

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова.

Кафедра госпитальной хирургии.

**Современные аспекты
хирургического лечения
портальной гипертензии.**

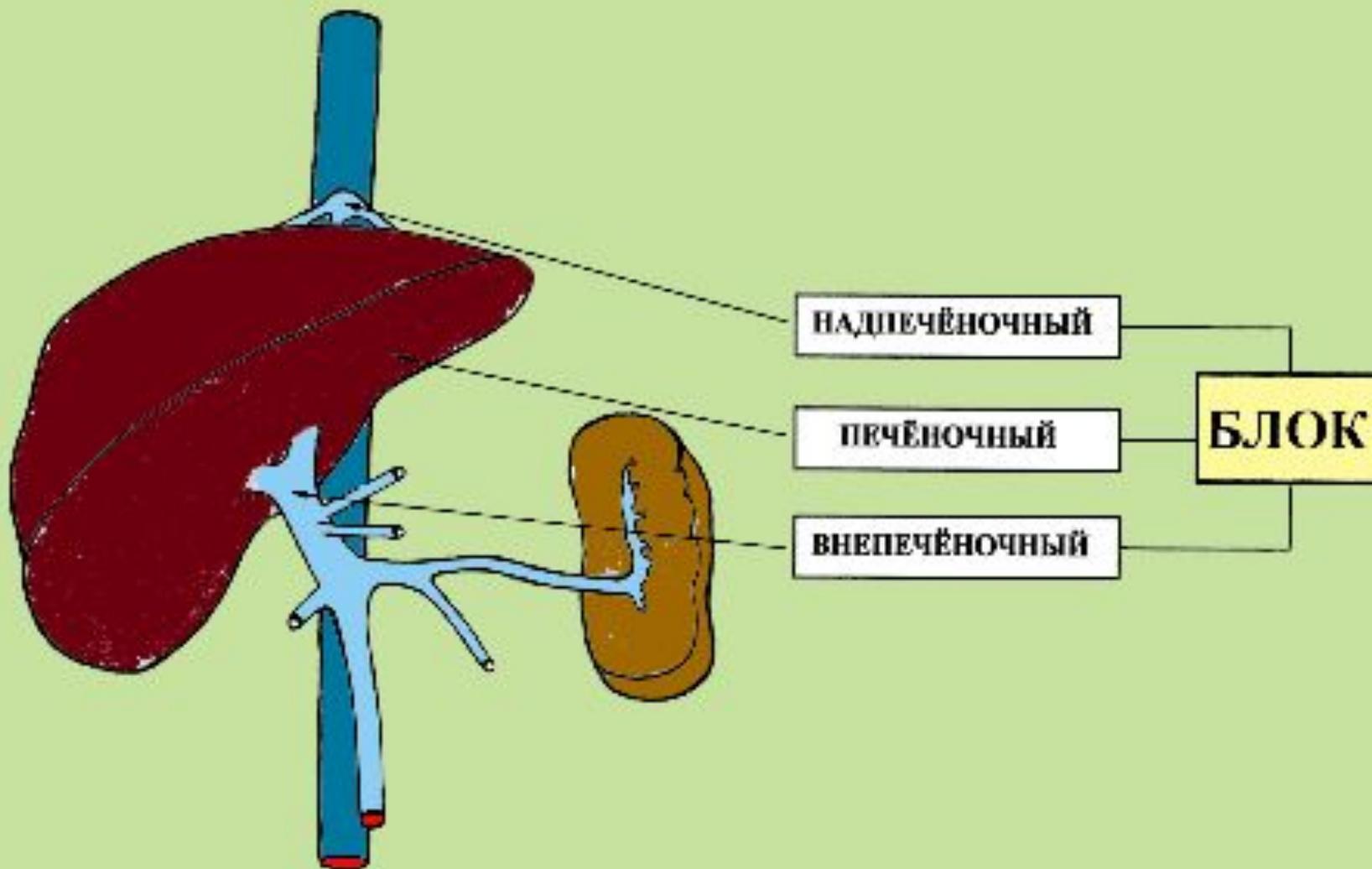
Проф. Лебезев В.М.

Определение синдрома ПГ:

 **термин «портальная гипертензия»** характеризует комплекс изменений, возникающий при затруднении тока крови в портальной системе, вызванном различными заболеваниями.

 **данный симптомокомплекс** включает высокое портальное давление, замедление кровотока, увеличение размеров селезенки, варикозное расширение вен пищевода и желудка с кровотечением из них, асцит, геморрой.

Классификация синдрома ПГ:



Причины ВПГ:



- Аномалии развития сосудов портальной системы;
- Постнатальный омфалит;
- Гемобластозы: лейкоз, сублейкемический миелоз, миелофиброз (остеомиелосклероз), эритремия (болезнь Вакеза);
- Гематосаркома, лимфома;
- Панкреатит;
- Опухоли;
- Тромбоз портальной системы.

Клиническая картина синдрома ПГ:

 **гепатомегалия, спленомегалия;**

 **варикозно расширенные вены пищевода и желудка,
расширение подкожных вен в области пупка;**

 **асцит;**

 **гепато-портальная энцефалопатия.**

Диагностика синдрома ПГ:



Внешний осмотр

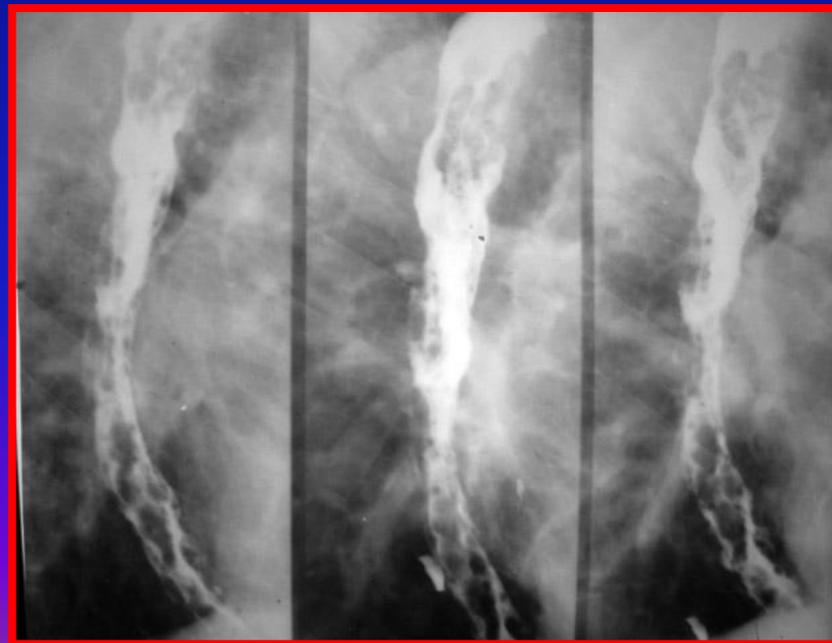


Ультразвуковое исследование



Эндоскопия

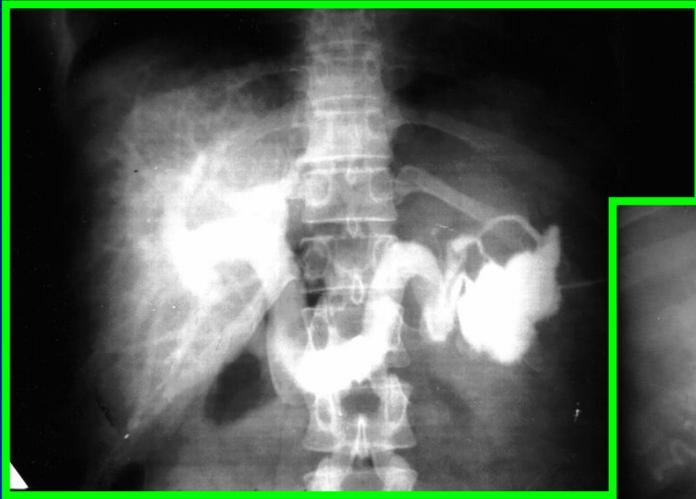
эзофагограмма



Диагностика синдрома ПГ:

Ангиографическое обследование:

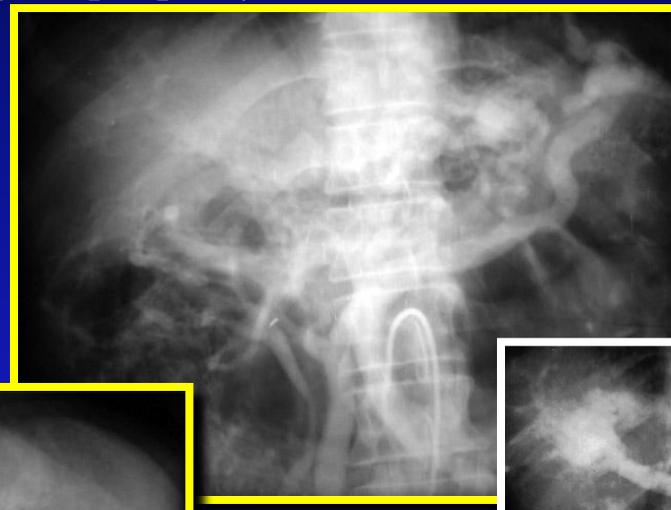
- прямая спленопортография;
- прямая мезентерикопортография;



Диагностика синдрома ПГ:

Ангиографическое обследование:

- **целиакография, возвратная спленопортография, возвратная мезентерикопортография;**



Диагностика синдрома ПГ:

Ангиографическое обследование:

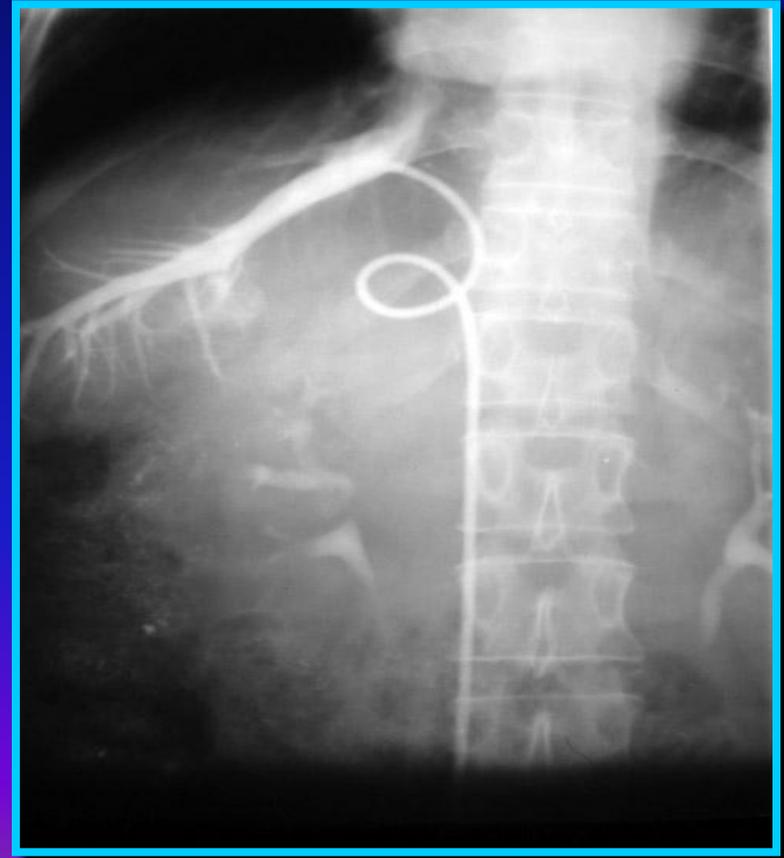
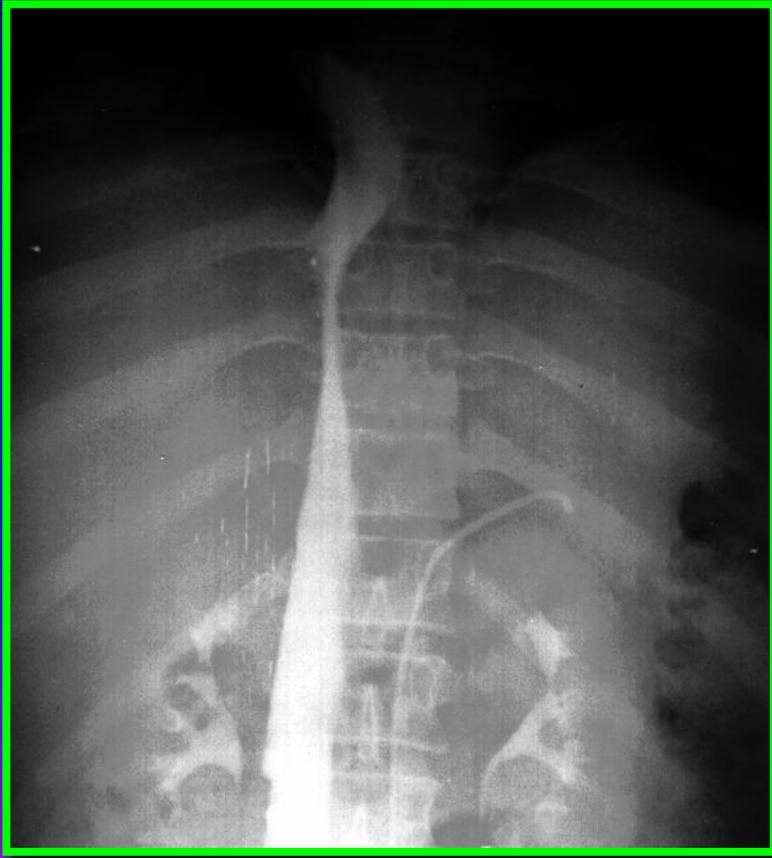
- прямая чрескожная чреспеченочная портография;
- зондирование области анастомоза.



Диагностика синдрома ПГ:

Ангиографическое обследование:

- нижняя каваграфия
- зондирование печеночных вен.





