

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ
СИНДРОМА

ПОРТАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ**

Выполнила:
Артемова А. С.

Согласно классификации Ф. Г. Углова, все оперативные вмешательства, применяемые по поводу портальной гипертензии, можно разделить на 2 группы:

-Тотальные, устраняющие портальный застой;

-Парциальные, устраняющие лишь отдельные симптомы портальной гипертензии.

Показания для хирургического лечения

1. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка;
2. Асцит, резистентный к консервативной терапии;
3. Проявления гиперспленизма с критической панцитопенией;
4. Резкое расширение вен желудка на фоне выраженной портальной гипертензии.

Противопоказания.

1. Декомпенсированная портальная гипертензия;
2. Активность воспалительного процесса в печени;
3. Выраженные проявления печеночноклеточной недостаточности (желтуха, печеночная энцефалопатия).

Наиболее часто применяемые оперативные вмешательства:

- 1-Операции по созданию портокавальных анастомозов;
- 2-Операции по созданию портокавальных органоанастомозов;
- 3-Операции по созданию мезентерикокавальных анастомозов;
- 4- Операции, прерывающие связь вен пищевода и желудка с венами портальной системы;
- 5-Операции при продолжающемся кровотечении из вен пищевода;
- 6-Операции, направленные на отведение асцитической жидкости;
- 7-Перитонеальное шунтирование.

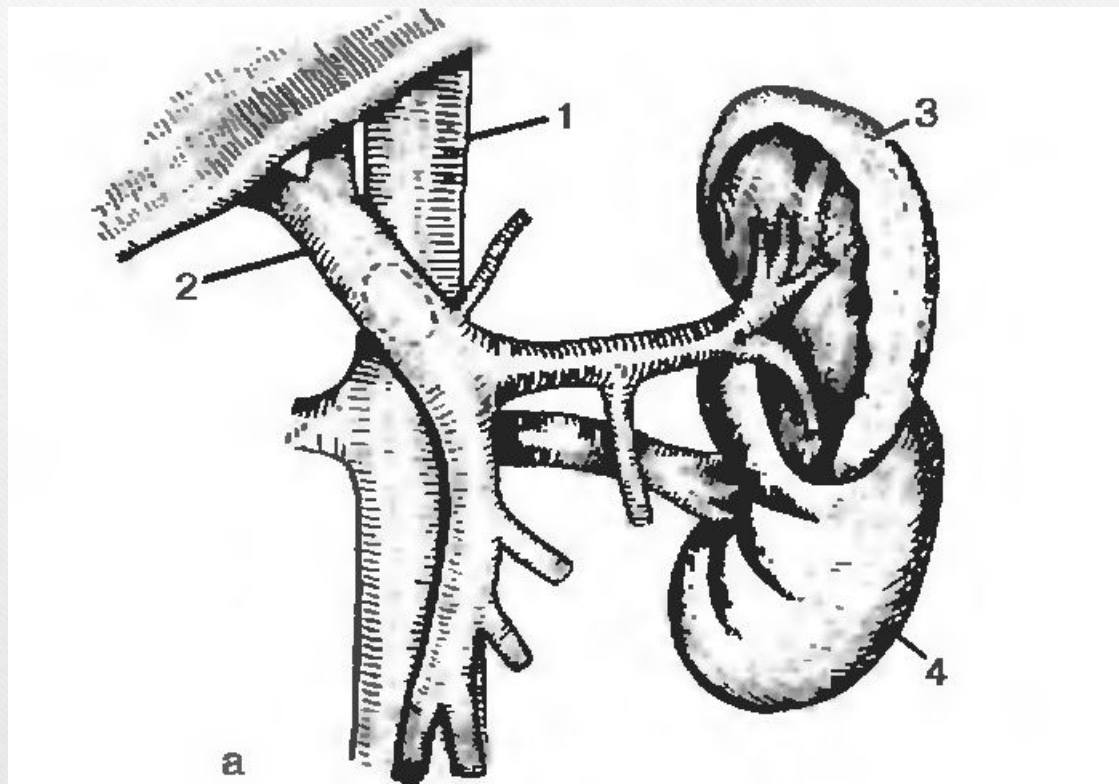
1. Операции по созданию портокавальных ангиоанастомозов:

-Тотальное портокавальное шунтирование (прямой портокавальный и проксимальный спленоренальный анастомозы с спленэктомией)

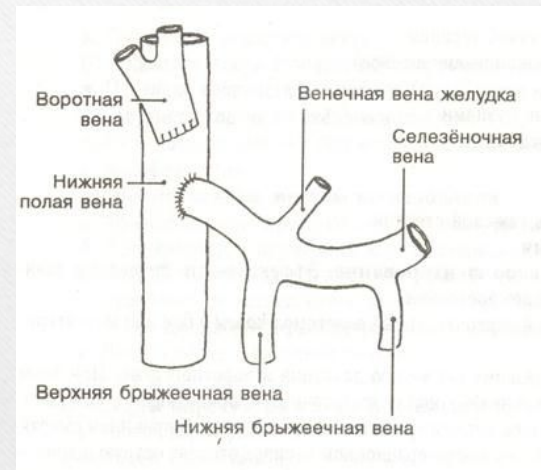
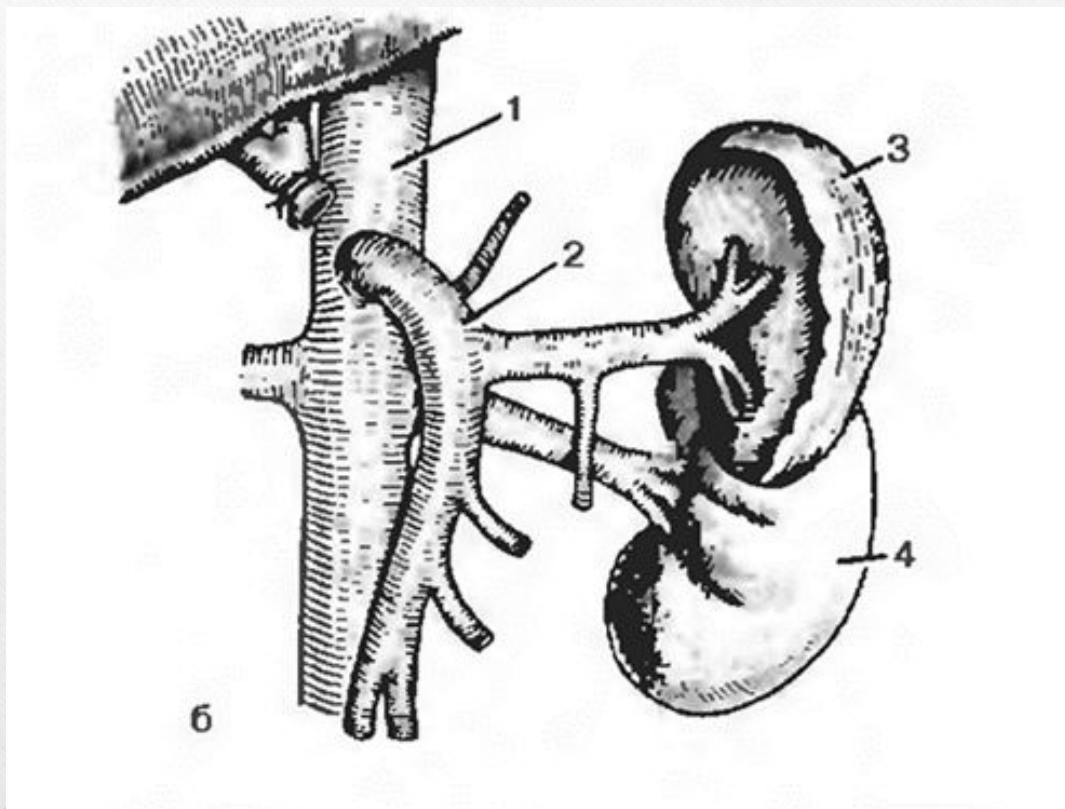
-Парциальное портокавальное шунтирование (дистальный спленоренальный анастомоз с сохранением селезенки; спленоренальный и мезентерикокавальный анастомозы по типу «бок в бок» и «Н-образный»)

Наложение прямого портокавального анастомоза:

-наложение соустья на боковые стенки воротной вены и нижней полой вены по типу «бок в бок»;

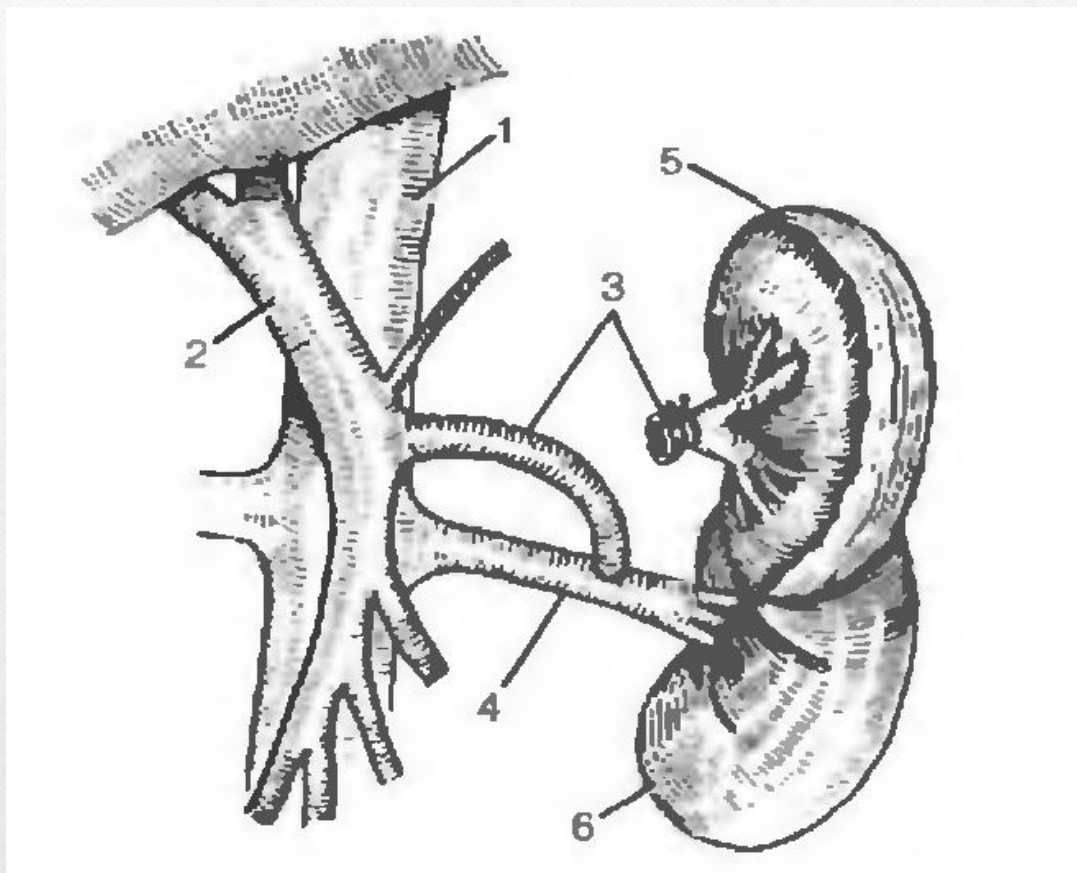


-Перевязка и пересечение воротной вены у ворот печени и создание анастомоза между воротной веной и нижней полой веной по типу «конец в бок».

