



© А.Ф. Якупов, С.Б. Сангаджиев, Р.Р. Мустафин, А.Ю. Анисимов, 2013  
УДК 616.149-008.341.1

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**АСКАР ФАЙРУЗОВИЧ ЯКУПОВ**, канд. мед. наук, врач-хирург отделения хирургии ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, тел. 8-927-037-28-82, e-mail: askar1906@mail.ru

**САВР БОРИСОВИЧ САНГАДЖИЕВ**, канд. мед. наук, врач-хирург отделения хирургии ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, тел. 8-927-404-40-30, e-mail: savrsan@mail.ru

**РАИС РОБЕРТОВИЧ МУСТАФИН**, канд. мед. наук, зав. приемным отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, ассистент кафедры скорой медицинской помощи ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. 8-927-240-93-02, e-mail: rai-mustafin@yandex.ru

**АНДРЕЙ ЮРЬЕВИЧ АНИСИМОВ**, докт. мед. наук, профессор кафедры скорой медицинской помощи ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист-хирург Министерства здравоохранения Республики Татарстан, зам. главного врача по медицинской части ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru

**Реферат.** Проанализированы клинические, лабораторные, инструментальные данные, характер, тяжесть осложнений и исходы заболеваний в трех группах пациентов. 1-я группа — 22 человека с внутрипеченочной и внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ), у которых в плановом порядке в связи с высоким риском возникновения пищеводно-желудочного кровотечения были выполнены шунтирующие операции в различных модификациях. 2-я группа — 15 пациентов с циррозом печени (ЦП) и внутрипеченочной ПГ, у которых в плановом порядке было выполнено прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора. 3-я группа — 28 больных ЦП и внутрипеченочной ПГ, у которых прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора было выполнено по экстренным показаниям в связи с развившимся пищеводно-желудочным кровотечением. Общее количество осложнений у больных 1-й группы составило 27,3%, у больных 2-й группы — 33,3%, у больных 3-й группы — 57,1%. Послеоперационная летальность у больных 1-й группы составила 4,5%, у больных 2-й группы летальности не было, у больных 3-й группы — 35,7%.

**Ключевые слова:** портальная гипертензия, пищеводно-желудочное кровотечение.

## COMPARATIVE EVALUATION OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PORTAL HYPERTENSION

**ASKAR F. YAKUPOV**, the candidate of medical sciences, the doctor the surgeon of office of surgery of GAUZ «Interregional Clinic Diagnostic Center» of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, 8-927-0372882, askar1906@mail.ru

**SAVR B. SANGADZHIYEV**, the candidate of medical sciences, the doctor the surgeon of office of surgery of GAUZ «Interregional Clinic Diagnostic Center» of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, 8-927-4044030, savrsan@mail.ru;

**RAIS R. MUSTAFIN**, the candidate of medical sciences, the manager of a reception of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, the assistant to chair of fast medical care of GBOU DPO «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of the Russian Federation, 8-927-2409302, rai-mustafin@yandex.ru

**ANDREY Y. ANISIMOV**, the doctor of medical sciences, the professor, the chief non-staff specialist the surgeon of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, the deputy chief physician by medical part of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, the professor of chair of an emergency medical service of GBOU DPO «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of the Russian Federation, Kazan, aanisimovbsmp@yandex.ru

**Abstract.** Analyzed clinical, laboratory and instrumental data, the nature, severity and outcome of disease complications in three groups of patients. I group — 22 people with intrahepatic and extrahepatic portal hypertension (HSV), who routinely due to the high risk of bleeding esophageal-gastric bypass operations were performed in different versions. Group II — 15 patients CPU and intrahepatic GHG who routinely been performed by suturing VRVPZH MD Patsiora. Group III — 28 patients with cirrhosis and intrahepatic GHGs that have stitching on VRVPZH MD Patsiora was performed by emergency indications in connection with the high-spirited esophageal-gastric bleeding. the total number of complications in patients of group 1 was 27,3% in patients in group 2 — 33,3%, in patients with the third group — 57,1%. Postoperative mortality in patients of group 1 was 4,5% in patients in group 2 had no mortality, in patients with the third group — 35,7%.

**Key words:** portal hypertension, esophageal-gastric bleeding.

**В**ведение. Уровень передовых высоких медицинских технологий сегодня позволяет переосмотреть целый ряд концептуальных аспектов традиционной хирургии портальной гипертензии (ПГ) и преодолеть серьезный барьер, сложившийся между прогрессивным увеличением числа больных, погибающих от кровотечений из вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), с одной стороны, и доминированием негативного отношения к хирургическому лечению больных ПГ — с другой [2, 6].

Как известно в 70% случаев причиной развития внутрипеченочной ПГ у взрослых является цирроз печени (ЦП), как конечная стадия многих хронических диффузных ее заболеваний [7, 10, 11, 14].

По современным представлениям, этиологическим моментом ЦП выступают вирусы гепатитов А, В, С, Д, Е, вирус герпеса, цитомегаловирус, аденовирус, вирус иммунодефицита человека и др. [13]. Высокий удельный вес занимают социально значимые заболевания — алкоголизм, наркомания, психические расстройства с суицидальной направленностью [12].

В Республике Татарстан с числом населения 3 млн 779,3 тыс. первичная заболеваемость ЦП на 1 000 среднегодового постоянного населения в 1999 г. составила 24,5, а в 2006 г. — уже 30,3 [3].