ФГБНЦ РАМН

**Развитие варикозных вен пищевода
и желудка у больных с ЦП**

90 %

**Кровотечения из ВРВ пищевода
и желудка у больных с ЦП**

(N. Grace, 1997)

25-35 %

**Летальность от первого пищеводно-
желудочного кровотечения**

50 %

**Частота рецидивов гастроэзофагеального
кровотечения в течение первого года**

60 %

**Смертность от рецидива гастроэзофагеального
кровотечения в течение первого года**

(N. Vargas, 1999)

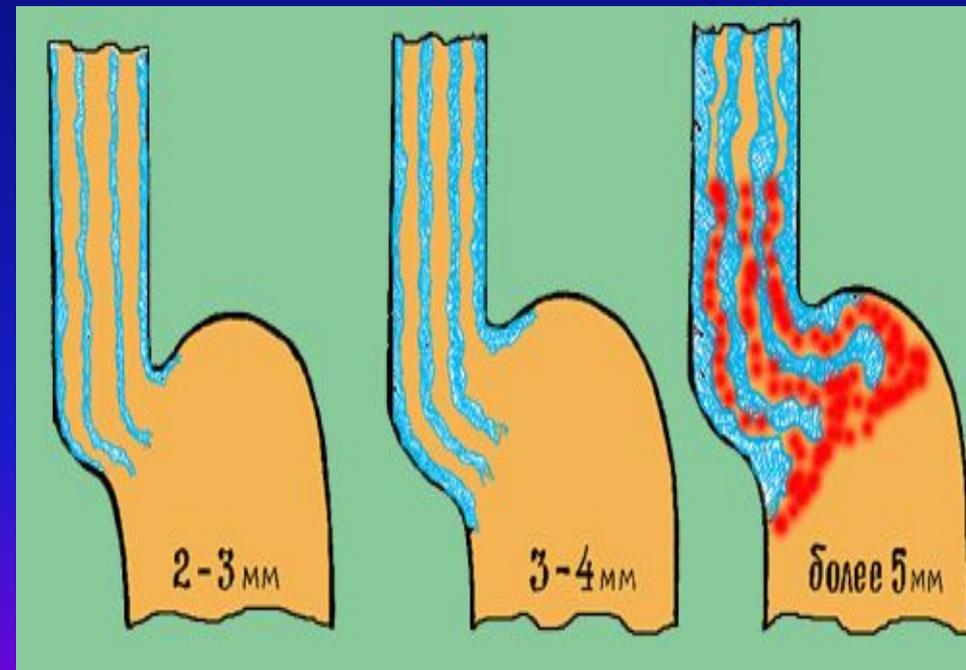
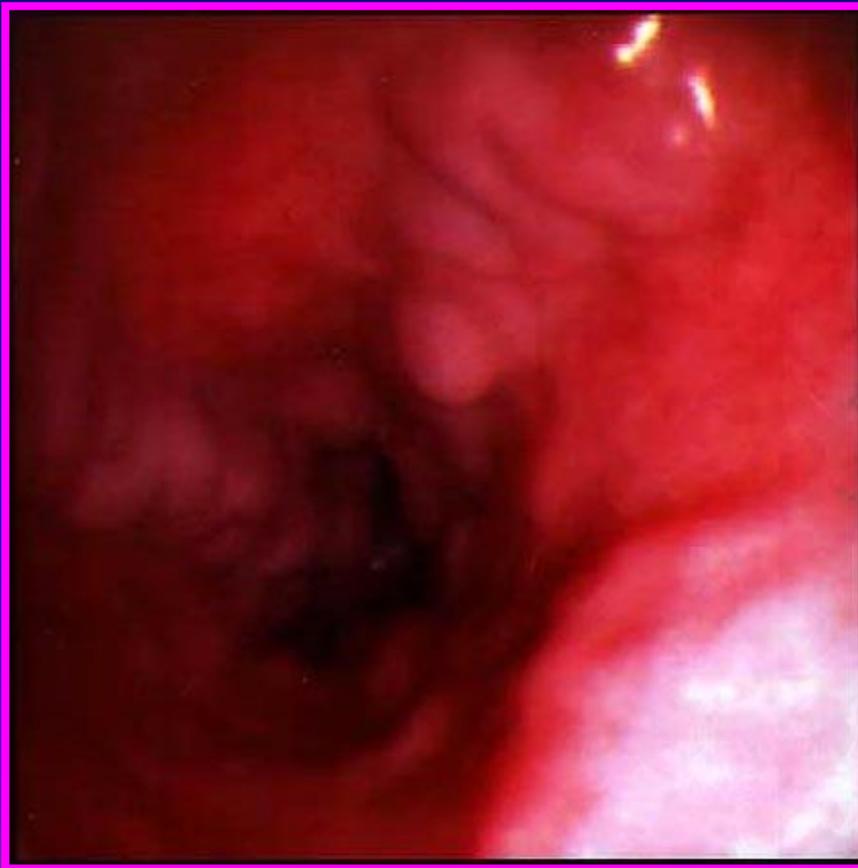
30 %

Алгоритм ведения больного с острым кровотечением из ВРВ пищевода и желудка.

Острое кровотечение



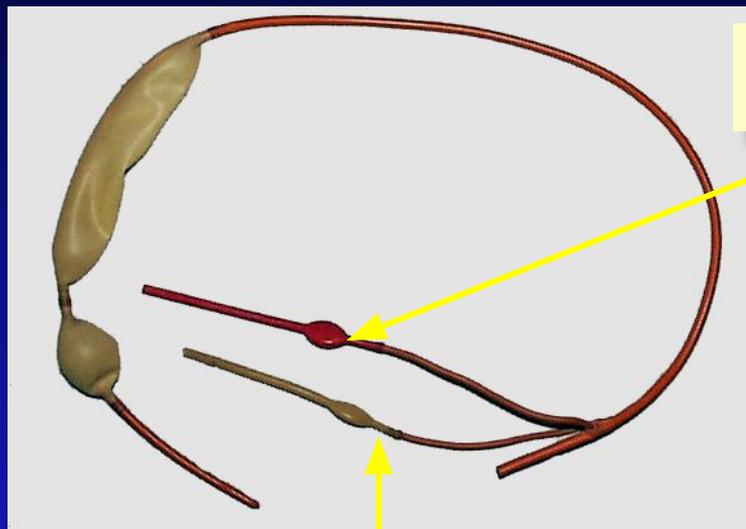
Экстренная эндоскопия



Алгоритм ведения больного с острым кровотечением из ВРВ пищевода и желудка.



Применение зонда-обтуратора Блекмора



Пищеводная манжетка

Желудочная манжетка

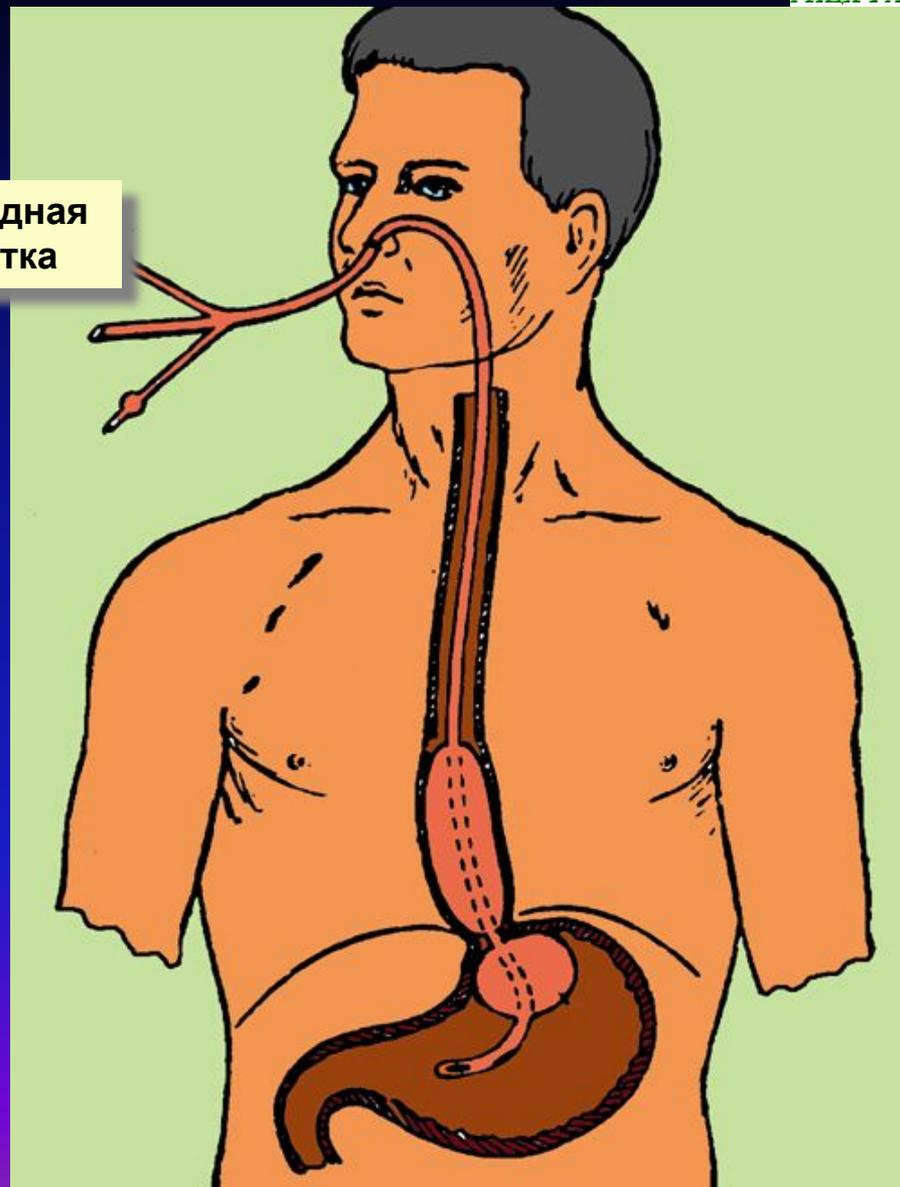
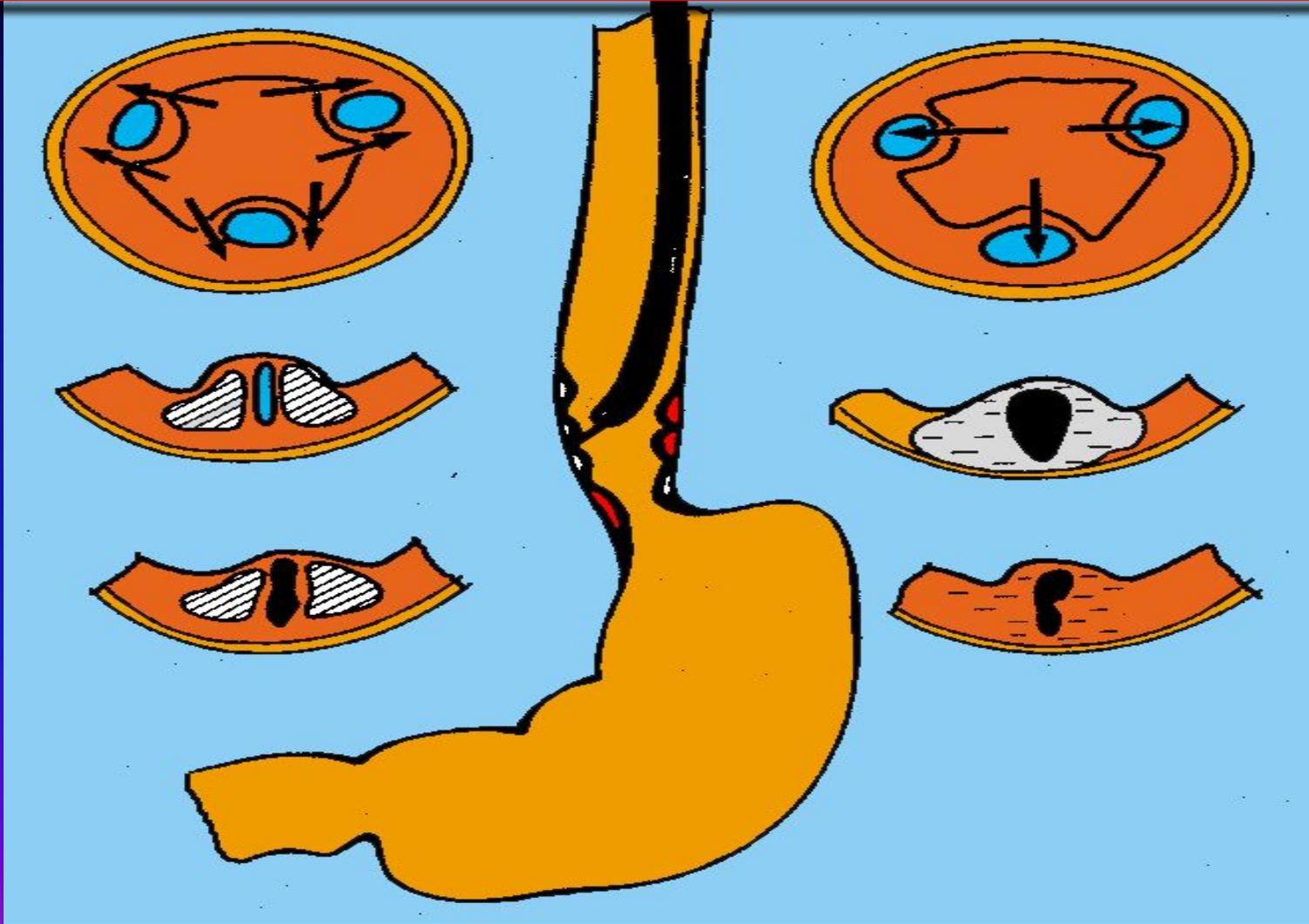


