

Выводы

Таким образом, предложенный комплекс лечебных мероприятий является эффективным и позволяет в ранние сроки послеоперационного периода купировать инфекцион-

но-воспалительный процесс в брюшной полости, энтеральную недостаточность, эндогенную интоксикацию, устранить гипоксию в брюшной полости, восстановить моторику ЖКТ, что значительно сократило летальность.

Сведения об авторах статьи:

Мехтиев Намик Мурадович – д.м.н., профессор факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

Миннанов Робер Альбертович – к.м.н., врач-хирург хирургического отделения № 2 Клиники БГМУ. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов, В.М. Экспериментальная модель острого гнойного перитонита/В.М. Буянов, Г.В. Родоман, Г.Г. Белоус // Хирургия. – 1997. – №1. – С. 25-28.
2. Изимбергенов, Н.И. Тактика лечения послеоперационного перитонита // Астана медициналык журналы. – 2000. – №1. – С.32-35.
3. Плечев В.В., Мурсыева Е.Н., Тимербулатов В.М., Лазарева Д.Н. Профилактика гнойно-септических осложнений в хирургии. – М., – 2003. – 320 с.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорецкий В.А. [и др.]. Абдоминальный сепсис: современная концепция и вопросы классификации // Анналы хирургии. – 1999. – № 6. – С. 14-18.
5. Савчук, Б.Д. Хирургическое лечение распространенного перитонита // Хирургия. – 1988. – № 2. – С. 148-151.
6. Светухин, А.М. Хирургический сепсис: клиника, диагностика, лечение/А.М. Светухин, А.О.Жуков // Врач. – 2001. – № 6. – С. 47-53.
7. Чадаев А.П., Хрипун А.И. Перитонит и внутрибрюшное давление. Патогенетические аспекты. Диагностическая и лечебная тактика. – М. – 2003. – 150 с.
8. Шуркалин, Б.К. Технические аспекты назоинтестинальной интубации /Б.К. Шуркалин, А.Г.Кригер, В.А.Горский [и др.] // Хирургия. – 1999. – № 1. – С.50-52.
9. Alcocer F. Antibiotic therapy in secondary peritonitis: towards a definition of its optimal duration / F. Alcocer, E. Lopez, J.J. Calva // Rev. Invest. Clin. – 2009. – Vol. 53. – №2. – P. 21-25.
10. Chylak J. Peritonitis determined by the site of intra-abdominal surgery / J. Chylak, W. Michalska, M. Drews // Med. Dosw. Mikrobiol. – 2010. – Vol. 51. – №3. – P. 35-42.
11. Erlich H.P. Metabolic and circulatory contributions to oxygen gradients in wounds / H.P. Erlich, J. Hislis, T.K. Hunt // Surgery. – 2002. – Vol. 72. – № 4. – P. 578-583.

УДК 616.149-008.341.1-06:616.33/.34-005.1]-089.819.5-072.1

© М.А. Нартайлаков, И.Ф. Мухамедьянов, Р.Н. Зиязетдинов, 2013

М.А. Нартайлаков¹, И.Ф. Мухамедьянов^{1,2}, Р.Н. Зиязетдинов¹ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

В статье кратко освещены вопросы лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, одного из самых грозных осложнений портальной гипертензии. Приводится лечебно-диагностическая тактика.

Ключевые слова: цирроз печени (ЦП), синдром портальной гипертензии (СПГ), кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS)

M.A. Nartailakov, I.F. Mukhamedyanov, R.N. Ziyazetdinov

SURGICAL TACTICS IN ESOPHOGEAL BLEEDING

The article gives a short review of the treatment issues in cases of one of the most severe complications of portal hypertension, i.e. bleeding of varicose oesophageal and gastric veins. Diagnostic and therapeutic strategies are presented in the article.

Key words: hepatic cirrhosis (HC), portal hypertension syndrome (PHS), bleeding of oesophageal varices (BOV), transjugular intrahepatic portosystemic stent shunting (TIPS).

Термин “портальная гипертензия” характеризует комплекс изменений, возникающих при затруднении тока крови в портальной системе, вызванных различными заболеваниями. Данный симптомокомплекс включает высокое портальное давление, замедление кровотока, увеличение размеров селезенки, варикозное расширение вен пищевода и же-

лудка с кровотечением из них, асцит, геморрой.

Известен факт, что самым грозным осложнением СПГ является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка [1-5].

