

аппендицита и апоплексии яичника // Клиническая хирургия. – 1977. – № 1. – С. 9–12.

2. Добротина С. С. Гинекологические перитониты в хирургической практике // Грудная и неотложная хирургия. – Горький, 1960. – С. 709–711.

3. Плотников Н. В. Гинекологические и послеабортные перитониты. – Архангельск, 1959. – 144 с.

4. Подзолкова Н. М. Дифференциальная диагностика в гинекологии. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005. – 520 с.

5. Савельев В. С. (ответственный редактор). Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Дополнительный тираж. – М.: Триада-Х, 2005. – 470 с.

Поступила 28.09.2010

И. И. КАТЕЛЬНИЦКИЙ, Н. Г. САПРОНОВА, Ю. В. ХОРОНЬКО, М. И. ПОЛЯК, Е. В. КОСОВЦЕВ

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Кафедра хирургических болезней № 1 Ростовского государственного медицинского университета,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, тел. (863) 250-42-00.*

E-mail: okt@rostgmu.ru

Производится анализ лечения 286 больных с портальной гипертензией. У 15,8% пациентов причину цирроза печени установить не удалось. У 25,8% больных выявлена печеночно-клеточная недостаточность по Чайлду А класса, у 54,5% – В класса, у 19,7% – С класса. У 68,1% пациентов выполнены различные оперативные вмешательства. Установлено, что трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование является высокотехнологичным рентгенэндоваскулярным вмешательством.

Ключевые слова: портальная гипертензия, лечение.

I. I. KATELNITSKY, N. G. SAPRONOVA, U. V. KHORONKO, M. I. POLJAK, E. V. KOSOVTSSEV

TEN YEARS EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH THE PORTAL HYPERTENSIA

*Chair of surgical illnesses № 1 Rostov state medical universities,
Russia, 344022, Rostov-on-Don, the lane Nakhichevan 29, bodies,
tel. (863) 250-42-00. E-mail: okt@rostgmu.ru*

The analysis of treatment of 286 patients with a portal hypertension is made. At 15,8% of patients the cirrhosis reason it was not possible to establish. At 25,8% of patients is hepatic-cellular insufficiency on Chajldu A class, at 54,5% – B class, at 19,7% – C class. At 68,1% of patients various operative measures are executed. It is established that transjugularis intrahepatic portosystemic shunting is hi-tech rentgenendovaskulyaris intervention.

Key words: portal hypertension, treatment.

Введение

В последние три десятилетия хирургия ПГ оформилась как самостоятельный раздел медицины [1]. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности хирургического лечения больных с портальной гипертензией (ПГ). Научно-технический прогресс и развитие передовых медицинских технологий привели к быстрому увеличению числа методов обследования и хирургического лечения больных с ПГ.

Материалы и методы исследования

Нами был проанализирован опыт лечения 286 больных в возрасте от 8 до 89 лет, находившихся на лечении в отделении ПГ РостГМУ. У 240 пациентов ПГ возникла как осложнение цирроза печени, который в подавляющем числе случаев (83,9%) развился на фоне перенесенного вирусного гепатита В и С. У 15,8% (38) причину цирроза печени установить не удалось.

У 6 пациентов (2,1%) выявлена альфа-1-антитрипсиновая недостаточность, у 1 (0,3%) – редко встречающаяся гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона – Коновалова), приведшие к развитию фиброза

печени. В 3 (1,0%) наблюдениях на фоне хронического панкреатита, панкреонекроза в анамнезе сформировалась левосторонняя ПГ, приведшая к кровотечению из вен пищевода. У одного пациента (0,3%) причиной ПГ стал фиброз клетчатки забрюшинного пространства. Аневризма селезеночной артерии была выявлена у 4 больных (1,3%). Артериовенозные фистулы в 1 (0,3%) наблюдении явились причиной ПГ без признаков цирротического поражения печени, а у 11 пациентов (3,8%) выявились интраоперационно и сочетались с циррозом печени. Трех пациентам (1,0%) прижизненно был поставлен диагноз полинодулярной трансформации печени (NRHL), приведшей к ПГ. В двух случаях (0,6%) развился тромбоз воротной вены, посттромбофлебитическая трансформация воротной вены была выявлена во время обследования у 16 пациентов (5,5%).

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее в себя общеклинические, лабораторные и инструментальные методы с обязательным выполнением ультразвукового исследования органов брюшной полости, воротной и селезеночной вен, эзофагофиброгастроскопии, гепатосцинтиграфии

и в последние годы спиральной компьютерной томографии брюшной полости в условиях ангиографии, а также биопсии печени (пункционной или инцизионной интраоперационной). В последние три года 32 пациентам были выполнены непрямая портография и флебография печеночных вен.

Из 263 больных у 25,8% отмечена печеночно-клеточная недостаточность по Чайлду А класса, у 54,5% – В класса, у 19,7% – С класса. В последние три года класс печеночной недостаточности рассчитывался по балльной шкале MELD.

