Диагностика и лечение больных с портальной гипертензией

DOI: 10.16931/1995-5464.2015124-28

Дистальный спленоренальный анастомоз у больных разных возрастных групп

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова, 100115, г. Ташкент, ул. Фархадская, д. 10, Узбекистан

Цель. Оценить результаты применения дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) у больных циррозом печени старшей возрастной группы.**Материал и методы.** В исследование включили 285 больных циррозом печени с портальной гипертензией трех возрастных групп: до 30 лет, 31–49 лет и старше 50 лет. Всем больным выполнено селективное портосистемное шунтирование.**Результаты.** При соблюдении показаний к шунтированию для больных циррозом печени возраст пациентов старше 50 лет не сопровождается большим риском развития специфических постшунтовых осложнений. Частота умеренной и тяжелой печеночной недостаточности составила 7,6% в группе до 50 лет и 13,6% в группе старше 50 лет. Латентная и клиническая формы печеночной энцефалопатии выявлены у 57,1 и 66,7% больных соответственно. Частота нарастания асцита отличалась незначительно – 14,1 и 13,6%. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в раннем периоде после ДСРА развилось у 5,7% пациентов до 50 лет и у 4,5% больных старше 50 лет.**Заключение.** ДСРА в настоящее время является доминирующим и выполняется более чем в 50% наблюдений. Для старшей возрастной группы или в условиях низкого компенсаторного резерва гепатоцитов на фоне цирроза печени этот тип шунтирования остается приоритетным, а порой и единственным способом декомпрессии системы воротной вены.**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, портосистемное шунтирование, дистальный спленоренальный анастомоз.**Distal Splenorenal Anastomosis in Patients of Different Age Groups**

Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Babadzhanov A.Kh., Raimov S.A.

Academician V. Vakhidov Republican Specialized Surgery Center; 10, Farkhadskeya str., Tashkent, 100115, Uzbekistan

Aim. To evaluate the results of distal splenorenal shunts (DSRS) in elderly patients with liver cirrhosis.**Material and Methods.** 285 patients of three age groups with liver cirrhosis (LC) and portal hypertension were enrolled: up to 30 years, 31–49 years and over 50 years. Selective portosystemic shunting was performed in all cases.**Results.** The study showed that there was no significantly greater risk of specific postoperative complications in patients over 50 years if indications for bypass surgery were observed. The incidence of moderate and severe liver failure was 7.6% and 13.6% in patients aged up to 50 years and over 50 years respectively. Latent and clinical forms of hepatic encephalopathy were found in 57.1% and 66.7% of cases respectively. Incidence of ascites augmentation differed slightly – 14.1% versus 13.6%. Bleeding from esophageal varices in early postoperative period after DSRS developed in 5.7% of patients aged up to 50 years and in 4.5% of patients aged over 50 years.**Conclusion.** At present time DSRS is dominant surgery and performed in more than 50% of cases. In elderly patients or due to low compensatory reserve of hepatocytes this type of bypass surgery remains priority and sometimes unique way for portal system decompression.**Key words:** liver cirrhosis, portal hypertension, portosystemic shunting, distal splenorenal anastomosis.

● Введение

Дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) является одним из наиболее оптимальных видов портосистемного шунтирования (ПСШ) с достаточной декомпрессией воротного бассейна. ДСРА, как правило, не приводит к выраженной энцефалопатии и способствует адекватной профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) [1–3]. Этот вариант селективного

шунтирования, максимально сохраняя воротное кровоснабжение органа, предупреждает значительное нарушение функции печени, поскольку декомпрессии подвергается только гастролепальная зона воротной системы, а остаточное воротное давление направлено на поддержание сохраненного уровня воротного кровотока. Конечно, селективный декомпрессивный эффект обуславливает и уменьшение частоты постшунтовых осложнений, поскольку анастомоз

Рис. 1. Дистальный спленоренальный анастомоз. а – схема; б – интраоперационное фото.

позволяет миновать печень только части портальной крови и, соответственно, токсических веществ.

Однако, несмотря на позитивность многих исследований, остается ряд спорных моментов этого типа шунтирования. Так, селективная декомпрессия не всегда обуславливает адекватное снижение воротного давления, о чем свидетельствуют данные о частоте рецидивов кровотечений из ВРВПЖ в ближайшем постшунтовом периоде, достигающей 8,3–21% [4–7]. В то же время ряд авторов сообщают о высокой частоте развития полной депортализации воротного кровотока в отдаленные сроки после ДСРА, что может быть связано с постепенной гемодинамической перестройкой в сторону сформированного шунта.

