

УДК 616.149

https://doi.org/10.33619/2414-2948/81/19

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

©**Султангазиев Р. А.**, Клиническая больница управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызстан, rsultangaziev@mail.ru

©**Сагымбаев М. А.**, Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения, с. Таш-Добо, Кыргызстан

©**Абиров К. Э.**, Клиническая больница управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызстан

©**Тогочуев А. А.**, Клиническая больница управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызстан

©**Эркинбаев Ж. С.**, Клиническая больница управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызстан

©**Абирова Р. Э.**, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

LONG-TERM RESULTS OF PORTOSYSTEMIC SHUNTING IN PORTAL HYPERTENSION

©**Sultangaziyev R.**, Clinical Hospital for Case Management President and Government of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan, rsultangaziev@mail.ru

©**Sagymbaev M.**, Kyrgyz Research Institute of Balneology and Rehabilitation Treatment, Tash-Dobo, Kyrgyzstan

©**Abirov K.**, Clinical Hospital for the Administration of the President and Government of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan

©**Togochuev A.**, Clinical Hospital for the Administration of the President and Government of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan

©**Erkinbaev Zh.**, Clinical Hospital for the Administration of the President and Government of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan

©**Abirova R.**, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Kyrgyzstan

Аннотация. Наиболее серьезным осложнением портальной гипертензии является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). В КР трансплантология находится в стадии становления, нет регуляторного органа в стране, занимающегося контролем трансплантаций за рубежом, поэтому пациенты самостоятельно выезжают за пределы страны для пересадки печени. Ввиду плохого материального положения летальность в процессе ожидания и накопления средств доходит до 95%. В своей хирургической практике в КБ УДПиП КР выполняем операции портосистемного шунтирования (ПСШ) у пациентов с внутривенными и внепеченочными формами ПГ. Целью работы ставилась оценка отдаленных результатов операций спленоренального венозного шунтирования у больных с циррозом печени. Основным методом явилось изучение результатов вмешательств по формированию портосистемных шунтов в различные сроки после операции в плановом порядке и по обращаемости пациентов. Анализ наших собственных данных по выживаемости показал, что наибольшее число летальных исходов больных с ПГ отмечено в первый месяц после оперативного лечения. Наиболее частой причиной этого послужили возникающие в послеоперационный период осложнения в виде

тромбоза анастомозов, что напрямую зависит от хирургической техники формирования шунтов. И вторая основная причина, это создание анастомозов с большим окном, когда возникают условия для большего парциального сброса крови в системный кровоток, технически это контролируемо при формировании анастомоза адекватного диаметра, для поддержания гепатопетального кровотока. В последующие сроки до 1,5 лет наблюдения выживаемость составила 74,1%, что связано с тем, что основная часть больных — 79 (51,6%) до операции ПСШ относились к классу «А» по Чайлд-Пью, с менее выраженными системными осложнениями в организме и соответственно с большими адаптационными возможностями. Сравнительное удлинение жизни этих пациентов дает шансы на попадание в список по трансплантации.

Abstract. The most serious complication of portal hypertension is bleeding from esophageal and gastric varices (EVV). In the Kyrgyz Republic, transplantation is in its infancy, there is no regulatory body in the country that controls transplant abroad, so patients independently travel outside the country for liver transplants. Due to the poor financial situation, the lethality in the process of waiting and accumulating funds reaches 95%. In our surgical practice at the Clinical Hospital of the UDP&P KR, we perform portosystemic shunting (PSB) in patients with intrahepatic and extrahepatic forms of PH. The aim of the work was to evaluate the long-term results of splenorenal venous bypass surgery in patients with liver cirrhosis. The main method was to study the results of interventions for the formation of portosystemic shunts at various times after the operation in a planned manner and according to the patient's appeal. An analysis of our own data on survival showed that the greatest number of deaths in patients with PH was noted in the first month after surgical treatment. The most common reason for this was complications arising in the postoperative period in the form of anastomotic thrombosis, which directly depends on the surgical technique for forming shunts. And the second main reason is the creation of anastomoses with a large window, when conditions arise for a greater partial discharge of blood into the systemic circulation, this is technically controlled when an anastomosis of adequate diameter is formed to maintain hepatopetal blood flow. In the subsequent periods of up to 1.5 years of follow-up, the survival rate was 74.1%, which, in our opinion, is due to the fact that the majority of patients — 79 (51.6%) before the PSS operation belonged to Child-Pugh A class, with less pronounced systemic complications in the body and, accordingly, with greater adaptive capabilities. Comparative lengthening of the life of these patients gives chances to get into the transplantation list.