За период с 1999 по 2006 г. в республике отмечен устойчивый рост заболеваемости ЦП в абсолютных цифрах с 3190 до 5665 (или на 43,7%).

Анализ многолетней динамики (с 1993 по 2006 г.) коэффициента смертности от ЦП вирусной этиологии показал, что среди жителей Республики Татарстан он колебался от 12,18 в 1999 г. до 18,9 в 1995 г., составив в среднем 15,4 на 100 тыс. населения.

Оценка тенденции коэффициента смертности по темпу среднего прироста за анализируемый период при вирусном ЦП показала, что имеет место стабилизация этого показателя (+0,3%) с ежегодным увеличением в среднем на процент.

При ЦП алкогольной этиологии коэффициент смертности колебался от 0,98 в 1997 г. до 6,83 в 2005 г., составив в среднем 3,60 на 100 тыс. населения.

Оценка тенденции коэффициента смертности по темпу среднего прироста за анализируемый период при алкогольном ЦП показала, что она имеет выраженный характер роста (+6,14%) с ежегодным увеличением в среднем на 12,47%.

Оценка тенденции показателя смертности в различных возрастных группах показала ее выраженный рост у всех пациентов с алкогольным ЦП (от +5,2% в группе от 30 до 39 лет, до +11,14% в группе старше 70 лет).

У пациентов с вирусным ЦП в целом по группе отмечена умеренная тенденция к росту показателя смертности (от +1,5% в группе от 60 до 69 лет до +10,58% в группе от 20 до 29 лет). Однако в наиболее трудоспособных возрастных группах имеет место выраженная тенденция к росту показателя смертности (от +7,2% в группе от 30 до 39 лет и +10,58% в группе от 20 до 29 лет).

Все это свидетельствует о том, что в ближайшей перспективе, при имеющемся уровне оказания медицинской помощи, республику ожидает неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с выраженной тенденцией к росту смертности от ЦП в наиболее трудоспособных возрастных группах населения.

Несмотря на то что на рубеже 80—90-х гг. XX столетия сформировались основные направления хирургической тактики в лечении пациентов с ПГ, вопросы, когда, какая операция, в каких сочетаниях в данном конкретном случае наиболее оптимальна, до сих пор остаются дискуссионными [1, 4, 9].

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения, как нам представляется, во многом связана также с дефицитом информативных диагностических критериев для объективизации выбора способа оперативного лечения, сроков его выполнения и объема вмешательства [5].

Не случайно в последнее время мы являемся свидетелями пристального интереса к данной проблеме со стороны исследователей и практикующих врачей. Об этом говорят публикации на страницах журнала «Анналы хирургической гепатологии», материалы XII Конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ (Ташкент, 2005), I Международной конференции по торакоабдоминальной хирургии (Москва, 2008). В решениях этих форумов проблема выбора оптимальных режимов диагностики и хирургического лечения больных ПГ отнесена к вопросам, требующим дальнейшего изучения в доказательных многоцентровых исследованиях. Решение этой проблемы составляет актуальную задачу клинической хирургии.

*Цель исследования* — улучшить результаты лечения больных с различными вариантами синдрома портальной гипертензии на основании внедрения в клиническую практику новых диагностических технологий и дифференцированного подхода к выбору методов хирургического лечения.

**Материал и методы.** В основу работы положен анализ результатов лечения больных ПГ за период с 2006 по 2012 г. Все наблюдаемые нами больные были подвергнуты общеклиническому, лабораторному и инструментальному обследованию.

У 57 (87,7% наблюдений) человек был установлен диагноз цирроза печени (ЦП). У 8 (12,3% наблюдений) пациентов имела место внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ). В плановом порядке было прооперировано 37 больных с высоким риском угрозы кровотечения из ВРВПЖ. В том числе пациентов с ЦП — 29 (78,4% наблюдений), с ВПГ — 8 (21,6% наблюдений). Среди больных ЦП мужчин было 21 (72,4% наблюдений), женщин 8 (27,6% наблюдений). В возрасте от 15 до 39 лет было 11 (37,9% наблюдений), от 40 до 59 лет — 15 (51,7% наблюдений), от 60 и выше — 3 (10,3% наблюдений). Среди этиологических факторов ЦП у 10 (34,48% наблюдений) из 29 больных был выявлен вирусный гепатит В, у 12 (41,37% наблюдений) — вирусный гепатит С, у 5 (17,24% наблюдений) — ЦП алиментарной этиологии, у 2 (6,89% наблюдений) — ЦП неуточненной этиологии. У 17 (45,95% наблюдений) больных, оперированных в плановом порядке, в анамнезе имели место кровотечения из ВРВПЖ. Уровень билирубина в плазме крови у 18 (62,06% наблюдений) пациентов не превышал 25 ммоль/л, у 11 (37,93% наблюдений) он составил от 25 до 50 ммоль/л. Концентрация альбумина в плазме крови превышала 35 г/л у 20 (68,97% наблюдений), находилась в промежутке от 30 до 35 г/л у 9 (31,03% наблюдений) больных. Протромбиновый индекс у 18 (62,06% наблюдений) пациентов составил от 80 до 100%, у 11 (37,93% наблюдений) от 79 до 60%.

