

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМБИНАЦИИ С ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Б.А. Абдурахманов

Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.А. Ясави, г. Шымкент

Абдурахманов Бабур Анварович, зав. курсом онкологии
кафедры хирургических болезней №2 с курсом онкологии
Международного Казахско-Турецкого университета
им. Х.А.Ясави, доцент, канд. мед. наук,
160021, Республика Казахстан, г. Шымкент,
ул. Байтурсынова, б/н,
тел. 8 (701) 380-66-86,
e-mail: babur_ad@mail.ru

Проанализированы результаты коррекции портальной гипертензии у 75 больных циррозом печени. При этом 41 пациенту произведена имплантация инфузионной порт-системы Celsite, 34 больным проведено традиционное портосистемное шунтирование. Наилучший результат отмечен в группе больных, где применена комбинация эмболизации селезеночной артерии с имплантацией инфузионной порт-системы.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, эмболизация селезеночной артерии, инфузионная венозная порт-система.

USING MINIINVAZIV TECHNOLOGY IN COMBINATIONS WITH EMBOLIZATION LINEAL ARTERY IN CORRECTION PORTAL GIPERTENSION IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

B.A. Abdurakhmanov

Kh.A. Yasawi Kazakh-Turkish International University, Shymkent

The results of portal hypertension correction of 75 hepatic cirrhosis patients are analyzed in the article. 41 patients were implanted with the infusion Celsite port-system, 34 patients were subjected to the traditional bypass surgery. The combination of splenic artery embolization and infusion port-system implantation in the treatment of hepatic cirrhosis patients showed the best results.

The key words: liver cirrhosis, portal hypertension, embolisation to lineal artery, infusion venous port-system.

Введение

В настоящее время хирургия портальной гипертензии (ПГ) характеризуется совершенствованием миниинвазивных, рентгенэндоваскулярных технологий на сосудах чревного ствола и портального бассейна, в том числе редукции кровотока по селезеночной артерии путем ее эмболизации [4]. Портосистемные шунты, преследующие цель отведения крови из воротной вены в нижнюю полую, нередко приводят к печеночной недостаточности и постшунтовой энцефалопатии и не продлевают жизнь больного [1].

Цель исследования

Оценка результатов и определение эффективности эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) в сочетании с полностью имплантируемой инфузионной порт-системой (ИПС) Celsite® фирмы B/Braun в коррекции ПГ у больных циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы

Проведен анализ результатов коррекции ПГ у 75 больных ЦП. При этом 41 (54,7%) пациенту произведена имплантация ИПС Celsite: 22 (53,7%) – в изолированном варианте (1-я группа), 19 (46,3%) –

после превентивной редукции кровотока по селезеночной артерии путем ее эмболизации (2-я группа). У 34 (45,3%) больных произведено традиционное портосистемное шунтирование (ПСШ), из них у 18 (52,9%) - спленоренальный анастомоз в различных вариантах (3-я группа) и у 16 (47,1%) - ПСШ после предварительной ЭСА (4-я группа).

Для этого первоначально 79 больным ЦП проведена ЭСА. При этом, учитывая общее состояние 35 больных, их расценивали как потенциальных кандидатов на традиционное ПСШ, где 9 больных относились к группе В, 26 – к группе В-С по классификации Чайлда в модификации Манукьяна Г.В., Шерцингера А.Г. [2]. В результате проведенной ЭСА из 35 больных 16 переведены в группу В, 13 – в группу В-С, 6 – в группу С. 19 больным (13 – из группы В-С, 6 – из С) воздержались от проведения второго этапа лечения – традиционного ПСШ. Двухэтапное оперативное лечение реализовано у всех 35 больных, при этом 16 больным наложены традиционные портосистемные шунты в различных вариантах, 19 – имплантированы ИПС (2-я группа). Результаты двухэтапной тактики сравнивали с традиционным ПСШ (18 больных) и имплантацией ИПС (22 больных) в изолированном варианте. Мужчин было 46, женщин – 29. У 18 больных традиционным ПСШ произведены следующие портодекомпрессивные вмешательства: дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) (3), проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА) (13), латеро-латеральный спленоренальный анастомоз (ЛЛСРА) (2); 16 больным ПСШ с превентивной ЭСА произведены: ДСРА (2), ПСРА (12), ЛЛСРА (2). Всем 19 больным, которым от проведения ПСШ воздержались, вторым этапом провели операцию по имплантации ИПС.

