

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени И. К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д 14.22.650

На правах рукописи
УДК 616.149-008.341.1.-089

Султангазиев Расул Абалиевич

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

14.01.17 - хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Бишкек - 2022

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии Кыргызско-Российского Славянского университета имени Б. Н. Ельцина.

Научный консультант:

Сагымбаев Марат Акимович –

академик НАН КР, доктор медицинских наук, профессор, директор Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения.

Официальные оппоненты:

Сопуев Андрей Асанкулович –

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева

Киценко Евгений Александрович -

доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии Российского научно-хирургического центра имени академика В. Б. Петровского

Айтбаев Съездбек Айылчиевич –

доктор медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней Международной школы медицины некоммерческого образовательного учреждения учебно-научно-производственного комплекса Международного университета Кыргызстана.

Ведущая организация:

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, отделение гепатопанкреато-билиарной хирургии и трансплантации печени (050004, г. Алматы, ул. Желтоқсан, 62).

Защита диссертации состоится « 22 » декабря 2022 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.22.650 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале, идентификационный код онлайн трансляции защиты диссертации: https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте: www.nsc.kg.

Автореферат разослан « 17 » ноября 2022 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
доцент**

М. Б. Чапыев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Несмотря на достигнутые успехи в гепатологии, многие вопросы хирургического лечения синдрома портальной гипертензии до сих пор остаются нерешенными. Результаты многочисленных операций не могут считаться удовлетворительными из-за высокой летальности и плохих отдаленных результатов [Д. М. Велиханова, К. Я. Караханов, 2000; И. И. Дзидзава и соавт., 2010; А. Л. Верткин и соавт., 2013; Д. В. Гарбузенко, 2015; Ж. Д. Жамилов и соавт., 2015; Б. Н. Котив, и соавт., 2019; M. Fernandez, 2007; Y. Sato et al., 2011].

Хирургия портальной гипертензии на сегодняшний день не теряет своей актуальности в связи с неуклонным ростом числа больных с хроническими диффузными поражениями печени [М. Д. Пациора, 1984; А. Ю. Анисимов и соавт., 2008; О. В. Соколова, 2008; Ф. Г. Назыров и соавт. 2012; С. Т. Турмаханов, 2012; А. Г. Шерцингер и соавт., 2013; Н. Г. Сапронова, 2014; А. Н. Лызыков и соавт., 2014; Б. Н. Котив и соавт., 2014; L. Castaing D. et al., 2006; A. S. Rosemurgy et al., 2005; M. J. Orloff et al., 2012].

Осложнениями при диффузных заболеваниях печени в Кыргызской Республике вплотную занимается команда под руководством академика Мамакеева М.М. по их данным послеоперационная летальность при этих заболеваниях составляет 16% [М. М. Мамакеев и соавт., 2019; Т. И. Кудайбергенов, Б. С. Ниязов и соавт., 2021].

По данным ряда авторов портальная гипертензия манифестирует у 80-90 % пациентов с циррозом печени, который входит в шестерку наиболее частых причин смерти пациентов от 35 до 60 лет, встречаясь в 14-30 случаях на 100 тыс. населения. Среди причин цирроза печени доминирует вирусная этиология, составляя 60%. Ежегодно вирусный цирроз печени является причиной смерти у 40 млн. человек. В случае констатации синдрома портальной гипертензии на фоне цирроза печени средняя продолжительность жизни составляет 18 месяцев, причем в 51% случаев летальный исход обусловлен пищеводно-желудочным кровотечением. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) возникают у трети больных циррозом печени (ЦП). Около 30-50% пациентов погибают при первом эпизоде кровотечения в течение 6 недель, рецидив кровотечения отмечается на протяжении года у 25% больных с циррозом печени класса «А» по классификации Чайлд-Пью, у 50% - с циррозом печени класса «В», и у 75% - с циррозом печени класса «С». Данное осложнение является причиной смерти у 10-15% пациентов с циррозом печени. Годичная выживаемость при циррозах печени классах «А» и «В» достигает 70%, а при классе «С» - 30%. [М. И. Рачковский, 2009; Н. Д. Ющук и соавт., 2010; П. К. Холматов и соавт., 2012; Бацких с соавт., 2012; А. Ю. Анисимов, 2015; Назыров Ф. Г. и соавт., 2015; В. С. Смолевский и соавт., 2015; Б. Н. Котив и соавт., 2015;

L. Capussotti et al., 1992; E. Albans, S. L. Fridman, 2001]. Уровень, заболеваемости постоянно растет и к 2025 году, по анализу экспертов, увеличится вдвое, что представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения во всем мире. Согласно статистике ВОЗ, циррозы печени занимают восьмое место в мире как причина смертности населения [И. А. Лыткин и соавт., 1984; А. В. Лапшин, Ч. С. Павлов, 2003; М. И. Рачковский, 2009; В. Т. Ивашкин, 2009; А. С. Тугушев, 2010; П. К. Холматов и соавт., 2012; М. В. Маевская, Е. А. Федосыина, 2012; Э. В. Могилицев, 2014; F. Farinati et al., 1990; G. Garcia – Tsao, I. Bosch, 2010].

Высокий процент осложнений и низкая выживаемость больных диктуют необходимость совершенствования лечебной тактики при осложнениях портальной гипертензии, которая должна основываться на знаниях патогенеза их возникновения и дифференцированном подходе. В определении тактики лечения до сих пор нет единого мнения. Одни авторы [М. И. Лыткин и соавт., 1984; И. Э. Кушнир, 2009; И. И. Дзидзава и соавт., 2010; С. Д. Каширин и соавт., 2012; Ф. Г. Назыров и соавт., 2012; А. Н. Лызиков и соавт., 2014; R. Franchis, 2010; G. Garcia –Tsao, J. Boch, 2010; N. Sharma et al., 2014] придерживаются строго консервативной тактики, а другие [А. Е. Борисов, 1983; И. А. Рябухин и соавт., 1985; А. К. Ерамишанцев, 2001; Д. Б. Цирульников, 2004; С. Б. Жигалова, 2011; А. Г. Бабуришвили и соавт., 2013; Д. В. Гарбузенко, 2015; J. C. Collins et al., 1994; D. Lebrec, 2001] неагрессивного хирургического подхода, когда на высоте кровотечения выполняются минимальные оперативные вмешательства. Многие авторы [С. Н. Мехтиев и соавт., 2008; О. В. Соколова, 2008; В. А. Юрчук и соавт., 2011; И. И. Кательницкий и соавт., 2012; Н. Г. Сапронова, 2014; В. М. Лебезев и соавт., 2015; Е. Е. Фандеев и соавт., 2015; N. Nagasue et al., 1989; L. Capussotti et al., 1992; J. Klempnauer, H. Schrem, 2001; Y. Sato et al., 2011] рекомендуют сосудистые анастомозы, как единственно оправданное лечение у больных циррозом печени при любых стадиях.

Но и с шунтирующими вмешательствами не все так гладко, так невозможность формирования спленоренального шунта наблюдается у 36% больных по техническим причинам, а в некоторых случаях неудачи при формировании спленоренального анастомоза могут достигать 50% [В. М. Лебезев, 2011; П. К. Лесовик и соавт., 2012; В. А. Туманский, 2012; D. Castaing et al., 2006]. Техническую сложность представляет интимное прилежание селезеночной вены в толще поджелудочной железы, что затрудняет ее выделение. А возможные натяжения и перегибы, из-за диастаза между венами и вовсе делают невозможным цель вмешательства [В. И. Кошев и соавт., 2001; П. П. Огурцов, 2008; А. М. Путинцев и соавт., 2011; Н. Г. Сапронова, 2014].

Эти манипуляции могут привести к развитию панкреатита и повышают риск тромбоза вены, поэтому эта проблема считается актуальной на сегодняшний день. Вышеизложенное, побудило нас искать пути решения проблем связанных

с хирургической коррекцией портальной гипертензии и его различных клинических проявлений.