Схема эндоскопического склерозирования

Паравазальное

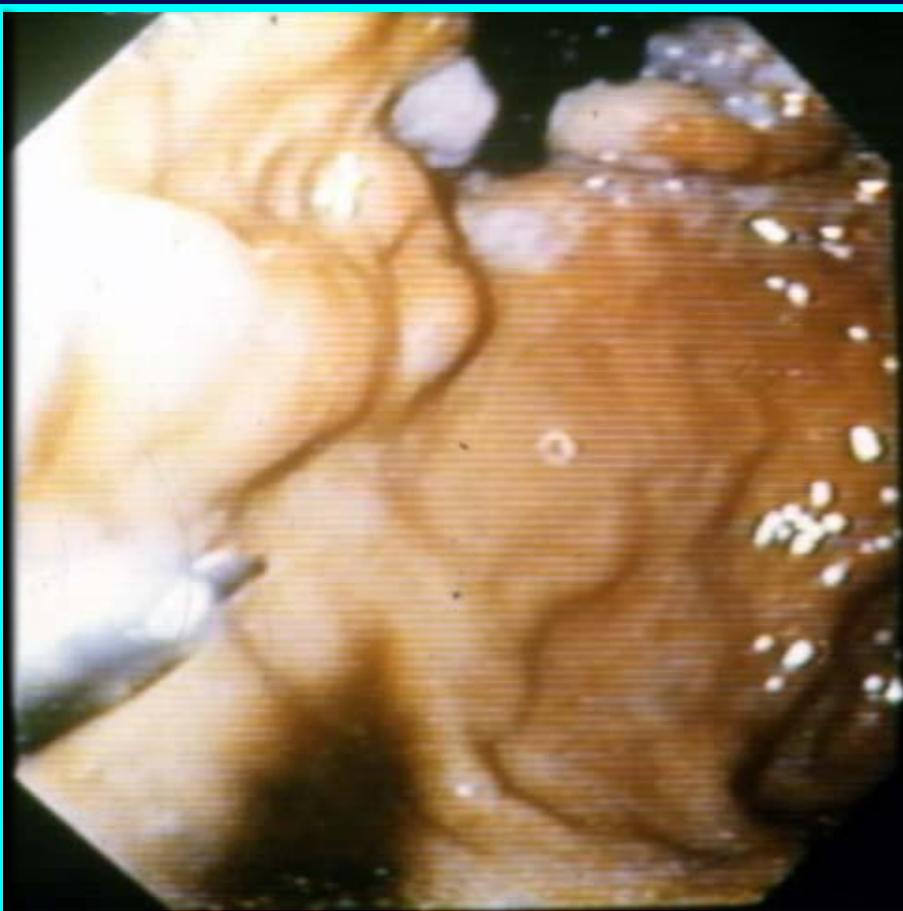
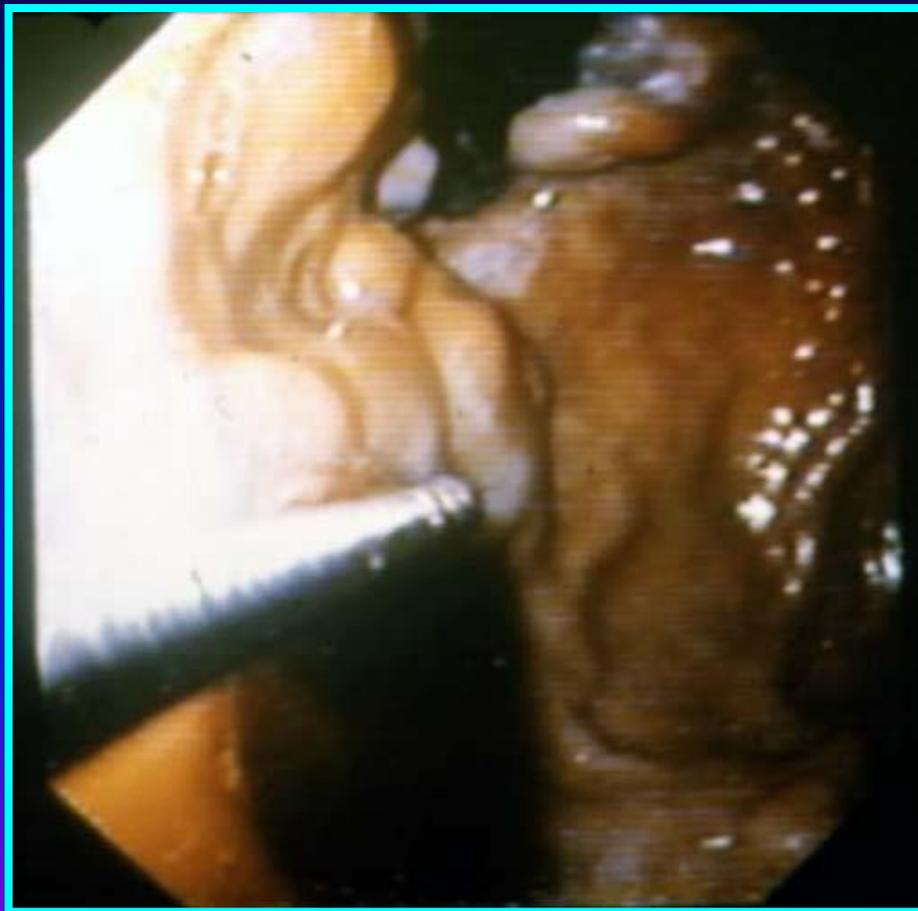
Интравазальное



Эндоскопическая картина

Интравазальное

Паравазальное



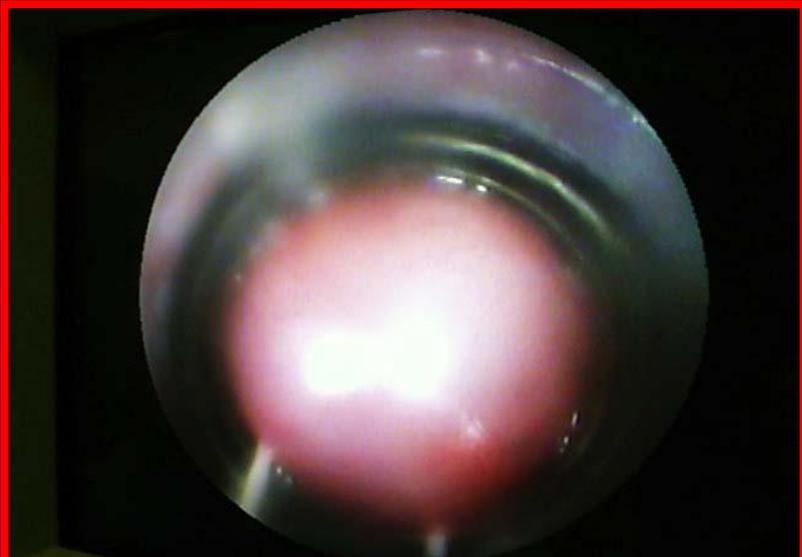
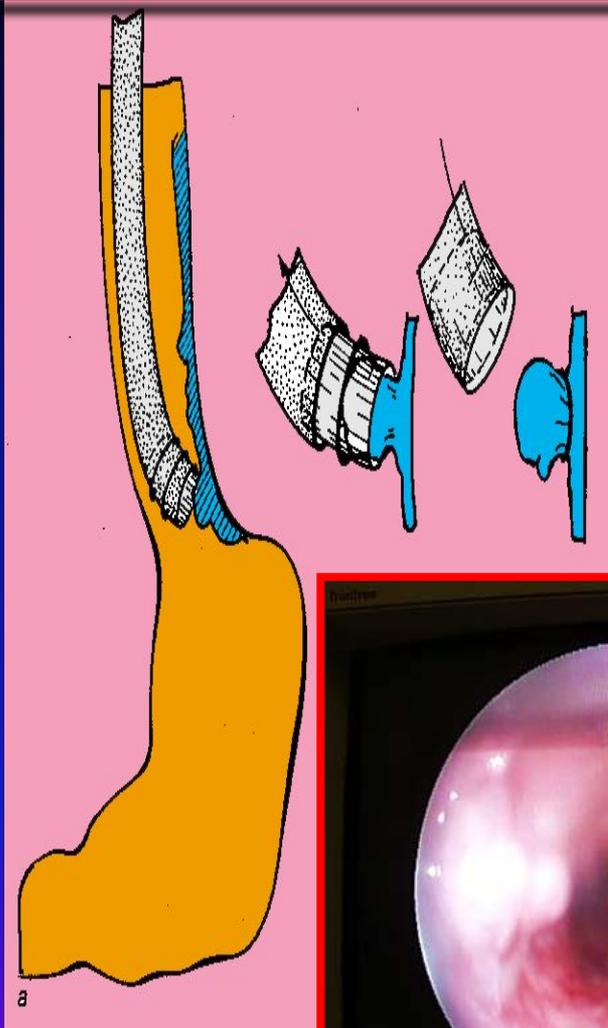
Осложнения эндоскопического склерозирования

- ✓ дисфагия - **73 %**;
- ✓ боли в грудной клетке - **65 %**;
- ✓ язвы пищевода
и кровотечения - **34 %**;
- ✓ плеврит - **9 %**;
- ✓ перикардит - **0,4 %**;
- ✓ стриктура пищевода - **10 %**;
- ✓ перфорация пищевода - **0,4 %**

Показания к эндоскопическому лигированию:

- профилактика и лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у больных с портальной гипертензией при невозможности хирургического лечения;
- при наличии ВРВ пищевода у ранее оперированных больных или после эндоскопического склерозирования вен кардиального отдела желудка

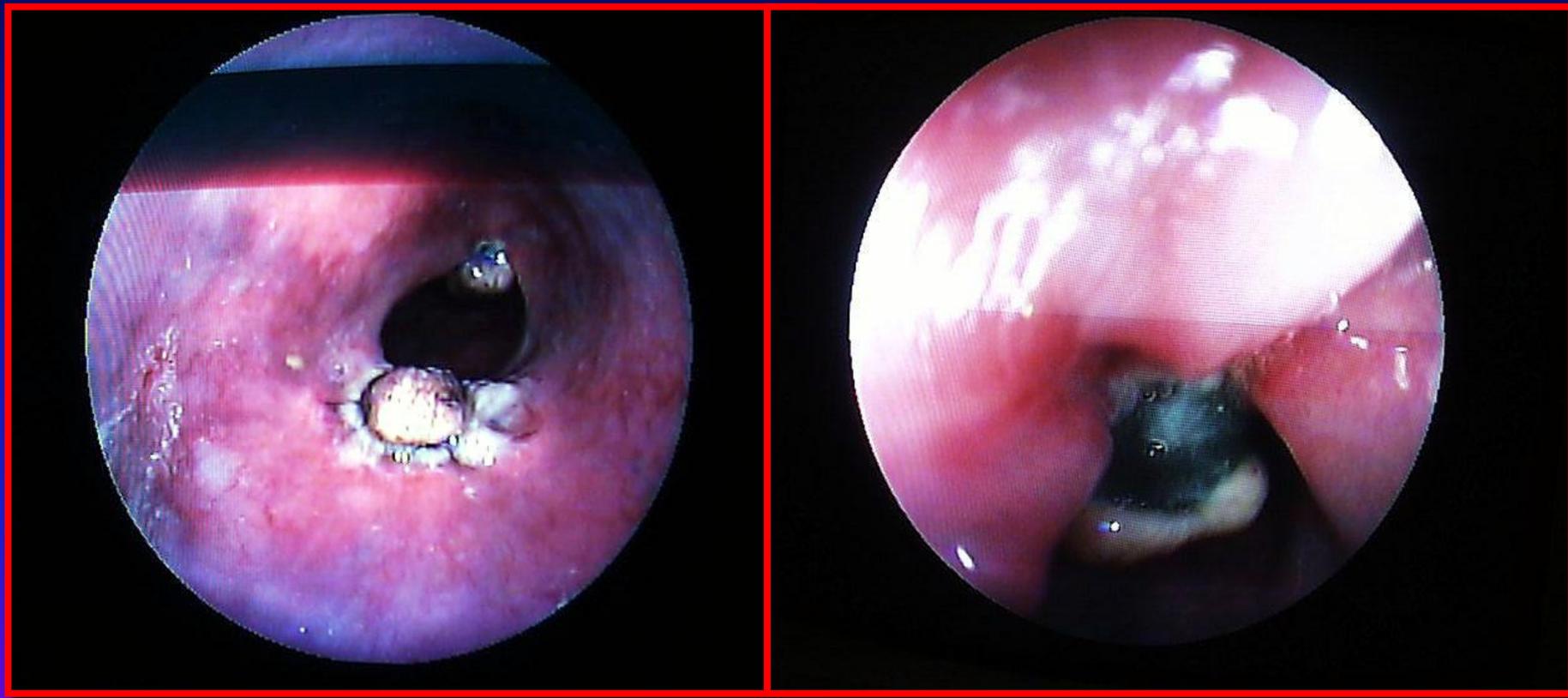
Схема эндоскопического лигирования



Особенности эндоскопического лигирования.

- 👍 невозможность лигирования вен фундального отдела желудка;
- 👍 опасность эндоскопического лигирования при профузном кровотечении;
- 👍 трудности выполнения эндоскопического лигирования после эндоскопического склерозирования ВРВ;
- 👍 невозможность эндоскопического лигирования вен малого диаметра.

Эндоскопическая картина через 7 дней после лигирования ВРВ



Осложнения эндоскопического лигирования.

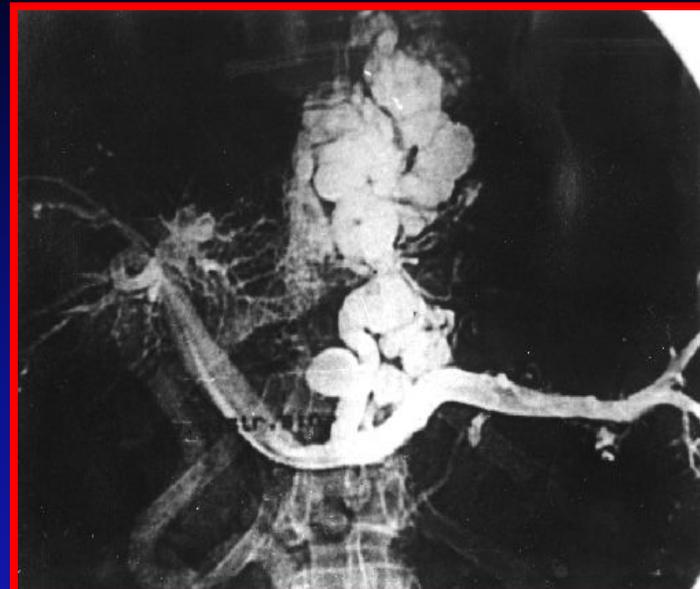
Общие

- 👎 Реакция на латекс;
- 👎 Гипертермия;
- 👎 Аспирация желудочного содержимого.

Местные

- 👎 Боли за грудиной;
- 👎 Транзиторная дисфагия (1–3 сут);
- 👎 Изъязвления слизистой оболочки и рецидивы ЖКК;
- 👎 Перфорация пищевода;
- 👎 Стриктура пищевода;
- 👎 Образование ВРВ в фундальном отделе

Эндоваскулярная эмболизация



1974 год – первое применение в клинике

Гемостаз - 67-100 %

Частота рецидивов - 0-68 %

Осложнения:

тромбоз воротной вены;

активация цирротического процесса;

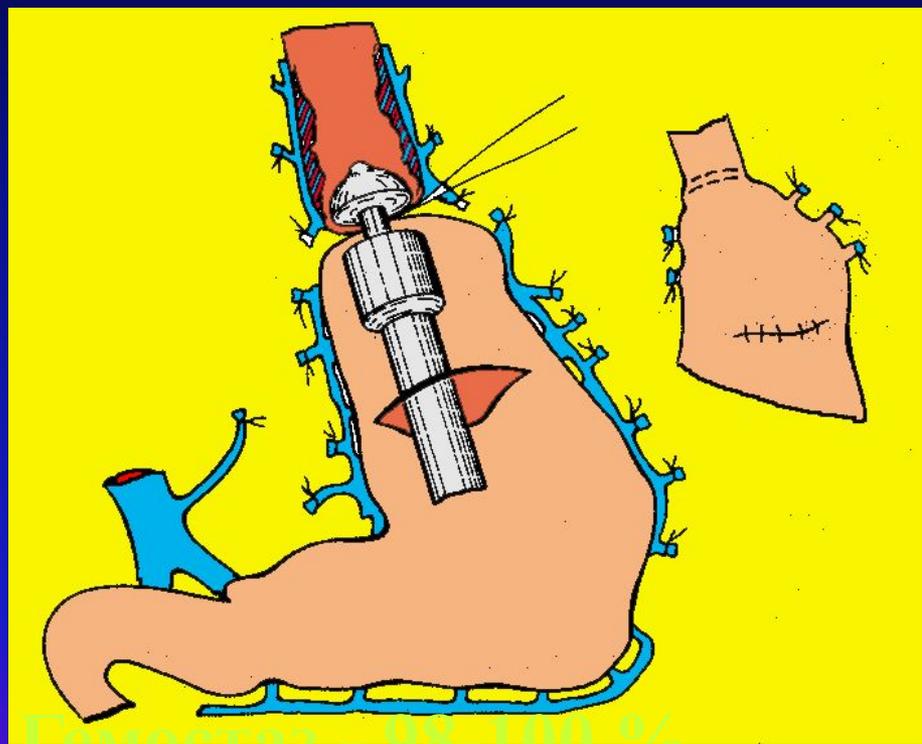
механические повреждения печени,

сосудов, желчных протоков.