Гепатомегалия выявлена у 73,7% больных, спленомегалия – у 73,0%, у большинства (88,1%) пациентов были варикозно расширены вены пищевода и кардиальной части желудка, в 61,1% случаев заболевание сопровождалось разной степенью асцита. У 38,8% больных в анамнезе было кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии. Признаки гиперспленизма установлены у 74,1% больных.

Размеры воротной вены колебались от 13 до 36 мм в диаметре. Селезеночная вена достигала 11–25 мм, а у пациентов с артериовенозными свищами – 23–34 мм. Линейная скорость кровотока в воротной вене составляла от 8 до 16 см/сек. (норма – более 16 см/сек.). Высокие скоростные характеристики в селезеночной вене у пациентов с артериовенозными фистулами до 48 см/сек. и турбулентный характер кровотока от операции не укладывались в признаки ПГ, но интраоперационные находки объясняли данный феномен.

По данным литературы, результаты компьютерной томографии оказываются достоверными в 90% случаев. Этот метод является ценным для комплексной оценки повреждений как органа, так и сосудистых магистралей [2]. Спиральная КТ брюшной полости в условиях ангиографии была выполнена 39 пациентам, позволила определить проходимость воротной и селезеночной вен, печеночных артерий, выявить аномалии развития ветвей аорты, нижней полой вены, проходимость и аномалии развития печеночных вен. В последние три года во время внедрения в практику отделения трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования 19 пациентам выполняли флебографию печеночных вен и непрямую портографию, позволившие определить показания данной категории больных для выполнения последующего эндоваскулярного шунтирования.

У 23 больных с асцитом (17,9%) проводилась эвакуация асцитической жидкости за 1–2 суток до операции с последующей ультрафильтрацией и реинфузией концентрата, что позволило стабилизировать состояние пациентов, скорректировав гипо- и диспротеинемию. Лапароцентез без реинфузии концентрата был проведен 29 пациентам (10,1%).

195 пациентам (68,1%) были выполнены оперативные вмешательства. Спленоренальный венозный анастомоз (СВА) после спленэктомии выполнен 79 пациентам (40,5%), у 11 из них интраоперационно были выявлены артериовенозные свищи ворот селезенки, которые были перевязаны и разобщены. Показания к спленэктомии как к самостоятельной операции при ПГ были ограничены наличием сосудистой фистулы между селезеночной артерией и веной [3]. Двум пациентам был выполнен спленотестикалярный анастомоз после спленэктомии (1,0%). В 13,3% (26 наблюдений) операцию ограничили выполнением спленэктомии, у

1 пациента спленэктомия сочеталась с перевязкой артериовенозных фистул, у 4 – с резекцией аневризмы селезеночной артерии. Одной пациентке была выполнена лапароскопическая оменторетроперитонеопексия (0,5%), другой – резекция хвостатой доли печени, сдавливающей воротную вену (0,5%). С 2007 года в клинике стали выполнять трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТВПШ). Этот метод хирургического лечения ПГ пришел на смену спленоренальному шунтированию. Противопоказанием к данной методике явились: посттромбофлебитическая трансформация воротной вены (16), тромбоз воротной вены (1), расположение печеночной вены под углом 90 градусов и более острым по отношению к ветви воротной вены (12), что способствовало соскальзыванию иглы. Данная операция была выполнена 83 больным (42,5%). При имеющемся в анамнезе кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода операцию дополняли эмболизацией варикозно-расширенных вен (27).

Сущность спленоренального венозного шунтирования состоит в следующем: под ТВА с ИВЛ в положении больного полубокком параректальным доступом слева с поворотом к мечевидному отростку вскрывалась брюшная полость, производилась спленэктомия с очередным пересечением селезеночной артерии и выделением селезеночной вены. Операцию заканчивали наложением спленоренального венозного анастомоза по типу «конец в бок», дренированием брюшинной полости. Дренажи удалялись в сроке от 1 до 2 суток после операции. При выявлении во время операции артериовенозных соустьев обязательным этапом становилась перевязка свищей. При обнаружении аневризматического расширения селезеночной артерии она мобилизовалась и перевязывалась проксимальнее аневризмы, которая удалялась.

Методика трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования состоит в следующем: под местной анестезией и внутривенной седацией больного после визуализации воротной вены путем портографии через ангиографию мезентериальных сосудов выявляли бифуркацию воротной вены. Через яремную вену катетеризировали среднюю печеночную вену и через этот катетер проводили иглу в ветвь воротной вены. Положительный результат пункции достигается от 2 до 9 проколов. Через иглу устанавливают проводник и по нему вводят катетер. Иглу извлекают, пункционный канал расширяют баллоном, затем вводят металлический баллонный расправляющийся стент «Palmaz» либо саморасправляющийся металлический стент «Wallstent» (42–68), имеющий диаметр 8–12 мм. Диаметр стента моделируют от 8 до 10 мм.