Следует особо отметить, что портосистемный шунт может быть, как временной мерой профилактики кровотечений из ВРВПЖ перед трансплантацией печени, так и окончательным методом лечения этой категории больных, что весьма актуально для Кыргызстана, ввиду отсутствия возможности для проведения радикального хирургического лечения ЦП.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема инициативная.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных циррозом печени и портальной гипертензией.

Задачи исследования:

1. Изучить информационную ценность методов диагностики портальной системы до хирургического вмешательства и после операции формирования портосистемных шунтов в ближайшем послеоперационном периоде.

2. Изучить возможности диагностической лапароскопии в дифференциальной диагностике портальной гипертензии.

3. Оценить клиническую эффективность формирования порционного проксимального спленоренального анастомоза.

4. Выявить связь интраоперационных технических манипуляций с развитием послеоперационных осложнений и разработать наиболее малотравматичные и безопасные приемы операционных техник.

5. Изучить ближайшие и отдаленные результаты операций портосистемного шунтирования у больных циррозом печени.

6. Изучить эффективность и осложнения врачебных манипуляций при резистентном асцитическом синдроме, перенесших вмешательства на брюшной полости и разработать безопасный способ парацентеза.

Научная новизна полученных результатов:

1. Оценена диагностическая возможность УЗДГ исследования портальной системы до и после формирования портосистемных шунтов.

2. Изучена диагностическая ценность лапароскопической видеоревизии с биопсией органов брюшной полости в плане дифференциальной диагностики портальной гипертензии.

3. Оценена клиническая эффективность формирования порционного проксимального спленоренального анастомоза, разработан и внедрен в клиническую практику новый способ формирования порциального проксимального спленоренального анастомоза, на которое получено приоритетное свидетельство в соавторстве №1323 от Кыргызпатента 31.12.2010

года, и рационализаторское предложение №18 при КГМА им И.К. Ахунбаева от 27.05.2013г.

4. Показано что возникновение послеоперационного панкреатита и тромботических осложнений анастомоза связано с травматизацией тканей при технических манипуляциях. Разработан малотравматичный и безопасный способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы. На способ модифицированный мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы, получено приоритетное свидетельство Кыргызпатента №1641 от 20 июня 2013 года.

5. Разработан способ парацентеза асцитической жидкости у пациентов в анамнезе перенесших операцию лапаротомию, на него получено приоритетное свидетельство Кыргызпатента в соавторстве №1312 от 30 ноября 2010 года, и рационализаторское предложение №19\13 при КГМА им И.К. Ахунбаева от 27.05.2013г.

6. Модифицирован способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки у пациентов циррозом печени, на которое получено приоритетное свидетельство Кыргызпатента №1642. от 20 июня 2013 года.

Практическая значимость полученных результатов:

1. На основании полученных данных УЗДГ сосудов портальной системы прогнозируется необходимость формирования портосистемного шунта данному пациенту, а также предполагаются возможные угрозы тромбоза портосистемного шунта при его выполнении. Также метод позволяет объективно оценить эффективность разгрузки портосистемного шунта в послеоперационном периоде, что необходимо для контроля медикаментозного лечения.

2. Лапараскопическая видеоревизия с биопсией органов брюшной полости дает окончательную возможность для выявления этиологического фактора и проведения этиопатогенетического лечения в случаях асцитического синдрома неясного генеза.

3. При диуретикорезистентных формах асцита, пациентам в анамнезе перенесших операцию лапаротомию предложенный способ парацентеза минимизирует ятрогенные повреждения внутренних органов и позволит регулировать объем выпускаемой асцитической жидкости за сутки, чтобы адекватно проводить одновременную коррекцию суточного диуреза с белковым балансом, а также гемодинамику данного пациента.

4. Предложенный способ циркулярной мобилизации селезеночной вены, минимизирует травмы поджелудочной железы, уменьшает объем кровопотери, сокращает длительность операции, деликатность способа в отношении ткани поджелудочной железы имеет важное значение в профилактике возникновения послеоперационного панкреатита.

5. Когда невозможно сохранить селезенку из-за ее гигантского размера с

одной стороны и проявлением гиперспленизма с другой при спленэктомии в культе селезеночной вены по отдельности сохраняются верхнеполюсные и нижнеполюсные ветви для формирования порциального проксимального спленоренального анастомоза адекватно декомпенсирующая портальную систему с сохранением гепатопетального кровотока.

6. Модифицированный способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки больным циррозом печени с подбором шовного материала на атравматической игле с учетом особенности свертывающей системы у данной категории больных уменьшает кровотечение из раны передней брюшной стенки, а также служит профилактикой послеоперационной грыжи.

Основные результаты лечения портальной гипертензии внедрены: в лечебную деятельность отделения хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального Госпиталя при Минздраве Кыргызской Республики; отделение хирургии Государственного Учреждения «Клинической больницы при Управление Делами Президента Кыргызской Республики», а также в учебный процесс медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского университета (КРСУ) и хирургических кафедр Кыргызской Государственной Медицинской Академии (КГМА).

Экономическая значимость полученных результатов. Применение в клинической практике результатов проведенных исследований за счет определения хирургической тактики лечения больных с портальной гипертензией, снижение количество осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периоде дает экономический эффект.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. В нашем материале пациенты с портальной гипертензией обусловленный циррозом печени вирусной этиологии составили 76,7% (115 больных), а с внепеченочной формой портальной гипертензии 14% (21 больных). С кровотечениями из варикозных вен пищевода поступило 24,7% (37 больных), из них рецидив кровотечения к моменту поступления у 14% (21 больных). Лечение этой категории больных очень трудно и требует в каждом случае индивидуального подхода.

2. Данные УЗДГ сосудов портальной системы, с чувствительностью 87% и специфичностью 74% имеют довольно высокую информативность – 79% и до операции дают возможность решения вопроса о выборе варианта формирования портосистемного шунта.

3. Для ведения и определения тактики лечения пациентов, когда, этиопатогенез портальной гипертензии остается невыясненным, лапараскопическая видеоревизия с биопсией органов брюшной полости дает исчерпывающий ответ и является наиболее эффективным методом диагностики патологии брюшной полости.

4. При диуретикорезистентных формах асцита, пациентам в анамнезе перенесшим операции на брюшной полости, предложенный способ парацентеза минимизирует ятрогенные повреждения внутренних органов и позволяет контролировать объем эвакуируемой асцитической жидкости.

5. Предложенный способ циркулярной мобилизации селезеночной вены, минимизирует травмы поджелудочной железы, объем кровопотери статистически меньше, при этом также сокращает длительность всей операции, что сокращает время токсического действия наркотических препаратов метаболизирующихся в печени.

6. При вынужденной спленэктомии сохранение в культе селезеночной вены верхнеполюсных, нижнеполюсных ветвей и формирования порциального проксимального спленоренального анастомоза адекватно декомпенсирует портальную систему.

Личный вклад соискателя состоит в участии на всех этапах процесса, непосредственном участии соискателя в получении исходных данных, личном участии в проведении апробации результатов исследования, личном проведении всех оперативных вмешательств, изучении ближайших и отдаленных результатов, обработке и интерпретации данных, подготовке основных публикаций по выполненной работе.

Апробация результатов исследования: основные положения диссертации доложены на: Международной конференции молодых ученых «Молодость и наука: от мечты к открытию», посвященной 75 - летнему юбилею КазНМУ им. С. Д. Асфендиарова (Алматы, 2006); заседании «Ассоциации хирургического общества Кыргызской Республики №616» (Бишкек, 2009); III Конгрессе хирургов Казахстана с международным участием «Инновации в хирургии» (Алматы, 2012); конференции Общественного объединения ассоциации инфекционистов и гепатологов Кыргызстана «Актуальные вопросы хронических гепатитов и цирроза печени в Кыргызстане» (Бишкек, 2014); международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины XXI века – пути решения» (Чолпон-Ата, 2017); объединенном заседании сотрудников кафедр общей и факультетской хирургии КРСУ, госпитальной хирургии КРСУ, кафедры хирургических болезней МШМ при УНПК МУК, кафедры пропедевтической хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии КГМА и сотрудников хирургических отделений клиники имени академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (Бишкек, 2018), заседании сотрудников кафедры госпитальной хирургии КРСУ (Бишкек, 2022),

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 18 статей, из них 2 - опубликованы в периодических научных изданиях, индексируемых системой «Scopus». Получены 4 патента на

изобретение и 2 удостоверения на рационализаторское предложение, 1 учебно-методическое пособие.