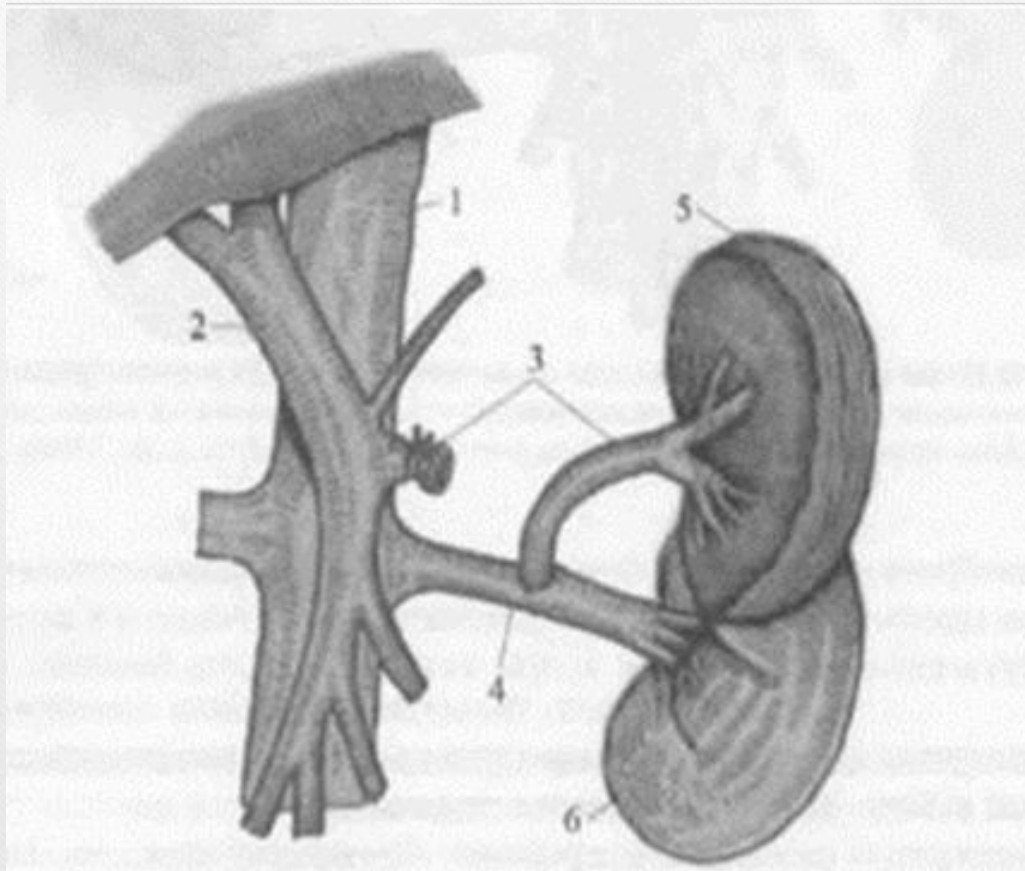


Спленоренальные анастомозы

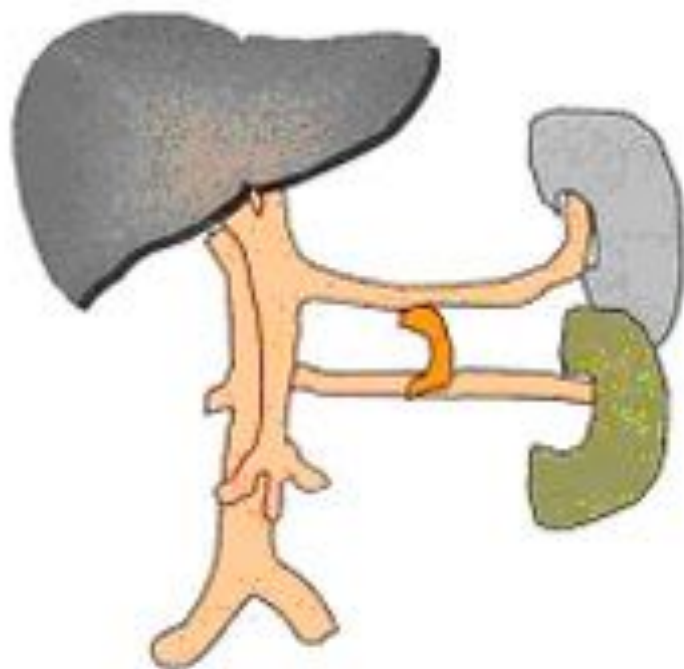
-Наложение проксимального спленоренального анастомоза по типу «конец в бок» с удалением селезенки.



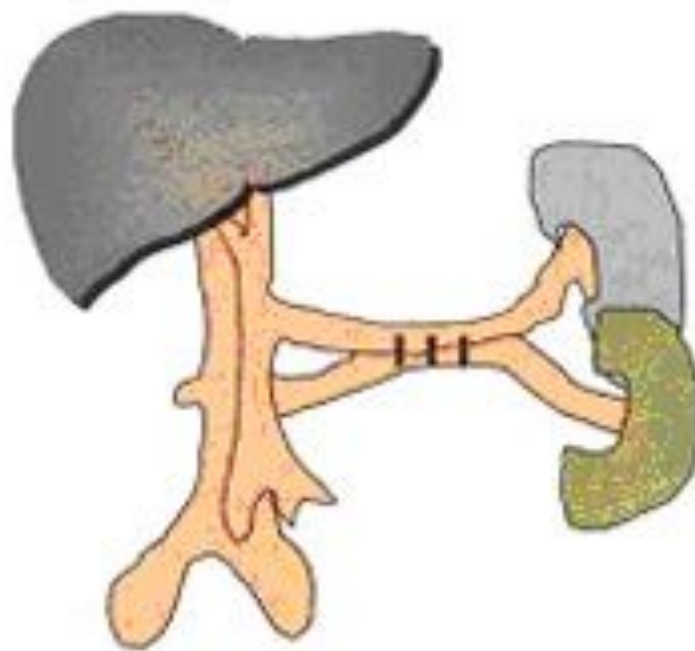
○ -наложение дистального спленоренального анастомоза по типу «конец в бок» с сохранением селезенки (Bruce E. Jarrell, 1997).



Наложение проксимального спленоренального «Н-образного» анастомоза и анастомоза по типу «бок в бок» с сохранением селезенки



а

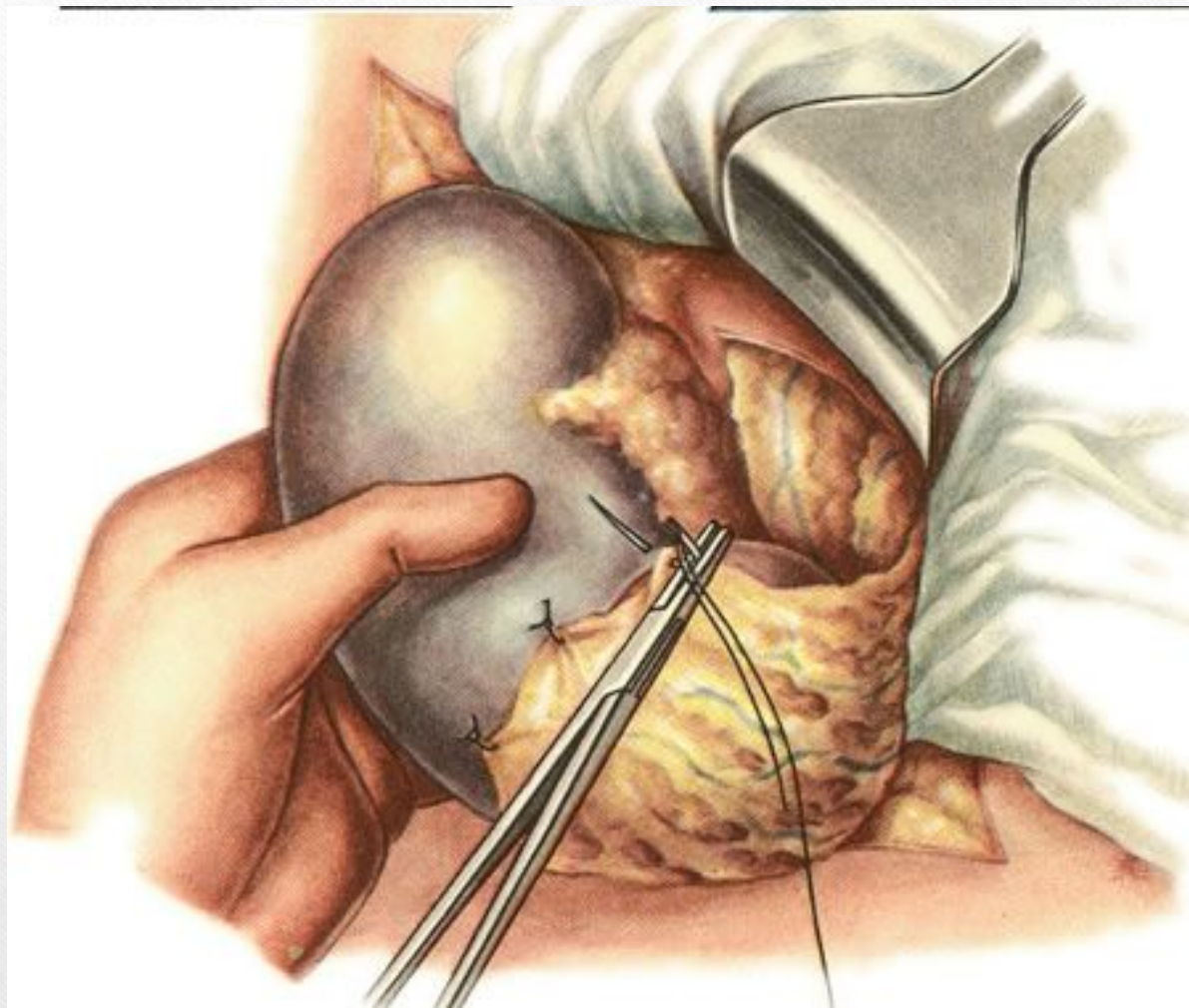


б

2. Операции по созданию портокавальных органоанастомозов.