Такое кровотечение возникает у 1/3 больных циррозом печени и в 30-50% случаев

приводит к гибели в течение 6 недель [6,7]. Повторное кровотечение развивается в течение года у 25% больных с циррозом печени класса А (классификация Child-Turcotte-Pugh), у 50% – с классом В и у 75% больных – с классом С [8]. В течение первых 2 лет от момента первого эпизода кровотечения повторяется у 100% больных [9,10]. В структуре причин смерти пациентов с циррозом печени кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка занимают 10-15% [11].

Поиск эффективных методов профилактики и лечения осложнений портальной гипертензии остается одним из актуальных вопросов в современной хирургической практике. При этом в решении проблемы все большее значение приобретают малоинвазивные хирургические вмешательства и прежде всего эндоваскулярные методики. Одним из них является трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt – TIPS) [12].

В мировой практике на сегодняшний день выполнены десятки тысяч TIPS, опубликованы более 1000 работ на английском языке, проведены десятки рандомизированных исследований. Большой опыт проведения TIPS и анализ ближайших и отдаленных результатов позволили определить его четкую роль в алгоритме лечения СПГ. В качестве алгоритма использования TIPS в коррекции СПГ мы руководствовались рекомендациями Американской ассоциации изучения заболеваний печени (2005 год).

Как правило, портальная гипертензия развивается вследствие внутри- или внепеченочного блока.

Основные причины внепеченочной портальной гипертензии:

1. Аномалии развития сосудов портальной системы (кавернозная трансформация воротной вены) – 60%.
2. Заболевания системы крови – 10%.
3. Тромбозы вен портальной системы и печеночных вен (болезнь Бадда – Киари) – 25%.
4. Травмы и воспалительные заболевания органов брюшной полости – 5%.

Статистика при ВРВП (*Hiroshi Yoshida et al, 2012*):

- 1) развитие варикозных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени – 90%;
- 2) кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка при циррозе печени – 25-35%;

3) летальность от первого пищеводно-желудочного кровотечения – 50%;

4) частота рецидивов гастроэзофагеального кровотечения в течение первого года – 60%;

5) смертность от рецидива гастроэзофагеального кровотечения в течение первого года – 30%.

Основные источники кровотечения при портальной гипертензии:

1. Варикозно расширенные вены пищевода: частота обнаружения 25-80%.

Кровотечения из ВРВ пищевода развиваются в 50% случаев.

2. Варикозно расширенные вены желудка: частота обнаружения 6-78%.

Кровотечение из ВРВ желудка составляет 20-30% от всех кровотечений.

3. Портальная гипертензионная гастропатия: частота развития 50-60%.

Классификация ВРВ пищевода (по А.Г.Шерцингеру, 1986):

I степень – 2-3 мм;

II степень – 3-4 мм;

III степень – более 5 мм.

Портальная гипертензионная гастропатия (по McCormack, 1985):

0 – отсутствие гастропатии;

1 – легкая степень;

2 – тяжелая степень;

3 – портальная гастропатия, осложненная кровотечением.

По тяжести (McCormack, 1993):

1) легкая – наличие розовато-красных пятен на слизистой, поверхностных покраснений, мозаикоподобный отек слизистой;

2) тяжелая – наличие диффузных темно-красных пятен, геморрагий, геморрагических эрозий.

Современная доктрина последовательных мероприятий при кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка (рисунок):

Лекарственная терапия → Зонд-обтуратор → Эндоскопическое лечение → Хирургическое лечение → Эндоваскулярная эмболизация → TIPS.

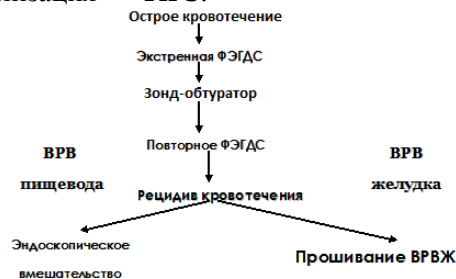


Рис. Алгоритм ведения больного с острым кровотечением из ВРВ пищевода и желудка

Материал и методы

В Республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова с 2008 года накоплен опыт выполнения 75 TIPS по поводу цирроза печени, портальной гипертензии, варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) 3-й степени и асцита. Использованы два вида стентов: самораскрывающиеся (MARIS-Terumo, SMART-Cordis) (n=46) и самораскрывающиеся с покрытием (Gore Viatorr TIPS Endoprote-sis) (n=39) длиной 7-9 см, диаметром 10мм.