У 27 (93,10% наблюдений) пациентов была диагностирована гиперферментемия (по Reitman, Frankel) низкой степени, у 2 (6,89% наблюдений) — средней степени. У 6 (20,68% наблюдений) пациентов при объективном исследовании была обнаружена жидкость в брюшной полости. У всех этих больных асцит носил транзиторный характер и легко контролировался назначением диуретиков. У 5 (17,24% наблюдений) больных была выявлена латентная форма энцефалопатии.

По критериям Чайлда—Пью (1973) все больные ЦП были разделены на две прогностические группы. В класс А (компенсированный ЦП) вошли 16 (55,2% наблюдений), в класс В (субкомпенсированный ЦП) 13 (44,8% наблюдений) пациентов. Среди 8 больных ВПГ мужчин было 3 (37,5% наблюдений), женщин 5 (62,5% наблюдений). В возрасте от 15 до 30 лет было 6 (75% наблюдений) больных, от 40 до 59 лет — 2 (25% наблюдений). Среди этиологических факторов ВПГ у 1 (12,5% наблюдений) было травматическое повреждение воротной вены, у 4 (50% наблюдений) тромбоз основного ствола воротной вены и ее ветвей, у 3 (37,5% наблюдений) врожденная аномалия развития воротной вены и ее ветвей. У 24 (64,86% наблюдений) больных во время ЭГДС были обнаружены ВРВП, у 13 (35,13% наблюдений) — ВРВП и кардиального отдела желудка. Из 24 больных с ВРВП у 19 (79,16% наблюдений) больных они локализовались в нижней трети пищевода, у 5 (20,83% наблюдений) — в нижней и средней его трети. У 9 (24,32% наблюдений) больных ПГ была обнаружена II, а у 28 (75,68% наблюдений) больных — III степень выраженности ВРВП по А.Г. Шерцингеру (1986). Форму ЦП оценивали макроскопически во время операции и микроскопически (по результатам интраоперационной биопсии печени). Крупноузловая форма диагностирована у 7 (24,13% наблюдений), мелкоузловая — у 22 (75,86% наблюдений). При ультразвуковом исследовании печеночной паренхимы у 12 (32,43% наблюдений) больных размеры печени были увеличены, у 3 (8,10% наблюдений) — уменьшены, у 22 (59,45% наблюдений) не выходили за пределы возрастной нормы. У 7 (24,13% наблюдений) больных ЦП обнаружена деформация контуров печени. У 4 (13,79% наблюдений) больных ЦП выявлено обеднение сосудистого рисунка паренхимы печени с диффузным расположением в ней экоструктур различной плотности и размеров. У 35 (94,59% наблюдений) больных ПГ селезенка была увеличена в размерах.

В экстренном порядке по поводу пищеводно-желудочного кровотечения было прооперировано 28 больных ЦП (43,08% наблюдений). У всех 28 (100% наблюдений) человек диагноз ЦП был установлен в анамнезе. У 7 (25% наблюдений) больных была кровопотеря легкой, у 7 (25% наблюдений) — средней и у 14 (50% наблюдений) — тяжелой степени тяжести по классификации А.И. Горбашко (1974). Концентрация билирубина в плазме крови у 3 (10,7% наблюдений) пациентов не превышал 25 ммоль/л, у 14 (50,0% наблюдений) он составил от 25 до 50 ммоль/л и у 11 (39,3% наблюдений) превысил 50 ммоль/л. Концентрация альбумина в плазме крови превышала 35 г/л у 3 (10,7% наблюдений), находилась в промежутке от 30 до 35 г/л у 7 (25,0% наблюдений) и была ниже 30 г/л у 18 (64,3% наблюдений) больных. Протромбиновый индекс у 7 (25,0% наблюдений) человек составил от 80 до 100%, у 14 (50,0% наблюдений) — от 79 до 60%,

у 7 (25,0% наблюдений) — менее 60%. У 18 (64,3% наблюдений) пациентов, оперированных в экстренном порядке, диагностирована средняя, а у 10 (35,7% наблюдений) — высокая степень активности ЦП. У всех 28 (100% наблюдений) пациентов при объективном исследовании имело место скопление жидкости в брюшной полости. У 14 (50,0% наблюдений) из них асцит носил транзиторный характер, у 14 (50,0% наблюдений) асцит был диуретикорезистентным. У 4 (14,3% наблюдений) больных была латентная форма печеночной энцефалопатии. У 10 (35,7% наблюдений) была I, у 10 (35,7% наблюдений) — II, у 4 (14,3% наблюдений) — III степень выраженности печеночной энцефалопатии. Класс А (компенсированный ЦП) был у 4 (14,3% наблюдений), класс В (субкомпенсированный ЦП) у 14 (50,0% наблюдений) и класс С (декомпенсированный ЦП) у 10 (35,7% наблюдений) пациентов. У 18 (64,3% наблюдений) больных во время ЭГДС были обнаружены ВРВП, у 10 (35,7% наблюдений) — ВРВП и кардиального отдела желудка. Из 18 больных с ВРВП у 15 (83,3% наблюдений) они локализовались в нижней трети пищевода, у 3 (16,7% наблюдений) — в нижней и средней его трети. У 7 (25,0% наблюдений) больных была обнаружена II, а у 21 (75,0% наблюдений) — III степень выраженности ВРВП по А.Г. Шерцингеру (1986). Источник кровотечения во время проведения экстренной ЭГДС был установлен у 14 (50,0% наблюдений) больных. У 11 (78,6% наблюдений) из них он располагался в дистальной трети пищевода, у 3 (21,4% наблюдений) — в области кардиального отдела желудка. У 14 (50,0% наблюдений) пациентов установить точно локализацию источника кровотечения не удалось. Крупноузловая форма ЦП диагностирована у 20 (71,42% наблюдений), мелкоузловая — у 5 (17,85% наблюдений), смешанная — у 3 (10,71% наблюдений) больных. При ультразвуковом исследовании печеночной паренхимы у 7 (25,0% наблюдений) больных размеры печени были увеличены, у 4 (14,3% наблюдений) — уменьшены, у 17 (60,7% наблюдений) не выходили за пределы возрастной нормы. У 6 (21,4% наблюдений) больных была обнаружена деформация контуров печени, у 25 (89,3% наблюдений) — обеднение сосудистого рисунка паренхимы. У 22 (78,6% наблюдений) больных была обнаружена увеличенная в размерах селезенка.