Структура и объём и диссертации. Диссертация изложена на 213 страницах компьютерного набора на русском языке. Она состоит из введения, обзора литературы, пяти глав, из тринадцати подглав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Диссертация иллюстрирована 13 рисунками, 29 таблицами, 4 фигурами, 11 клиническими примерами. Список литературы содержит 311 (163 русскоязычных и 148 англоязычных авторов) источника.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, представлены цель и задачи исследования, изложены научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе «Обзор литературы» автором проведен анализ большого объема литературы, касающейся проблемы лечения портальной гипертензии и других проявлений при диффузном поражении печени. Анализ литературных данных позволяет заключить, что проблема хирургического лечения больных с портальной гипертензией остается еще нерешенной и актуальной, требует всестороннего изучения, и поиска методов оптимизации и улучшения результатов хирургического лечения.

Во второй главе «Общая характеристика клинических наблюдений и методов исследования» дана общая характеристика клинического материала и описание методов обследования пациентов.

Объект исследования: 153 оперированных пациентов с портальной гипертензией и 38 пациентов с портальной гипертензией, получавших консервативное лечение.

Предмет исследования: ранние и отдаленные результаты после хирургического лечения больных с портальной гипертензией.

В настоящем исследовании проведен анализ клинических наблюдений 153 оперированных пациентов с портальной гипертензией и 38 пациентов с портальной гипертензией получавших консервативное лечение в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники имени академика И. К. Ахунбаева НГ МЗ КР и отделении общей хирургии ГУ КБ при УДП КР за период с 1997 по 2016 годы.

Как видно из таблицы 2.1, в зависимости от пола больные в основной группе распределились в соотношении: мужчины – 74 (48,4%), женщин – 79 (51,6%), и данные по контрольной группе в таблице 2.2: мужчины – 21 (55,3%), женщин – 17 (44,7%).

Таблица 2.1 - Распределение больных по полу и возрасту в основной группе

Пол	Возраст						Абс. кол-во	Доля
	до года	<20	21-30	31-40	41-50	51 и старше		
Мужчины	2	15	32	13	4	8	74	48,4%
Женщины	-	9	23	23	13	11	79	51,6%
Основная группа	2 (1,4%)	24 (15,7%)	55 (35,9%)	36 (23,6%)	17 (11,1%)	19 (12,4%)	153	100,0%

Таблица 2.2 - Распределение больных по полу и возрасту в контрольной группе

Пол	Возраст					Абс. кол-во	Доля
	<20	21-30	31-40	41-50	51 и старше		
Мужчины	0	4	3	5	9	21	55,3%
Женщины	0	0	3	6	8	17	44,7%
Контрольная группа	0	4 10,5%	6 15,8%	11 28,9%	17 44,8%	38	100,0%

Все больные перед выполнением портосистемного шунта, а также в ближайшем и отдаленном периодах были подвергнуты общеклиническому и специальному обследованию по выработанному плану.

В общеклинические методы исследования входили: общий анализ крови и мочи, биохимические методы исследования крови, ЭКГ, рентгенография.

Коагулирующая активность крови оценивалась по показателям «малой» коагулограммы, которая дает представление о всех фазах свертывания крови: время свертывание по Фонио (мин.), толерантность плазмы к гепарину по методу Сигге (сек.), время рекальцификации плазмы по Хоуэллу (сек.), фибриноген по Рутберг Р. А. (г/л), протромбиновый индекс по Квику (%), фибринолитическая активность по Ковальскому (час), фибриназа (сек.), тест агрегационной активности тромбоцитов по Гусейнову Г. С. (сек.). Маркеры вирусных гепатитов определяли иммуноферментным анализом (ИФА).

Изучены причины возникновения портальной гипертензии, результаты которых представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3 - Распределение пациентов по этиологии портальной гипертензии

Этиопатогенез заболевания	Основная группа		Контрольная группа	
	Количество больных	Доля	Количество больных	Доля
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%

В основной группе 116 (75,8%) больных были с циррозами печени в результате вирусных гепатитов. 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, а аутоиммунный гепатит выставлен 7(4,6%) пациентам. С алкогольным циррозом печени был 1 (0,7%) пациент 54 лет, с алкогольным стажем более 30 лет.

В работе исследованы разные выборки пациентов, характеристики которых приведены в таблице 2.4.

Таблица 2.4 - Исследованные выборки пациентов.

Характеристика выборки	Размер выборки, человек
Оперированные пациенты с диагнозом ЦП, портальная гипертензия – основная группа	153 (100%)
Пациенты, у которых сформирован проксимальный спленоренальный анастомоз	78 (50,98%)
Пациенты, у которых сформирован спленоренальный анастомоз «бок в бок»	25 (16,34%)
Пациенты, у которых сформирован дистальный спленоренальный анастомоз	17 (11,11%)
Пациенты, у которых сформирован мезентерикокавальный анастомоз	11 (7,19%)
Пациенты с портальной гипертензией, получавших консервативное лечение – контрольная группа	38 (100%)

Статистическая обработка результатов. Статистическая обработка результатов проведенных исследований осуществлена с помощью персонального компьютера с использованием прикладного пакета “Statistika 6,0” (StatSoft, USA) с вычислением средних показателей(М), ошибки среднего значения($\pm m$), относительных величин(Р,%). Дисперсионный анализ проводился с использованием U – критерия Манна-Уитни и Т-критерия Вилькоксона для сравнения абсолютных величин и критерия χ^2 с поправкой Йетса для сравнения относительных величин. Различия считались статически значимыми при $p < 0,05$.

В третьей главе «Результаты портосистемного шунтирования в раннем послеоперационном периоде» отражены результаты собственных исследований в ранние послеоперационные сроки.

Проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА) со спленэктомией сформирован у 78 (51,0%) больных. Причины возникновения портальной гипертензии у них показаны выше в таблице 2.3.

Подавляющее большинство пациентов 67(85,9%) были с циррозом печени, у 9 (11,5%) человек диагностирована с внепеченочная ПГ. У 2 (2,6%) причиной цирроза печени явился аутоиммунный гепатит.

У 55 (35,9%) больных выполнена стандартная спленэктомия с

формированием ПСРА «конец в бок». На момент освоения техники операции портосистемного шунтирования, то есть за 1997 - 2005 годы, мы получили множество осложнений, информация показана в таблице 3.1.

Таблица 3.1 - Осложнения, возникшие после вмешательства спленэктомия с формированием ПСРА «конец в бок» в ранний послеоперационный период

Осложнения	Количество больных	Доля	Число умерших	Доля
Острая гепатопортальная энцефалопатия	3	5,5%		
Панкреатический свищ	3	5,5%		
Печеночная недостаточность	2	3,6%		
Тромбоз ПКА	10	18,2%		
Рецидив ГЭК	3	5,5%	3	5,5%
Всего	21	38,2%		
Другие осложнения не связанные с формированием сосудистых анастомозов				
Нагноение послеоперационной раны	7	12,7%		
Асцит -перитонит	4	7,3%		
Всего	11	20,0%		
Количество оперированных больных	55	100,0%	3	5,5%
Выписано больных	52	94,5%		

В дальнейшем изучая результаты операций у больных после формирования проксимального спленоренального анастомоза «конец в бок» мы пришли к следующему выводу: что выкраивание окна большого диаметра в левой почечной вене приводит к резкому уменьшению притока крови в печень по системе воротной вены, и впоследствии развивается гепатогенная энцефалопатия. Между тем, известна важная роль портального притока к печени для поддержания нормального метаболизма, сохранения ее структуры, стимуляции регенераторных процессов. Для решения этой задачи мы выкраивали окно в левой почечной вене меньшего размера, несмотря на широкий диаметр сопоставляемых сосудов до 10 мм, чтобы сохранить приток крови по портальной вене в достаточном объеме. Порционный анастомоз меньшего диаметра достигался путем гофрирования стенки культи селезеночной вены.