Ключевые слова: портальная гипертензия, цирроз печени, портосистемный шунт, спленоренальный анастомоз.

Keywords: portal hypertension, cirrhosis of the liver, portosystemic shunt, splenorenal anastomosis.

За последнее десятилетие во всех странах мира отмечается рост числа больных ЦП, являющимся наиболее частой причиной развития портальной гипертензии (ПГ), что связано с ростом потребления алкоголя, неправильным питанием, увеличением заболеваемости вирусными гепатитами и количества потребляемых лекарств [8, 11, 17]. Средняя продолжительность жизни больных циррозом печени при отсутствии какой-либо коррекции портальной гипертензии не превышает 19 мес [3, 18, 20]. Портальная гипертензия — синдром, возникающий при затруднении вследствие различных причин кровотока в системе воротной

вены и характеризующийся повышением портального давления, замедлением скорости кровотока в бассейне воротной вены, спленомегалией, варикозным расширением вен пищевода и желудка, асцитом и геморроем [7]. Портальная гипертензия определяется изменением портального градиента венозного давления между воротной и нижней полой вены более 5–12 мм рт. ст. [5, 14, 19]. Синдром портальной гипертензии в 90 % случаев обусловлен хроническими заболеваниями печени (в частности, циррозом), которые в последние годы имеют тенденцию к росту во всем мире [12]. Среди осложнений портальной гипертензии можно назвать асцит, печеночную энцефалопатию, гепаторенальный синдром, но самым частым и самым грозным является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), от которого погибают от 14,5 до 90% больных [2, 5, 6, 15].

Риск рецидива кровотечения без вмешательства составляет 65 % в течение 2 лет [6]. В стадии декомпенсации цирротического процесса кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода отмечается в 60% наблюдений [1]. Показанием к наложению спленоренального анастомоза являются перенесенные в анамнезе кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода II–III степени выраженности, на фоне высокого портального давления (выше 250–300 мм вод. ст.), как при внутripеченочном, так и внепеченочном блоке [10].

Существует множество методов профилактики, но единственным радикальным методом лечения больных с внутripеченочной ПГ является трансплантация печени [2, 4, 8, 16]. Мировой опыт ортотопической пересадки печени свидетельствует о ее высокой эффективности при лечении ранее бесперспективных состояний у пациентов с тяжелыми заболеваниями печени [3, 6, 15, 16].

Поэтому вмешательства по декомпрессии портальной системы являются наиболее эффективным и доступным способом устранения портальной гипертензии [4, 9, 13, 18].

Проблема выбора метода хирургической коррекции портальной гипертензии в каждом индивидуальном случае создает большие сложности для практикующего хирурга-гепатолога, поэтому в данной работе произведена попытка изучить связь между техническими моментами самого вмешательства и проявлениями отдаленных результатов после операции.

Материалы и методы

Работа основана на результатах обследования и лечения 191 больного с портальной гипертензией, находившихся в отделениях хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Киргизской Республики, а также в отделении общей хирургии Государственного Учреждения Клиническая больница Управления Делами Президента и Правительства Киргизской Республики за 1997–2016 годы. Из этого числа 38 (19,9%) пациентов из-за тяжелого состояния получили консервативное лечение, а 153 (80,1%) человека оперированы.

В зависимости от пола больные в основной группе распределились в соотношении: мужчины — 74 (48,4%), женщин — 79 (51,6%), и в контрольной группе: мужчины — 21 (55,3%), женщин — 17 (44,7%) (Таблица 1).

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ

Пол	Возраст					Всего больных	
	До 20 лет	21-30	31-40	41-50	51 и старше	абс.	%
Мужчин	17(8,9%)	36(18,8%)	16(8,3%)	9(4,7%)	17(8,9%)	95	49,7
Женщин	9(4,7%)	23(12%)	26(13,6%)	19(9,9%)	19(9,9%)	96	50,3
Итого	26(13,6%)	59(30,8%)	42(21,9%)	28(14,6%)	36(18,8%)	191	100

Среди больных преобладали лица молодого трудоспособного возраста 21–40 лет — 91 (59,5%) пациент.

Внепеченочная портальная гипертензия диагностирована у 23 (15,0%) пациентов все они были возраста до 25 лет, у 6 (3,9%) больных на фоне внепеченочной портальной гипертензии был выявлен хронический гепатит, аутоиммунный гепатит выставлен 7(4,6%) пациентам. С алкогольным циррозом печени был 1 (0,7%) пациент 54 лет, с алкогольным стажем более 30 лет.