Из 29 больных ЦП, поступивших в плановом порядке, по критериям Чайлда—Пью к классу А были отнесены 16 (55,2% наблюдений) больных. Из них портокавальное шунтирование (ПКШ) выполнено у 10 человек. В том числе мезентерикокавальный анастомоз (МКА) «Н»-типа с сосудистой вставкой из аутоvene — у 1, дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) «конец в бок» — у 4, спленоренальный анастомоз «Н»-типа с синтетической сосудистой вставкой — у 5. Прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора было выполнено у 6 больных.

К классу В были отнесены 13 пациентов (44,8% наблюдений). Из них ПКШ выполнено у 4. В том числе ДСРА «конец в бок» — у 1, СРА «Н»-типа с синтетической сосудистой вставкой — у 3. Прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора — у 9 больных. У всех 8 пациентов с ВПГ был выполнен МКА, в том числе с верхней брыжеечной веной — у 7, с нижней брыжеечной веной — у 1. МКА «конец в бок» был выполнен у 3, МКА «Н»-типа с синтетической сосудистой вставкой — у 5.



30 больным ЦП была выполнена термография передней брюшной стенки с помощью инфракрасной камеры ThermoCAM P 65 производства FLIR Systems (Швеция, США). Для удобства анализа пациенты были разделены на 4 группы. 1-я группа (20 человек) — клинически здоровые добровольцы, 2-я группа (10 больных) — класс А ЦП, 3-я группа (15 больных) — класс В ЦП, 4-я группа (5 больных) — класс С ЦП.

Статистическую обработку результатов исследования проводили методом вычисления параметров описательной статистики: средняя, медиана, стандартное отклонение, стандартная ошибка средней. Для анализа взаимосвязи лабораторных показателей и возможных

осложнений использовали параметрический корреляционный метод Пирсона [8].

**Результаты и их обсуждение.** Подводя итоги тепловизионного исследования, мы установили, что между степенью компенсации цирроза печени и состоянием окольного кровотока существует тесная связь.

У лиц 1-й группы регистрировали участки кожи с разными спектрами цвета [ $t = (34,03 \pm 0,31) \text{ C}^\circ$ ]. Однако четкой локализации каждого участка спектра цвета, характерного для патологического процесса, мы не наблюдали. По нашему мнению, это свидетельствовало о незрелости окольного кровотока (рис. 1).