Результаты и обсуждение

У 15 (20%) из 75 больных TIPS тромбоз стента произошел в разные сроки. В сроки до четырех дней тромбоз произошел у 2 (2,7%) больных, от 1 до 2 месяцев – у 2 (2,7) и от 6 месяцев до года – у 11 (14,7%) больных. Тромбоз происходил в самораскрывающихся стентах MARIS-Terumo (n=6) и (SMART-Cordis) (n=4). В самораскрывающихся стентах с покрытием PTFE Gore Viatorr TIPS Endopro-

tesis в отдаленных результатах тромбоз выявлен в 5-ти случаях. Верификация тромбоза в стенте проводилась с помощью ультразвукового дуплексного сканирования (отсутствие магистрального кровотока).

Выводы

1. TIPS является эффективным методом декомпрессии системы воротной вены при лечении пациентов с синдромом портальной гипертензии, позволяющим снизить частоту рецидивов кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (до 6,7% в течение 18 месяцев) и способствующим уменьшению количества асцитической жидкости.

2. Использование TIPS в клинической практике значительно расширяет возможности лечения крайне тяжелого контингента больных циррозом печени (классы В и С).

3. Применение покрытых стент-графтов при TIPS позволяет снизить стенозы и тромбозы в портосистемном анастомозе (p=0,045).

Сведения об авторах статьи:

Нартайлаков Мажит Ахметович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 228-79-94. E-mail: nart-m@mail.ru.

Мухамедьянов Ильшат Фанисович – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, зав. отделением РХМДиЛ, ГБУЗ РБ РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8(347) 279-03-86. E-mail: rh_ilshat@mail.ru.

Зиязетдинов Рустем Наилевич – врач-интерн кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 228-79-94. E-mail: gastrohirurg@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Переоценка взглядов на сосудистые porto-кавальные анастомозы в хирургии портальной гипертензии / А.К. Ерамишанцев, В.М. Лебезев, А.Г. Шерцингер, М.А. Долидзе // Хирургия. – 1991. – № 6. – С. 78-82.1
2. Пациора, М.Д. Хирургия портальной гипертензии / М.Д. Пациора. – Ташкент: Медицина, 1984. – 319 с.
3. Цациниди, К.Н. Портальная гипертензия / К.Н. Цациниди, А.К. Ерамишанцев. – М.: Москва, 1974. – 95 с.
4. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей: практич. рук-во / Ш. Шерлок, Дж. Дули; пер. с англ./ под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 189 с.
5. A comparison of sclerotherapy with staple transection of the oesophagus for the emergency control of bleeding from oesophageal varices / A. K. Burroughs, G. Hamilton, A. Phillips [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1989. – Vol. 321, № 13. – P. 857.5.
6. Acute bleeding varices: a 5-year prospective evaluation of tamponade and sclerotherapy / J. Terblanche, H.I. Yakoob, P.C. Bomman [et al.] // Ann. Surg. – 1981. – Vol. 194. – P. 521-530.6.
7. Creation of an intrahepatic portosystemic shunt with a Gruntzig balloon catheter / R.F. Colapinto, R.D. Stronell, S.I. Birch [et al.] // Can. Med. Assoc. J. – 1982. – Vol. 126. – P. 267-268.
8. Hulek, P. Current practice of TIPS / P. Hulek, A. Kraina. – Kralove: Progresstick Hradec, 2001.8
9. Endoscopic sclerotherapy versus portacaval shunt in patients with severe cirrhosis and acute variceal hemorrhage, long-term follow up / J. Cello, X. Grendall, R. Crass [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1987. – Vol. 316, № 1. – P. 11-15.9.
10. Portal Hypertension / J. Bosch, M. Navasa, J.C. Garcia-Pagan [et al.] // Med. Clin. North Am. – 1989. – Vol. 73. – P. 931-952.10.
11. Sanyal, A.J. Portal hypertension: pathology, evaluation and treatment / A.J. Sanyal, V.H. Shah. – Humana Press, 2005. – 515 p.11.
12. Spence, R.A. Results in 100 consecutive patients with stapled oesophageal transection for varices / R.A. Spence, G.W. Johnson // Surg. Gynecol. Obstet. – 1985. – Vol. 160, № 4. – P. 323-329.12.

УДК 616.33/342-002.44-06-005.1-089-072.1

© М.В. Тимербулатов, Т.М. Зиганшин, Р.Р. Рахимов, А.А. Нуриев,
Е.Н. Санников, Р.Н. Зиязетдинов, Ю.Р. Юнусова, Н.М. Казаков, 2013

М.В. Тимербулатов¹, Т.М. Зиганшин², Р.Р. Рахимов¹, А.А. Нуриев¹,

Е.Н. Санников², Р.Н. Зиязетдинов¹, Ю.Р. Юнусова¹, Н.М. Казаков²

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Городская клиническая больница №21», г. Уфа