Изучены причины возникновения портальной гипертензии, результаты представлены в Таблице 2, у 116 (75,82%) пациентов причиной циррозов печени явились вирусные гепатиты.

Внепеченочная портальная гипертензия диагностирована у 23 (15,0%) пациентов все они были возраста до 25 лет, у 6 (3,9%) больных на фоне внепеченочной портальной гипертензии был выявлен хронический гепатит, аутоиммунный гепатит выставлен 7(4,6%) пациентам. С алкогольным циррозом печени был 1 (0,7%) пациент 54 лет, с алкогольным стажем более 30 лет.

Таблица 2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО ЭТИОЛОГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Этиопатогенез заболевания	Основная группа		Контрольная группа	
	Количество больных	%	Количество больных	%
Цирроз печени вирусной этиологии	116	75,8	27	71,1
ВПГ	23	15,0	6	15,8
ВПГ+Хронический гепатит	6	3,9	1	2,6
Аутоиммунный гепатит	7	4,6	2	5,3
Алкогольный цирроз печени	1	0,7	2	5,3
Всего	153	100,0	38	100,0

Учитывая то, что большую долю больных в группе составили пациенты с вирусными гепатитами изучено распределение по видам вируса. Серологическими методами выявлены маркеры вирусных гепатитов, данные представлены в Таблице 3.

Таблица 3

ТИПЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЯВИВШИХСЯ ПРИЧИНОЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Типы вирусного гепатита	Основная группа		Контрольная группа	
	Количество больных	%	Количество больных	%
Вирусный гепатит «В»	43	37,1%	13	48,1
Вирусный гепатит «D»	38	32,8%	5	18,5
Вирусный гепатит «С»	26	22,4%	6	22,2
Вирусный гепатит «В+D»	7	6,0%	3	11,1
Вирусный гепатит «В+С»	2	1,7%	0	0,0
Всего	116	100,0%	27	100,0

Вирусные гепатиты микст-этиологии выявлены были серологически у 9 (7,8%) пациентов, у 7(6,0%) из них гепатит «В + D», и у 2 (1,7%) вирусный гепатит «В+С». Моновирус ВГ«В» выявлен причиной у 43 (37,1%), ВГ«D» выявлен у 38 (32,8%), ВГ«С» выявлен у 26 (22,4%).

Подавляющие большинство больных — 81 (52,9%), относились к классу «А». Этим больным вмешательства выполнялись после полного клинического обследования, без какой-либо подготовки. Больным класса «А-В» — 39 (25,5%) пациентов, уже проводилась предоперационная подготовка — в среднем 6 суток стационарного лечения. 26 (17,0%) больным класса «В» стационарная предоперационная подготовка с медикаментозной коррекцией транзиторного асцитического синдрома и гепатопротекцией длилась в среднем 11,6 койко-дней. Вмешательства проводились только после получения положительного клинического результата. Длительность стационарной подготовки для получения положительной динамики с увеличением суточного диуреза, уменьшением асцитического синдрома, нормализацией функции сердечно-сосудистой деятельности у 7 (4,6%) больных класса «В-С» составила в среднем $27,4 \pm 37$ койко-дня.

В выборке значились только пациенты, которым были произведены шунтирующие операции, мы в своей практике для оценки тяжести состояния пациента и прогнозов течения болезни использовали модифицированную в отделении портальной гипертензии Российского Научного Центра хирургии им Б.А. Петровского классификацию Чайлд-Пью. Пациенты распределились следующим образом (Таблица 4).

Таблица 4

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОГЛАСНО МОДИФИЦИРОВАННОЙ
 В РНЦХ ИМ Б.А. ПЕТРОВСКОГО КЛАССИФИКАЦИИ ЧАЙЛД-ПЬЮ

Группа по классификации	Класс «А»	Класс «А-В»	Класс «В»	Класс «В-С»	Класс «С»	Всего
Основная группа						
Количество больных	81	39	26	7	-	153
%	52,9	25,5	17,0	4,6	-	100,0
Контрольная группа						
Количество больных	20	5	9	2	2	38
%	52,6	13,1	23,7	5,3	5,3	100,0