Останавливаясь на послеоперационных осложнениях операции спленоренального венозного анастомоза, отмечаем, что у 12 пациентов развился реактивный левосторонний плеврит, у 2 больных – двусторонний плеврит и перикардит. Кровотечение из вен пищевода в послеоперационном периоде было у 8 больных, постгеморрагическая анемия сопровождала послеоперационный период у 27 прооперированных больных, острая печеночно-почечная недостаточность – у 9 пациентов, внутрибрюшное кровотечение было выявлено у 4 пациентов и потребовало релапаротомии. Летальность после спленоренального венозного шунтирования составила 13,9%.

При проведении трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования один пациент

погиб от внутрибрюшного кровотечения при повреждении внепеченочной части воротной вены, был взят на лапаротомию, но кровотечение остановить не удалось. У другой пациентки операция осложнилась правосторонним пневмотораксом. Острая печеночно-почечная недостаточность развилась у 4 пациентов. Летальность после трансъюгулярного портосистемного шунтирования составила 6,0%.

В раннем послеоперационном периоде всем пациентам проводилась интенсивная терапия, направленная на профилактику послеоперационных осложнений, улучшение функции печени, реологических свойств крови.

Результаты и обсуждение

Сравнивая два метода шунтирования, выполняемых в нашей клинике при ПГ, хочется отметить, что каждый из них имеет свои достоинства и недостатки, большую или меньшую эффективность, показания и противопоказания, но оба не устраняют причину заболевания и не могут считаться радикальными в полном смысле. Обе операции снижают, а нередко и нормализуют портальное давление, устраняя тем самым угрозу рецидивов кровотечения из вен пищевода и желудка. Операция трансъюгулярного внутрипеченочного шунтирования проводится под местной анестезией, не сопряжена с травмой при рассечении тканей передней брюшной стенки, с возможным кровотечением при удалении селезенки. Наличие выраженного асцита не является противопоказанием к ТВПШ, но является противопоказанием к СВА. Сравнивая ближайшие осложнения, можно сделать вывод, что при выполнении ТВПШ летальность более чем в два раза меньше. Невозможность выполнения шунтирования как при первом, так и при втором способе примерно одинаковая, что связано с анатомическими особенностями строения сосудов селезенки и печени.

Оценивая отдаленные результаты операции спленоренального венозного шунтирования в сроки от 1 до 15 лет у 54 пациентов, можно отметить, что кровотечения после операции в разные сроки были у 19 пациентов, тромбоз воротной вены наблюдали у 3 больных, он требовал медикаментозной коррекции, по косвенным данным УЗИ тромбоз анастомоза был установлен у 11 пациентов в сроки от 3 лет пос-

ле операции и больше. Выраженная энцефалопатия отмечалась у 21 больного, тромбоцитопатия в разной степени сопровождала 28 пациентов после операции и объяснялась спленэктомией, требовала длительной медикаментозной терапии. Послеоперационные вентральные грыжи у 7 пациентов образовались из-за свободной жидкости в брюшной полости, пластические операции не выполнялись. Пятилетняя выживаемость составила 68,5%.

Отдаленные результаты после трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования удалось проследить лишь в сроке до 3 лет. Тромбоз шунта наступил у 9 пациентов в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Эпизоды повторного кровотечения были отмечены у 15 больных, одному пациенту выполнено решунтирование, что не спасло его от гибели от печеночно-почечной недостаточности. Выраженная энцефалопатия присутствовала у 26 пациентов, требовала медикаментозной коррекции. Пятилетнюю выживаемость оценить не представляется возможным из-за малого срока наблюдения за пациентами.

Заключение

1. Причины ПГ достаточно разнообразны, но в 83,9% случаев вызваны циррозом печени.
2. Спленоренальное венозное шунтирование после спленэктомии приводит к снижению портального давления, но сопряжено с риском возникновения интраоперационных и послеоперационных осложнений.
3. Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование является высокотехнологичным рентгеноэндovasкулярным вмешательством, дающим положительные результаты по снижению давления в воротной вене, даже у пациентов с выраженным асцитом и на высоте кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петровский Б. В., Цацаниди К. Н., Кадошук Ю. Т. Хирургия ПГ. – М., 1994. – С. 7.
2. Чалый А. Н., Зубарев П. Н., Котив Б. Н. Левосторонняя ПГ: патогенез и лечение // Вестник хирургии. – 1997. – Т. 156. № 6. – С. 67.

Поступила 26.08.2010

С. И. КОРНИЕНКО¹, А. Г. МАРТОВ², Д. В. ЕРГАКОВ², С. Ш. ДАНЕЛЯН¹

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ БИПОЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ И ВАПОРИЗАЦИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Муниципальное учреждение здравоохранения

Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
Россия, 350042, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14;

²ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий,

городская клиническая урологическая больница № 47,
Россия, 105425, г. Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: sercor55@mail.ru

Монополярная электрохирургия простаты сопровождается рядом проблем и осложнений, для решения которых были начаты создание и дальнейшее развитие биполярной хирургии, высокотехнологичным представителем которой на данный момент является плазмокINETическая система вапоризации и резекции «PlasmaKinetic™ Gyrgus». Клинический опыт приме-