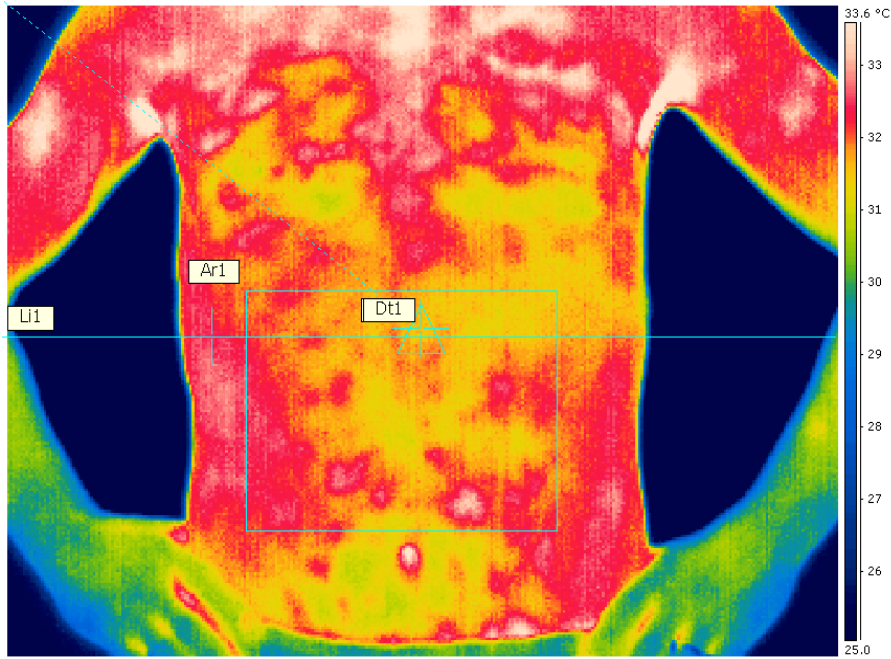


Рис. 1. Тепловизионная картина здорового мужчины 40 лет

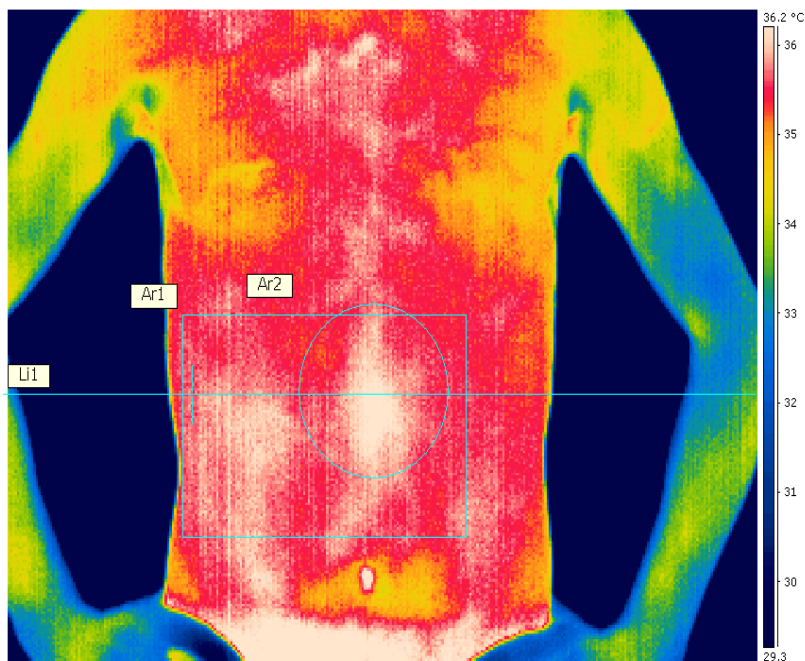


Рис. 2. Тепловизионная картина больного 2-й группы

У пациентов 2-й группы имела место размытость и нечеткость белого спектра цвета [ $t = (35,3 \pm 0,42)^\circ\text{C}$ ]. Это свидетельствовало о недостаточной выраженности окольного кровотока по сосудистым коллатералям передней брюшной стенки (рис. 2).

У пациентов 3-й группы белый и красный спектры цвета были распределены преимущественно в эпигастральной и мезогастральной областях передней брюшной стенки. Кроме того, умеренно контурировались сосуды передней брюшной стенки [ $t = (36,18 \pm 0,17)^\circ\text{C}$ ]. Такая термографическая картина, по нашему мнению, указывала на развитость окольного

кровотока по сосудистым коллатералям передней брюшной стенки (рис. 3).

У пациентов 4-й группы белый и красный спектры цвета также были распределены в эпигастральной и мезогастральной областях передней брюшной стенки. При этом отчетливо контурировались значительно расширенные сосуды передней брюшной стенки в виде выраженных сосудистых стволов [ $t = (36,76 \pm 0,19)^\circ\text{C}$ ]. Такая термографическая картина, по нашему мнению, свидетельствовала о крайней степени выраженности развития окольного кровотока по сосудистым коллатералям передней брюшной стенки (рис. 4).