Подавляющие большинство больных — 81 (52,9%), относились к классу «А». Этим больным вмешательства выполнялись после полного клинического обследования, без какой-либо подготовки. Больным класса «А-В» — 39 (25,5%) пациентов, уже проводилась предоперационная подготовка — в среднем 6 суток стационарного лечения. 26 (17,0%) больным класса «В» стационарная предоперационная подготовка с медикаментозной коррекцией транзиторного асцитического синдрома и гепатопротекцией длилась в среднем 11,6 койко-дней. Вмешательства проводились только после получения положительного клинического результата. Длительность стационарной подготовки для получения положительной динамики с увеличением суточного диуреза, уменьшением асцитического синдрома, нормализацией функции сердечно-сосудистой деятельности у 7 (4,6%) больных класса «В-С» составила в среднем $27,4 \pm 37$ койко-дня.

В анамнезе 5 (3,3%) больных ранее были оперированы в других лечебных учреждениях по поводу кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. одному больному произведена была гастротомия с прошиванием вен кардиального отдела пищевода, одному спленэктомия, 3(1,9%) пациентам спленэктомия в сочетании с гастротомией и прошиванием вен кардиального отдела пищевода.

С кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка поступили 37 (24,2%). Всем больным портосистемное шунтирование выполнялось при стабильной гемодинамике и нормальных показателей крови.

При оценке тяжести кровопотери нами учитывались клинические проявления, данные лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования. Согласно классификации А. И. Горбашко больные распределены следующим образом (Таблица 5):

Таблица 5

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
 ИЗ ВРВП ПО ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ

Степень тяжести кровопотери	Основная группа		Контрольная группа	
	Количество пациентов	%	Количество больных	%
Легкая степень	11	29,7	3	33,3
Средняя степень	17	45,9	1	11,1
Тяжелая степень	9	24,4	5	55,6
Всего	37	100,0	9	100,0

У 21 (13,7%) пациента кровотечения носили рецидивирующий характер, что во многом и обусловило тяжесть состояния пациентов (Таблица 9).

С кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка поступили 37 (24,2%). Всем больным портосистемное шунтирование выполнялось при стабильной гемодинамике и нормальных показателей крови. У 21 (13,7%) пациента кровотечения носили рецидивирующий характер, что во многом и обусловило тяжесть состояния пациентов, выявлена прямо пропорциональная зависимость тяжести кровопотери от количества рецидивов кровотечения.

Результаты обсуждения.

Результаты оперативных вмешательств у этих больных изучены в сравнительном аспекте. В процессе анализа определяющим критерием были не только выживаемость, но наличие или редукция степени варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП).

Всем 153 больным выполнены различные виды порто-системных шунтов.

Таблица 6

ВИДЫ ВЫПОЛНЕННЫХ ПОРТОСИСТЕМНЫХ ШУНТОВ
 У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хирургические методы лечения	Количество оперированных больных		Умерло больных, в раннем послеоперационном периоде	
Проксимальный спленоренальный анастомоз	78	50,9%	5	3,3%
Спленоренальный анастомоз «бок в бок»	25	16,3%	0	
Дистальный спленоренальный анастомоз	17	11,1%	5	3,3%
Спленоренальный анастомоз с аутовенозной вставкой из плечевой вены	13	8,5%	0	
Мезентерикокавальный анастомоз	11	7,2%	0	
Супраренальный спленоренальный анастомоз	5	3,3%	0	
Мезентерикоренальный анастомоз	4	2,7%	1	0,7%
Всего	153	100,0%	11	7,2%

Как видно из Таблицы 6, формирование проксимального спленоренального анастомоза со спленэктомией выполнено у 78 (50,9%) больных, из них 5 (3,3%) пациентов умерло в раннем послеоперационном периоде.

Из-за топографической особенности локализации селезеночной вены в поджелудочной железе спленоренальный анастомоз «бок в бок» сформирован у 25 (16,3%) больных.

Дистальный спленоренальный анастомоз сформирован у 14 (11,1%) больных, из них в раннем послеоперационном периоде умерли 5 (3,3%) пациентов. Спленоренальный анастомоз с аутовенозной вставкой из вены плеча выполнено 13 (8,5%) больным, из них одной больной спленоренальный анастомоз сформирован «Н» образной вставкой без спленэктомии. Мезентерико-кавальный анастомоз выполнен 11 (7,2%) пациентам.

Супраренальный спленоренальный анастомоз выполнен 5(3,3%) пациентам, в среднем диаметр левой надпочечниковой вены колебался в пределах 7–10 мм. длина же в пределах 20-25 мм.