Летальность - 1,5-57 % наблюдений

Прямые вмешательства на ВРВ пищевода и желудка

Операция трансекция пищевода, деваскуляризация

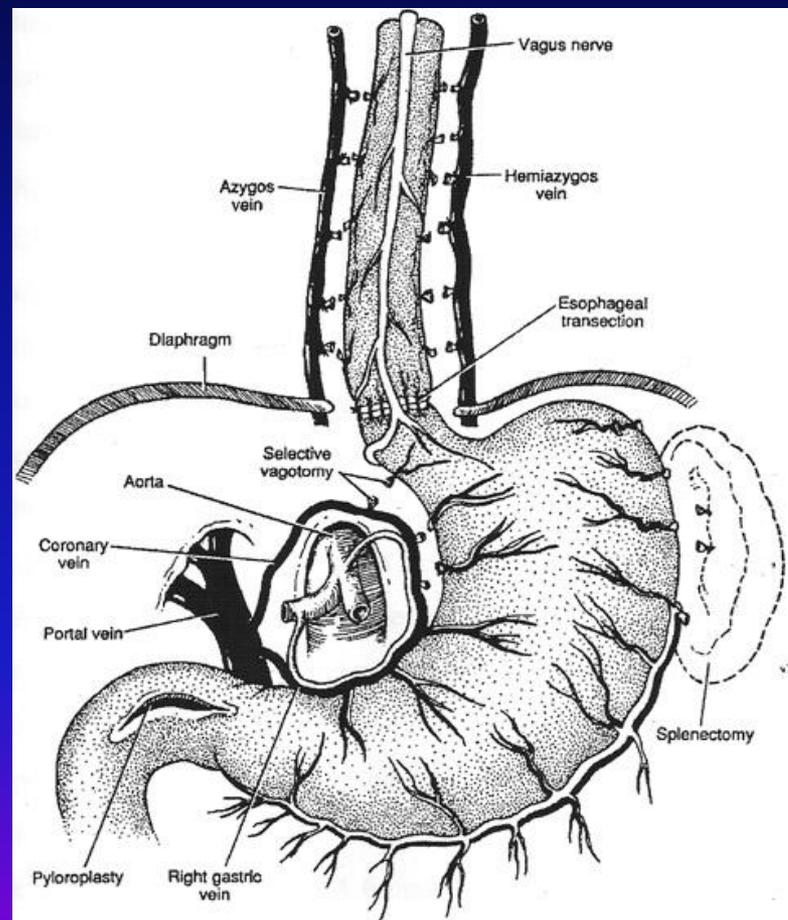


Гемостаз - 98-100 %

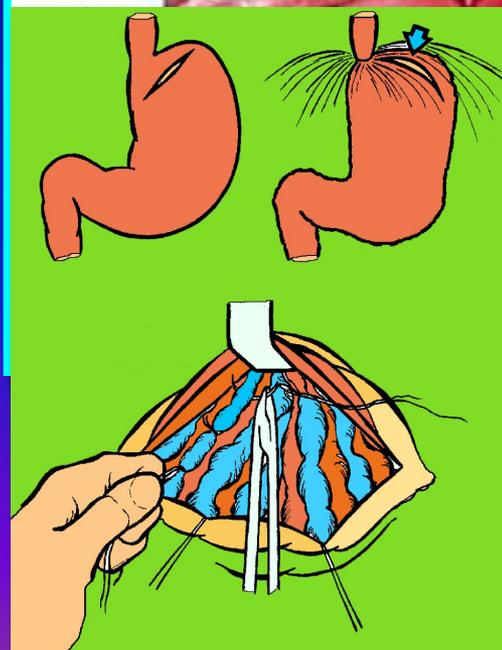
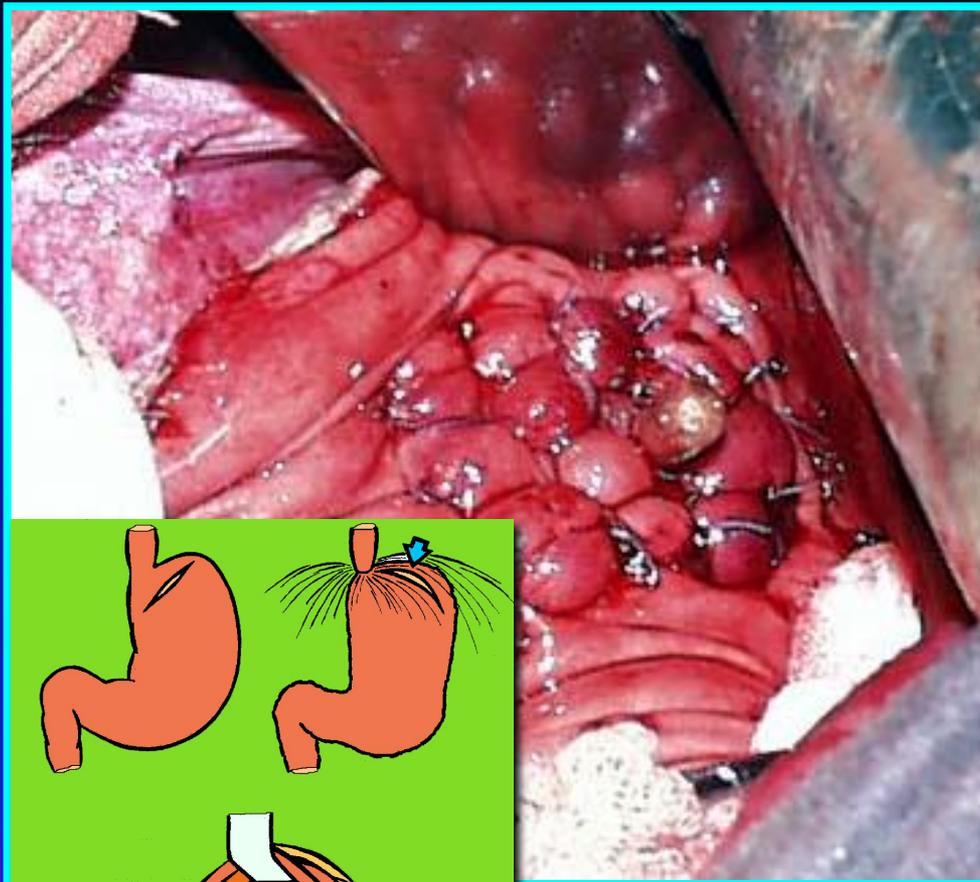
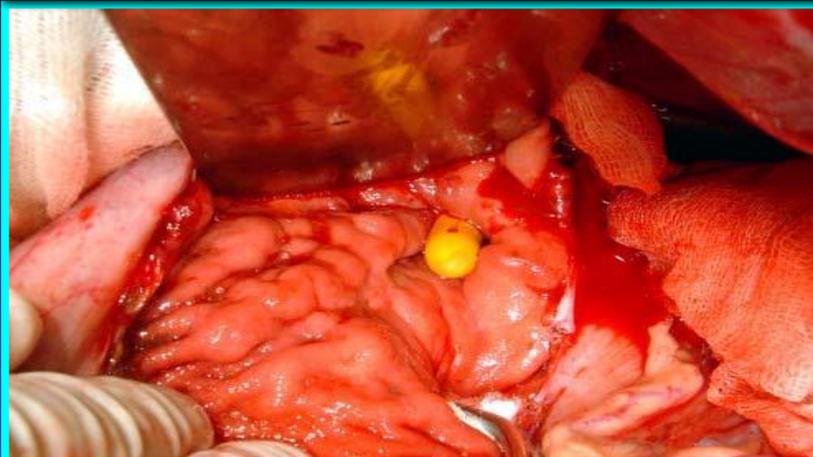
Частота рецидивов - 3-15 %

Летальность - 19-42 % наблюдений

Операция Sugiura



Этапы прошивания ВРВ пищевода и желудка

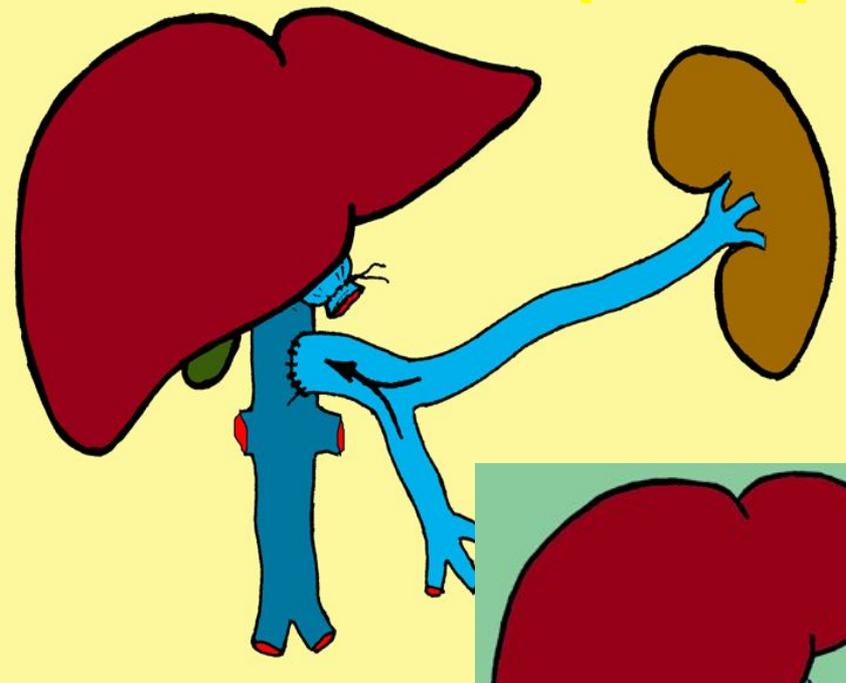


Выполнение ПКШ у больных ЦП возможно при:

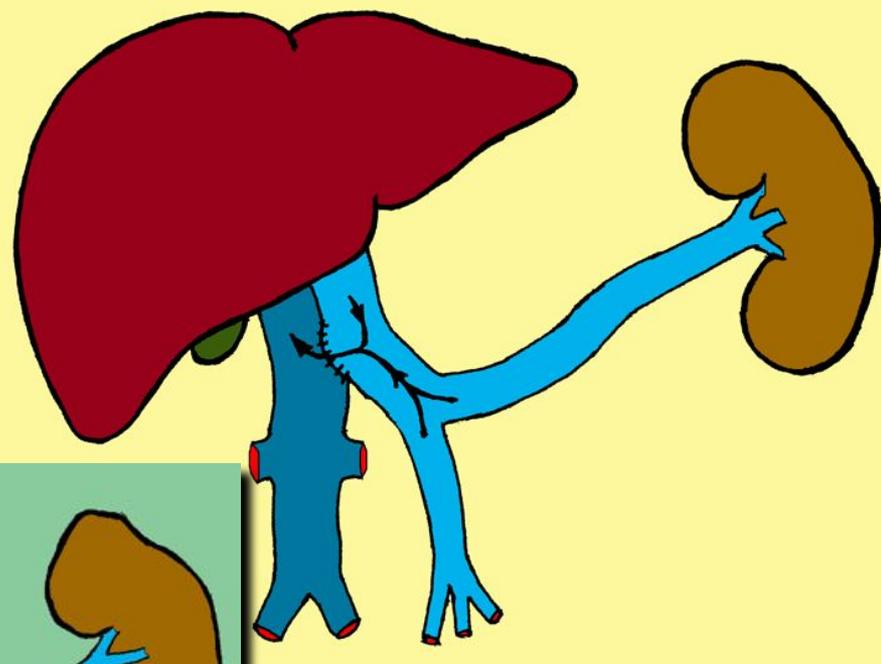
- 👍 умеренном нарушении белковосинтетической функции печени;
- 👍 отсутствии явлений явной или латентной энцефалопатии;
- 👍 отсутствии печеночной активности;
- 👍 отсутствии нарушений функции миокарда (сердечный выброс $> 60\%$, ЦВД в пределах нормы при в/в нагрузке);
- 👍 отсутствии сужения нижней полой вены с повышением в ней давления.

Основные виды портокавальных анастомозов.