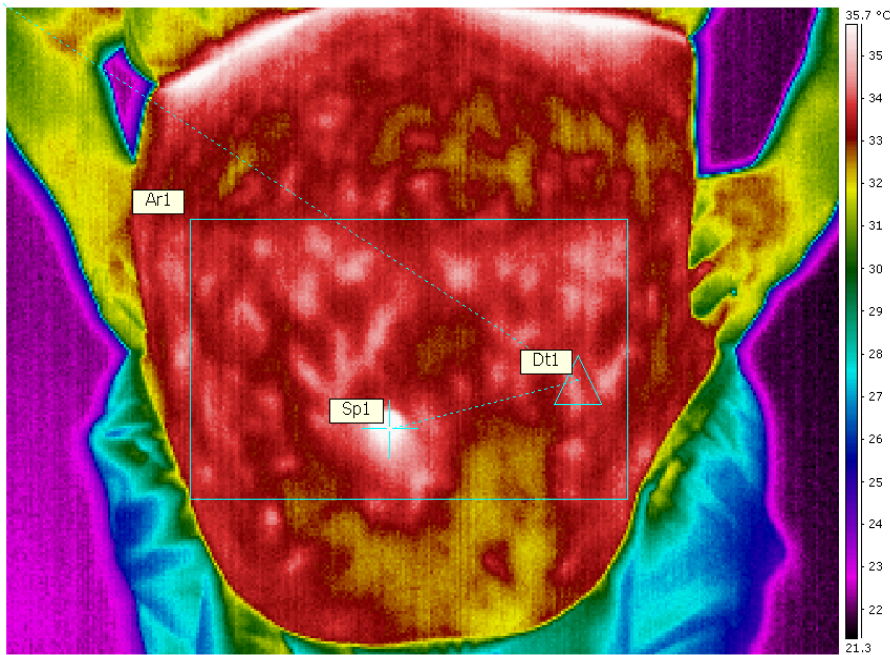


Рис. 3. Тепловизионная картина больного 3-й группы

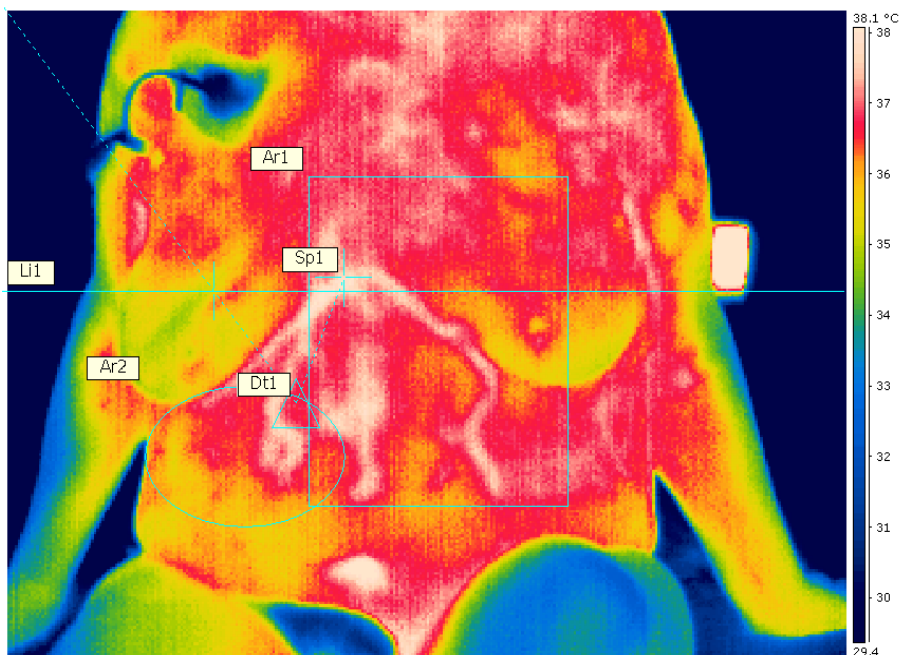


Рис. 4. Тепловизионная картина больного 4-й группы

Для выявления корреляции между интенсивностью инфракрасного излучения передней брюшной стенки и состоянием ее кровоснабжения данные, полученные при термографии, мы сравнивали с результатами клинического, эндоскопического и сонографического исследований. При этом было обнаружено, что глубина изменений, зарегистрированных на термограммах, коррелировала с ультразвуковыми и эндоскопическими находками. Так у больных 3-й и 4-й групп при ультразвуковом исследовании были обнаружены естественные внутripеченочные и внепеченочные портосистемные анастомозы, а при эндоскопическом исследовании — признаки высокого давления в портальной системе.

При проведении статистического анализа нами была выявлена достоверная разница изменения температур передней брюшной стенки между 1-й и 2-й ( $p=0,02$ ), 3-й и 4-й ( $p=0,032$ ), 2-й и 4-й группами ( $p=0,004$ ) (рис. 5).

По нашему мнению, термографию тепловизором ThermoCAM P65 целесообразно включать в комплексную диагностическую программу больных ЦП, осложненным синдромом ПГ.

Далее нами проанализированы клинические, лабораторные, инструментальные данные, характер, тяжесть осложнений и исходы заболеваний в трех группах пациентов.

В 1-ю группу вошли 22 человека с внутripеченочной и внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ), у которых в плановом порядке в связи с высоким риском возникновения пищеводно-желудочного кровотечения были выполнены шунтирующие операции в различных модификациях. В том числе 5 (22,7%) больным ЦП и внутripеченочной ПГ был наложен дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА), 1 (4,5%) — мезентерико-кавальный анастомоз (МКА), 8 (36,4%) — спленоренальный анастомоз (СРА) «Н»-типа с синтетической сосудистой вставкой. У 8 (36,4%) больных ВПГ был выполнен мезентерико-кавальный анастомоз.

Во 2-ю группу мы включили 15 пациентов с ЦП и внутripеченочной ПГ, у которых в плановом порядке было выполнено прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора.

3-ю группу составили 28 больных ЦП и внутripеченочной ПГ, у которых прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора было выполнено по экстренным показа-

ниям в связи с развившимся пищеводно-желудочным кровотечением.

Портокавальный шунтирование позволило у 18 из 22 оперированных больных ЦП добиться полного или почти полного исчезновения ВРВПЖ. В связи с этим после шунтирования в 81,8% наблюдений хирургический аспект ЦП мы считали решенным. После операции М.Д. Пациора добиться полного исчезновения ВРВПЖ удалось лишь в одном случае. Однако в группе пациентов ЦП класса В ее применение в плановом порядке считаем оправданным, так как ни одного летального исхода мы у них не наблюдали. Для сравнения на высоте пищеводно-желудочного кровотечения летальность после прошивания ВРВПЖ составила 36%.

В раннем послеоперационном периоде от острой печеночной недостаточности вследствие редуции печеночного кровотока умер один больной ЦП. Ему был выполнен МКА «Н»-типа с сосудистой вставкой. После СРА и операции М.Д. Пациора летальности в раннем послеоперационном периоде не было.

Тромбоз шунта наблюдали у двух пациентов ЦП. Одному из них был выполнен ДСРА, а другому СРА «Н»-типа. В обоих случаях мы вынуждены были выполнить релапаротомию, спленэктомию, деваскуляризацию желудка и прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора.

У пациентов с ВПГ летальности не было.