Мезентерико-рэнальный анастомоз выполнен 4 (2,6%) пациентам. Мезентерико-рэнальный анастомоз накладывался между культей нижней брыжеечной вены с левой почечной веной при диаметре последнего не меньше 7 мм. для порционной разгрузки.

В настоящее время на диаметре соустья акцентируется особое внимание. Мы в своей практике наиболее часто выполняем парциальные спленоренальные анастомозы или мезентерико-кавальные анастомозы, сохраняющие в определенной степени пассаж брыжеечной венозной крови к печени. При циррозе печени ограничиваем диаметр соустья до 10 мм., сохраняя редуцированный воротный кровоток к печени, а при внепеченочной портальной гипертензии, наоборот, сосудистое соустье формируем диаметром от 10 до 12 мм.

Результаты обсуждения

Изучены отдаленные результаты вмешательств по формированию портосистемных шунтов в различные сроки после операции в плановом порядке и по обращаемости пациентов (Таблица 7).

Таблица 7

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Виды ПСШ	Сроки					Всего
	До 1 года	1-3 года	3-5 лет	5-10 лет	Свыше 10 лет	
ПСРА	35(25,9%)	28(20,7%)	15(11,1%)	4(3,0%)	2(1,5%)	84
СРА «бок в бок»	10(7,9%)	1(0,7%)	-	-	-	11
ДСРА	5(3,7%)	2(1,5%)	1(0,7%)	1(0,7%)	-	9
СРААВВ	2(1,5%)	4(3,0%)	2(1,5%)	2(1,5)	-	10
МКА	6(4,4%)	3(2,2%)	3(2,2%)	-	-	12
ССРА	3(2,2%)	2(1,5%)	1(0,7%)	-	-	6
МРА	2(1,5%)	1(0,7%)	-	-	-	3
<i>Итого</i>	<i>63(46,7%)</i>	<i>41(30,4%)</i>	<i>22(16,3%)</i>	<i>7(5,2%)</i>	<i>2(1,5%)</i>	<i>135</i>

В послеоперационном периоде до одного года всего обследовались 63 (46,7%) пациента, из них умерли 12 (7,8%) больных. Таким образом, послеоперационная летальность в первый год после операции составила 7,84%. Из 12 умерших 5 (3,7%) больных скончались от рецидива пищеводного кровотечения, а 4 (2,6%) от нарастающей острой печеночной недостаточности (Таблица 8).

Таблица 8

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ

Вид операции	Основные причины послеоперационной летальности (n=26)				
	Кол-во оперированных	Рецидив ГЭК	Прогрессирование печеночной недостаточности	Печеночная энцефалопатия	Гепатоцеллюлярная карцинома
СРААВВ	10	4 (40,0%)	6 (60,0%)	-	1(0,7%)
ПСРА	84	3(3,6%)	8 (9,5%)	4 (4,76%)	
СРА «бок в бок»	11	-	-	1(9,09%)	
<i>Всего</i>	<i>105</i>	<i>7</i>	<i>14</i>	<i>5</i>	<i>3(2,0%)</i>

Причиной развития печеночной энцефалопатии послужило техническая погрешность при создании ПСШ, то есть широкий ПСРА диаметр которого составлял больше 13 мм.

В отдаленном послеоперационном периоде после формирования ПСШ контрольная ЭГДС была выполнена 93(60,8%) больным из 147(96,1%) пациентов, которым в дооперационном периоде была определена степень ВРВП. В сравнительном аспекте получен следующий результат: у больных с I степенью ВРВП в отдаленном послеоперационном периоде обследовались 17(18,3%) из 93 больных из них у 12(12,9%) больных не оказалось ВРВП, а у 5(5,4%) больных сохранилось I степень ВРВП. Со II степенью ВРВП обследовались 29(31,2%) пациентов из 93(100%) больных, из них у 10(10,7%) не оказалось ВРВП. У 15(16,1%) больных уменьшилось до I степени ВРВП, у 2(2,1%) сохранилась II степень ВРВП, а у 2(2,1%) наоборот ВРВП увеличилась до III степени за счет тромбоза, сформированного портосистемного шунта.

Больные с III степенью ВРВП всего обследовались 47(50,5%) из 93(100%) пациентов, из них у 12(12,9%) больных не оказалось ВРВП, а у 19(20,4%) больных ВРВП уменьшилось до I степени. У 13(14%) больных ВРВП уменьшилось до II степени. За счет тромбоза портосистемного шунта с последующей реканализацией у 3(3,2%) сохранилась III степень ВРВП.