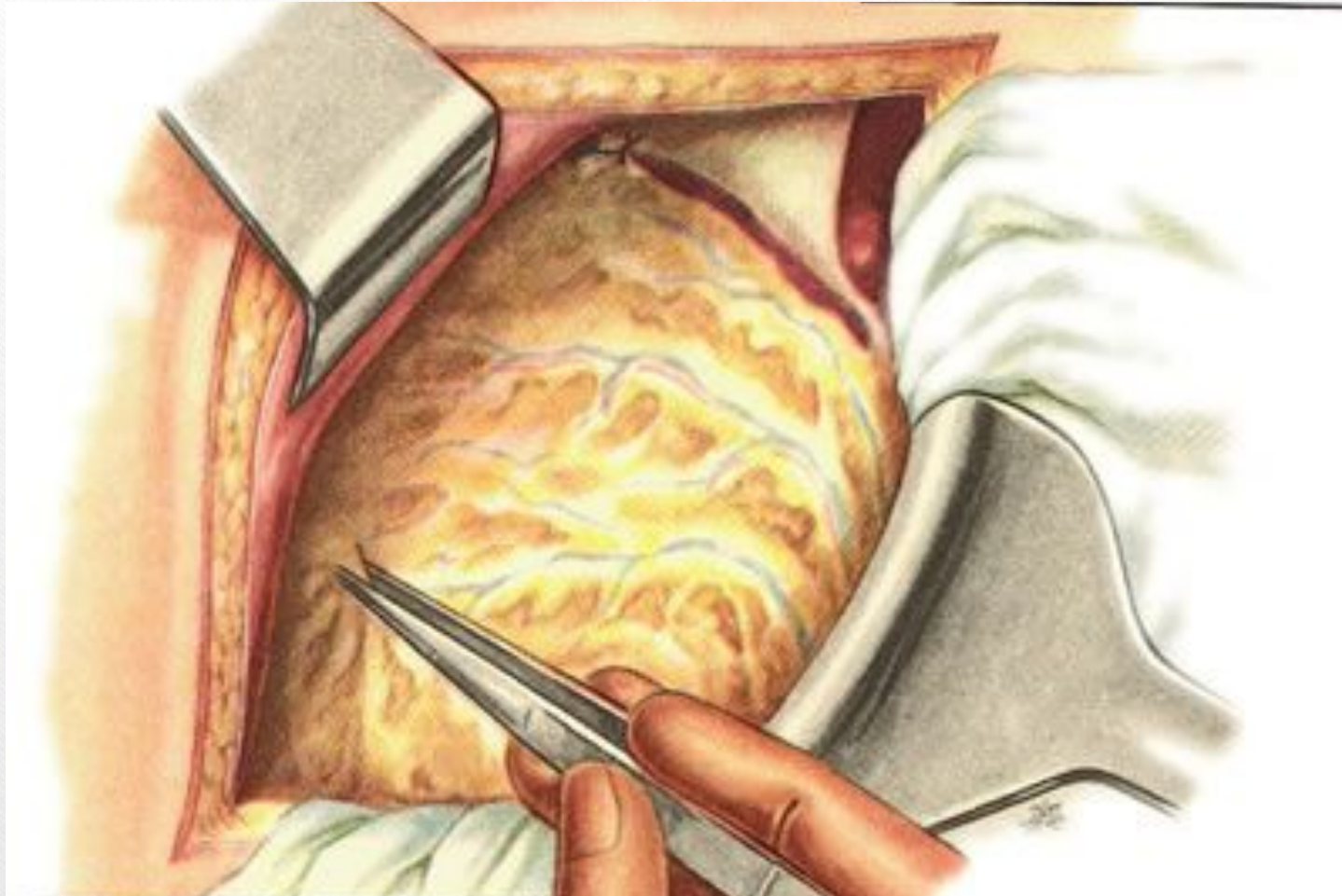
Чаще всего для этого пользуются большим сальником из-за его подвижности и относительно хорошей васкуляризации. Идея окутывания почки сальником была использована для лечения асцита Магу (1912) и П.А. Герценом (1913). Перед фиксацией поверхность сальника протирают марлевым тампоном до появления капель крови.

Метод окутывания почки большим сальником.

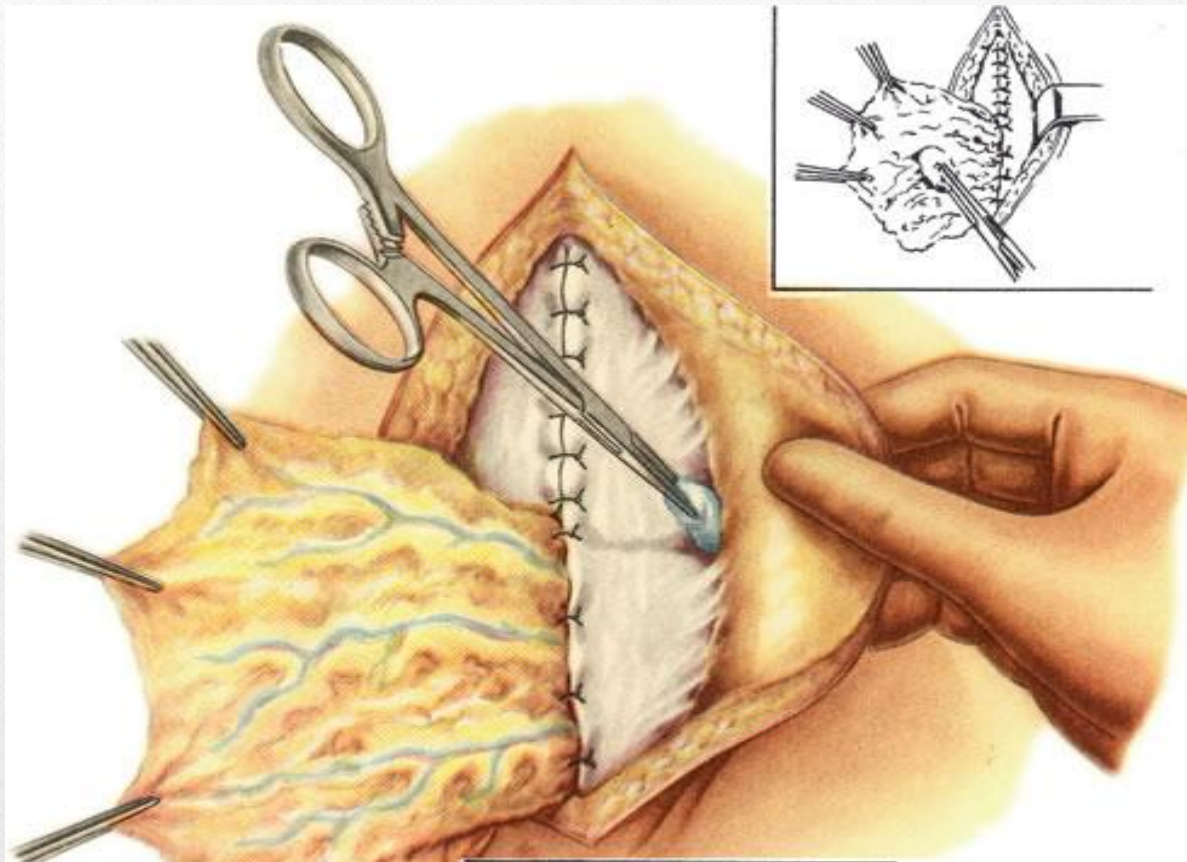


Оменторенопексия. Способ П. А. Герцена

Метод окутывания печени большим сальником.