прямой портокавальный анастомоз



конец в бок

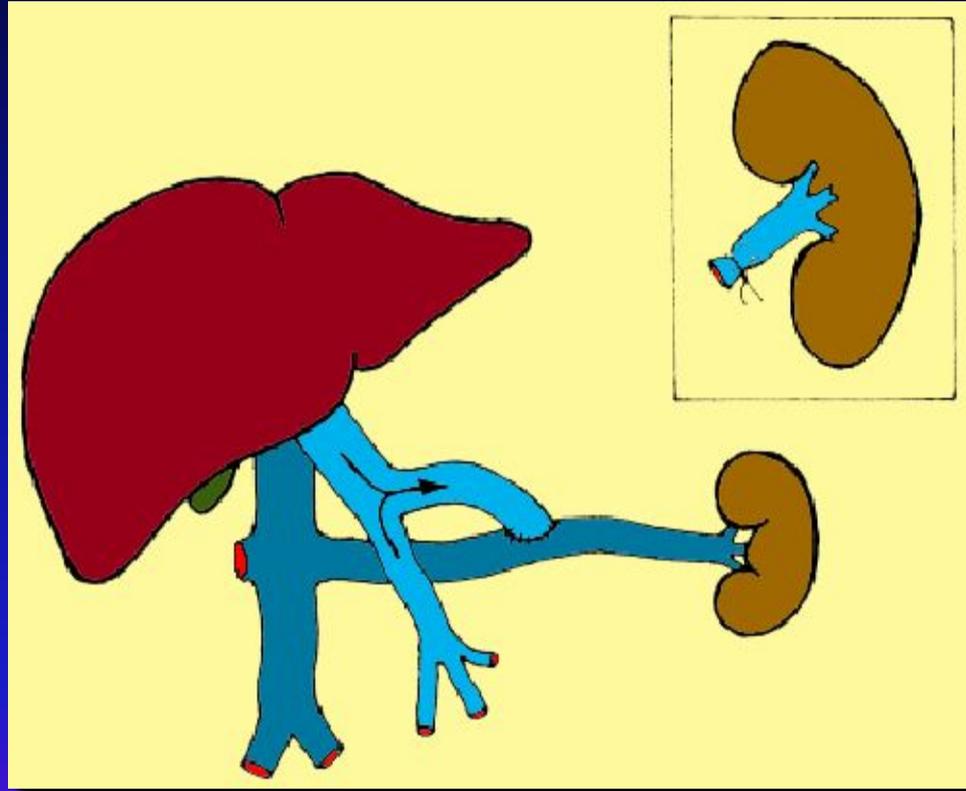


бок в бок



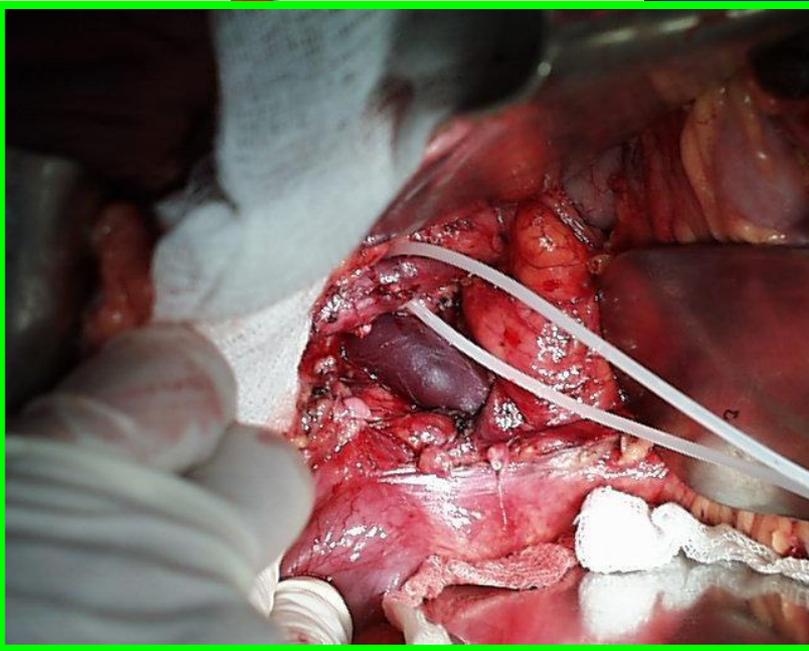
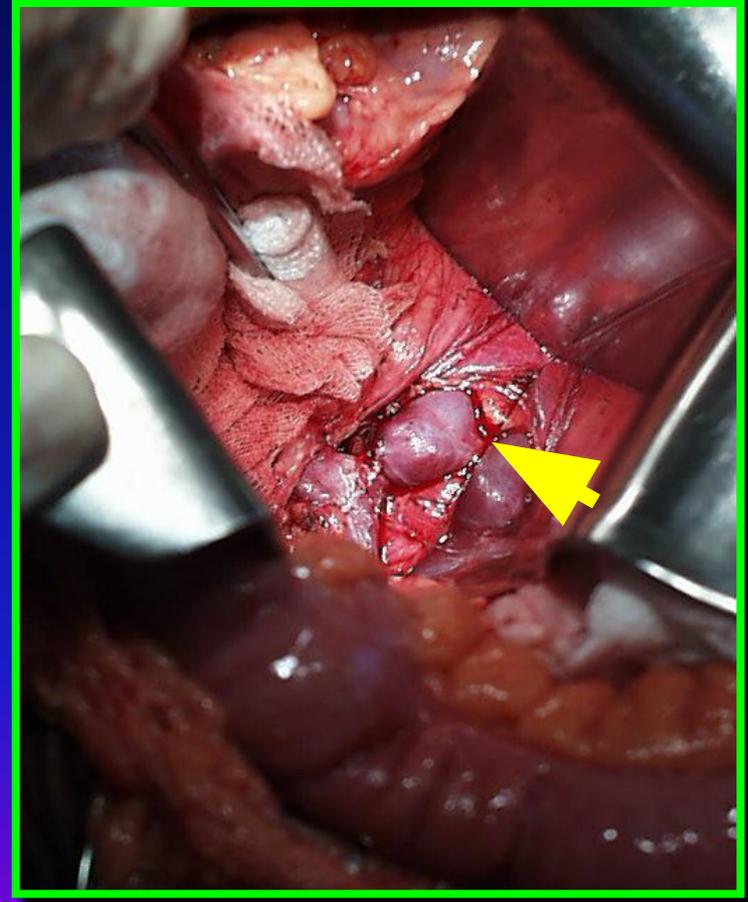
H-типа

проксимальный спленоренальный анастомоз с удалением селезенки

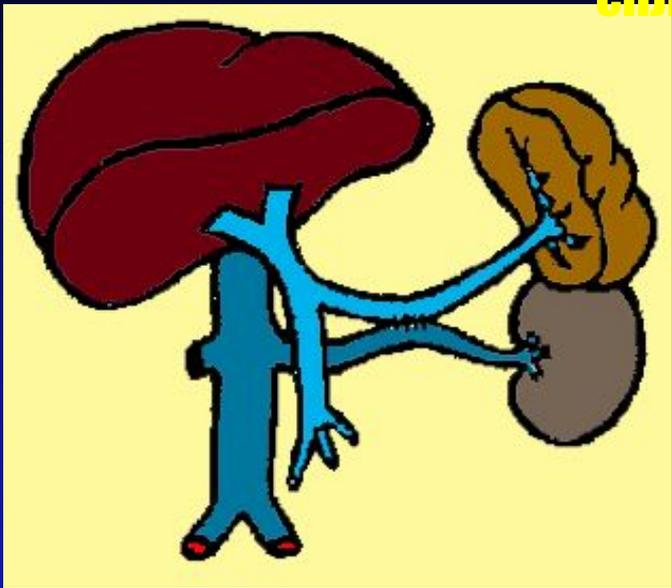


Основные виды портокавальных анастомозов.

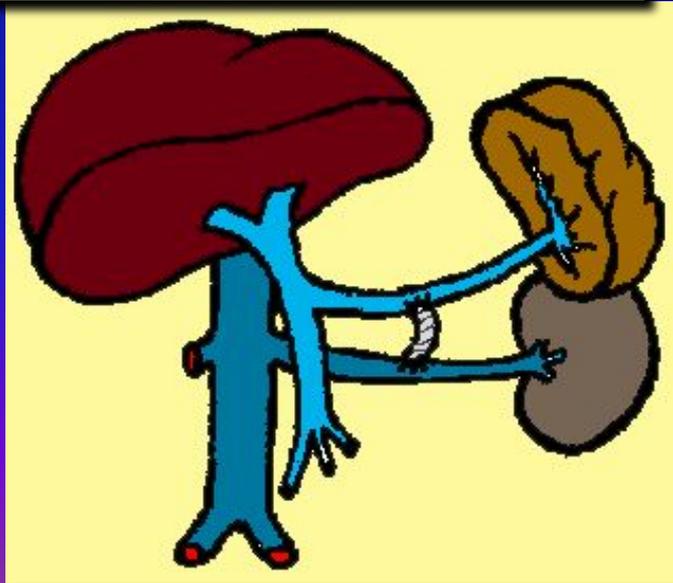
**дистальный спленоренальный
анастомоз**



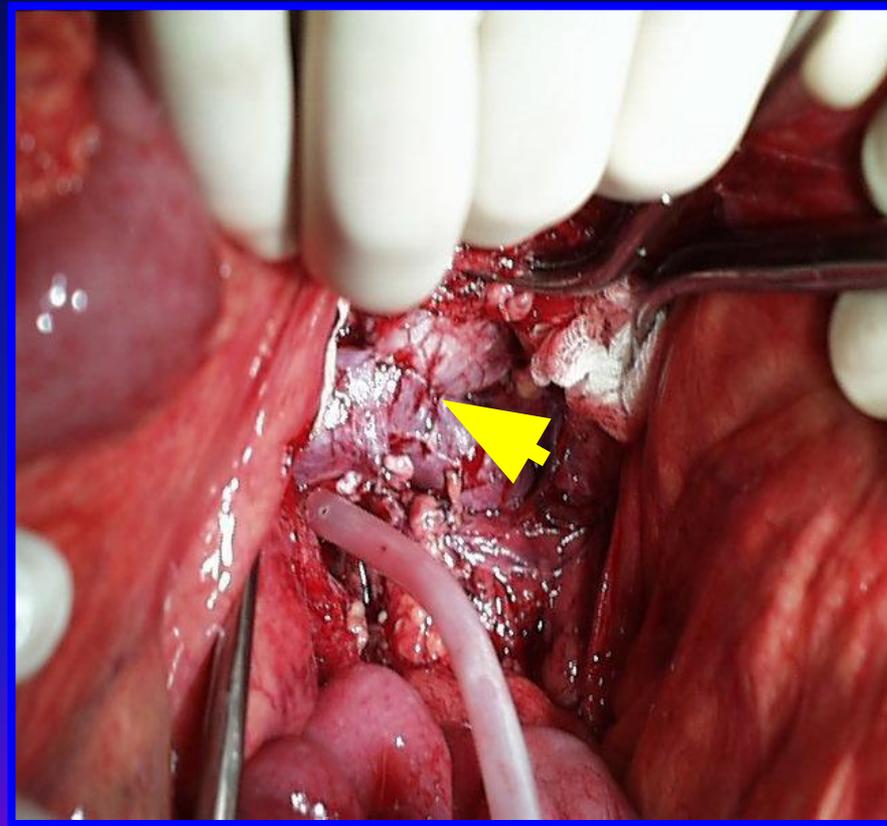
спленоренальный анастомоз



бок в бок

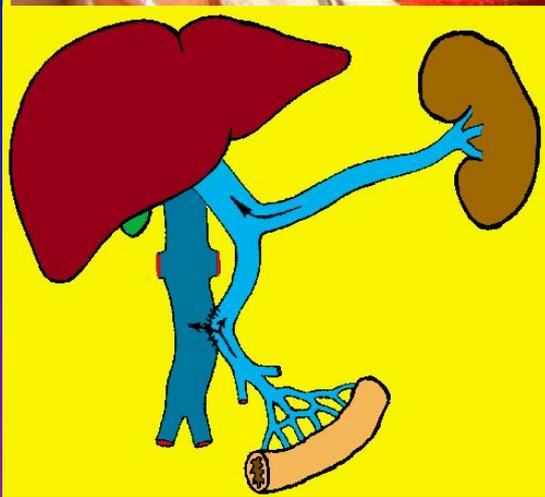
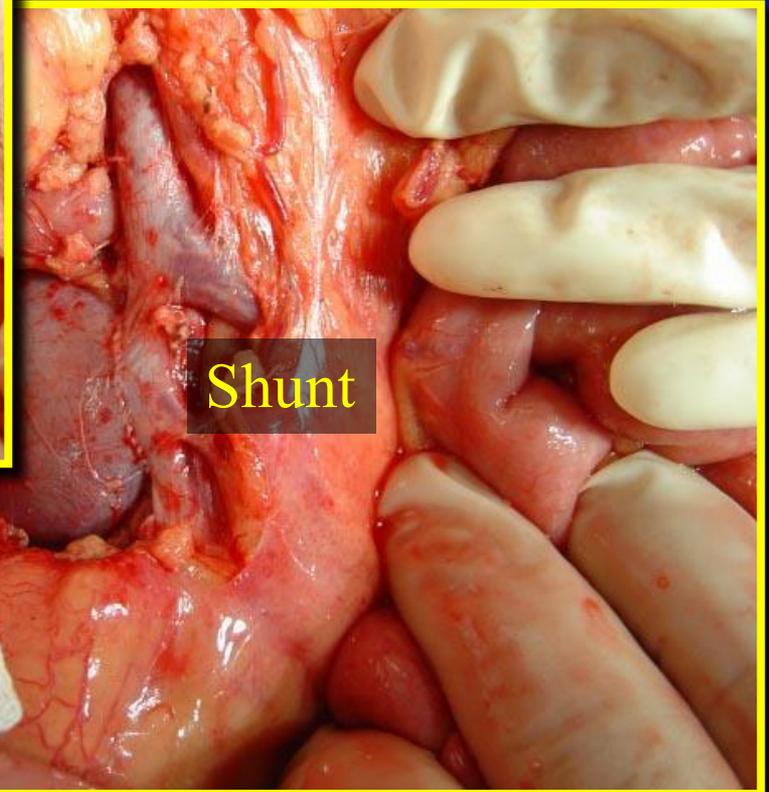
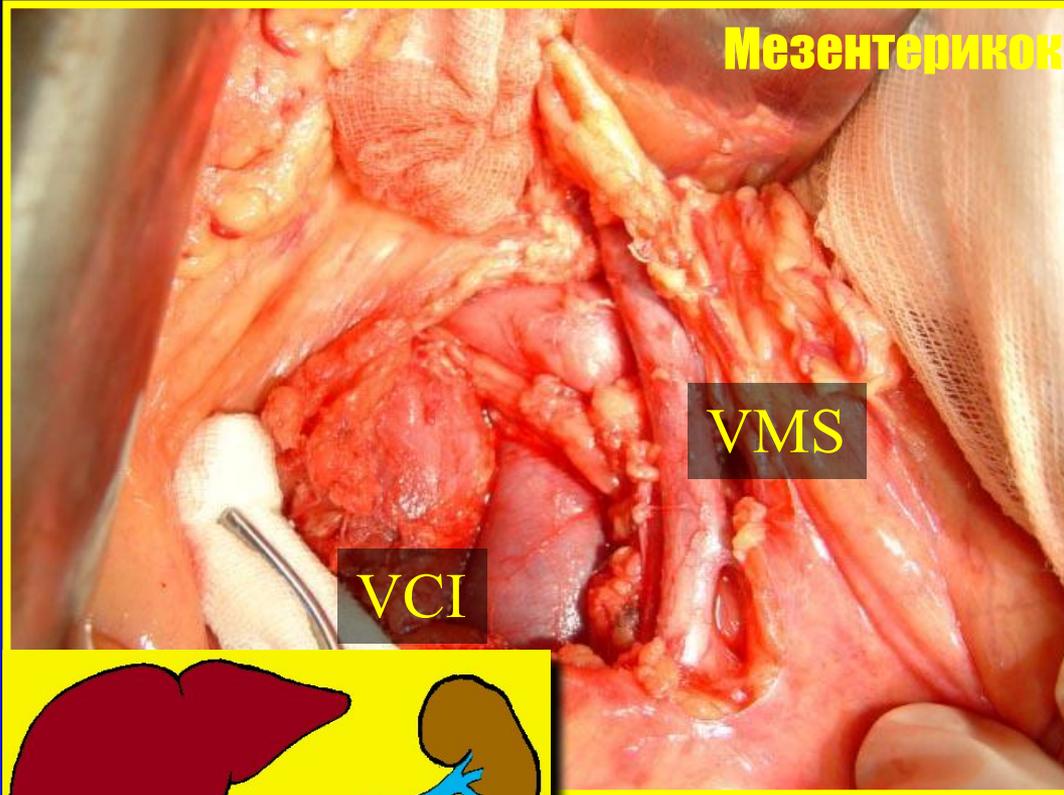