Из представленных данных становится очевидной динамика снижения ВРВП после операций ПСШ. У большинства больных 34 (36,6%) из 93 (100%) варикозные вены пищевода исчезли, а у 39 (41,9%) больных ВРВП уменьшилось до I степени. В пяти (5,4%) случаях из 93 (100%) больных ВРВП прогрессировало за счет тромбоза ПСШ.

Другая картина сложилась при анализе отдаленных результатов в контрольной группе. В течение сроков до одного года, от различных осложнений течения основного заболевания несмотря на консервативное лечение умерло 89,5% больных. Основные показатели приведены в Таблице 9.

Как видно из Таблицы 9, треть больных 12(31,6%) умерли в ближайшие 9 месяцев от рецидивов пищеводных кровотечений. 15 (39,5%) пациентов от прогрессирующей печеночной недостаточности. 4 (10,5%) пациента умерли от полисерозита с напряженным перикардитом. И остальные 7 (18,4%) пациентов умерли от различных осложнений с основным клиническим проявлением в виде напряженного диуретикорезистентного асцита.

Таким образом, анализ выживаемости показал, что наибольшее число летальных исходов больных с ПГ отмечено в первый месяц после оперативного лечения.

В последующие сроки до 1,5 лет наблюдения выживаемость составила 74,1%, что на наш взгляд связано с тем, что основная часть больных — 79 (51,6%) до операции ПСШ относились к «А» классу согласно модифицированной классификации Чайлд-Пью.

Таблица 9

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У ПАЦИЕНТОВ КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЫ

Причины смерти	Сроки					Всего
	До 3 мес	6 мес	9 мес	до 1 года	Свыше 1 года	
Рецидивы ГЭК	3 (7,9%)	5(13,2%)	4(10,5%)	-	-	12(31,6%)
Напряженный диуретикорезистентный асцит	-	-	2(5,3%)	5(13,2%)	-	7 (18,4%)
Полисерозит с напряженным перикардитом	-	-	-	4(10,5%)	-	4 (10,5%)
Прогрессирующая острая печеночная недостаточность	-	5(13,2%)	4(10,5%)	2(5,3%)	4(10,5%)	15 (39,5%)
<i>Итого:</i>	<i>3(7,9%)</i>	<i>10(26,3%)</i>	<i>10(26,3%)</i>	<i>11(28,9%)</i>	<i>4(10,5%)</i>	<i>38(100%)</i>

Обсуждение

Дистальный спленоренальный анастомоз является одним из наиболее часто выполняемых типов сосудистого шунтирования у пациентов с портальной гипертензией, однако, несмотря на его изученность и опыт многих авторов с положительными результатами, остаются до конца не решенными вопросы о размерах сосудистого соустья, величины градиента и объема порционного сброса от чего зависит степень декомпрессии.

Наиболее часто встречаемые состояния, трактуемые как поздние послеоперационные осложнения, являются рецидивы кровотечений из ВРВП, резистентный асцит и печеночная энцефалопатия. Основным тезисом требующим изучения являлось предположение о том, что возникающие в послеоперационном периоде осложнения зависят от инволюции ранних осложнений, возникновение которых в свою очередь зависят от хирургической техники и размерности формирования шунтов. С другой стороны эти состояния могут иметь место и при отсутствии эффекта от вмешательства, как результат течения цирротического процесса в печени.

Показанная прогностическая смертность в контрольной группе оказалась выше и в более ранние сроки до 1 года, что указывает на эффективность оперативного лечения для пациентов основной группы.

Таким образом, высокие показатели летальности, относительная сложность прогнозирования кровотечений, низкая выживаемость при ЦП определяют необходимость хирургического лечения для профилактики пищеводно-желудочных кровотечений.

Список литературы:

1. Бюрроуз Э. Портальная гипертензия // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001. Т. 11. №4. С. 74–75.
2. Гальперин Э. И., Дюжева Т. Г. Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии. М. : Видар, 2011. 536 с.
3. Готье С. В., Мойсюк Я. Г., Попцов В. Н., Корнилов М. Н., Ярошенко Е. Б., Погребниченко И. В., Цой Д. Л. Отдаленные результаты трансплантации трупной печени // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2014. Т. 16. №3. С. 45–53.
4. Ивашкин В. Т., Маевская М. В., Федосьина Е. А. Лечение осложнений цирроза печени: метод. рекомендации для врачей. М.: Литтерра, 2011. 59 с.