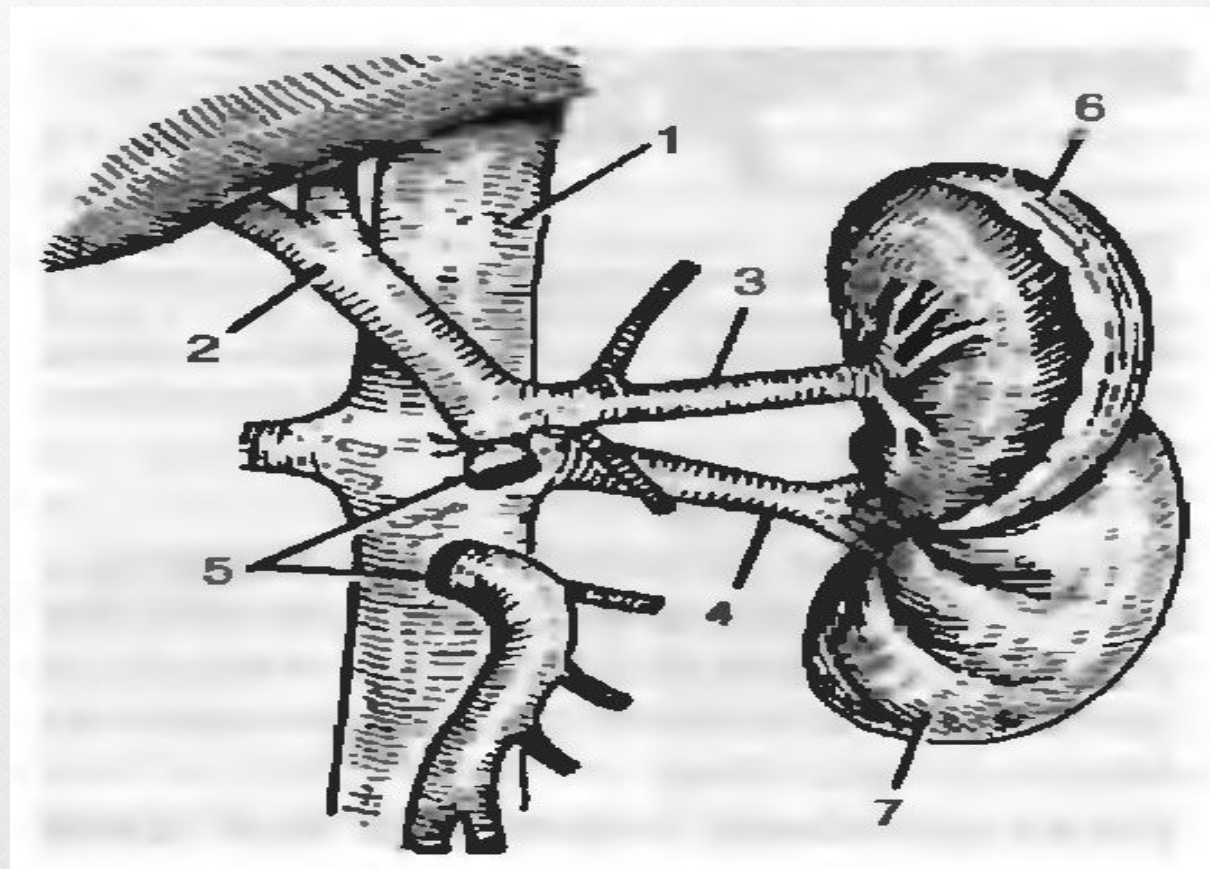


Оментопексия по способу Тальма-Нарата

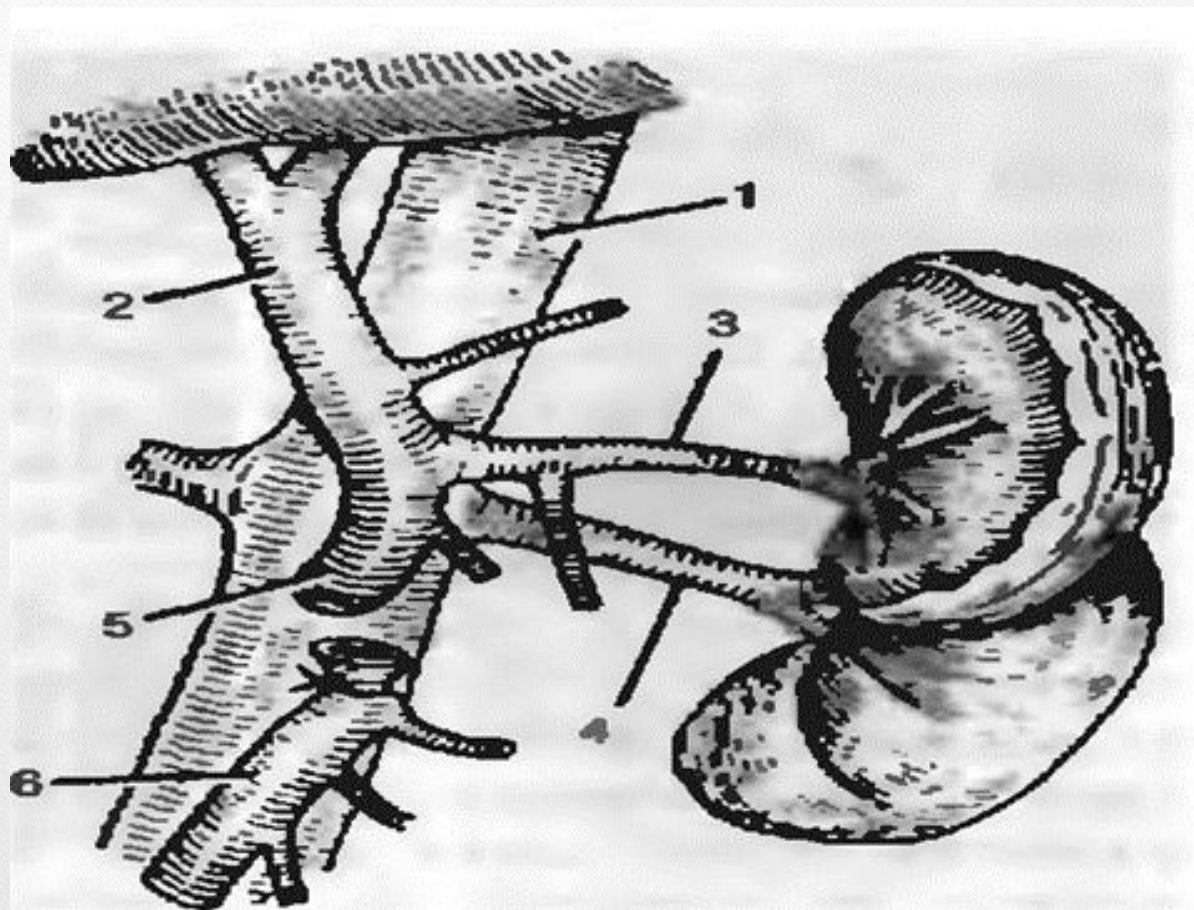


3. Операции по созданию мезентерикокавальных анастомозов

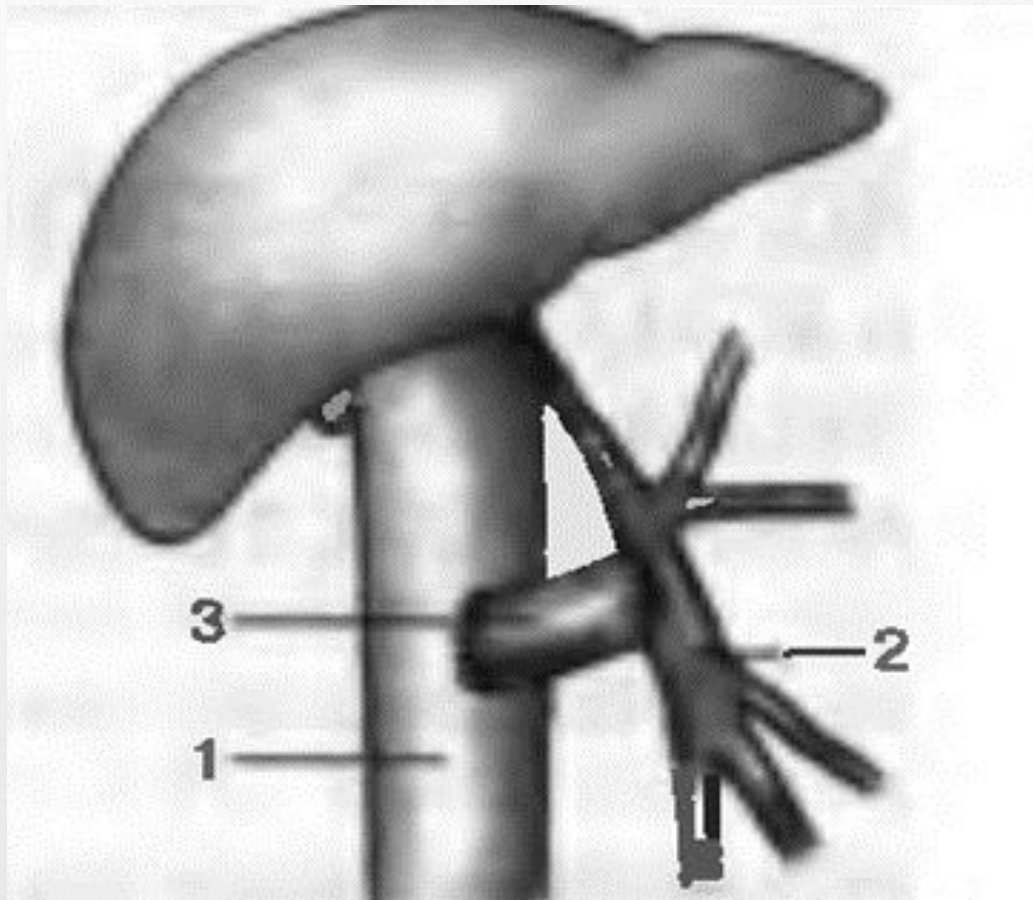
-Мезентерикокавальный анастомоз по Крестовскому



-Мезентерикокавальный анастомоз по Оверу-Мариону



-Мезентерикокавальный анастомоз по «Н-типу» (Bruce E. Jarrell, 1997)

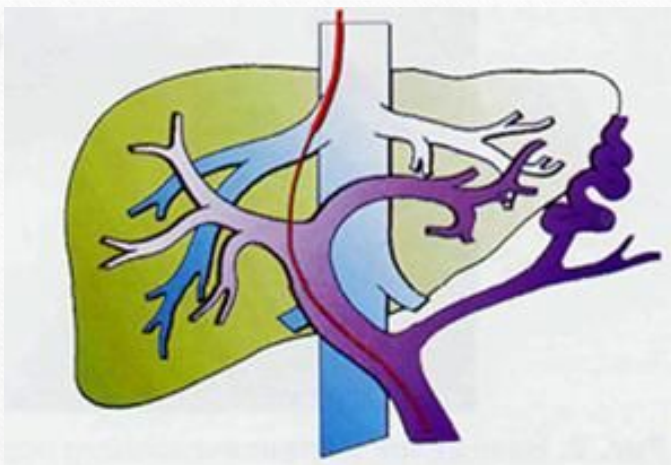


TIPS - Трансъюгулярное Интрапеченочное Портосистемное Шунтирование.

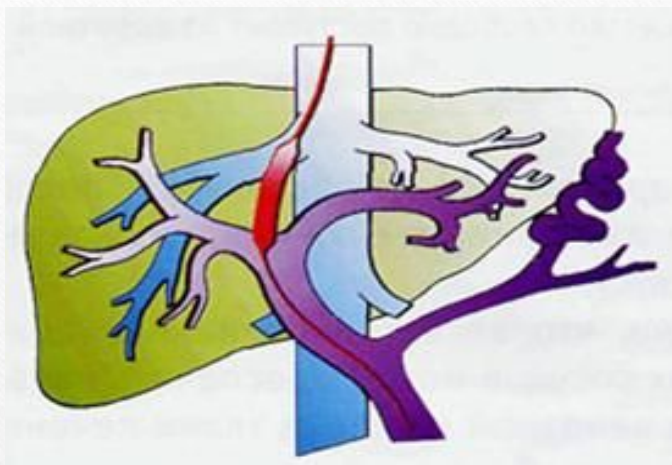
TIPS может сочетаться с другими эндоваскулярными методиками - эмболизация варикознорасширенных вен пищевода и желудка, эмболизация печеночной артерии и др.

Для TIPS (ТИПС) существуют строго определенные показания:

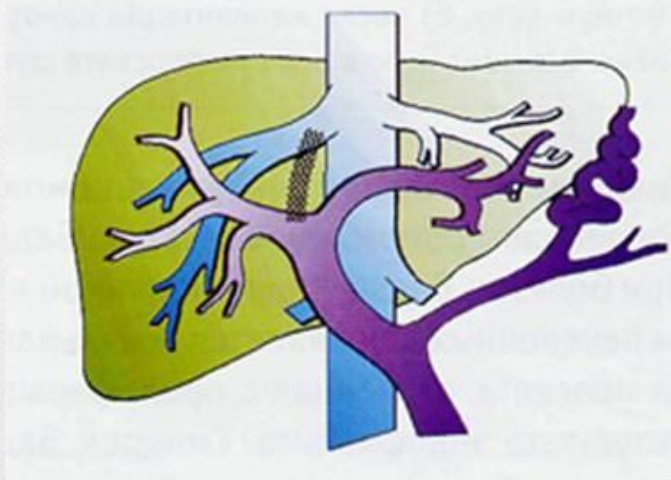
1. Портальная гипертензия.
2. Острое кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.
3. Повторное пищеводно-желудочное кровотечение.
4. Рефрактерный асцит (асцит неподдающийся медикаментозной терапии).
5. Печеночный гидроторакс (скопление асцитической жидкости в плевральной полости).
6. Синдром Бадда-Киари (сдавление нижней полой вены в инфраренальном отделе узлами регенератами).



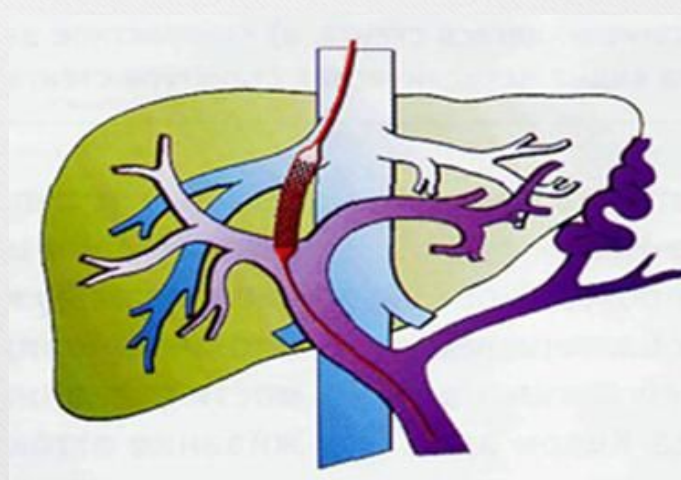
1 этап TIPSS. Введение проводника.



2 этап TIPSS. Баллонная дилатация ткани печени.