H-типа

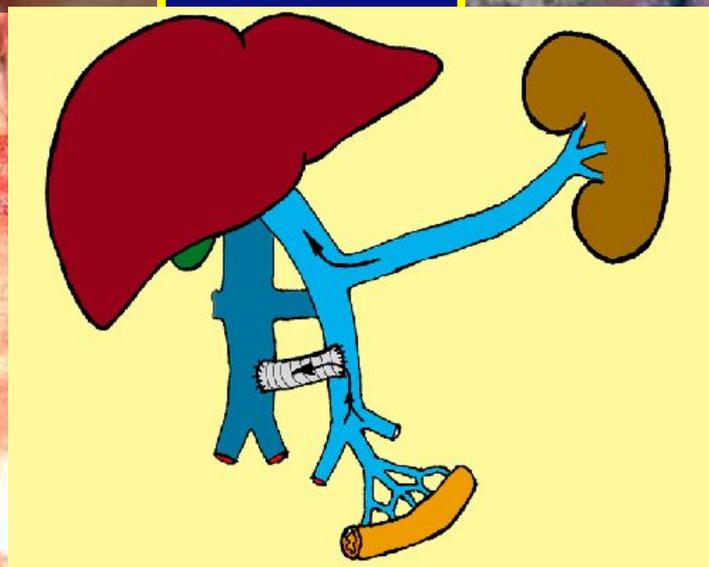
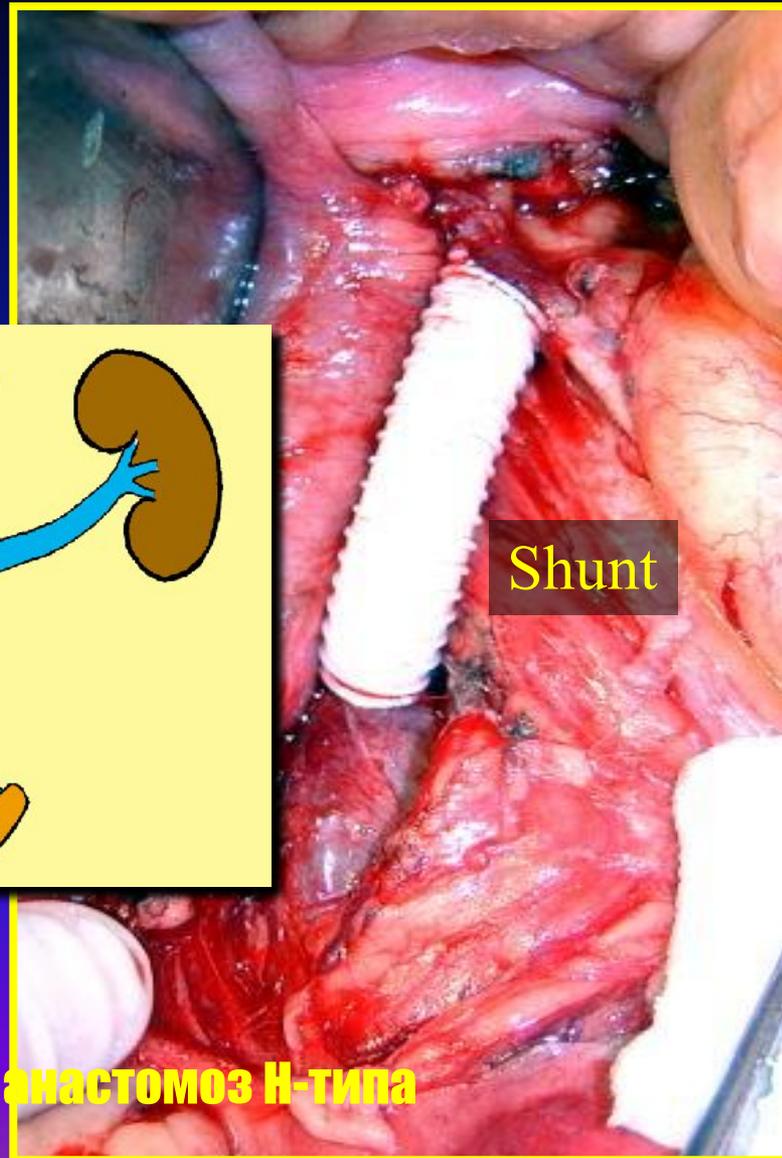
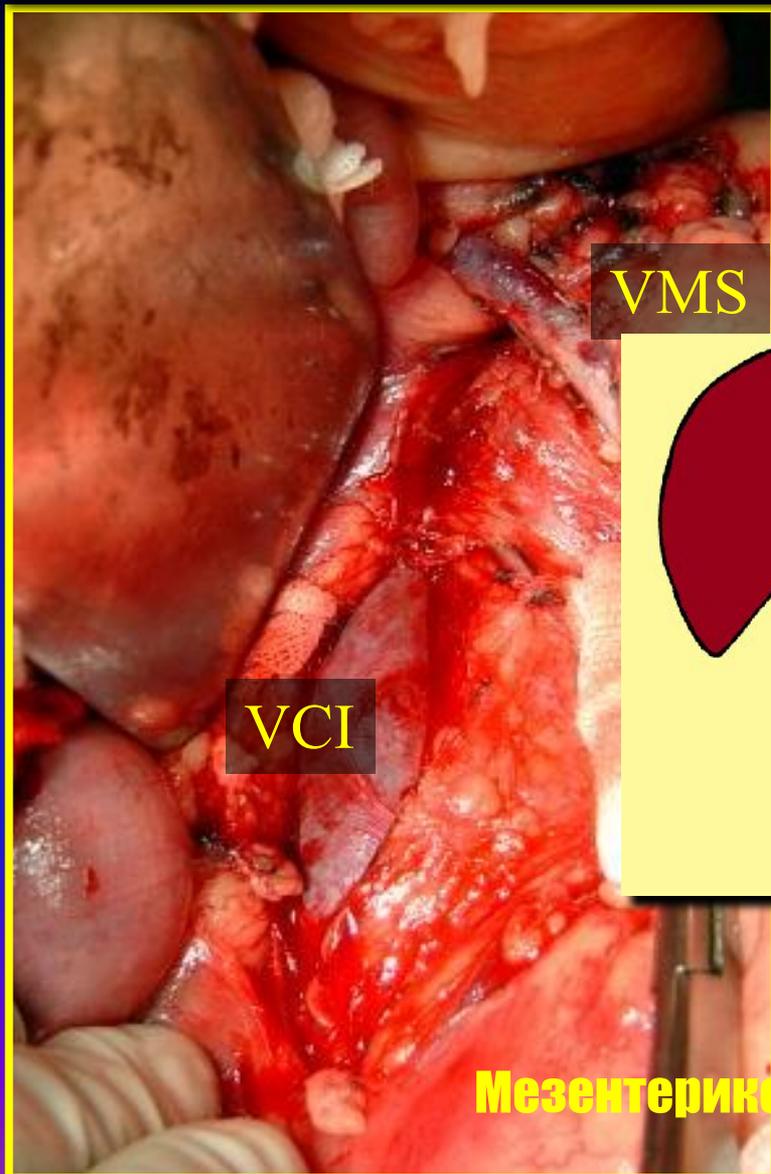


Основные виды портокавальных анастомозов.

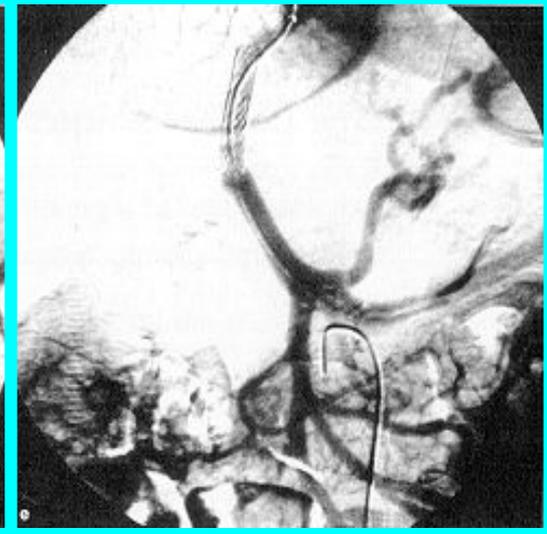
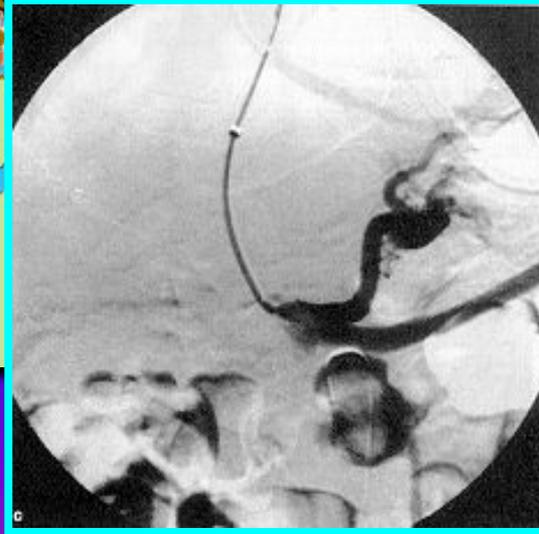
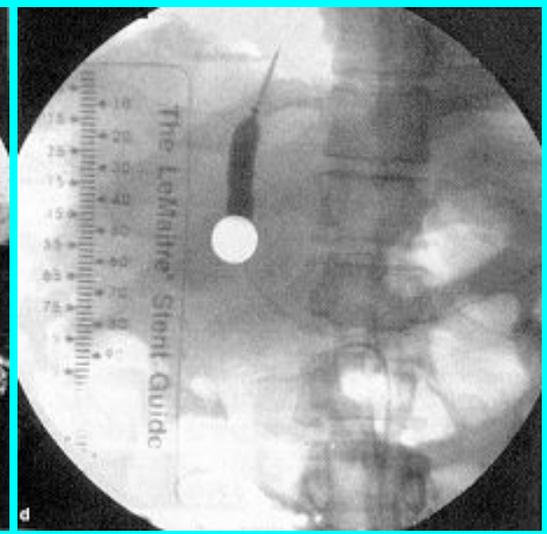
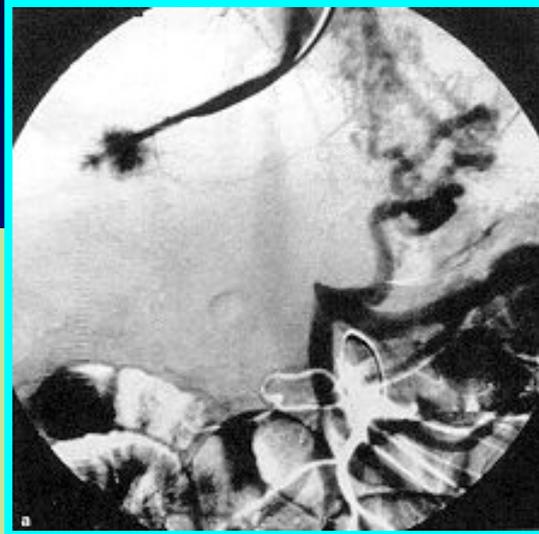
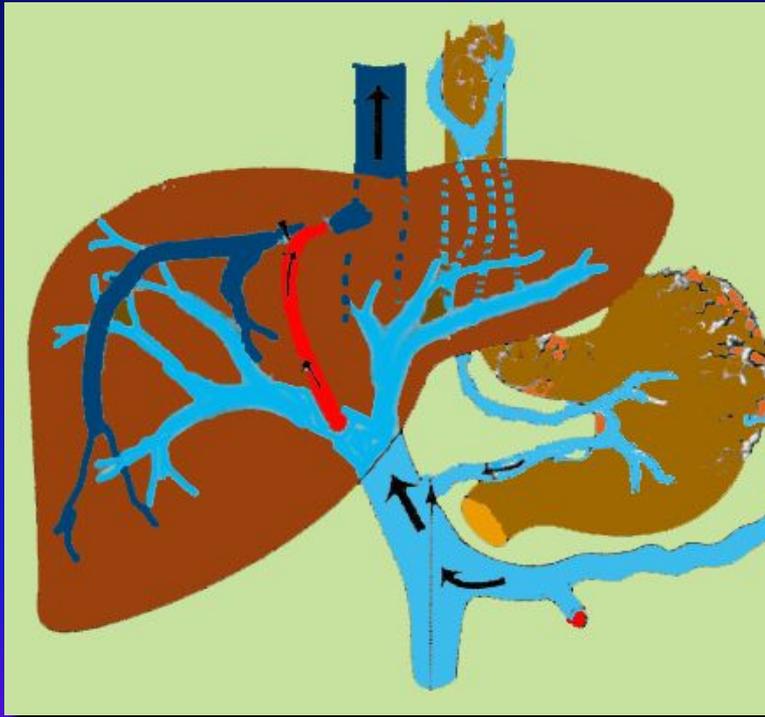
Мезентериокавальный анастомоз бок в бок