5. Котельникова Л. П. Результаты хирургического лечения осложнений портальной гипертензии // *Новости хирургии*. 2014. Т. 22. №4. С. 436–442.
6. Котив Б. Н., Дзидзава И. И., Солдатов С. А., Кашкин Д. П., Алентьев С. А., Смородский А. В., Онинцев И. Е. Результаты селективного и парциального портокавального шунтирования и прогностические факторы долгосрочной выживаемости больных циррозом печени // *Анналы хирургической гепатологии*. 2018. Т. 20. №2. С. 46–58.
7. Кулеша В. Ф. Портальная гипертензия. Благовещенск, 2011. 57 с.
8. Михеева О. М. Цирроз печени // *Клиническая геронтология*. 2010. Т. 16. №1–2. С. 39–47.
9. Руммо О. О. Трансплантация печени при синдроме портальной гипертензии // *Анналы хирургической гепатологии*. 2018. Т. 20. №1. С. 59–65.
10. Смородинский А. В., Ионцев В. И. Перспективы хирургического лечения осложнений портальной гипертензии при циррозе печени у больных декомпенсированной печеночной недостаточностью // *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2010. №1(29). С. 210–216.
11. Шерцингер А. Г., Жигалова С. Б., Лебезев В. М., Манукьян Г. В., Киценко Е. А. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных портальной гипертензией // *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*. 2013. №2. С. 30–34.
12. Шерцингер А. Г., Манукьян Г. В., Жигалова С. Б., Манукьян В. Г., Черкасов В. А. Модификация операции МД Пациоры у больных портальной гипертензией // *Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова*. 2012. №10. С. 9–13.
13. Berzigotti A., Ashkenazi E., Reverter E., Abraldes J. G., Bosch J. Non-invasive diagnostic and prognostic evaluation of liver cirrhosis and portal hypertension // *Disease markers*. 2011. V 31. №3. P. 129–138. <https://doi.org/10.3233/DMA-2011-0835>
14. Fattovich G. Natural history of hepatitis B // *Journal of hepatology*. 2003. V. 39. P. 50–58.
15. Health Resources Services Administration, U.S. Department of Health & Human Services: Organ Procurement and Transplantation Network. <http://optn.transplant.hrsa.gov>.
16. Garcia-Tsao G., Abraldes J. G., Berzigotti A., Bosch J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases // *Hepatology*. 2017. V. 65. №1. P. 310–335.
17. Krystallis C., Masterton G. S., Hayes P. C., Plevris J. N. Update of endoscopy in liver disease: more than just treating varices // *World journal of gastroenterology: WJG*. 2012. V. 18. №5. P. 401. <https://doi.org/10.3748%2Fwjg.v18.i5.401>
18. Mukherjee S., Rogers M. A., Buniak B. Comparison of indocyanine green clearance with Child's-Pugh score and hepatic histology: a multivariate analysis // *Hepato-gastroenterology*. 2006. V. 53. №67. P. 120–123.
19. Takamatsu M., Furutake M., Hisa T., Ueda M. Obstructive jaundice caused by a portal cavernoma // *Japanese journal of radiology*. 2010. V. 28. №10. P. 754–758. <https://doi.org/10.1007/s11604-010-0480-7>
20. Yang L. et al. Two surgical procedures for esophagogastric variceal bleeding in patients with portal hypertension // *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2013. V. 19. №48. P. 9418. <https://doi.org/10.3748%2Fwjg.v19.i48.9418>

References:

1. Byurrouz, E. (2001). Portal'naya gipertenziya. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*, 11(4), 74–75. (in Russian).