Таким образом, общее количество осложнений у больных 1-й группы составило 27,3%, у больных 2-й группы — 33,3%, у больных 3-й группы — 57,1%.

Послеоперационная летальность у больных 1-й группы составила 4,5%, у больных 2-й группы летальности не было, у больных 3-й группы — 35,7%.

#### Заключение

1. Тепловизионное исследование целесообразно применять в диагностике степени выраженности ПГ. Она дает объективную информацию о степени развития коллатерального кровотока по сосудам передней брюшной стенки.

2. После операций портокавального шунтирования, выполненных в плановом порядке, осложнения возникают в 27,3% случаев, а послеоперационная летальность составляет 4,5%. После прошиваний варикозно расширенных вен пищевода и желудка по М.Д. Па-

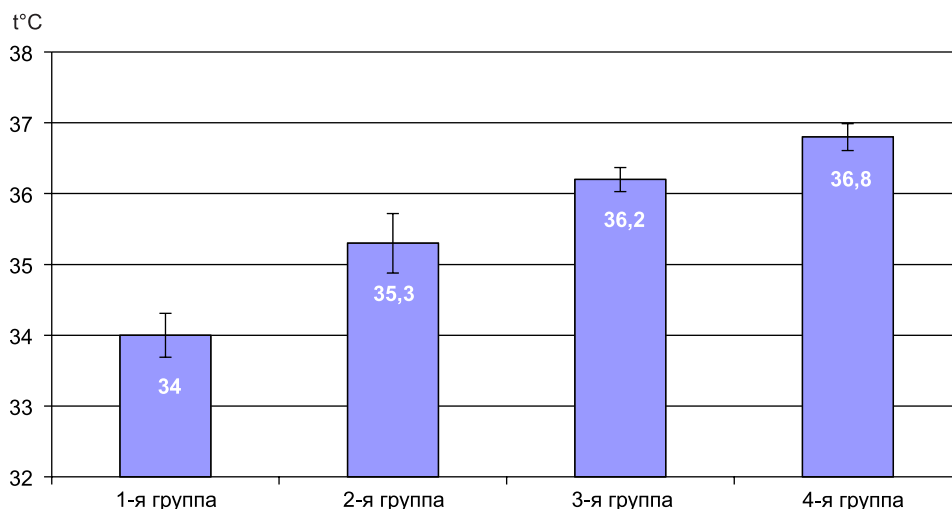


Рис. 5. Температура передней брюшной стенки в различных исследуемых группах при термографии (M±m)



циора, выполненных в плановом порядке, осложнения возникают в 33,3% случаев, а летальные исходы отсутствуют. После прошиваний варикозно-расширенных вен пищевода и желудка по М.Д. Пациора, выполненных по экстренным показаниям, осложнения возникают в 57,1% случаев, а послеоперационная летальность составляет 35,7%.

3. У больных с внепеченочной портальной гипертензией целесообразно выполнять мезентерико-кавальный анастомоз с верхней брыжеечной веной.

При компенсированном (класс А) циррозе печени в неактивной или низкоактивной фазе и объемном кровотоке по воротной вене более 1000 мл/мин целесообразно выполнять спленоренальный анастомоз «Н»-типа с сосудистой вставкой.

При субкомпенсированном (класс В) циррозе печени в неактивной или низкоактивной фазе и объемном кровотоке по воротной вене меньше 1000 мл/мин целесообразно выполнять прошивание варикозно-расширенных вен пищевода и желудка по М.Д. Пациора.

При декомпенсированном (класс С) циррозе печени в умеренно активной или высокоактивной фазе от активной хирургической тактики целесообразно воздержаться.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Анисимов, А.Ю.* Проблемы и перспективы хирургии портальной гипертензии / А.Ю. Анисимов, С.Б. Сангаджиев, М.В. Кузнецов [и др.] // Казанский медицинский журнал. — 2008. — № 6. — С.745—751.
2. *Ерамышанцев, А.К.* Портокавальное шунтирование или прошивание варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Что выбрать? / А.К. Ерамышанцев, Р.А. Мусин, Е.Д. Любимый // Анналы хирургической гепатологии. — 2005. — Т. 10, № 2. — С.76.
3. *Зыятдинов, К.Ш.* Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2001—2005 годы): учеб.-метод. пособие / Казан. гос. мед. акад., Респуб. мед. информ.-аналит. центр МЗ РТ; К.Ш. Зыятдинов, А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутковский [и др.]; под ред. И.Г. Низамова. — Казань, 2006. — 276 с.
4. *Котив, Б.Н.* Портокавальное шунтирование. Проблемы и перспективы / Б.Н. Котив, И.И. Дзиджава, С.А. Алентьев // Первая международная конференция по торако-абдоминальной хирургии. — М., 2008. — С.179.
5. *Лебезев, В.М.* Портокавальное шунтирование у больных с портальной гипертензией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.М. Лебезев. — М., 1994. — 21 с.
6. *Назыров, Ф.Г.* Хирургия портальной гипертензии у больных циррозом печени в Центрально-Азиатском регионе / Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов, А.В. Девятов // Анналы хирургической гепатологии. — 2003. — Т. 8, № 1. — С.19—28.
7. *Пациора, М.Д.* Хирургия портальной гипертензии / М.Д. Пациора. — 2-е изд., доп. — Ташкент, 1984. — 319 с.
8. *Реброва, О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. — М.: Медиа Сфера, 2006. — 305 с.
9. *Шерцингер, А.Г.* Тактика при острых кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / А.Г. Шерцингер // Российский гастроэнтерологический журнал. — 2001. — № 3. — С.40—42.
10. *Garcia, N.* Portal hypertension / N. Garcia, A.J. Sanyal // Clin. Liver. Dis. — 2001 — Vol. 5, № 2. — P.509—540.
11. *Gatta, A.* Portal hypertension: state of the art / A. Gatta, D. Sacerdoti, M. Bolognesi, C. Merkel // Gastroenterol. Hepatol. — 1999 — Vol. 31, № 4. — P.326—345.
12. *Merkel, C.* Decrease in galactose elimination capacity as a surrogate marker for death in cirrhotics with alcohol abuse: effect of abstinence from alcohol / C. Merkel, G. Marchsmi, A. Farbi [et al.] // Surrogate Markers to Asses Efficacy of Treatment in Chronic Liver Disease. Basel. — 1995. — P.14.
13. *Petrelji, E.* Relationship between HCV-RNA leveres in plasma and liver damage in patients with chronic HCV infection / E. Petrelji, A. Manzin, M. Clement [et al.] // J. Hepatology. — 1995. — Vol. 23, № 1. — P.191.
14. *Terblanche, J.* The management of portal hypertension: controversies / J. Terblanche // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2002. — № 17. — P.439—440.