Особое значение придают вопросам вариантной топографо-анатомической трансформации селезеночной вены в условиях портальной гипертензии (ПГ) и ее зависимости от возрастных и антропометрических особенностей, при кото-

рых нередко, в частности в старшей возрастной группе, возникают сложности формирования ДСРА [8, 9].

● Материал и методы

Для сравнения результатов ДСРА у больных старшего возраста по отношению к пациентам до 50 лет в исследование включили 285 больных циррозом печени (ЦП) и ПГ, поделенных на три возрастные группы: до 30 лет, 31–49 лет и старше 50 лет. Всем больным выполнили селективное ПСШ за период с 1999 по 2013 г. (рис. 1). Мужчин было 187 (65,7%), женщин – 98 (34,3%). Средний возраст больных составил $30,3 \pm 0,6$ лет. При обследовании применяли УЗИ с ЦДК, ангиографию. Морфометрические исследования гистологической структуры сосудов воротного русла и системы левой почечной вены проведены в отделении патологической анатомии РСЦХ. Морфологическому исследованию подвергали селезеночную, брыжеечную, левую почечную вену, центральную вену надпочечника. В каче-

Назыров Феруз Гафурович – доктор мед. наук, профессор, директор Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова. **Девятков Андрей Васильевич** – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова. **Бабаджанов Азам Хасанович** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова. **Раимов Салахиддин Абдулаевич** – врач-ординатор отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова.

Для корреспонденции: Бабаджанов Азам Хасанович – 100115, г. Ташкент, ул. Фархадская, 10, РСЦХ им. акад. В. Вахидова. Тел.: 998-90-175-17-03. E-mail: azam746@mail.ru

Nazyrov Feruz Gafurovich – Doct. of Med. Sci., Professor, Director of academician V. Vakhidov Republican Specialized Surgery Center. **Devyatov Andrey Vasil'yevich** – Doct. of Med. Sci., Professor, Principal Research Fellow of the Department of Portal Hypertension and Pancreatoduodenal Area Surgery of academician V. Vakhidov Republican Specialized Surgery Center. **Babadzhanov Azam Khasanovich** – Cand. of Med. Sci., Senior Research Fellow of the Department of Portal Hypertension and Pancreatoduodenal Area Surgery of academician V. Vakhidov Republican Specialized Surgery Center. **Raimov Salakhiddin Abdulaevich** – Resident of the Department of Portal Hypertension and Pancreatoduodenal Area Surgery of academician V. Vakhidov Republican Specialized Surgery Center.

For correspondence: Babadzhanov Azam Khasanovich – 10, Farkhadska str., Republican Specialized Surgery Center, 100115, Tashkent, Uzbekistan. Phone: 998-90-175-17-03. E-mail: azam746@mail.ru

Таблица 1. Частота печеночной недостаточности после ДСРА

Возрастная группа	Всего наблюдений, абс.	Число наблюдений печеночной недостаточности после ДСРА, абс. (%)	
		умеренной	тяжелой
<30 лет	172	6 (3,5)	6 (3,5)
31–49 лет	91	4 (4,4)	4 (4,4)
>50 лет	22	2 (9,1)	1 (4,5)
Итого	285	12 (4,2)	11 (3,9)

Таблица 2. Частота печеночной энцефалопатии после ДСРА

Возрастная группа	Всего наблюдений, абс.	Число наблюдений печеночной энцефалопатии после ДСРА, абс. (%)	
		латентной	манифестной
<30 лет	98	44 (44,9)	11 (11,2)
31–49 лет	65	31 (47,7)	7 (10,8)
>50 лет	18	10 (55,6)	2 (11,1)
Итого	181	85 (47)	20 (11)

Таблица 3. Частота нарастания асцита после ДСРА

Возрастная группа	Всего наблюдений, абс.	Число больных с асцитом, абс. (%)
<30 лет	172	25 (14,5)
31–49 лет	91	12 (13,2)
>50 лет	22	3 (13,6)
Итого	285	40 (14)

стве контроля служили соответствующие вены, полученные во время аутопсий пациентов без заболеваний печени и желудочно-кишечного тракта. Результаты обработаны методом вариационной статистики (критерии Стьюдента и Фишера). Вычисляли среднюю арифметическую и ее стандартную ошибку ($M \pm m$). Достоверными считали данные, если уровень значимости показателя достоверности разности средних величин (p) не превышал 0,05. Обработка полученных данных и их графическое представление проводились на ПЭВМ с использованием программ MS Excel, Statistica 6.0, BIOSTAT.

● Результаты и обсуждение

Как оказалось, частота печеночной недостаточности была несколько больше в группе больных старше 50 лет, однако эта разница оказалась недостоверной по сравнению с другими возрастными группами (табл. 1).