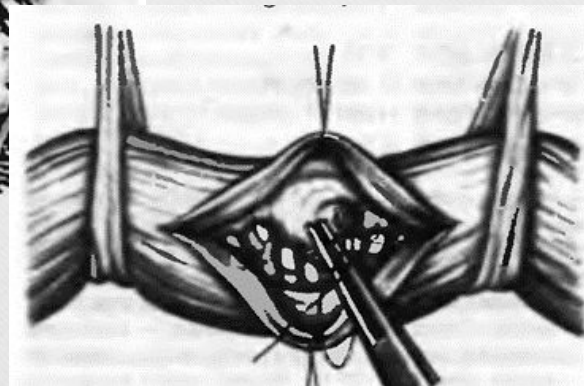
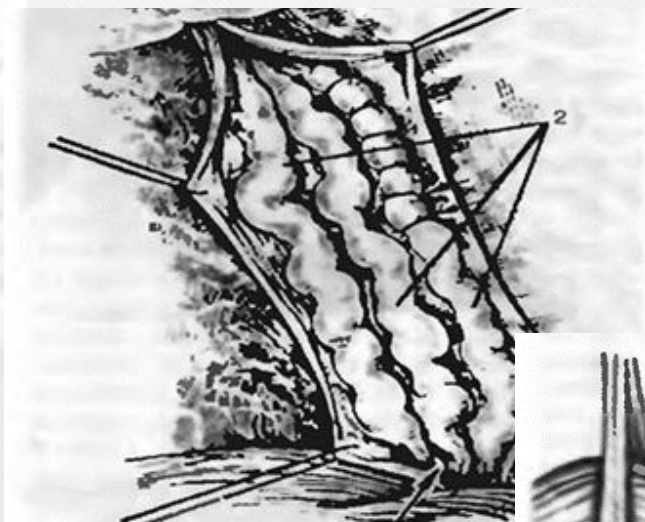
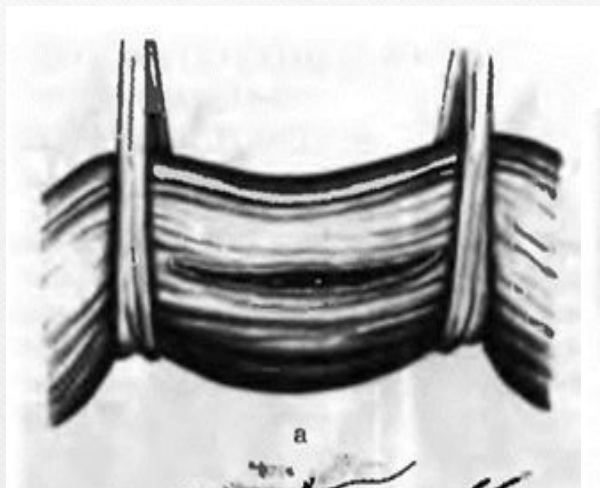
3 этап TIPSS.
Установка стента.



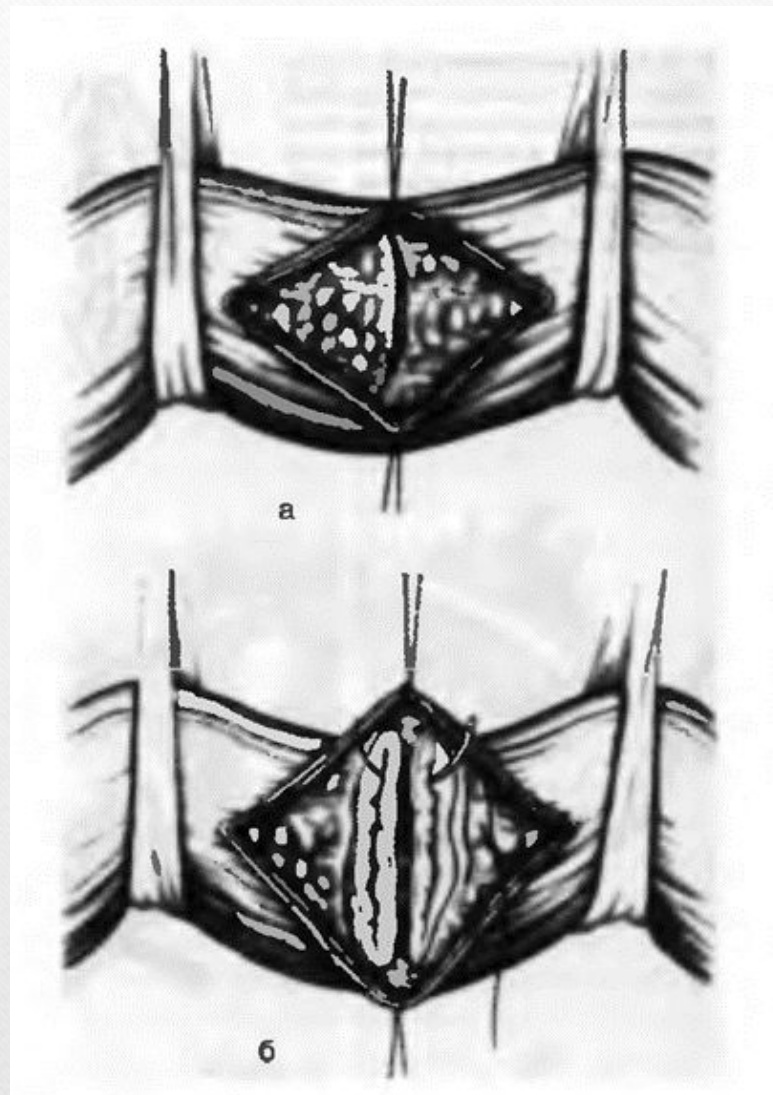
4 этап TIPSS.
Дилатации стента.

4- Операции, прерывающие связь вен пищевода и желудка с венами портальной системы

Трансторакальное обшивание вен пищевода (операция Рапанта)



- Чреспищеводная перевязка вен пищевода



- Операция Таннера

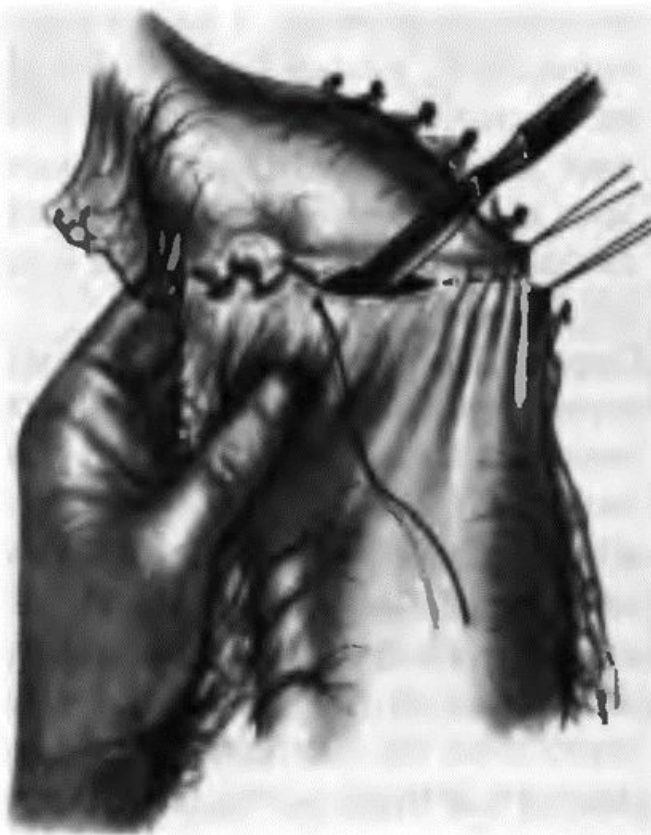
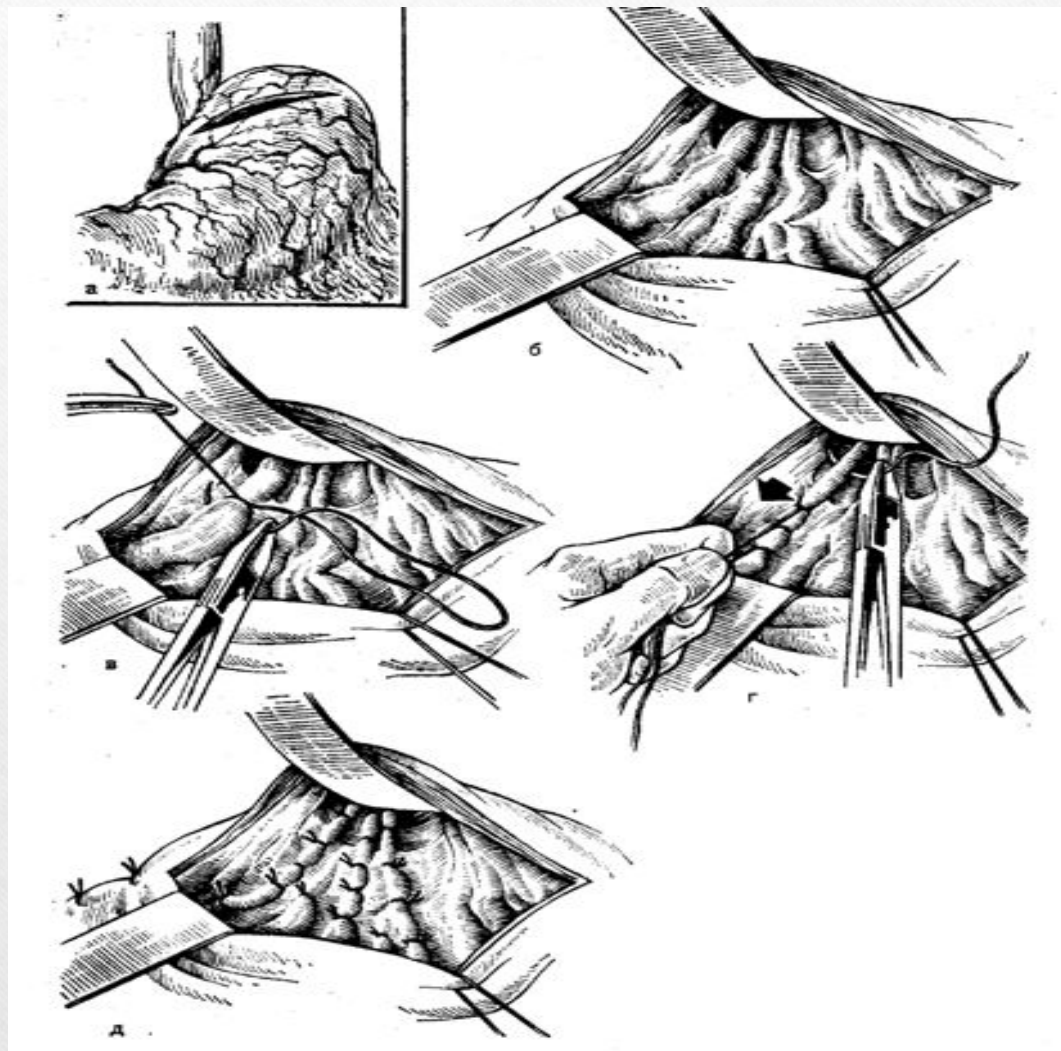
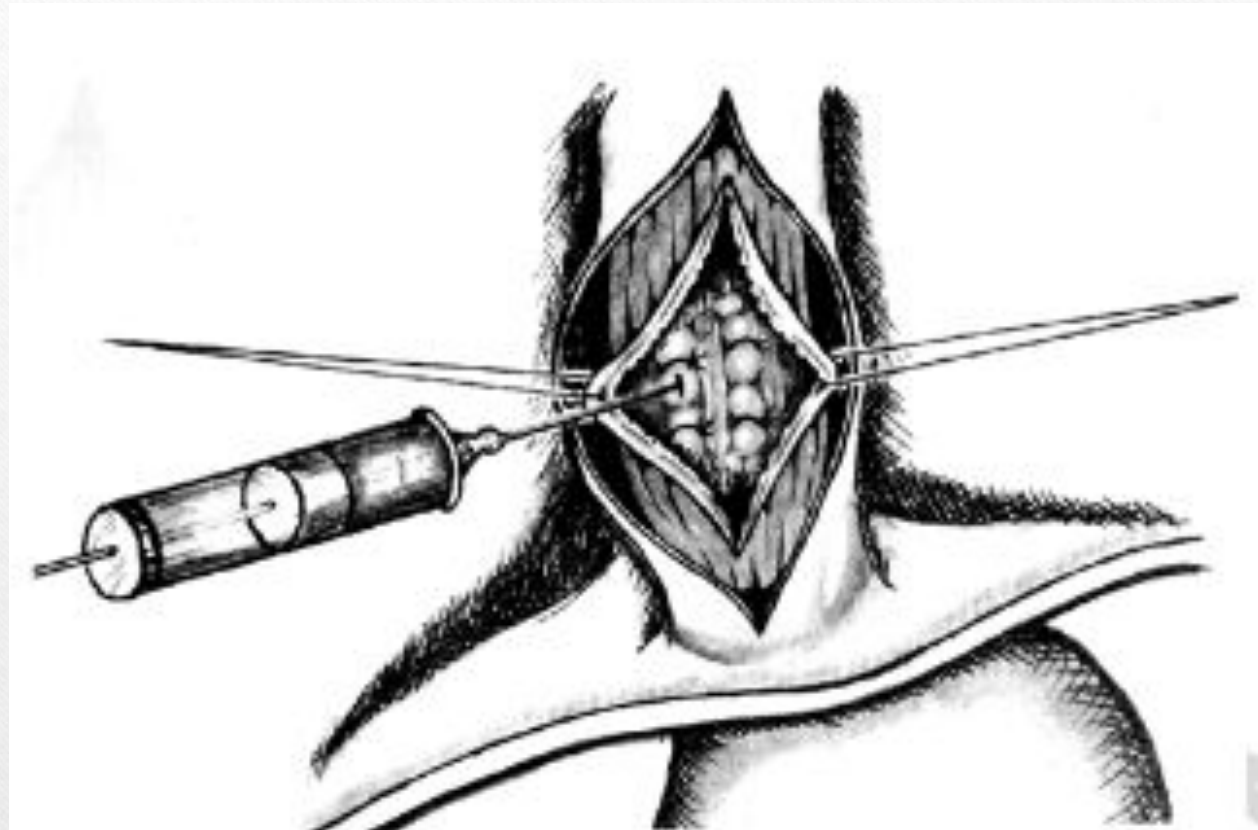