Одной из серьезных интраоперационных технических сложностей при циркулярном выделении культи селезеночной вены из хвоста поджелудочной железы является частая механическая травматизация ткани поджелудочной железы с последующим развитием послеоперационного панкреатита, который очень часто приводит к тромбозу спленоренального анастомоза. В наших наблюдениях, в раннем послеоперационном периоде, послеоперационный панкреатит с дальнейшим формированием панкреатического свища, развился у 3 (5,5%) оперированных больных. Все трое пациентов были выписаны со

сформированными панкреатическими свищами на 27 сутки пребывания в стационаре, среднее койко-дней составило $24 \pm 2,3$.

Тромбоз проксимального спленоренального анастомоза в послеоперационном периоде наступил у 10 (18,2%) больных, из них у 3 (5,5%) пациентов развился рецидив кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода на 3-5 сутки. Все трое пациентов умерли. У остальных 7 (12,7%) пациентов с тромбозами портальной вены, на фоне проведенной антикоагулянтной терапии произошла реканализация тромбированных сосудов в различные сроки от 1,5 до 6 месяцев.

Непосредственные результаты создания порционного проксимального спленоренального анастомоза. Из-за позднего обращения и направления больных с портальной гипертензией в стационар, когда имеется спленомегалия с гиперспленизмом во время операции подступится к поджелудочной железе для мобилизации селезеночной вены не всегда удается, поэтому необходимость спленэктомии оставалось очевидной. В 9 (11,5%) случаях из 78 (100%) больных, когда замерили диаметр верхнеполюсной и нижнеполюсной ветви селезеночной вены у ворот селезенки, в среднем, он составил от 6 до 7 мм. Зная, что порционный сброс крови из портальной системы положительно отразится на функции печени, мы начали выделять нижнеполюсную и верхнеполюсную ветви по отдельности. Нижнеполюсная ветвь селезеночной вены по диаметру больше и длиннее, поэтому для порционной разгрузки портальной системы мы использовали эту ветвь. Предложенная методика оформлена как изобретение «Способ хирургического лечения портальной гипертензии при циррозах печени» и получено приоритетное свидетельство в соавторстве №1323 от Кыргызпатента 31.12.2010 года.

Непосредственные результаты проксимального спленоренального анастомоза. Ранее перенесших оперативные вмешательства при ГЭК гастротомии с прошиванием вен пищевода и кардии желудка (ГПВПиЖ), было 3 (1,9%) пациентов. Все трое были в возрасте до 25 лет, двое из них с ВПГ, один с циррозом печени. У больных ранее перенесших операцию спленэктомия и ГПВПиЖ по поводу кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, обусловленного портальной гипертензией, в последующем при возникновении рецидива кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, остановить кровотечение в тактическом и техническом плане представляет трудную задачу. Основной причиной этого чаще служат выраженные спаечные процессы в брюшной полости и спавшаяся культи селезеночной вены после спленэктомии. Для решения этой задачи нами оформлено рационализаторское предложение №18 при КГМА им И.К. Ахунбаева от 27.05.2013г. «Способ создания проксимального спленоренального анастомоза у больных, ранее перенесших спленэктомию по поводу портальной гипертензии».

Суть способа в следующем: доступ - верхнесрединно-срединная лапаротомия. По вскрытию брюшной полости этапно разъединяли спайки в брюшной полости. Большой сальник вместе с поперечноободочной кишкой отводили вверх. Левее от трейтцовой связки вскрывали вицеральную брюшину, обнажая нижнюю поверхность тела и хвоста поджелудочной железы. По ходу нижнебрыжеечной вены обнажали селезеночную вену из поджелудочной железы, культю селезеночной вены мобилизовывали длиной около 4 см.

Вторым этапом обнажалась, левая почечная вена ее мобилизовывали длиной 4-5см по передней стенке. На этой стенке вены выкраивалось окно диаметром 10мм. Диаметр селезеночной вены после ранее произведенной спленэктомии колебалось от 6 до 7 мм. Кончик культи селезеночной вены срезали косо, чтобы увеличить площадь анастомозируемой зоны культи селезеночной вены для создания адекватного венозного сосудистого соустья.

Непосредственные результаты формирования спленоренального анастомоза «бок в бок». Спленоренальный анастомоз «бок в бок» выполнен 25 (16,3%) больным, осложнения раннего периода после данного вмешательства показаны в таблице 3.2.

Таблица 3.2 - Осложнения, возникшие после формирования СРА «бок в бок» в ранний послеоперационный период

Осложнения	Количество больных	Доля	Число умерших	Доля
Острая гепатопортальная энцефалопатия	2	8,0%	-	
Тромбоз СРА	1	4,0%	-	
Всего	3	12,0%		
Другие осложнения, не связанные с формированием сосудистых анастомозов				
Нагноение послеоперационной раны	1	4,0%		
Асцит -перитонит	1	4,0%		
Всего	2	8,0%		
Количество оперированных больных	25	100,0%	-	-
Выписано больных	25	100,0%		

В раннем послеоперационном периоде у 2 (1,3%) развилась печеночная энцефалопатия, медикаментозная коррекция дала положительные результаты. Тромбоз спленоренального анастомоза с последующим развитием пищеводного кровотечения возникли у одного и того же пациента. Как показано в таблице неспецифических осложнений в этой группе пациентов не возникло. Также среди этих больных не было случаев смертельного исхода.

Спленоренальный анастомоз в классическом варианте выполнен 14 (9,2%) больным. Мобилизация селезеночной вены из поджелудочной железы технически очень сложная и серьезная задача. Когда циркулярно выделяем селезеночную вену из поджелудочной железы при перевязке и пересечении коммуникантных вен поджелудочной железы с селезеночной веной часто

происходит кровотечение при тракции узла нитки от селезеночной вены, а также из поджелудочной железы. Попытка остановить кровотечение прошиванием поджелудочной железы часто приводит послеоперационному панкреатиту. Основной причиной этого является очень короткая и тонкая стенка мелких коммуникантных вен, анастомозирующих с селезеночной веной. Нами разработан «Способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы», на которую получено приоритетное свидетельство Кыргызпатента №1641 от 20 июня 2013 года.

Непосредственные результаты дистального спленоренального анастомоза. Селективное портокавальное шунтирование осуществляется с помощью дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) без удаления селезенки, предложенного в 1967 г. W.Warren. Суть операции сводится к избирательному шунтированию селезеночно-желудочного бассейна при сохранении кровотока по воротной вене. Дистальный спленоренальный анастомоз сформирован 14 (9,15%) больным. В 11 (7,19%) случаях выполнен стандартный ДСРА. При формировании дистального спленоренального анастомоза в первую очередь необходимо обращать внимание на анатомическое расположение самой селезеночной вены, которая имеет решающее клиническое значение при формировании ДСРА. Это связано с тем, что циркулярное выделение селезеночной вены из поджелудочной железы невозможен в более 50% случаев из-за ее интрапачиматозного расположения и очень высока вероятность травматизации поджелудочной железы. Несмотря на техническую сложность его выполнения, ДСРА получила широкое распространение в мире, благодаря высокой эффективности в предупреждении кровотечений из варикозных вен и возможности сохранения редуцированного воротного кровотока. В раннем послеоперационном периоде умерли 5 (3,27%) пациентов. То есть, если всего умерло 11 (7,19%) больных, то 5 (3,27%) из них составили больные, которым были проведены вмешательства с формированием ДСРА (табл. 3.3).