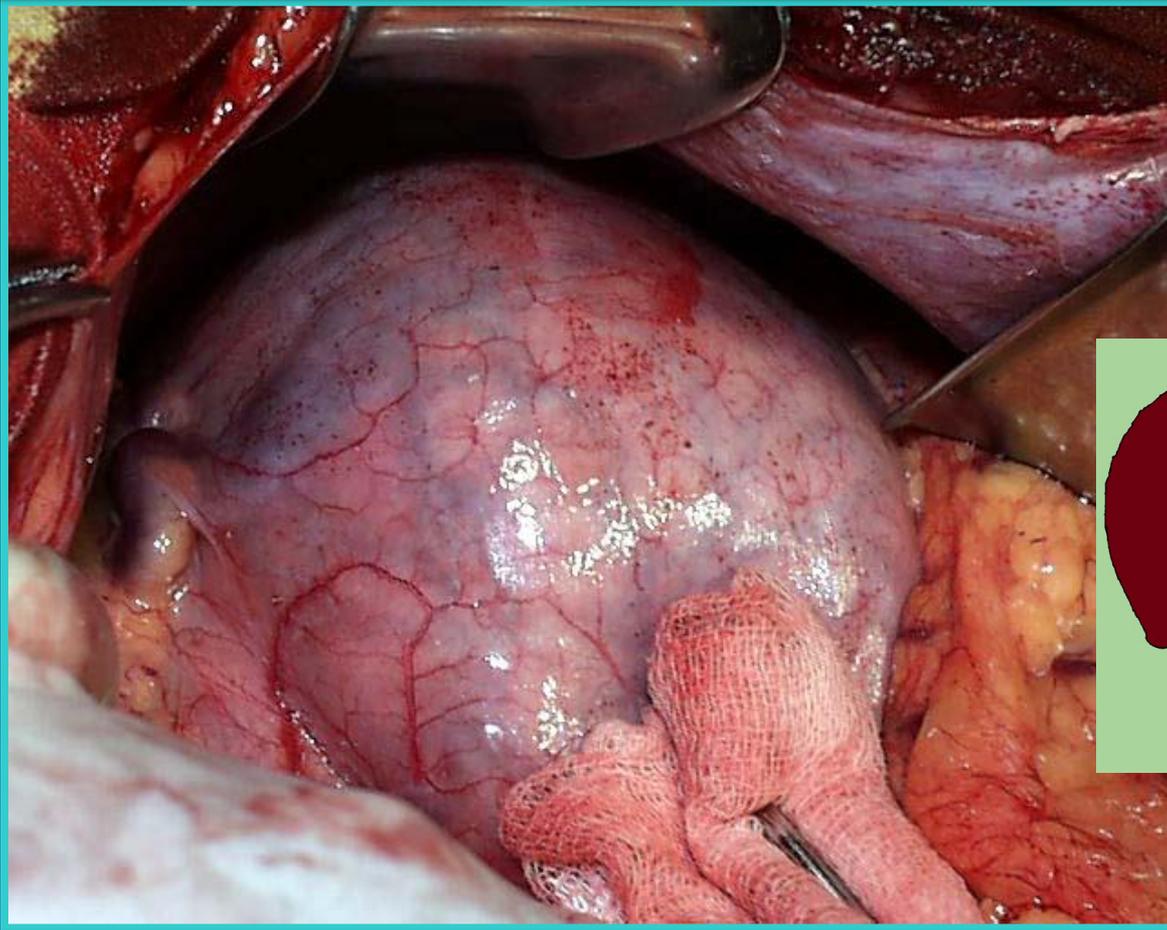
Основные виды портокавальных анастомозов.

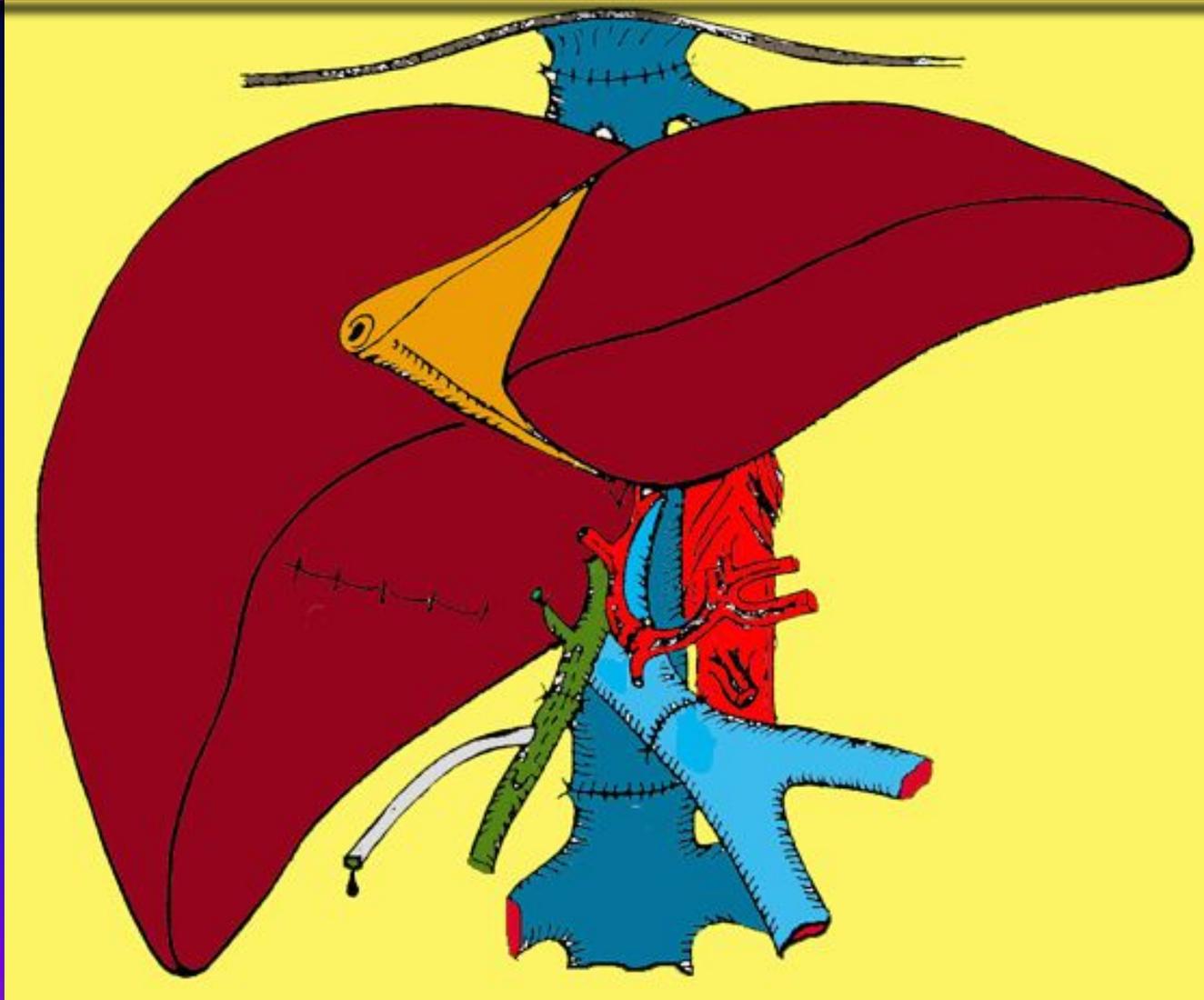


Мезентерикокавальный анастомоз H-типа



Сегментарная ВПГ





Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова.

Кафедра госпитальной хирургии.

Хирургическое лечение
диуретикорезистентного асцита

Проф. В.М. Лебезев

Асцит

– это скопление эндоваскулярной жидкости – лимфы, возникающее в результате транссудации через стенки капилляров

Старлинг, 1894

Внешний вид больного



Основные причины возникновения асцита у больных с портальной гипертензией



снижение коллоидно-осмотического давления в сосудистом русле и повышение его в брюшной полости;

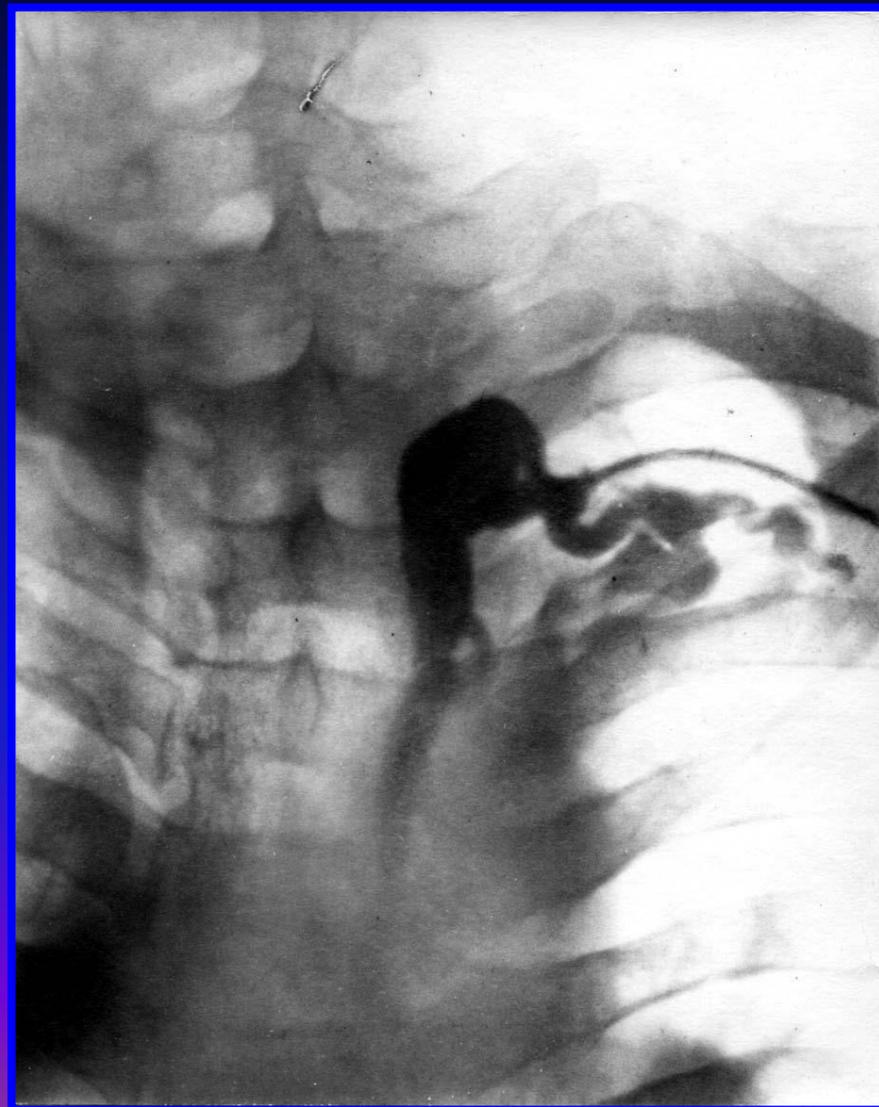


функциональная недостаточность лимфатической системы;



нервно-эндокринные механизмы задержки жидкости в организме

Лимфография у больного с портальной гипертензией



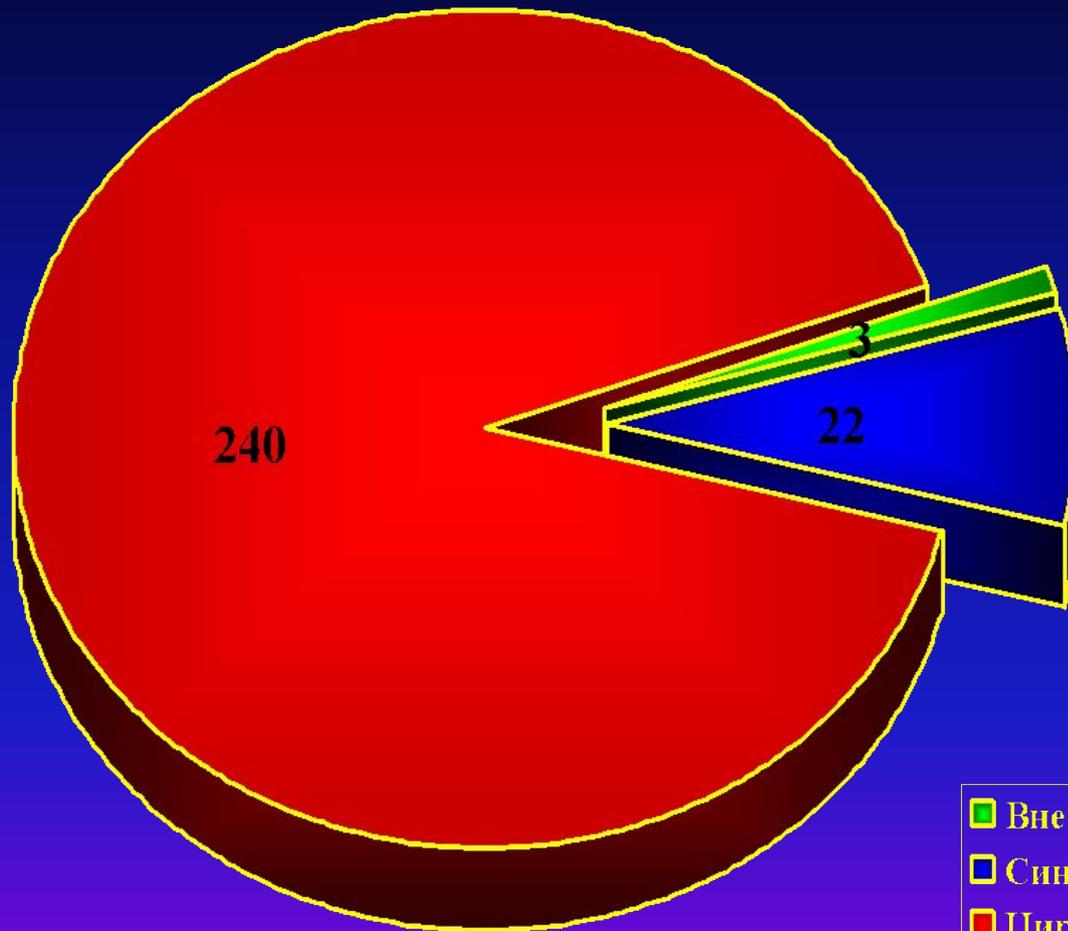
Гиповолемия → реакция волюмрецепторов правого предсердия + снижение давления в почечных артериях приводит к увеличению выработки:

- ренина,
- ангиотензина,
- кортикотропина,
- альдостерона,
- повышению реабсорбции натрия.

- Гипоталамус: увеличение выработки вазопрессина (антидиуретического гормона), усиление реабсорбции воды канальцами нефронов.

Диуретикорезистентный асцит 265 больных

1973-2001гг.