Рис. 12-258. Операция Таннера. Рассечение передней стенки желудка и кровеносных сосудов. наложение швов на рассеченную стенку желудка.

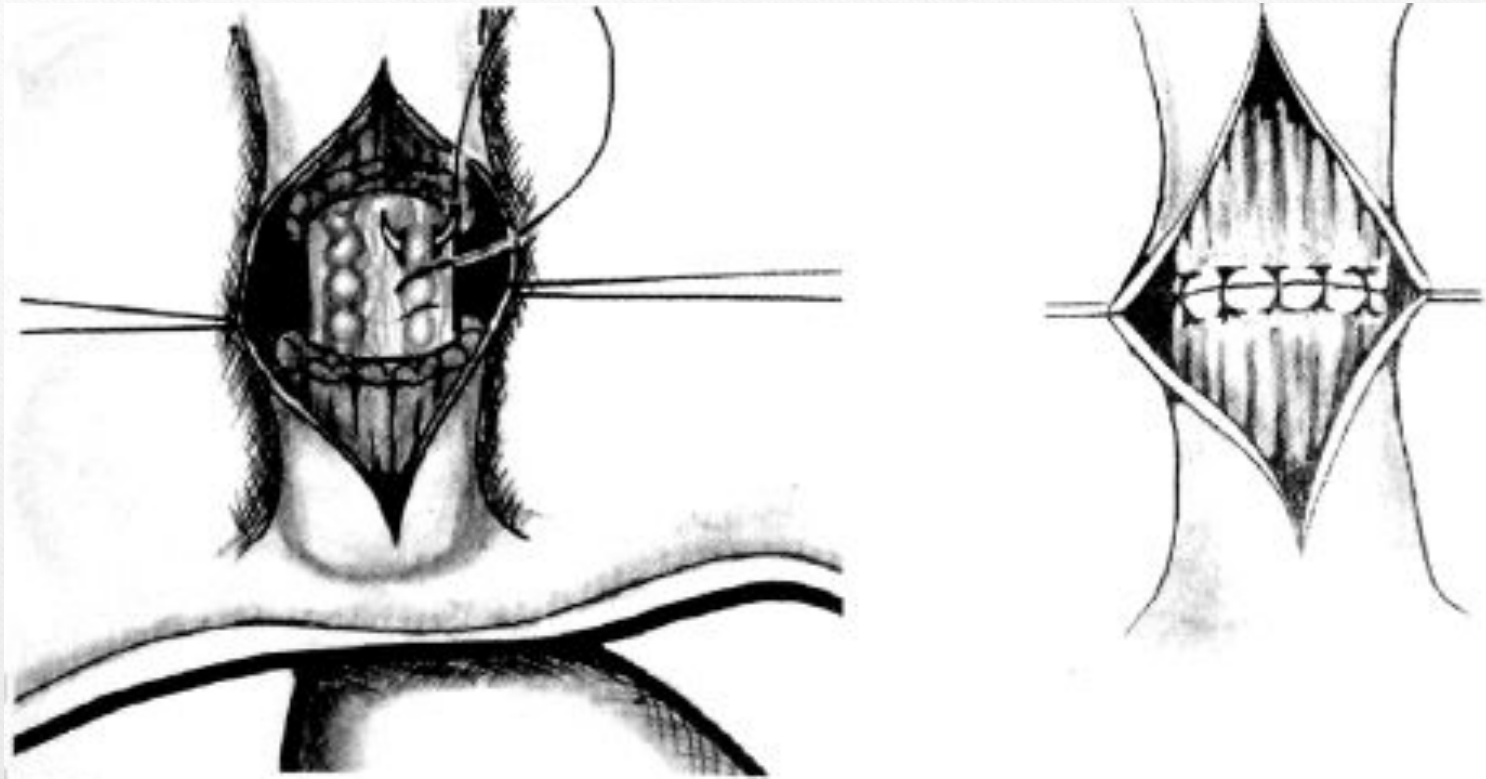
- Операция прошивания варикозных вен желудка и пищевода (операция М.Д. Пациоры).



Операция Берема-Карйля.

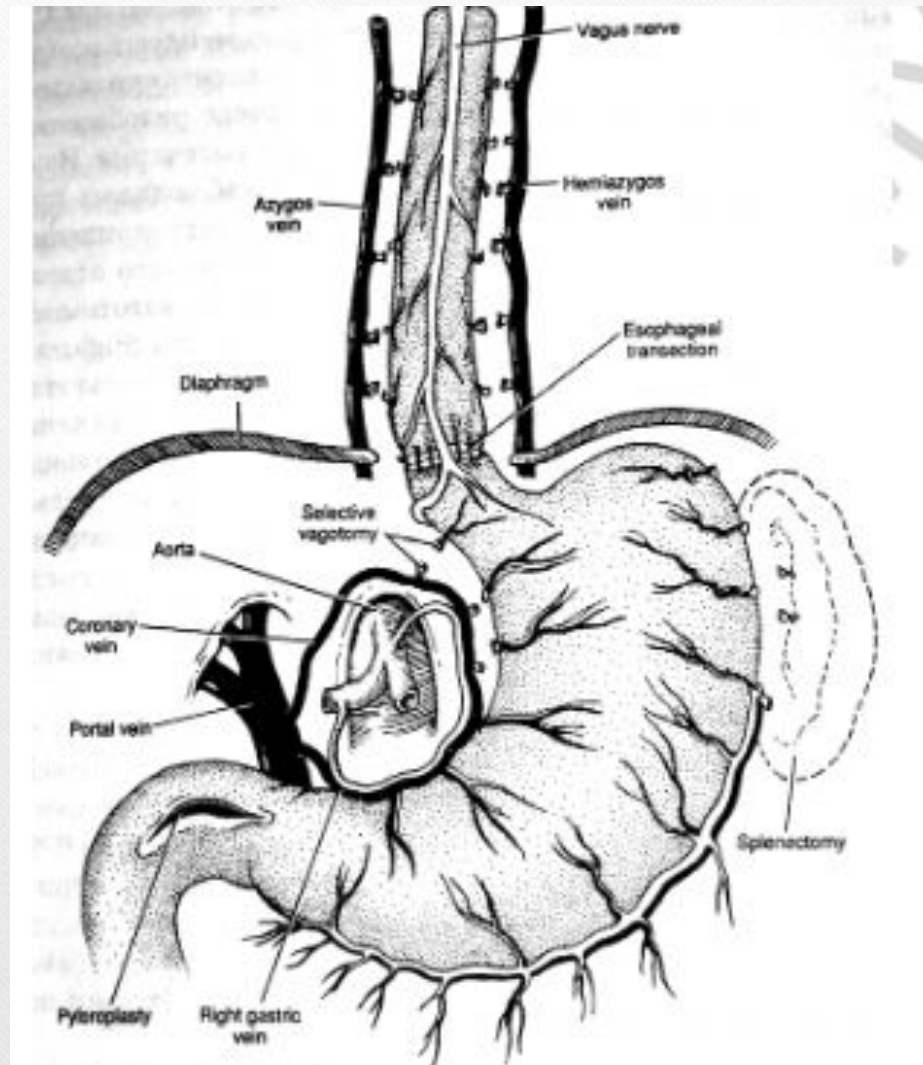


Операция Рапанта



а — прошивание расширенных вен пищевода в подслизистом слое;
б — швы наложены на мышечную оболочку

Операция Сигиура



-Эндоскопическое лигирование ВРВ желудка

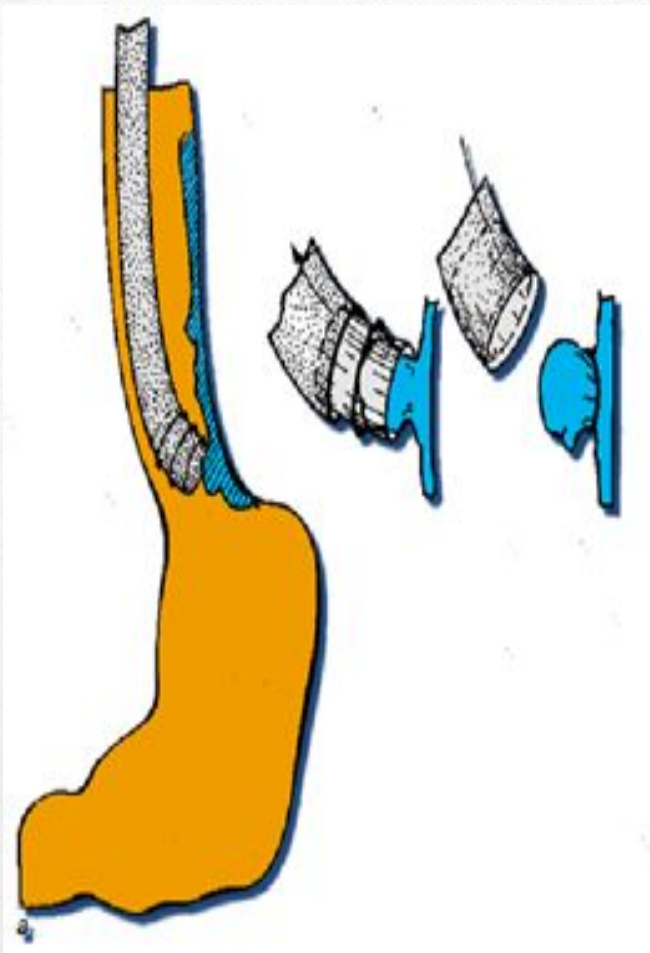
- лигирование;
- склеротерапия;
- клеевые композиции;
- стентирование пищевода.



