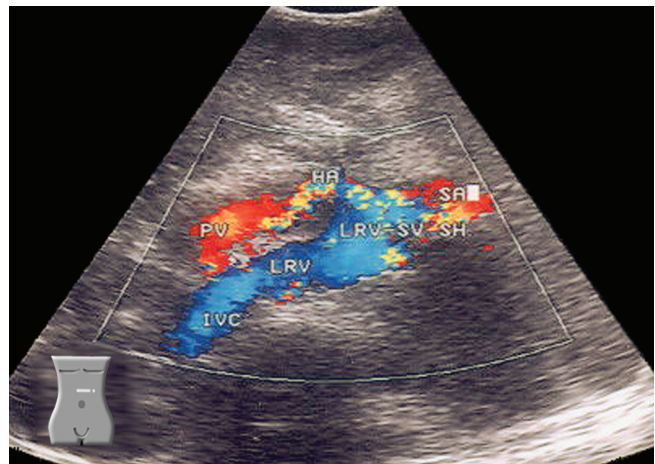


**Рис. 45.** Визуализация мезентерико-кавального шунта в режиме ЦДК: IVC — нижняя полая вена; UP. P. SMV — дистальная часть ВБВ; MES.-CAV. SH. — мезентерико-кавальный шунт; L. P. SMV — проксимальная часть ВБВ. В области анастомоза — турбулентность кровотока, по дистальной части ВБВ — обратное направление кровотока.



**Рис. 46.** Визуализация спленоренального анастомоза «бок-в-бок» в режиме ЦДК, поперечное сканирование: IVC — нижняя полая вена; LRV — левая почечная вена; LRV-SV. SH. — спленоренальный анастомоз «бок-в-бок»; PV — главная портальная вена.

### *Мезентерико-кавальное и спленоренальное шунтирование*

При мезентерико-кавальном портосистемном шунтировании накладывается анастомоз между НПВ и ВБВ. Существуют две модификации этого анастомоза: «бок-в-бок» и с помощью H-образной вставки. Как правило, подобные анастомозы накладываются при синдроме внепеченочной пре-синусоидальной ПГ у пациентов без ЦП.

Поиск мезентерико-кавального анастомоза осуществляется в режиме цветного доплеровского картирования скоростей кровотока. В случае визуализации этого анастомоза непосредственно в его области видна турбулентность кровотока в НПВ, также можно проследить направление кровотока в проксимальной и дистальной части ВБВ (рис. 45).

Количественно определить сброс из портальной системы в НПВ затруднительно, учитывая сложность правильного определения площади отверстия в НПВ и турбулентность кровотока в этой области. Косвенными признаками проходимости мезентерико-кавального шунта являются увеличение диаметра НПВ, изменение нормальной формы кровотока в ней, уменьшение размеров селезенки.

Если подобный тип анастомоза накладывается у пациентов с ЦП и синдромом ПГ, то в зависимости от сроков после операции его функция расценивается по-разному. В период до 3–4 мес после выполнения операции важным является сохранение гепатопетального кровотока по ГПВ, в противном случае больные умирают от печеночной недостаточности. Наоборот, сохранение гепатопетального кровотока в отдаленном послеоперационном периоде (свыше года) может рассматриваться как признак мальфункционирования шунта.

При спленоренальном портосистемном шунте накладывается анастомоз между СВ (с ее перевязкой или без нее) и левой почечной веной. Как правило, подобный тип анастомоза накладывается у пациентов, страдающих ЦП и выраженным ВРВП (рис. 46). Достоинством данного типа анастомоза является сохранение гепатопетального кровотока по ГПВ, что крайне важно для выживания такого типа пациентов. Косвенными признаками проходимости этого шунта являются: увеличение пульсативности кровотока в дистальных отделах селезеночной вены, обратный кровоток по селезеночной вене, увеличение диаметра левой почечной и нижней полой вен, уменьшение размеров селезенки и асцита.