Латентная форма печеночной энцефалопатии (ПЭ), выявленная при помощи аппарата “HEPAtoporm™ – Analyzer”, определена у 44 (44,9%) пациентов до 30 лет, в 31 (47,7%) наблюдении у пациентов 31–49 лет и у 10 (55,6%) больных старше 50 лет (табл. 2). Клинические признаки ПЭ определены у 11 (11,2%), 7 (10,8%) и 2 (11,1%) больных соответственно. Как и по частоте печеночной недостаточности, небольшая разница в полученных показателях по критерию χ^2 оказалась недостоверной.

Одним из относительных противопоказаний к ДСРА является наличие отечно-асцитического синдрома у больных до операции. По аналогии с вероятностью кровотечения из ВРВПЖ после операции на фоне функционирующего анастомоза, что может быть следствием низкого декомпрессионного эффекта, присущего селективному типу шунтирования, вероятность прогрессирования асцита после операции также может быть связана именно с этим фактором. В нашем анализе среди всей рассматриваемой выборки больных прогрессирование асцита отмечено в 40 (14%) наблюдениях. При этом для возраста старше 50 лет, как и предыдущие осложнения, нарастание асцита оказалось без достоверного различия (табл. 3).

Среди всех осложнений кровотечение из ВРВПЖ в раннем послеоперационном периоде наиболее присуще селективным типам шунтирования. Как было сказано выше, основной причиной является низкий декомпрессивный эффект. К тому же определенное значение имеет и фактор перенесенной операции, который в сочетании с портальной гастропатией может оказывать свое влияние на риск ранней геморагии.

Если в ранние периоды развития хирургии ПГ основной причиной были тромбозы анастомозов, то сейчас этот фактор значительно нивелирован, а перечисленные выше факторы могут привести к кровотечению из ВРВПЖ даже на фоне функционирующего шунта. В нашем исследовании кровотечение из ВРВПЖ отмечено у 16 (5,6%) пациентов, причем в старшей возрастной группе – у 1 (4,5%) пациента, в группе до 30 лет – у 11 (6,4%) больных, в группе больных 31–49 лет – у 4 (4,4%). Эта разница в показателях также оказалась недостоверной.

Всего в раннем послеоперационном периоде умерло 13 больных, летальность составила 4,6%. В группе больных старше 50 лет фатальное ос-

Рис. 2. Диаграмма. Частота специфических осложнений ДСРА.

ложение отмечено в 1 (4,5%) случае, в группе до 30 лет — 5,2% (9 больных) и в группе 31–49 лет — 3,3% (3 пациента), различия недостоверны.

Обобщая все факторы, можно отметить, что при соблюдении стандартных показаний к ПСШ для больных ЦП возраст пациентов старше 50 лет не сопровождается большим риском специфических осложнений по сравнению с другими возрастными группами. Это доказывают сводные данные по всем осложнениям в группах сравнения (рис. 2).

● Заключение

Накопленный опыт позволил расширить показания к ДСРА для пациентов с ЦП старше 50 лет. В зависимости от особенностей сосудистой трансформации селезеночной вены ДСРА в настоящий период является доминирующим и выполняется более чем в 50% наблюдений, причем для старшей возрастной группы или в условиях низкого компенсаторного резерва гепатоцитов на фоне ЦП этот тип шунтирования остается приоритетным, а порой и единственным способом декомпрессии воротного бассейна.

Конечно, с одной стороны, накопленный небольшой опыт требует дальнейшего изучения проблемы расширенного внедрения ПСШ в старшие возрастные группы. С другой стороны, возрастные особенности могут проявляться не только осложнениями по основной патологии, но и иметь ряд других повышающих риск операции факторов, что требует рационального подхода к выбору тактики лечения этой категории больных ЦП. Однако в противовес этому можно всегда поставить абсолютные показания к коррекции ПГ в виде перенесенных кровотечений в анамнезе, рецидив которых несет значительно больший риск в отношении летальности, нежели риск специфических постшунтовых осложнений. Соответственно при адекватном индивидуальном подходе

к выбору типа хирургического лечения вероятность положительного исхода планируемого вмешательства будет всегда выше, чем попытки консервативной профилактики геморрагического синдрома, особенно для пациентов, перенесших кровотечение из ВРВПЖ в анамнезе.