2. Gal'perin, E. I., & Dyuzheva, T. G. (2011). *Lektsii po gepatopankreatobiliarnoi khirurgii*. Moscow. (in Russian).
3. Got'e, S. V., Moisyuk, Ya. G., Poptsov, V. N., Kornilov, M. N., Yaroshenko, E. B., Pogreblichenko, I. V., & Tsoi, D. L. (2014). Otdalennye rezul'taty transplantatsii trupnoi pecheni. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov*, 16(3), 45–53. (in Russian).
4. Ivashkin, V. T., Maevskaya, M. V., & Fedos'ina, E. A. (2011). *Lechenie oslozhnenii tsirroza pecheni: metod. rekomendatsii dlya vrachei*. Moscow. (in Russian).
5. Kotel'nikova, L. P. (2014). Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya oslozhnenii portal'noi gipertenzii. *Novosti khirurgii*, 22(4), 436–442. (in Russian).
6. Kotiv, B. N., Dzidzava, I. I., Soldatov, S. A., Kashkin, D. P., Alent'ev, S. A., Smorodskii, A. V., & Onintsev, I. E. (2018). Rezul'taty selektivnogo i partial'nogo portokaval'nogo shuntirovaniya i prognosticheskie faktory dolgosrochnoi vyzhivaemosti bol'nykh tsirrozm pecheni. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, 20(2), 46–58. (in Russian).
7. Kulesha, V. F. (2011). Portal'naya gipertenziya. *Blagoveshchensk.* (in Russian).
8. Mikheeva, O. M. (2010). Tsirrozm pecheni. *Klinicheskaya gerontologiya*, 16(1–2), 39–47. (in Russian).
9. Rummo, O. O. (2018). Transplantatsiya pecheni pri sindrome portal'noi gipertenzii. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, 20(1), 59–65. (in Russian).
10. Smorodinskii, A. V., & Iontsev, V. I. (2010). Perspektivy khirurgicheskogo lecheniya oslozhnenii portal'noi gipertenzii pri tsirroze pecheni u bol'nykh dekompensirovannoi pechenochnoi nedostatochnost'yu. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii*, (1(29)), 210–216. (in Russian).
11. Shertsinger, A. G., Zhigalova, S. B., Lebezev, V. M., Manuk'yan, G. V., & Kitsenko, E. A. (2013). Sovremennoe sostoyanie problemy khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh portal'noi gipertenziei. *Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova*, (20), 30–34. (in Russian).
12. Shertsinger, A. G., Manuk'yan, G. V., Zhigalova, S. B., Manuk'yan, V. G., Cherkasov, V. A. (2012). Modifikatsiya operatsii MD Patsiory u bol'nykh portal'noi gipertenziei. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*, (10), 9–13. (in Russian).
13. Berzigotti, A., Ashkenazi, E., Reverter, E., Abraldes, J. G., & Bosch, J. (2011). Non-invasive diagnostic and prognostic evaluation of liver cirrhosis and portal hypertension. *Disease markers*, 31(3), 129–138. <https://doi.org/10.3233/DMA-2011-0835>
14. Fattovich, G. (2003). Natural history of hepatitis B. *Journal of hepatology*, 39, 50-58.
15. Health Resources Services Administration, U.S. Department of Health & Human Services: Organ Procurement and Transplantation Network. <http://optn.transplant.hrsa.gov>.
16. Garcia-Tsao, G., Abraldes, J. G., Berzigotti, A., & Bosch, J. (2017). Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology*, 65(1), 310–335.
17. Krystallis, C., Masterton, G. S., Hayes, P. C., & Plevris, J. N. (2012). Update of endoscopy in liver disease: more than just treating varices. *World journal of gastroenterology: WJG*, 18(5), 401. <https://doi.org/10.3748%2Fwjg.v18.i5.401>
18. Mukherjee, S., Rogers, M. A., & Buniak, B. (2006). Comparison of indocyanine green clearance with Child's-Pugh score and hepatic histology: a multivariate analysis. *Hepato-gastroenterology*, 53(67), 120–123.
19. Takamatsu, M., Furutake, M., Hisa, T., & Ueda, M. (2010). Obstructive jaundice caused by a portal cavernoma. *Japanese journal of radiology*, 28(10), 754–758. <https://doi.org/10.1007/s11604-010-0480-7>

20. Yang, L., Yuan, L. J., Dong, R., Yin, J. K., Wang, Q., Li, T., ... & Lu, J. G. (2013). Two surgical procedures for esophagogastric variceal bleeding in patients with portal hypertension. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 19(48), 9418. <https://doi.org/10.3748%2Fwjg.v19.i48.9418>

Работа поступила
в редакцию 07.07.2022 г.

Принята к публикации
11.07.2022 г.

Ссылка для цитирования:

Султангазиев Р. А., Сагымбаев М. А., Абилов К. Э., Тогочуев А. А., Эркинбаев Ж. С., Абилова Р. Э. Отдаленные результаты портосистемного шунтирования при портальной гипертензии // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 8. №8. С. 148-159. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/81/19>

Cite as (APA):

Sultangaziyev, R., Sagymbaev, M., Abirov, K., Togochuev, A., Erkinbaev, Zh., & Abirova, R. (2022). Long-term Results of Portosystemic Shunting in Portal Hypertension. *Bulletin of Science and Practice*, 8(8), 148-159. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/81/19>