Таблица 3.3 - Осложнения, возникшие после вмешательства с формированием дистального спленоренального анастомоза

Осложнения	Количество больных	Доля	Число умерших	Доля
Острая гепатопортальная энцефалопатия	1	7,1%	1	-
Панкреатический свищ	2	14,3%	2	-
Печеночная недостаточность	1	7,1%		
Тромбоз ДСРА	2	14,3%	2	-
Рецидив ГЭК	2	14,3%	-	-
Всего	8	57,1%	5	35,7%
Количество оперированных больных	14	100,0%	-	-
Выписано больных	9	64,3%		

У 3(21,4%) больных хирургическое вмешательство проводилось на высоте кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, остальные 11 (78,6%) больных оперировано в плановом порядке.

По вышеизложенному материалу полученные осложнения после ПСШ непосредственно после операции представлены в таблице 3.4.

Таблица 3.4 - Ближайшие осложнения после портосистемного шунтирования

Вид ПСШ	Непосредственные осложнения после ПСШ				
	ПЭ	Панкреатический свищ	Печеночная недостаточность	Тромбоз ПСШ	ГЭК
ПСРА	3	3	2	10	3
СРА	2	-	-	1	-
ДСРА	1	2	1	2	2
МРА	-	-	-	-	2
Всего	6 (4,0%)	5 (3,3%)	3 (2,0%)	13 (8,5%)	7 (4,6%)
Итого	34 (22,3%)				

Из таблицы 3.4 видно, что непосредственно после ПСШ у 34 (22,3%) больных развились осложнения различного характера. Печеночная энцефалопатия наблюдалась у 6 (4,0%) пациентов. Всем 6 больным энцефалопатию корригировали медикаментозно. Панкреатические свищи образовались у 5 (3,3%) больных, которые закрылись в различные сроки после операции. Прогрессирующая печеночная недостаточность отмечена у 3 (2,0%) больных, которые закончились летальным исходом.

Тромбоз ПСШ развился у 13 (8,5%) пациентов, наибольшее число тромбоза пришло на долю ПСРА, в 10 (6,5%) из 13 случаев, которая возможна связано с наибольшей травматизацией поджелудочной железы. Умерли от рецидива ГЭК 7 (4,6%) пациентов, вследствие тромбоза портосистемного шунта.

В четвертой главе «Непосредственные результаты сочетанных операций в хирургическом лечении портальной гипертензии» даны ранние послеоперационные результаты симультанных оперативных вмешательств.

С учетом сопутствующих патологий и сложившихся интраоперационных ситуаций у больных с портальной гипертензией выполнялись различные виды операций в сочетании с портосистемным шунтированием. Как видно из таблицы 4.1, всего сочетанных операций с портосистемным шунтированием выполнено 33 (21,6%) пациентам. ГПВКПиЖ в сочетании с ПСРА 6 (3,9%) больным из них 4(2,6%) оперированы уже с состоявшимся кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода, а двое с третьей степенью варикозного расширения вен пищевода и угрозой кровотечения. Все шестеро больных выписались домой в удовлетворительном состоянии. ГПВКПиЖ в сочетании СРА «бок в бок» выполнено 1 (0,7%) больному на фоне кровотечения из варикозно-расширенных

вен пищевода, пациент выписался с положительным клиническим результатом. ГПВКПиЖ в сочетании с ДСРА выполнен 3 (2,0%) пациентам. Двое из них были оперированы на фоне кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Один из них умер в ближайшем послеоперационном периоде от нарастающей печеночной недостаточности, а двое больных выписались домой с положительной динамикой.

Таблица 4.1 - Виды сочетанных операций

№	Виды сочетанных операций	Виды портосистемного шунтирования					Всего
		ПСРА	СРА «бок в бок»	ДСРА	МКА	ССРА	
1	ГПВПиЖ	6	1	3	1	-	11 (7,2%)
2	ДВЖ	4	2	-	3	-	9 (6,0%)
3	Спленэктомия	-	3	-	1	1	5 (3,3%)
4	Нэфрэктомия	2	-	-	-	-	2 (1,3%)
5	Холецистэктомия	-	-	-	1	1	2 (1,3%)
6	Удаление липомы забрюшинного пространства	1	-	-	-	-	1 (0,7%)
7	Редукция селезеночного кровотока	-	1	-	-	-	1 (0,7%)
8	Перевязка левой желудочной вены	-	-	-	1	-	1 (0,7%)
9	Грыжесечение с пластикой	-	-	-	1	-	1 (0,7%)
Итого		13 (8,5%)	7 (4,6%)	3 (2,0%)	8 (5,2%)	2 (1,3%)	33(21,7%)

Деваскуляризация желудка (ДВЖ) по большой кривизне в сочетании с портосистемным шунтированием выполнено 4 (2,6%) пациентам, и она выполнялась как дополнительная операция к основной в плане профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с третьей степенью варикоза вен пищевода и желудка с угрозой кровотечения.

Из-за ограниченного доступа к хвосту поджелудочной железы, для выделения селезеночной вены и формирования СРА в 3(2,0%) случаях первым этапом выполнена спленэктомия.

В 2(1,3%) случаях вместе с формированием ПСРА выполнены нэфрэктомии. В одном случае имела место аномалия развития левой почечной вены, то есть, основного ствола левой почечной вены не было обнаружено, вместо этого имелись множество разветвленных тонких веточек. Произведена нефрэктомия слева и был выделен основной ствол, на котором и был сформирован ПСРА «конец в конец». В другом случае после формирования ПСРА «конец в бок» получили кровотечение из ворот левой почки, попытка

остановить кровотечение прошиванием не дало эффекта, и мы были вынуждены перевязать почечную часть анастомоза и произвести нефрэктомию слева.

В пятой главе «Лечение больных с асцитическим синдромом» описаны оригинальные методики укрепления передней брюшной стенки у больных циррозом печени, методика парацентеза у больных, ранее перенесших операцию на брюшной полости, методика парацентеза пупка при резистентном асцитическом синдроме, обусловленного портальной гипертензией.

В шестой главе «Отдаленные результаты применения портосистемного шунтирования» описаны отдаленные результаты оперативных вмешательств по формированию портосистемных шунтов в различные сроки после операции в плановом порядке (табл. 6.1).

Таблица 6.1 - Отдаленные результаты ПСШ

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
Итого	63(46,7%)	41(30,4%)	22(16,3%)	7(5,2%)	2(1,5%)	135

Как видно из таблицы 6.1, в послеоперационном периоде до одного года всего обследовались 63 (46,7%) пациентов, из них умерли 12 (8,9%) больных. Таким образом, послеоперационная летальность в первый год после операции составила 7,84%. Из 12 умерших 5 (3,7%) больных скончались от рецидива пищевого кровотечения, а 4 (3,0%) от нарастающей острой печеночной недостаточности. После выписки домой один больной повторно поступил с клиникой спаечной кишечной непроходимости. Больной оперирован в экстренном порядке с устранением спаечной кишечной непроходимости. При функционирующем ПСРА он был выписан домой.

Послеоперационная летальность в отдаленном периоде после ПСШ представлена в таблице 6.2. В отдаленном периоде от рецидивного ГЭК всего умерло 7 (6,7%). Из них 4 (3,8%) умерли после формирования СРААВВ, а 3(2,9%) после наложения ПСРА. Если учесть общее количество выполненных операций СРААВВ 13 (8,5%) и ПСРА 78 (51,0%), то соответственно в отдаленном периоде число умерших от рецидива ГЭК больше у больных, которым была выполнена СРААВВ, чем при ПСРА.

Таблица 6.2 - Послеоперационная летальность в отдаленные сроки после ПСШ

Вид операции	Основные причины послеоперационной летальности (n=26)			
	Оперированно больных	Рецидив ГЭК	Прогрессирование печеночной недостаточности	Печеночная энцефалопатия
СРААВВ	10	4 (3,8%)	6 (5,7%)	-
ПСРА	84	3 (2,9%)	8 (7,6%)	4 (3,8%)
СРА «бок в бок»	11	-	-	1 (1,0%)
Всего	105	7 (6,7%)	14 (13,3%)	5 (4,8%)

От прогрессирования печеночной недостаточности умерло всего 14 (13,3%) пациентов. Из них 6(5,7%) пациентов умерли после наложения СРААВВ, а 8(7,6%) больных после ПСРА.

