевода интра- и паравазальным введением этанола, у двух из них – дважды, а у одного – трижды. Рецидив кровотечения наступил в сроки от 2 недель до 3 месяцев после склеротерапии.

Трансфузия эритроцитной массы и свежезамороженной плазмы в дооперационном периоде не потребовалась пациентам с циррозом печени группы А по Child–Pugh; была выполнена 12 из 13 больных с циррозом печени класса В и 19 из 22 пациентов – класса С.

Время от момента поступления больного до оперативного вмешательства определялось несколькими факторами: тяжестью состояния пациента и периодом, необходимым для стабилизации его состояния; стабильностью достигнутого временного гемостаза и сроком рецидива кровотечения; техническими возможностями для выполнения операции Sugiyama; согласием больного на оперативное вмешательство. Средняя длительность пребывания больного в стационаре до операции составила 4,7 сут. (от 2 ч до 20 сут.).

Из 42 пациентов 10 были оперированы ранее. Характер и давность перенесенных хирургических вмешательств приведены в табл. 1.

Во время операции асцит выявлен у 36 больных (85,7%). Среднее количество асцитической жидкости составило 3120 мл (от 150 до 10 000 мл). Практически все операции сопровождались значительной интраоперационной кровопотерей, объем которой составил от 300 до 3500 мл (средний объем кровопотери – 1166 мл). Особой травматичностью и технической сложностью отличались вмешательства у ранее оперированных пациентов, а также у больных с циррозом печени класса С по Child–Pugh. Среднее время

Таблица 1

Характер и сроки перенесенных ранее хирургических вмешательств

Вид операции	Количество пациентов	Сроки вмешательства до операции Sugiura
Спленэктомия	1	8 лет
Спленэктомия, операция Пациоры	1	41 год, 12 лет
Резекция тонкой кишки	1	17 лет
Дистальный спленоренальный анастомоз, резекция нижнего полюса селезенки	1	13 лет
Дистальный спленоренальный анастомоз, операция Пациоры	1	12 лет, 10 лет
Спленэктомия, холецистэктомия	1	9 лет
Эндоскопическое лигирование вен пищевода	1	1 год
Дистальный спленоренальный анастомоз	1	9 сут.
Лапароцентез и удаление асцита	1	5 сут.
Экстирпация матки с придатками	1	4 года

операции составило 182 мин (от 135 до 245 мин). Из 42 пациентов трансфузия во время вмешательства не потребовалась только одной пациентке с циррозом печени

группы А, остальным (41 пациент) интраоперационно переливались эритромаасса и свежемороженая плазма (табл. 2).

В раннем послеоперационном периоде все больные находились в отделении интенсивной терапии и реанимации, где проводилась посиндромная терапия. Во всех случаях в послеоперационном периоде достигнута полная остановка кровотечения из ВРВП и желудка, рецидива кровотечения не отмечали в течение всего срока пребывания в стационаре. Несмотря на массивную гемотрансфузию до и во время оперативного вмешательства, 24 (57,1%) пациентам потребовалось переливание компонентов крови и в раннем послеоперационном периоде (см. табл. 2).

Явления энцефалопатии в дооперационном и раннем послеоперационном периодах отмечены у 18 (42,9%) пациентов. До хирургического вмешательства при печеночно-клеточной недостаточности класса А клинических признаков энцефалопатии у больных не наблюдали, класса В – у 4 (30,7%), класса С – у 14 (56%). Нарастания портосистемной энцефалопатии после операции не отмечено ни в одном наблюдении.

С третьих суток послеоперационного периода начинали энтеральное кормление пациентов введением через назогастроюнальный зонд различных питательных смесей.

На 6-е сутки после вмешательства у 38 пациентов, состояние которых позволяло

Таблица 2

Переливание компонентов крови до, во время и после операции в зависимости от тяжести печеночно-клеточной недостаточности по Child-Pugh (1973 г.)

Тяжесть печеночно-клеточной недостаточности	До операции		Во время операции		После операции	
	Кол-во больных	мл	Кол-во больных	мл	Кол-во больных	мл
Эритромаасса						
А (n=4)	–	–	3	704±107	1	1002
В (n=13)	12	1467±352	12	839±132	3	368±44
С (n=22)	18	1650±277	22	800±73	13	909±175
Свежемороженая плазма						
А (n=4)	–	–	2	1110±80	1	600
В (n=13)	10	1854±518	13	804±76	5	466±93
С (n=22)	17	1352±212	22	935±116	11	1365±470

провести исследование, контролировали состоятельность эзофагоэзофагоанастомоза пероральным приемом водорастворимого контраста в объеме 100–150 мл. У подавляющего большинства контраст свободно порционно поступал в желудок, задержки выше зоны анастомоза не отмечали. Только один пациент предъявлял жалобы на легкую транзиторную дисфагию, не потребовавшую медикаментозного лечения.