- Внепеченочная портальная гипертензия
- Синдром Бадда-Киари
- Цирроз печени

Дифференциальный диагноз между ЦП и болезнью Бадда-Киари

ЦП	Болезнь Бадда-Киари
Постепенное развитие болезни	Острое, внезапное и быстрое развитие болезни
Наличие гепатитов или алиментарных нарушений в анамнезе	Возможно наличие инфекционных или воспалительных заболеваний в анамнезе
Нет существенной разницы по половому признаку	90 % - страдают молодые женщины
Обязательно наличие спленомегалии, ВРВ пищевода, часто атрофический ЦП с уменьшением размеров печени, постепенное развитие асцита	Быстрое развитие. Гепатомегалия и резистентный асцит. Спленомегалия и ВРВ развиваются при переходе в хроническую форму
Лейко- и тромбоцитопения, часто анемия	Полицитоз, высокие показатели гемоглобина и гематокрита
Консервативное лечение асцита эффективно на начальных стадиях	Асцит сразу становится диуретикорезистентным

Дифференциальная диагностика синдрома Бадда-Киари



При появлении асцита следует **исключить:**

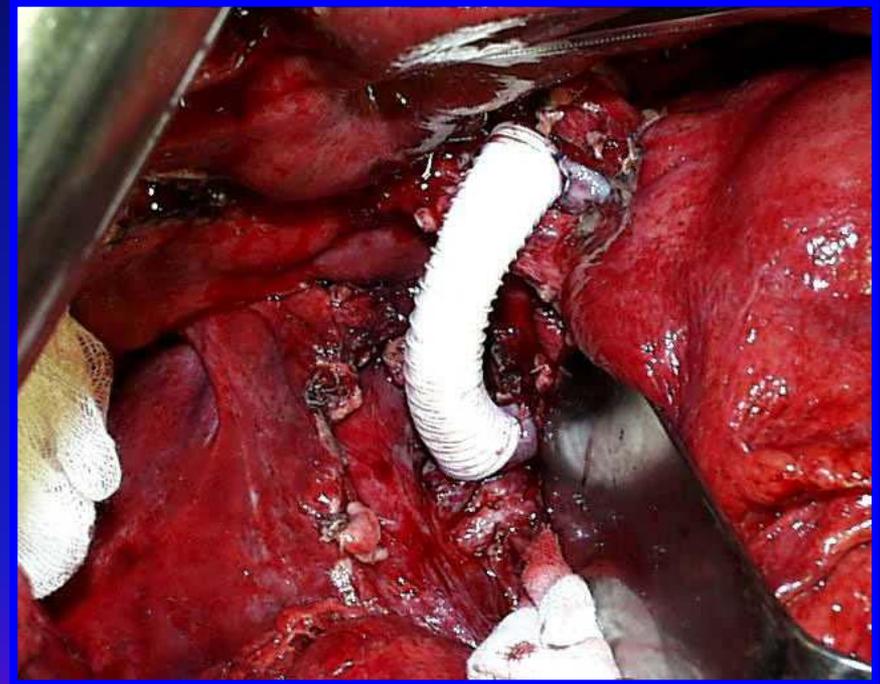
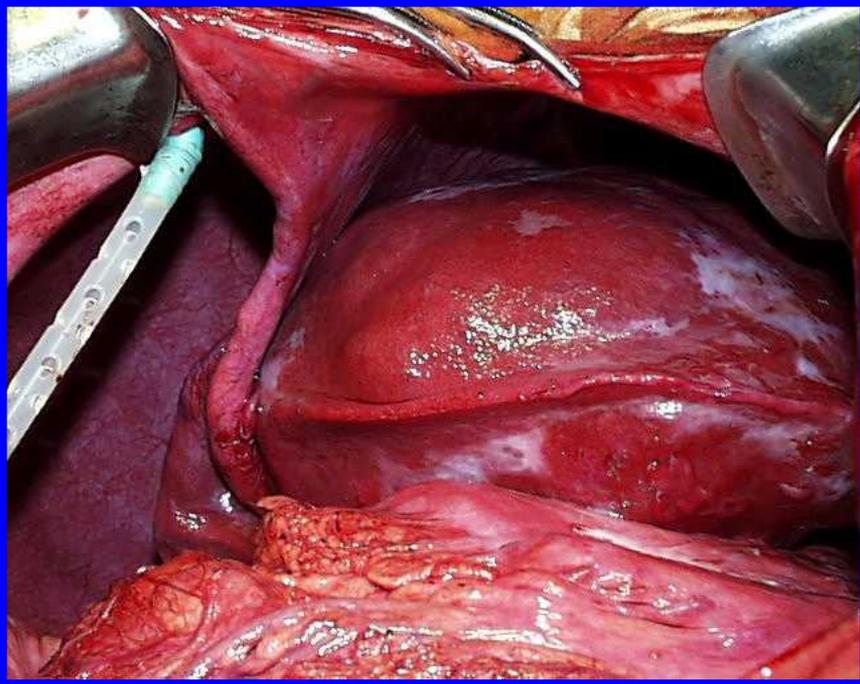
- сердечную недостаточность,**
- констриктивный перикардит,**
- миксому предсердий,**
- цирроз печени,**
- тромбоз воротной вены,**
- опухоль печени и прилежащих органов.**

Результаты хирургического лечения резистентного асцита у больных с портальной гипертензией

Операция	Кол-во больных	Результат		
		хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный
Портокавальное шунтирование (ПКШ)	16	7	4	5 (2)*
Лимфovenозный анастомоз (ЛВА)	62	15	17	30 (4)
Дуктолиз	24	-	12	12
Перитонеovenозное шунтирование (ПВШ)	94	51	12	31 (15)
Редукция селезеночного артериального кровотока	55	26	15	14 (2)
Редукция кровотока по печеночной артерии	14	3	-	11 (4)
Всего:	265	102	60	103 (27)

* в скобках указано количество умерших больных

Прямой порторенальный анастомоз у больного с болезнью Киари



Интраоперационная картина

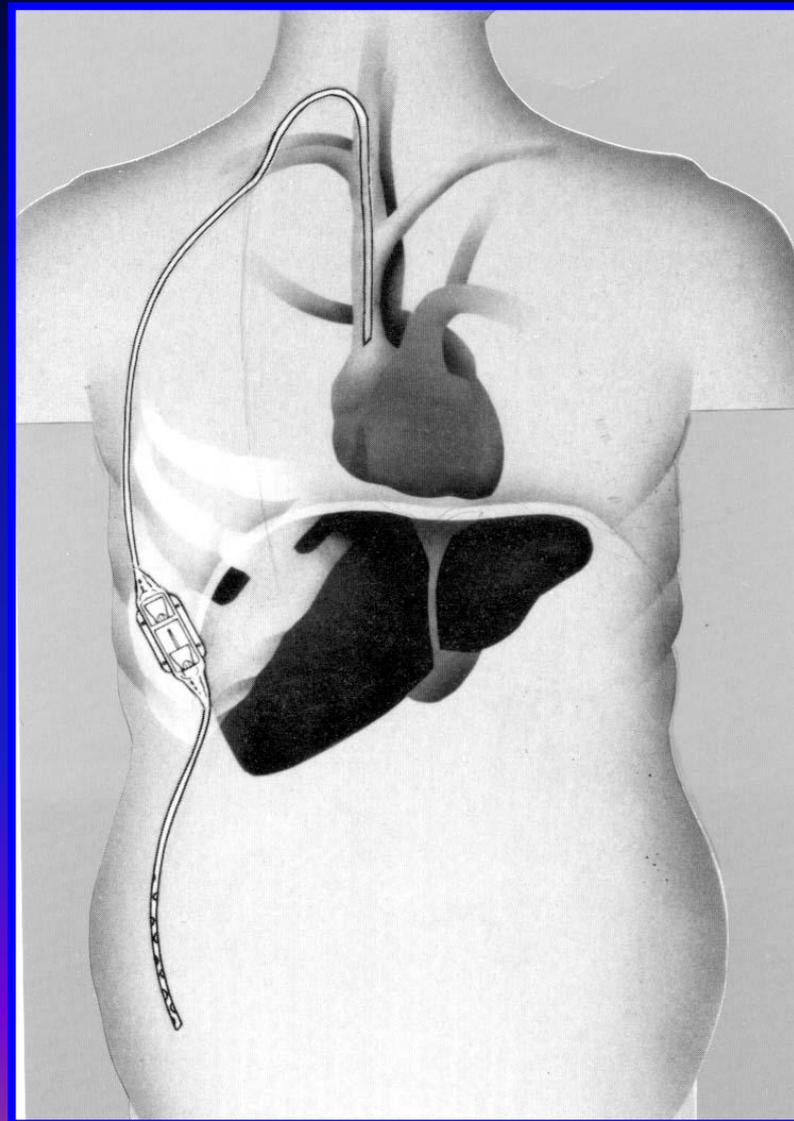
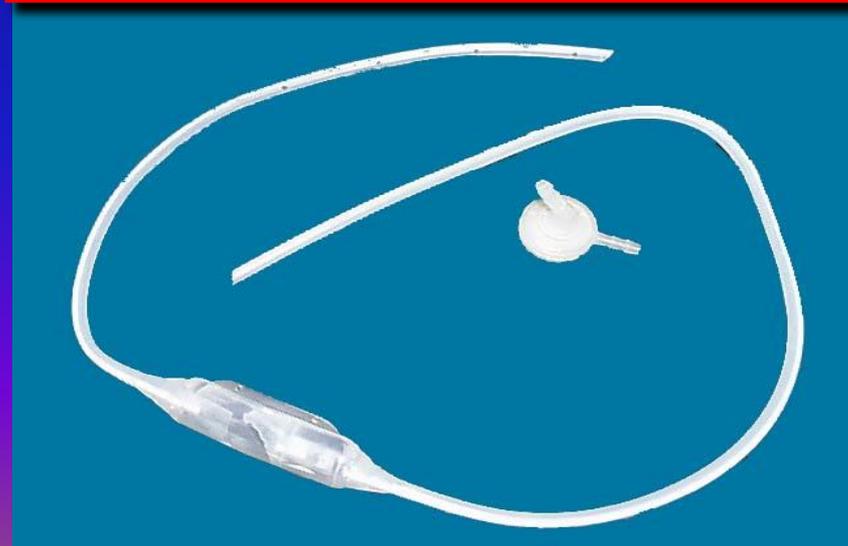
Прямой порторенальный анастомоз у больного с болезнью Киари



**Вид больного до операции
и через 1 год после нее**

Отделение экстренной хирургии и портальной

Схема перитонеовенозного шунтирования

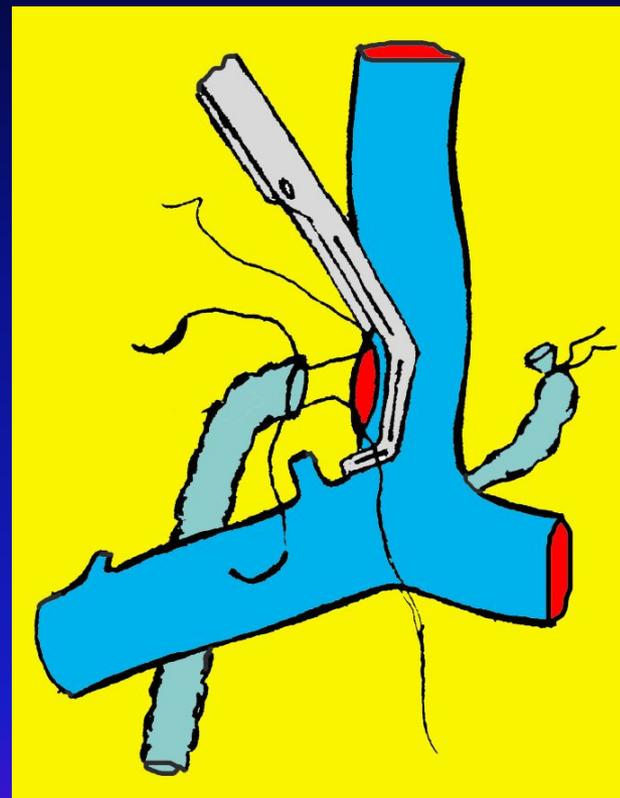
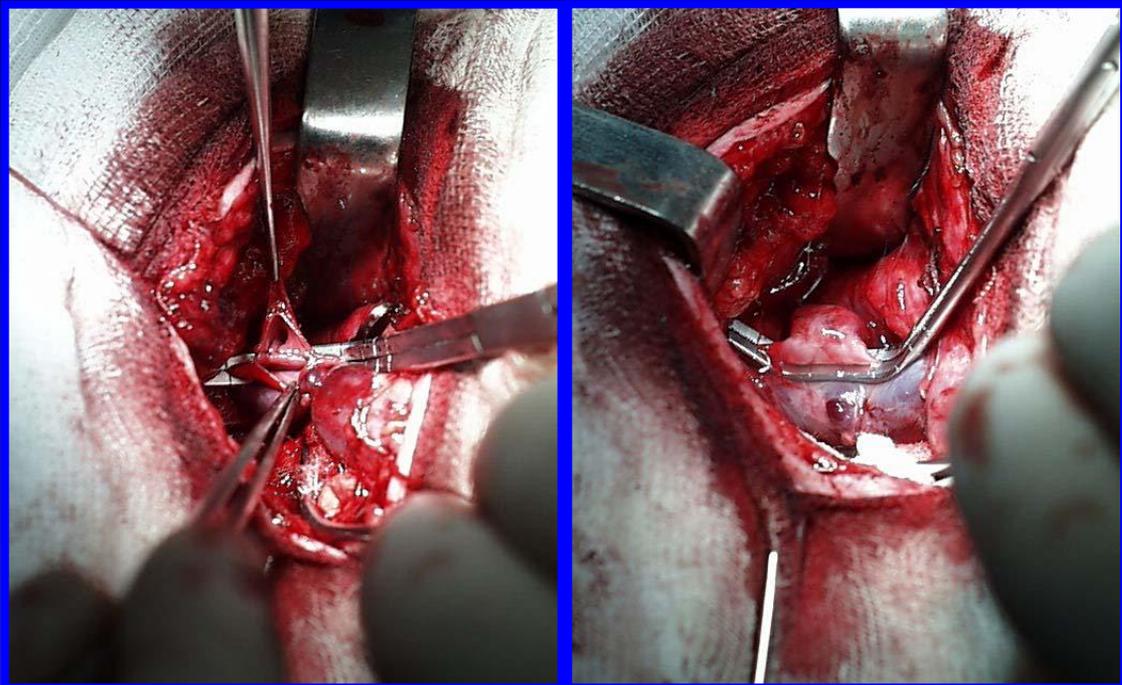


Противопоказания к ПВШ:



- Прямые и косвенные признаки патологии сердца (наличие пороков, снижение сердечного выброса $< 60\%$, повышение ЦВД в покое, при физической нагрузке и в/в введении плазмазамещающих жидкостей);
- Органические заболевания почек (нефрит, нефроз, почечная недостаточность);
- Гипокоагуляция, склонность к фибринолизу;
- Высокая степень активности патологического процесса в печени (повышение билирубина, АсАТ, АлАТ);
- Рецидивы гастроэзофагеальных кровотечений в анамнезе или ВРВ III степени с угрозой кровотечения;
- Положительная проба на переливание собственной асцитической жидкости.

Лимфовенозный анастомоз у больного с резистентным асцитом



Редукция селезеночного артериального кровотока