● Список литературы

1. Hashimoto N., Ashida H. Effect of distal splenoportal shunt plus splenopancreatic disconnection on glucose and amino acid metabolism. *Hepatogastroenterology*. 2005; 5 (61): 274–276. PMID: 15783048
2. Kato K., Kondo S., Hirano S., Omi M., Ambo Y., Okushiba S., Katoh H. Surgical closure of the gastrosplenic shunt with distal splenoportal shunt operation for portosystemic encephalopathy. *Hepatogastroenterology*. 2001; 48 (39): 840–841. PMID: 11462936
3. Livingstone A.S., Koniaris L.G., Perez E.A., Alvarez N., Levi J.U., Hutson D.G. 507 Warren Zeppa distal splenoportal shunts: a 34-year experience. *Ann. Surg.* 2006; 243 (6): 884–892. PMID: 16772792
4. Зубарев П.Н., Котив Б.Н., Хохлов А.В., Алентьев С.А., Чалый А.Н. Выбор способа портокавального шунтирования. *Анналы хирургической гепатологии*. 2000; 5 (2): 227–228.
5. Мирзаев Б.Б. Возможности эндоскопических вмешательств на этапах хирургической коррекции портальной гипертензии: дис. ... канд. мед. наук. Ташкент, 2008. 150 с.
6. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В. Современное состояние реконструктивной хирургии портального кровообращения у больных циррозом печени с угрозой кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. *Анналы хирургической гепатологии*. 2000; 5 (2): 245–246.
7. Щеголев А.А., Аль-Сабунчи О.А., Шепотко Е.Г. Прогноз кровотечения из варикозных вен пищевода. Актуальные проблемы современной хирургии: труды Международного хирургического конгресса. Москва, 2003. С. 18.
8. Туракулов А.Б. Хирургические аспекты синдрома спленомегалии у больных циррозом печени: дис. ... канд. мед. наук. Ташкент, 2006. 126 с.
9. Ходжиев Д.Ш. Селективное портосистемное шунтирование в хирургии портальной гипертензии у больных циррозом печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ташкент: НЦХ, 2000. 77 с.

● References

1. Hashimoto N., Ashida H. Effect of distal splenorenal shunt plus splenopancreatic disconnection on glucose and amino acid metabolism. *Hepatogastroenterology*. 2005; 5 (61): 274–276. PMID: 15783048
2. Kato K., Kondo S., Hirano S., Omi M., Ambo Y., Okushiba S., Katoh H. Surgical closure of the gastrosplenic shunt with distal splenorenal shunt operation for portosystemic encephalopathy. *Hepatogastroenterology*. 2001; 48 (39): 840–841. PMID: 11462936
3. Livingstone A.S., Koniaris L.G., Perez E.A., Alvarez N., Levi J.U., Hutson D.G. 507 Warren Zeppa distal splenorenal shunts: a 34-year experience. *Ann. Surg.* 2006; 243 (6): 884–892. PMID: 16772792
4. Zubarev P.N., Kotiv B.N., Khokhlov A.V., Alent'yev S.A., Chalyj A.N. Choice of method of porto-caval shunting. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2000; 5 (2): 227–228. (In Russian)
5. Mirzaev B.B. *Vozmojnosti endoskopicheskikh vmeshatel'stv na etapah khirurgicheskoy korrekcii portal'noy gipertenzii* [Possibilities of endoscopic interventions at the stages of surgical correction of portal hypertension: dis. ... cand. med. sci.]. Tashkent, 2008. 150 p. (In Russian)
6. Nazayrov F.G., Akilov Kh.A., Devyatov A.V. Current condition of reconstructive surgery of portal blood circulation in patients with liver cirrhosis and the threat of variceal bleedings. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2000; 5 (2): 245–246. (In Russian)
7. Shchyogolev A.A., Al'-Sabunchi O.A., Shepot'ko E.G. *Prognoz krvotocheniya iz varikoznih ven pishhevoda. Aktual'nie problemy sovremennoy khirurgii: trudi Mejdunarodnogo khirurgicheskogo kongressa* [Prognosis of bleeding from esophageal varices. Actual problems of current surgery: proceedings of the International Surgical Congress.] Moscow, 2003. P. 18. (In Russian)
8. Turakulov A.B. *Khirurgicheskie aspekti sindroma splenomegalii u boln'nykh cirrozom pecheni* [Surgical aspects of splenomegaly syndrome in patients with liver cirrhosis: dis. ... cand. med. sci.]. Tashkent, 2006. 126 p. (In Russian)
9. Khodzhiev D.Sh. *Selektivnoe portosistemnoe shuntirovanie v khirurgii portal'noy gipertenzii u boln'nykh cirrozom pecheni* [Selective porto-systemic shunting in portal hypertension surgery in patients with liver cirrhosis: autoref. dis. ... cand. med. sci.]. Tashkent: NCKh, 2000. 77 p. (In Russian)

Статья поступила в редакцию журнала 04.12.2014.
Received 4 December 2014.