Печеночная энцефалопатия отмечено всего у 5 (4,8%) пациентов. Из них у 4(3,8%) пациентов после формирования ПСРА, а у 1(1,0%) после формирования СРА «бок в бок». Из 5(4,8%) больных с печеночной энцефалопатией медикаментозно коррегировано трое больных, 2(1,9%) пациентов умерли от прогрессирования печеночной недостаточности. Причиной развития печеночной энцефалопатии послужило техническая погрешность при создании ПСШ, то есть широкий ПСРА, диаметр которого составлял больше 13 мм.

Гепатоцеллюлярная карцинома на фоне вирусного гепатита развивалась у 3(2,9%) пациентов. Из них у 1(1,0%) пациента после наложения СРААВВ и у 2(1,9%) после наложения ПСРА. Все трое больных умерли от прогрессирующей печеночной недостаточности.

Динамика уменьшения степени ВРВПиЖ в отдаленном периоде после ПСШ представлена в таблице 6.3.

Таблица 6.3 - Динамика уменьшение степени ВРВПиЖ в отдаленном периоде

Степень ВРВП после операции	Степень ВРВП до операции			Всего
	I	II	III	
Нет ВРВП	12 (12,9%)	10 (10,8%)	12 (12,9%)	34 (36,6%)
I	5 (5,4%)	15 (16,1%)	19 (20,4%)	39 (41,9%)
II	-	2 (2,1%)	13 (14%)	15 (16,1%)
III	-	2 (2,1%)	3 (3,2%)	5 (5,4%)
Итого:	17 (18,3%)	29 (31,2%)	47 (50,5%)	93 (100%)

В отдаленном послеоперационном периоде после формирования ПСШ контрольная ЭГДС была выполнена 93 (60,78%) больным из 147(96,08%) 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 (100%) 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 (10,8%) не оказалось ВРВП. А 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 троих (3,2%) пациентов сохранилась III степень ВРВП.

Из представленных данных становится очевидной динамика снижения ВРВП после операции 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 среди больных контрольной группы. В течение первого года наблюдения, от различных осложнений основного заболевания, несмотря на консервативное лечение, умерло 89,5% больных. Основные причины смерти этих пациентов приведены в таблице 6.4.

Таблица 6.4 - Отдаленные результаты лечения 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%)
Итого:	3 (7,9%)	10 (26,3%)	10(26,3%)	11(28,9%)	4(10,5%)	38(100,0%)

Как видно из таблицы 6.4 12(31,6%) больных 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. А остальные 7 (18,4%) пациентов

умерли от различных осложнений с основным клиническим проявлением в виде напряженного диуретикорезистентного асцита.

Одним из актуальных вопросов портокавального шунтирования является оценка продолжительности жизни больных после оперативного вмешательства, так анализ выживаемости в соответствии с целями и задачами исследования проводился нами на основе подходов к оценке функции выживания, называемой множительной оценкой, впервые предложенной Капланом и Майером (1958). Из представленного рисунка 6.1, очевидно, что наибольшее число летальных исходов больных с ПГ отмечено в первый месяц после оперативного лечения.

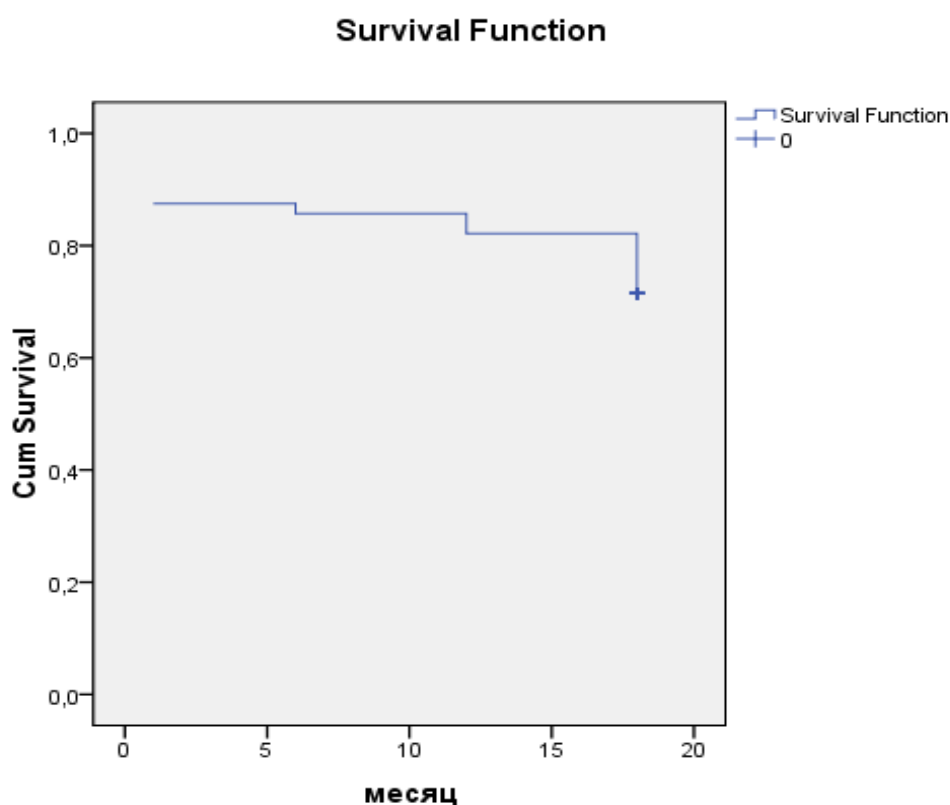


Рисунок 6.1. Анализ выживаемости по Каплан и Майеру.

В последующие сроки до 1,5 лет наблюдения выживаемость составила 74,1%, что на наш взгляд связано с тем, что основная часть больных – 79 (51,63%) до операции ПСШ относились к «А» классу согласно модифицированной классификации Чайлд-Пью.

ВЫВОДЫ:

1. Допплерография является доступным и высокоинформативным методом диагностики портальной гипертензии. Наиболее важные показатели скорость объемного кровотока по сосудам, диаметры сосудов наличие тромбов в их просвете, данной информации достаточно, для установления показаний к

формированию разных видов ПСШ, а также прогнозирования возможных тромботических осложнений и послеоперационного контроля.

2. Диагностическая лапароскопия, позволяет дифференцировать причину асцитического синдрома (канцероматоз, туберкулез брюшной полости), взятие биопсии печени под контролем зрения, минимизирует возможные осложнения и является наиболее эффективным методом.

3. Использование нижнеполусной ветви селезеночной вены для формирования порционного проксимального спленоренального анастомоза и катетеризация верхнеполусной ветви селезеночной вены позволяет:

- сохранить гепатопетальный кровоток;
- интраоперационно измерить давление в портальной системе;
- контролировать проходимость и состоятельности анастомоза;
- произвести профилактику тромбоза анастомоза.

4. Причиной раннего послеоперационного панкреатита является техническая травматизация паренхимы органа при выделении селезеночной вены, деликатная техника и применение клипатора с танталовыми клипсами размера LT-200 для мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы для формирования ПСШ минимизирует травму поджелудочной железы, и это одновременно является профилактикой послеоперационного панкреатита.

5. Выживаемость больных в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, относящихся к «А-В» классу по Чайлд-Пью составляет 74,1%, при этом после операций ПСШ варикозно-расширенные вены пищевода исчезли у 36,6% пациентов, а у 41,9% больных ВРВП уменьшилось до I степени. В 5,4% случаях больных ВРВП прогрессировало за счет тромбоза ПСШ.

6. Осуществление миниинвазивного парацентеза под контролем УЗИ у пациентов, перенесших ранее оперативные вмешательства в брюшной полости и грыжей пупка, позволяет минимизировать осложнения от манипуляций.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Обязательно в дооперационном периоде проводить УЗДГ данные которого дают возможность оценить показания к формированию и выбору вида ПСШ, а также УЗДГ необходима для послеоперационного динамического контроля за состоянием венозного сосудистого анастомоза, это позволяет объективизировать адекватность антикоагулянтной терапии.