Целиакографию с последующей селективной катетеризацией и ЭСА осуществляли по стандартной методике. Учитывая, что периферическая ЭСА чревата развитием серьезных осложнений и высокими показателями летальности [4], всем больным была создана редукция кровотока в стволе селезеночной артерии. Нами разработан метод портокавального шунтирования при ЦП с синдромом ПГ для декомпрессии портального бассейна при суб- и декомпенсированных формах синдрома ПГ путем применения ИПС. При этом под местной анестезией производят лапароскопию с катетеризацией мезентериальной вены путем ее венесекции с последующей установкой ИПС. Рабочий порт устройства имплантировали в подкожной клетчатке с фиксацией к коже живота за манжетку и размещением на основании ребер. В последующем к порт-системе подключают систему для трансфузии одноразового пользования, проведенную через инфузомат Braun FMS, венозный конец которой соединяют в одну из вен бассейна верхней полой вены. Аутогемореинфузию осуществляют ежедневно, в объеме 1,2-1,5 л, со скоростью 3-5 мл в минуту, при необходимости доводя до 8-10 мл, дробно, дозировано – по 300-500 мл с интервалом в 5-15 мин для профилактики перегрузки сердечно-сосудистой системы и перераспределения

введенной крови. Курс лечения, состоящий из 7-10 аутогемореинфузий, проводят до полного регресса и стабилизации портальной гемодинамики с остановкой кровотечения или снижением риска его развития. В случае сохранения гипертензии в портальном русле с угрозой рецидива кровотечения курсы аутогемореинфузии повторяют до 3-5 раз с недельным интервалом. ИПС имплантировали в среднем на 5-7 месяцев, максимальный срок прослежен до 28 мес.

Результаты и обсуждение

Эффективность проведенной ЭСА оценивали на основании снижения портального давления, исчезновения ВРВПЖ, улучшения клинико-лабораторных показателей, уменьшения размеров селезенки, гиперспленизма. Повторная ЭСА при неэффективности первичной манипуляции проведена 3 больным через 2-4 мес. ПД после ЭСА снизилось с $398,8 \pm 12,5$ мм вод.ст. до $311,6 \pm 19,3$ мм вод.ст., после СРА – до $241,4 \pm 8,45$ мм вод.ст. У больных, перенесших операцию наложения СРА без предварительной ЭСА, портальное давление снизилось с $404,7 \pm 12,2$ мм вод.ст. до $284,8 \pm 18,6$ мм вод.ст. При имплантации ИПС отмечалось снижение ПД с $402,2 \pm 16,7$ мм вод.ст. до $192,9 \pm 15,8$ мм вод.ст. В группе больных, перенесших имплантацию ИПС с превентивной ЭСА, ПД снизилось с $400,8 \pm 11$ до $315,6 \pm 13,4$ мм вод.ст., после ИПС - до $158,3 \pm 16,5$ мм вод.ст. ($P < 0,05$).

Однотипная операция, выполненная после предварительной ЭСА, приводила к менее выраженному угнетению функции печени. Анализируемая группа больных (2-я гр.) отличается заметно меньшим числом послеоперационных осложнений. Наилучшие результаты отмечены в группе больных, где проведена имплантация ИПС в сочетании с ЭСА. Показатели печеночной недостаточности и послеоперационной летальности оказались самыми высокими в 3-й группе больных - 27,7% (5 из 18) и 22,2% (4 из 18) соответственно. При дополнении ПСШ превентивной ЭСА этот показатель составил 12,5% (2 из 16). В группе больных с имплантацией ИПС с ЭСА и без нее летальность не отмечена.

Выводы

1. Применение полностью имплантируемой ИПС фирмы В/Braun является малоинвазивным и эффективным методом лечения декомпенсированных форм ЦП с синдромом ПГ, при котором выполнение объемных, полостных вмешательств невозможно и неоправданно.

2. Превентивная редукция селезеночного кровотока путем ЭСА позволяет выявить элементы скрытой гепатодепрессии, активности цирротического процесса, определить толерантность печени и объем достаточной воротной перфузии органа для последующего выбора метода коррекции ПГ.

3. Имплантация ИПС Celsite® также оправдана в тех ситуациях, когда больному ЦП с ПГ ортотопическая трансплантация донорской печени противопоказана, а проведение ПСШ невозможно по ряду причин.

Список литературы

1. Зубарев П.П. Комментарий к статье А.М. Бетанели и соавт. «Желудочно-сальниковый подвздошный венозный путь» // Вестник хир. – 1996. – №6. – С. 87-88.
2. Манукьян Г.В., Шерцингер А.Г. Оценка резервных возможностей организма и выбор метода

хирургического лечения у пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией // Тез. докл. XVII междуна. конгр. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – Уфа, 2010. - С. 182–183.

3. Таразов П.Г. Отдаленные результаты эмболизации селезеночной артерии // Хирургия. – 2000. – №3. – С. 18–20.