Многозарядный эндоскопический лигатор
фирмы Wilson-Cook.

Показания и особенности эндоскопического лигирования:

- профилактика первого эпизода кровотечения (первичная профилактика)
- профилактика рецидива кровотечения (вторичная профилактика) 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
- 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.
- дифференцированный подход к лигированию ВРВ пищевода и желудка.



Эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода латексными кольцами (схема).

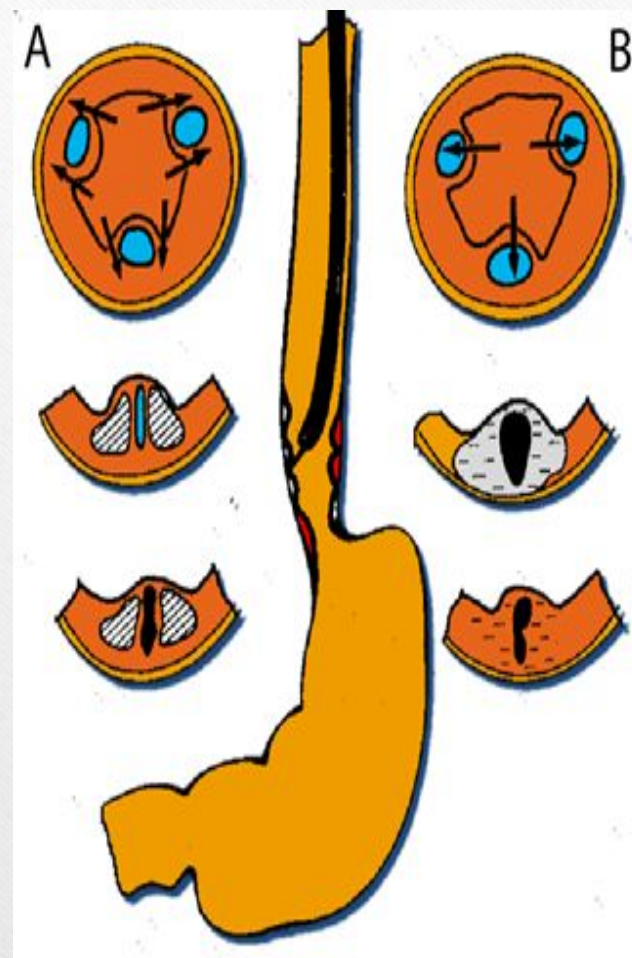
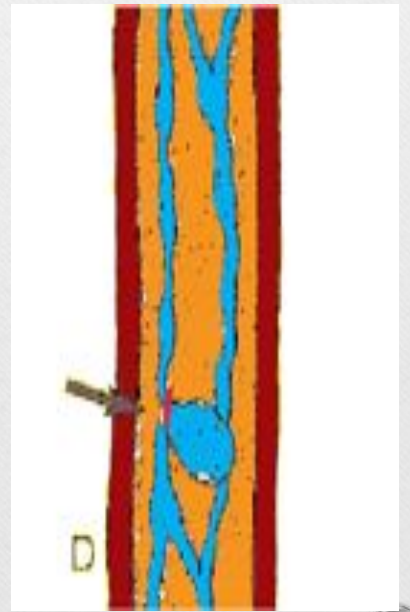
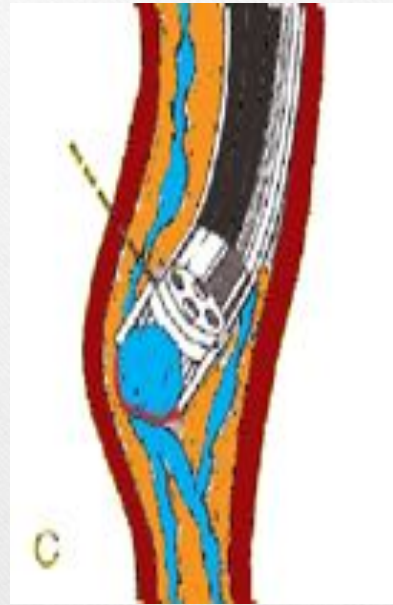
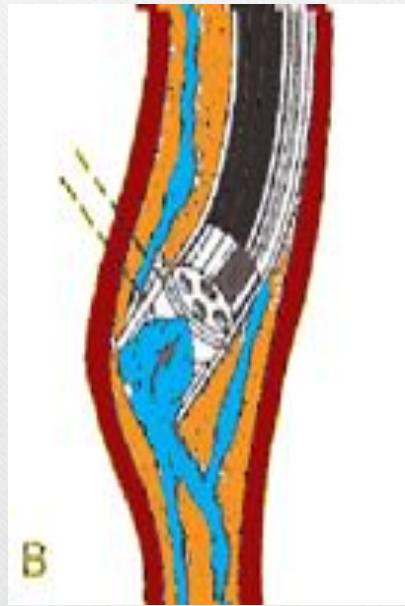
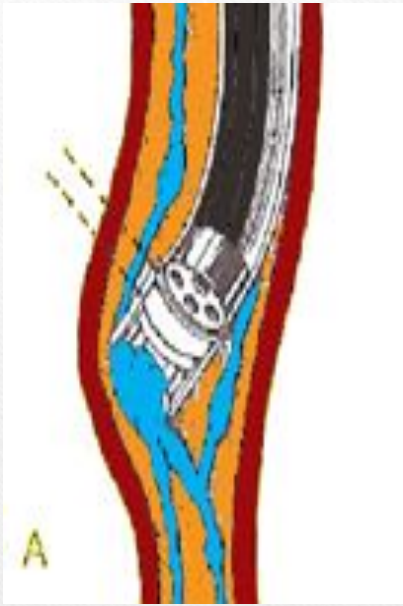
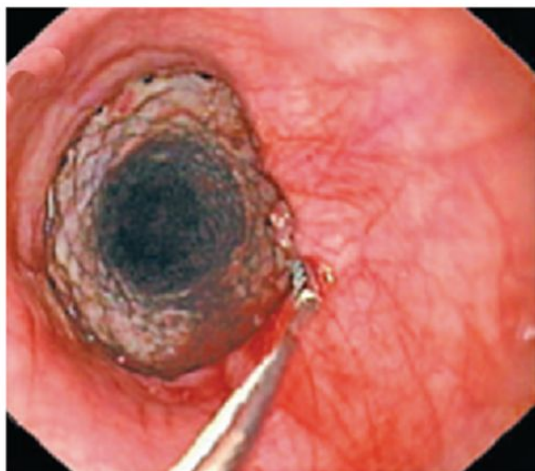
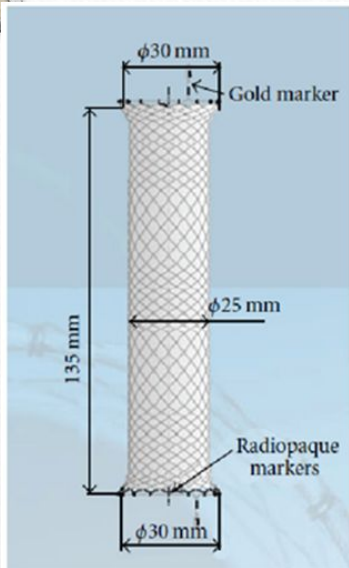


Схема эндоскопического склерозирования ВРВ пищевода и желудка. А – паравазальное, Б – интравазальное.





Установка стента Даниша (Danis)
в пищеводе

Эндоваскулярная эмболизация
левой желудочной вены

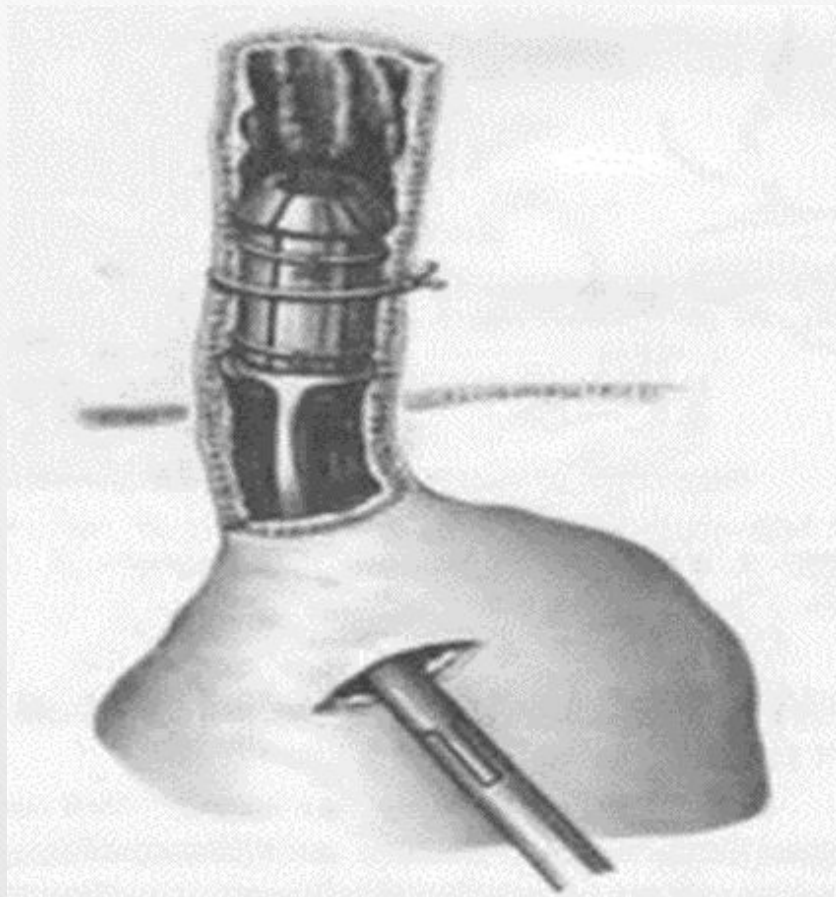


6. Операции при продолжающемся кровотечении из вен пищевода

- Среди консервативных методов наиболее известным является тампонада пищевода с помощью баллонного зонда Блейкмора;