## REFERENCES

1. *Anisimov, A.Yu.* Problemy i perspektivy hirurgii portal'noi gipertenzii / A.Yu. Anisimov, S.B. Sangadzhiev, M.V. Kuznecov [i dr.] // Kazanskii medicinskii zhurnal. — 2008. — № 6. — S.745—751.
2. *Eramishancev, A.K.* Portokaval'noe shuntirovanie ili proshivanie varikozno rasshirenykh ven pischevoda i zheludka. Chto vybrat'? / A.K. Eramishancev, R.A. Musin, E.D. Lyubivyi // Annaly hirurgicheskoi gepatologii. — 2005. — T. 10, № 2. — S.76.
3. *Zyyatdinov, K.Sh.* Statistika zdorov'ya naseleniya i zdavoohraneniya (po materialam Respubliki Tatarstan za 2001—2005 gody): ucheb.-metod. posobie / Kazan. gos. med. akad., Respub. med. inform.-analit. centr MZ RT; K.Sh. Zyyatdinov, A.A. Gil'manov, V.G. Sherputovskii [i dr.]; pod red. I.G. Nizamova. — Kazan', 2006. — 276 s.
4. *Kotiv, B.N.* Portokaval'noe shuntirovanie. Problemy i perspektivy / B.N. Kotiv, I.I. Dzdizava, S.A. Alent'ev // Pervaya mezhdunarodnaya konferenciya po torako-abdominal'noi hirurgii. — M., 2008. — S.179.
5. *Lebezev, V.M.* Portokaval'noe shuntirovanie u bol'nykh s portal'noi gipertenziei: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk / V.M. Lebezev. — M., 1994. — 21 s.
6. *Nazyrov, F.G.* Hirurgiya portal'noi gipertenzii u bol'nykh cirrozom pecheni v Central'no-Aziatskom regione / F.G. Nazyrov, X.A. Akilov, A.V. Devyatov // Annaly hirurgicheskoi gepatologii. — 2003. — T. 8, № 1. — S.19—28.
7. *Paciora, M.D.* Hirurgiya portal'noi gipertenzii / M.D. Paciora. — 2-e izd., dop. — Tashkent, 1984. — 319 s.
8. *Rebrova, O.Yu.* Statisticheskii analiz medicinskikh dannykh. Primenenie paketa prikladnykh programm STATISTICA / O.Yu. Rebrova. — M.: Media Sfera, 2006. — 305 s.
9. *Shercinger, A.G.* Taktika pri ostryykh krvotekheniyah iz varikozno rasshirenykh ven pischevoda i zheludka / A.G. Shercinger // Rossiiskii gastroenterologicheskii zhurnal. — 2001. — № 3. — S.40—42.
10. *Garcia, N.* Portal hypertension. / N. Garcia, A.J. Sanyal // Clin. Liver. Dis. — 2001 — Vol. 5, № 2. — P.509—540.
11. *Gatta, A.* Portal hypertension: state of the art / A. Gatta, D. Sacerdoti, M. Bolognesi, C. Merkel // Gastroenterol. Hepatol. — 1999 — Vol. 31, № 4. — P.326—345.
12. *Merkel, C.* Decrease in galactose elimination capacity as a surrogate marker for death in cirrhotics with alcohol abuse: effect of abstinence from alcohol / C. Merkel, G. Marchsmi, A. Farbi [et al.] // Surrogate Markers to Asses Efficacy of Treatment in Chronic Liver Disease. Basel. — 1995. — P.14.
13. *Petrelji, E.* Relationship between HCV-RNA leveres in plasma and liver damage in patients with chronic HCV infection / E. Petrelji, A. Manzin, M. Clement [et al.] // J. Hepatology. — 1995. — Vol. 23, № 1. — P.191.
14. *Terblanche, J.* The management of portal hypertension: controversies / J. Terblanche // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2002. — № 17. — P.439—440.