У трех пациентов из 38 (7,9%) диагностирован затек контраста в зоне анастомоза с последующим его опорожнением в просвет пищевода и кардиального отдела желудка. Клинических признаков несостоятельности эзофагоэзофагоанастомоза у этих больных не было. В этой ситуации зондовое питание продолжали в течение 9–10 суток до полного исчезновения затека при последующем рентгенологическом исследовании.

У одной пациентки послеоперационный период осложнился формированием абсцесса левого поддиафрагмального пространства, который был диагностирован при компьютерной томографии, а затем вскрыт из локального доступа в левом подреберье. В последующем наступило выздоровление.

Послеоперационная летальность составила 33,3% и зависела от тяжести печеночно-клеточной недостаточности. Среди пациентов со степенью компенсации цирроза класса А летальных исходов не было, из больных класса В после операции погибли 2 (15,4%), а в классе С – 11 (50%) (табл. 3).

Полученные нами результаты не противоречат выводам большинства исследователей о том, что исходы лечения кровотечений из

ВРВ при циррозе печени определяются степенью функционального состояния печени и тяжестью кровопотери. Так, по данным А. К. Ерамишанцева и соавт. [2], частота летальных исходов у больных циррозом печени, подвергнутых операции Таннера–Пациоры по экстренным показаниям, в группе А составила 3%, в группе В – 25%, в группе С – 65%. Основной причиной летальных исходов была нарастающая печеночная недостаточность вследствие массивной кровопотери.

Изменение методики операции позволило нам избежать такого осложнения, как анастомозит межпищеводного соустья в ближайшем послеоперационном периоде, что, по данным ряда авторов, встречается у 11–25% больных после операции Sugiura в ее классическом варианте [9].

Выводы

1. Предложенный модифицированный вариант операции Sugiura эффективен в лечении кровотечения из ВРВП, позволяет уменьшить вероятность несостоятельности эзофагоэзофагоанастомоза и дисфагии в ближайшем послеоперационном периоде.

2. Объем необходимой периоперационной трансфузии увеличивается по мере нарастания тяжести печеночной недостаточности.

3. Основной причиной летальных исходов после достижения гемостаза предложенным методом оперативного лечения остаются прогрессирующая печеночная недостаточность и инфекционные осложнения после вмешательства.

Таблица 3

Причины летальных исходов после операции Sugiura у пациентов класса В и С по Child–Pugh

Тяжесть	Прогрессирование печеночной недостаточности	Асцит – перитонит	Аспирация желудочным содержимым	Несостоятельность эзофагоэзофагоанастомоза, перитонит
Класс В	–	1	1	–
Класс С	9	1	–	1

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Борисов А.Е., Кузьмин-Крутецкий М.Н., Кащенко В.А. Кровотечения портального генеза. СПб. 2001; 25–149.
2. Ерамишанцев А.К., Кищенко Е.А., Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Анналы хирургической гепатологии 2006; 11 (2): 105–110.
3. Ерамишанцев А.К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Анналы хирургической гепатологии 2007; 12 (2): 8–15.
4. Кищенко Е.А., Переста Ю.А. Лекарственная терапия и профилактика кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка. Клиническая хирургия 1995; 2: 12–15.
5. Кузин Н.М., Артюхина Е.Г. Лечение кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при внутрипеченочной портальной гипертензии. Хирургия 199; 2: 51–56.
6. Манукьян В.Г. Выбор метода операции азиго-портального разобщения у больных циррозом печени и портальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2011; 7.
7. Пациора М.Д., Шерцингер А.Г., Кищенко Е.А. Хирургия портальной гипертензии. Клиническая хирургия 1980; 9: 12–14.
8. Рачков В.Е., Разумовский А.Ю. Эффективность и возможности применения в детской хирургии операции Sugiura. Хирургия 1996; 4: 80–83.
9. Dagenais M., Langer B., Taylor B., Greig P. Experience with radical esophagogastric devascularization procedures (Sugiura) for variceal bleeding outside Japan. World J. Surg. 1994; 18 (2): 222–228.
10. Seewalol S., Mendoza G., Seitz U. Variceal bleeding and portal hypertension: has there been any progress in the last 12 months? Endoscopy 2003; 35 (2): 136–144.
11. Sugiura M., Futagawa S. A new technique for treating esophageal varices. J. Thorac Cardiovasc. Surg. 1973; 66: 677.

Материал поступил в редакцию 30.11.2012