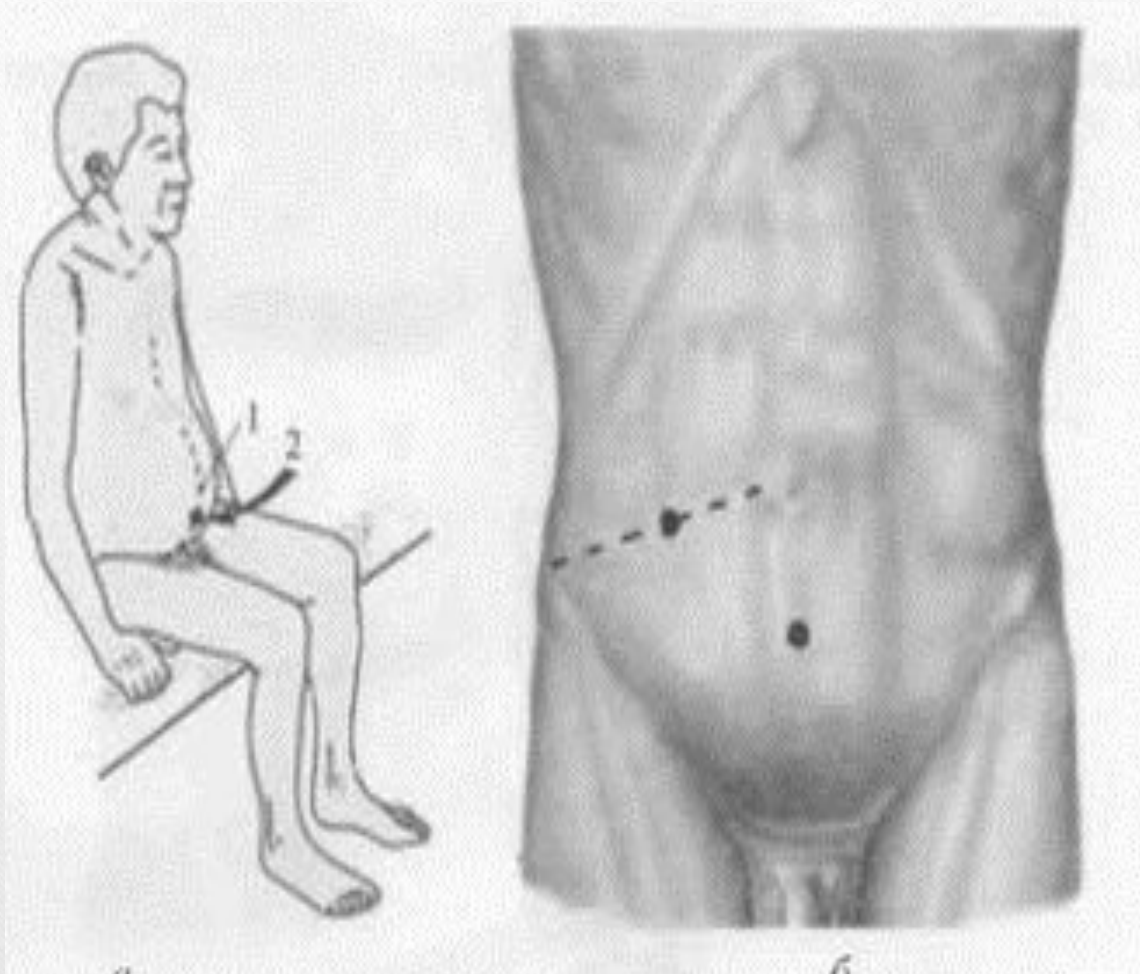


- Оперативный метод Фосшульте заключается в наложении на пищевод лигатуры и тугом её затягивании над протезом, введённым в брюшную часть пищевода путём гастротомии.

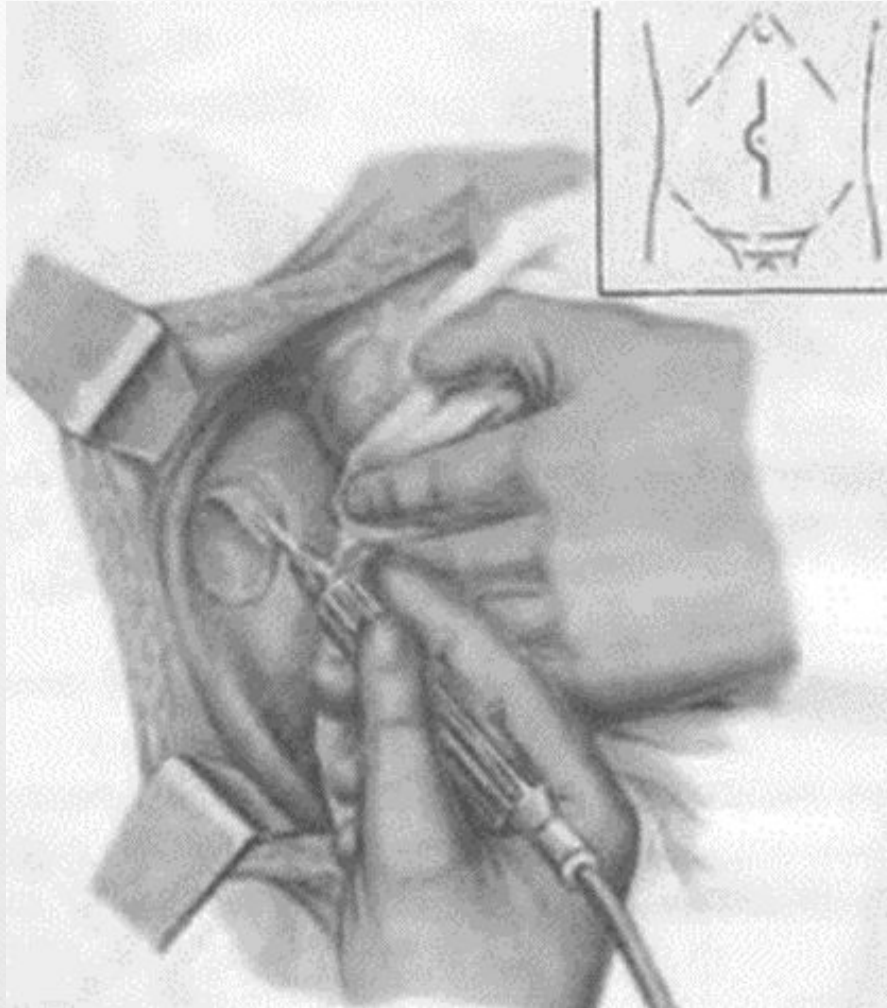


7. Операции, направленные на отведение асцитической жидкости и дренирование брюшной полости

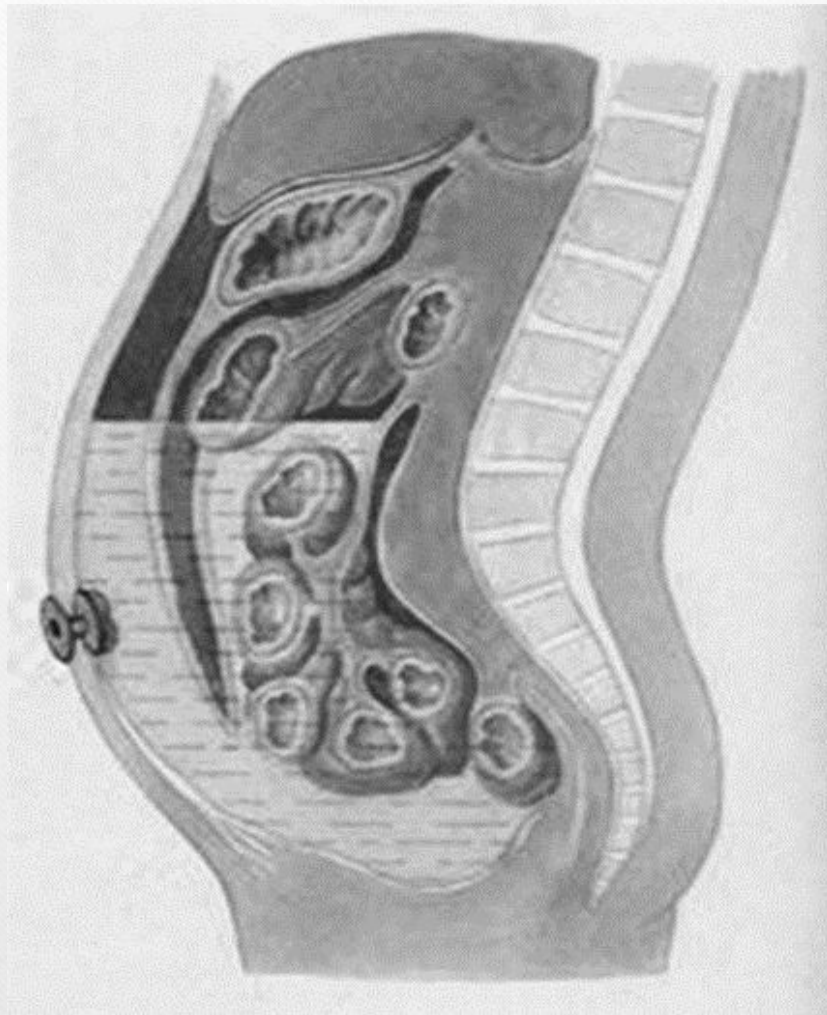
-Лапароцентез;



-Операция Кадьба;

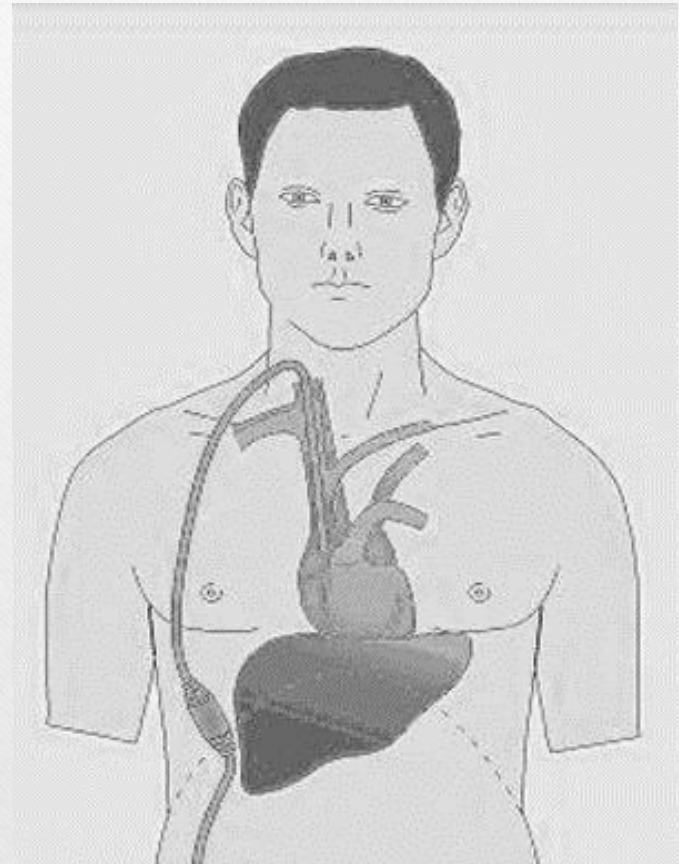


-Операция Крюсби;



8. Перитонеовенозное шунтирование

- На брюшину накладывают кисетный шов, в центре которого делают отверстие и через него вводят заборную трубку в брюшную полость. Под кожей живота и грудной клетки делают туннель до правой ключицы. В туннеле проводят шунт, выполняя дополнительный разрез кожи над ключицей.
- Выделяют внутреннюю или наружную яремную вену и в нее вводят отводящий катетер.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**