2. Больным с ПГ следует осуществлять диагностическую лапароскопию с биопсией, это позволит дифференцировать портальную гипертензию от других заболеваний органов брюшной полости и даст возможность лечащему врачу определить дальнейшую тактику лечения данного пациента.

3. У больных с ПГ, ранее перенесших оперативное вмешательство в

брюшной полости и грыжей пупка, следует применять малоинвазивный парацентез без троакара, под контролем УЗИ, что позволит дробно выпускать асцитическую жидкость из брюшной полости с одномоментной коррекцией белково-электролитного баланса.

4. Для мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы для формирования ПСШ следует применять клипатор с танталовыми клипсами LT-200, что минимизирует травму поджелудочной железы, а также сокращает время операции, это имеет немаловажное значение при циррозе печени и положительно сказывается на послеоперационном течении.

5. Для формирования порционного проксимального спленоренального анастомоза и катетеризация верхнеполюсной ветви селезеночной вены необходимо использовать нижнеполюсную ветвь этой вены. Это позволит сохранить гепатопетальный кровоток. Кроме того следует производить интраоперационный гемодинамический контроль портальной системы с осуществлением противотромботических мероприятий в зоне анастомоза.

6. С целью уменьшения объема кровопотери у больных с ЦП, надо использовать рассасывающий и нерассасывающий стерильный шовный материал с атравматическими колющими иглами, в их сочетании для сшивания апоневроза мышц передней брюшной стенки. Это также является профилактикой послеоперационных вентральных грыж.

7 Для улучшения отдаленных результатов операций портосистемного шунтирования и выживаемости больных с портальной гипертензией, необходима тщательная предоперационная подготовка больных, направленная на нормализацию клинико-лабораторных показателей, соотносимых с «А-В» классом, согласно классификации Чайлд-Пью.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Султангазиев, Р. А. Опыт внедрения дистального спленоренального анастомоза при хирургическом лечении цирроза печени, осложненного портальной гипертензией [Текст] / Р. Р. Батиров, Р. А. Султангазиев, А. Э. Раимкулов // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2008. - № 1. - С. 35-37. <https://elibrary.ru/item.asp?id=37177976>

2. Патент №1312 Кыргызпатент «Способ парацентеза пупка при портальной гипертензии» / Р. А. Султангазиев, Бебезов Б.Х. - Бишкек, 2010. <https://cloud.mail.ru/public/YcnP/zSdsMXTmw>

3. Патент №1323 Кыргызпатент «Способ хирургического лечения портальной гипертензии при циррозе печени» / Р. А. Султангазиев, Бебезов Х.С., Бебезов Б.Х., Шайбеков А.З. - Бишкек, 2010. <https://cloud.mail.ru/public/6cNJ/cXg8XyJTb>

4. Султангазиев, Р.А. Морфологические особенности исследования биоптатов печени у больных хроническим гепатитом «С» [Текст] / М. М.

- Абдикеримов, А. А. Камчыбекова, Р. А. Султангазиев // Врач-аспирант. - Воронеж, 2011. - Т. 44. - № 1.2. - С. 229-232. <https://elibrary.ru/item.asp?id=16352018>
5. Некоторые аспекты хирургического лечения синдрома портальной гипертензии [Текст] / Х. С. Бебезов, Б. Х. Бебезов, Р. А. Султангазиев, А.З. Шайбеков, Н. И. Ахунбаева, С.К. Чиналиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2012. – Т. 12. – № 1. – С. 74-79. <https://elibrary.ru/item.asp?id=17648877>
6. Сравнительная доплерографическая оценка изменений внутрипортальной гемодинамики после операций портосистемного шунтирования в лечении синдрома портальной гипертензии [Текст] / Х. С. Бебезов, Б. Х. Бебезов, Р. А. Султангазиев, А. З. Шайбеков // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2012. - Т. 12. - № 9. – С. 22-24. <https://elibrary.ru/item.asp?id=18798943>
7. Патент №1641 Кыргызпатент «Способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы при наложении спленоренального венозного анастомоза» / Р. А. Султангазиев. - Бишкек, 2013. <https://cloud.mail.ru/public/1CFR/TXxv6kRQC>
8. Патент №1642 Кыргызпатент «Способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки у больных с циррозом печени» / Р. А. Султангазиев, Ж. И. Алымкулов. - Бишкек, 2013. <https://cloud.mail.ru/public/7CYA/AeWgbvUN9>
9. Султангазиев, Р.А. Непосредственные результаты применения сочетанных операций в профилактике гастроэзофагеальных кровотечений при портальной гипертензии [Текст] / Б. Х. Бебезов, Р. А. Султангазиев, А. З. Шайбеков // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2013. – Т. 13. – № 1. – С. 99-102. <https://elibrary.ru/item.asp?id=20798844>
10. Султангазиев, Р. А. Отдаленные результаты применения сочетанных операций в хирургическом лечении портальной гипертензии [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов, А. З. Шайбеков // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 1. – С. 189-191. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21274212>
11. Султангазиев, Р. А. Методика парацентеза больных с пупочной грыжей на фоне резистентного асцитического синдрома [Текст] / Р. А. Султангазиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 1. – С. 192-194. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21274213>
12. Султангазиев, Р. А. Лапароскопическая видеоревизия с биопсией в дифференциальной диагностике портальной гипертензии [Текст] / Р. А. Султангазиев, Д. Н. Нурманбетов, Ж. С. Садырбеков // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 2. – С. 190-192. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21274267>
13. Султангазиев, Р. А. Техника выделения селезеночной вены из поджелудочной железы для наложения спленоренального венозного шунта [Текст] / Р. А. Султангазиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 2. – С. 193-195. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21274268>
14. Султангазиев, Р. А. Способ создания парциального проксимального спленоренального венозного анастомоза [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С.

Бебезов, Д. Н. Нурманбетов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 5. – С. 170-172.
<https://elibrary.ru/item.asp?id=21778336>

15. Операционный доступ и способ ушивания передней брюшной стенки у больных портальной гипертензией [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов, Д. Н. Нурманбетов, К. Э. Абиров, А. А. Тогочуев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2015. – Т. 15. – № 7. – С. 146-148.
<https://elibrary.ru/item.asp?id=24306158>

16. Султангазиев, Р. А. Проксимальный спленоренальный анастомоз у больных, ранее перенесших гастротомию с прошиванием вен кардиального отдела пищевода со спленэктомией [Текст] / Р. А. Султангазиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2015. - Т. 15. - № 7. - С. 149-151.
<https://elibrary.ru/item.asp?id=24306159>

17. Наш опыт портосистемного шунтирования при портальной гипертензии [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов, К. Э. Абиров, А. Тогочуев // Хирургия. Восточная Европа. – Минск, 2015. – № 1(13). – С. 78-83.
<https://elibrary.ru/item.asp?id=24914843>

18. Наш первый опыт формирования парциального проксимального спленоренального венозного анастомоза [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов, К. Э. Абиров, А. А. Тогочуев // Хирургия. Восточная Европа. - Минск, 2015. - № 2(14). - С. 40-44. <https://elibrary.ru/item.asp?id=24338950>

19. Султангазиев, Р. А. Отдаленные результаты применения портосистемного шунтирования [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2016. - Т. 16. - № 3. - С. 89-92. <https://elibrary.ru/item.asp?id=26083122>

20. Новая хирургическая технология в коррекции портальной гипертензии с эзофагеальным кровотечением: учебно-метод. пособие [Текст] / Р. А. Султангазиев, Дж. Н. Нурманбетов, Б. Х. Бебезов, Т. А. Абдыкадыров. - 2017. - 70с. <https://cloud.mail.ru/public/6aTY/cbeFrFXoq>

21. Султангазиев, Р. А. Эндоскопическая профилактика и лечение пищеводных кровотечений портального генеза [Текст] / Б. Х. Бебезов, Р. А. Султангазиев, Т. А. Абдыкадыров // Креативная хирургия и онкология. - Уфа, 2022. - Т. 12. - № 2. - С. 106-111. <https://elibrary.ru/item.asp?id=49161347>

22. Отдаленные результаты портосистемного шунтирования при портальной гипертензии [Текст] / Р. А. Султангазиев, М. А. Сагымбаев, К. Э. Абиров, А. А. Тогочуев., Ж. С. Эркинбаев, Р. Э. Абирова // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск, 2022. – Т. 8. – № 8. – С. 148-159.
<https://elibrary.ru/item.asp?id=49321419>

23. Результаты портосистемного шунтирования в раннем послеоперационном периоде [Текст] / Р. А. Султангазиев, М. А. Сагымбаев, К. Э. Абиров, А. А. Тогочуев, Ж. С. Эркинбаев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2022. - № 4. - С. 149-155.
<https://elibrary.ru/item.asp?id=49516442>

Султангазиев Расул Абалиевичтин «Порталдык гипертензияны хирургиялык дарылоосу» аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: порталдык гипертензия, боордун циррозу, портокавальдык шунтирлөө, спленореналдык анастомоз.

Изилдөөнүн максаты: Боордун циррозу жана порталдык гипертензия менен жабыркаган бейтаптарды хирургиялык жол менен дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: порталдык гипертензия менен операция жасалган 153 бейтап жана порталдык гипертензия менен ооруп, консервативдик дарылоодон өткөн 38 бейтап.

Изилдөөнүн предмети: порталдык гипертензия менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоодон кийинки алгачкы жана алыскы натыйжалар.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, лаборатордук, инструменталдык, статистикалык, Каплан – Майер боюнча бейтаптардын жашап кетүүсү.

Изилдөөлөрдөн алынган жыйынтыктар жана алардын илимий жанылыгы: Портосистемдик шунтирлөөнү жалгаштырууга чейин жана андан кийин порталдык системаны ультрадобуш доплерографиясы (УДДГ) аркылуу изилдөөнүн диагноздоочулук мүмкүнчүлүгү бааланды. Порталдык гипертензияны түрүнө жараша аныктоо (дифференциалдык диагноздоо) максатында ич көңдөйүн биопсия кылуу менен лапароскопиялык видеотекшерүүнүн диагноздоочу баалуулугу үйрөнүлдү. Порциялык (бөлүктүү) проксималдык спленореналдык анастомозду жалгаштыруунун клиникалык натыйжалары бааланды. Порциялык (бөлүктүү) проксималдык спленореналдык анастомозду жалгаштыруунун жаңы ыкмасы иштелип чыгып, клиникалык практикага киргизилди. Ага 31.12.2010-ж. авторлоштукта Кыргызпатенттин №1323 приоритеттүү күбөлүгү алынды жана 27.05.2013-ж. И.К. Ахунбаев атындагы КММАдан №18 «ойлоп табуучулук сунуш» күбөлүгү берилди. Операциядан кийинки уйку бездин сезгенишинин жана анастомоздо кан уюуп калуунун келип чыгышы операция учурунда колдонулган техникалык ыкмалардан улам дене ткандарынын зыянга учурашы менен байланышта экени көрсөтүлдү. Көк боордун вена кан тамырын уйку безден ажыратып алуунун бейтаптын организминде залалы аз жана коркунучсуз ыкмасы иштелип чыкты. Көк боордун вена кан тамырын уйку безден ажыратып алуунун модифицирленген ыкмасы үчүн 20.06.2013-ж. Кыргызпатенттин №1641 приоритеттүү күбөлүгү алынды. Оору баянында ачык операцияны башынан өткөргөндүгү жазылган бейтаптардын ич көңдөйүндө топтолгон сууну чыгаруунун ыкмасы иштелип чыкты. Ал үчүн 30.11.2010-ж. авторлоштукта Кыргызпатенттин №1312 приоритеттүү күбөлүгү жана 27.05.2013-ж. И.К. Ахунбаев атындагы КММАдан №19/13 «ойлоп табуучулук сунуш» күбөлүгү алынды. Боордун циррозу менен жабыркаган бейтаптын курсагынын алдыңкы бетиндеги чарымды (апоневрозду) тигүүнүн ыкмасы модифицирленди, ал үчүн 20.06.2013-ж. Кыргызпатенттин №1642 приоритеттүү күбөлүгү алынды.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Эмгектеги негизги корутундулар жана сунуштар күнүмдүк клиникалык практикада, билим берүү процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулууга тийиш.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Султангазиева Расула Абалиевича на тему: «Хирургическое лечение портальной гипертензии» на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Ключевые слова: портальная гипертензия, цирроз печени, портокавальное шунтирование, спленоренальный анастомоз.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных циррозом печени и портальной гипертензией.

Объект исследования: 153 оперированных пациентов с портальной гипертензией и 38 пациентов с портальной гипертензией, получавших консервативное лечение.

Предмет исследования: ранние и отдаленные результаты после хирургического лечения больных с портальной гипертензией.

Методы исследования: клинический, лабораторный, инструментальный, статистический, и оценка выживаемости по Каплану-Майеру.

Полученные результаты и их новизна: Оценена диагностическая возможность УЗДГ исследования портальной системы до и после формирования портосистемных шунтов. Изучена диагностическая ценность лапароскопической видеоревизии с биопсией органов брюшной полости в плане дифференциальной диагностики портальной гипертензии. Оценена клиническая эффективность формирования порционного проксимального спленоренального анастомоза, разработан и внедрен в клиническую практику новый способ формирования порционного проксимального спленоренального анастомоза (Приоритетное свидетельство №1323 от Кыргызпатента 31.12.2010г.). Определено, что возникновение послеоперационного панкреатита и тромботических осложнений анастомоза связано с травматизацией тканей при технических манипуляциях. Разработан малотравматичный и безопасный способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы. (Приоритетное свидетельство «Модифицированный способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы», Кыргыз патент №1641 от 20.06.2013 г.). Разработан способ парацентеза у пациентов с асцитом в анамнезе перенесших операцию лапаротомию, (Приоритетное свидетельство Кыргызпатента №1312 от 30.11.2010г.). Модифицирован способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки у пациентов циррозом печени (Приоритетное свидетельство Кыргызпатента №1642. от 20.06.2013 г.)

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

Область применения: хирургия.

SUMMARY

dissertation of Rasul Abalievich Sultangaziev "Surgical treatment of portal hypertension", presented for the degree of Doctor of Medical Sciences at the specialty 14.01.17 - Surgery.

Key words: portal hypertension, liver cirrhosis, portocaval bypass, splenorenal anastomosis.

Research objective: to improve the results of surgical treatment of patients with liver cirrhosis and portal hypertension.

Object of study: 153 operated patients with portal hypertension and 38 patients with portal hypertension who received conservative treatment.

Subject of study: early and long-term results of surgical treatment of patients with portal hypertension.

Research methods: clinical, laboratory, instrumental, statistical, and Kaplan-Mayer survival estimates.

Results obtained and their novelty: Diagnostic possibility of ultrasound investigation of the portal system before and after the formation of portosystemic shunt was assessed.

The diagnostic value of laparoscopic video inspection with biopsy of abdominal organs in terms of differential diagnostics of portal hypertension was studied.

Clinical efficacy of formation of portioned proximal splenorenal anastomosis was assessed, a new method of formation of portioned proximal splenorenal anastomosis was developed and introduced into clinical practice (Priority Certificate №1323 from Kyrgyz patent 31.12.2010).

It was determined that the emergence of postoperative pancreatitis and thrombotic complications of anastomosis is associated with tissue trauma during technical manipulations. A minimally traumatic and safe way for mobilization of the splenic vein from the pancreas has been developed. (Priority certificate "Modified way of mobilization of the splenic vein from the pancreas", Kyrgyz patent №1641 dated 20.06.2013).

A method of paracentesis has been developed in patients with ascites in the history of those who underwent laparotomy surgery, (Priority certificate of Kyrgyz patent №1312 from 30.11.2010).

The method of suturing the anterior abdominal wall aponeurosis in patients with liver cirrhosis was modified (Priority Certificate of Kyrgyz patent № 1642. of 20.06.2013).

The degree of use or recommendations for use. The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

Scope of use: surgery.