

ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

С.Т.Турмаханов, Р.В.Кадырбаев*

Институт медицинского образования НовГУ, Spartak.Tourmachanov@novsu.ru

**Больница скорой медицинской помощи, г.Алматы, Республика Казахстан*

В статье рассматриваются случаи, когда невозможность использования методов экстракорпоральной детоксикации при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на фоне острой печеночной недостаточности обусловило применение дренирования грудного лимфатического протока с целью детоксикации. Лимфодренирующая операция, сочетающая в себе элементы как наружного, так и внутреннего дренирования грудного лимфатического протока, эффективна при циррозах печени, осложненных кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода на фоне печеночной недостаточности. Это обусловлено купированием острой печеночной недостаточности вследствие снижения портальной гипертензии и улучшении функций гепатоцитов.

Ключевые слова: печеночная недостаточность, лимфодренирование, кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка, портальная гипертензия

The article considers the cases when inapplicability of extracorporeal detoxication methods at bleeding from varicose veins of gullet and gaster with underlying acute hepatic failure caused the using of thoracic duct drainage for detoxication. The lymphodrainage operation combining both the external drainage and the internal drainage of thoracic duct is effective in the case of hipatocirrhosis of different types which are complicated by bleeding from varicose veins of gullet and gaster with underlying hepatic failure. This is caused by the relief of acute hepatic failure due to decreased portolymphatic hypertension and improvement in the function of hepatocytes.

Keywords: hepatic failure, lymphodrainage, bleeding from varicose veins of gullet and gaster, portal hypertension

Введение

При лечении перитонитов и острой печеночной недостаточности активно используется гемосорбция, гемодиализ. Но при декомпенсированном циррозе печени гиперспленизм с низкими показателями тромбоцитов и исходной гипокоагуляцией делают гемосорбцию опасной, ввиду задержки тромбоцитов гемосорбентами. Необходимость введения антикоагулянтов при гемодиализе делает эту процедуру невозможной для применения у больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в стадии декомпенсации на фоне острой печеночной недостаточности [1,2].

Это не позволяет применить методы экстракорпоральной детоксикации при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на фоне острой печеночной недостаточности, но оставляет актуальным вопрос о способах детоксикации [3,4].

Поэтому после консервативных методов остановки кровотечения, применения зонда Блейкмора-Сенгстакена, а также использования эндоскопических методов остановки кровотечения у пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в стадии декомпенсации на фоне острой печеночной недостаточности мы применяли с целью детоксикации дренирование грудного лимфатического протока [1-3].

Материалы и методы

Дренирование грудного лимфатического протока по экстренным показаниям (наружное дрениро-

вание и сочетанное дренирование) выполнено 50 больным в стадии декомпенсации в состоянии печеночной комы, поступившим с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на фоне острой гепатоцеребральной недостаточности. Наружное дренирование грудного лимфатического протока выполнено 14 пациентам. У 36 больных с мономагистральным типом строения и давлением в протоке от 310 до 410 мм водн. ст., градиентом лимфенозного давления от 150 мм и выше, где был возможен высокий дебит лимфы — от 6 до 8 л, приводящий к значительной потере лимфы после удаления дренажа, — у этих пациентов было выполнено сочетанное дренирование грудного лимфатического протока.

Результаты и обсуждение

Стабильное улучшение реологии и биохимии крови наступало через 3-4 недели, к 5-6 неделям отмечалась нормализация показателей гомеостаза, что свидетельствовало об эффективности проводимой детоксикации.

До операции отмечалась гепатомегалия, спленомегалия и расширение диаметра воротной вены до $16,5 \pm 1,2$ мм. В послеоперационном периоде уменьшение размеров печени, селезенки, диаметра портальной вены служило критерием эффективности произведенного оперативного вмешательства на терминальном отделе грудного протока (ГП).

После сочетанного дренирования ГП вертикальный размер левой доли печени у больных обеих групп уменьшился в 1,2, правой — в 1,4 раза. После

наружного дренирования грудного протока селезенки у больных сократилась в продольном направлении в 1,2, а в поперечном — в 1,7 раза. Ультразвуковое исследование выявило достоверное уменьшение калибра портальной и селезеночной вен. У больных после сочетанного дренирования грудного протока, соответственно, в 1,4 и 1,3 раза.

Таким образом, ультразвуковой метод исследования подтверждает снижение уровня портальной гипертензии у больных циррозом печени, осложненным печеночной недостаточностью, после различных вариантов внутреннего дренирования грудного протока.

Среди осложнений послеоперационного периода при лимфодренировании возможно раннее прекращение функционирования дренажа вследствие его тромбирования или преждевременного выпадения. Тромбирование отмечено у одной больной. При лимфодренировании у 3 больных (в начале освоения методики) произошло повреждение протока, в одном случае произведено лимфодренирование, в двух — лигирование веточек ГП. У одного больного вскрылась париеальная плевра с развитием ограниченного пневмоторакса. Дефект плевры устранен на операционном столе. В 4 случаях лимфорей с образованием лимфомы наблюдалась после выпадения или раннего удаления лимфодренажа. При этом в 2 случаях ограничили консервативной терапией, 2 больных оперировали, у одного ушит дефект магистрального ствола ГП, у второго лигирована дренированная веточка ГП. При своевременном удалении лимфодренажа лимфоистечение, как правило, не отмечается. Оно легко останавливается сдавлением или наложением давящей повязки с пелотом, но, тем не менее, у 3 больных образовалась лимфома, купированная консервативными мерами, у 3, с лимфопотерей 6000,0–8000,0 мл в сутки, лимфоистечение не прекратилось и после удаления дренажа на восьмые сутки, несмотря на наложение пелотов. Двум из них на десятые сутки произведено лигирование дренированной веточки ГП, наложить лимфовенозный анастомоз не удалось из-за малых размеров ветвей ГП (в том числе и дренированной) и лимфоимбиции тканей. В обоих случаях патологический процесс был купирован. Всего осложнения были у 15 из 47 больных, или в 31,9% случаев.

Профилактика осложнений — усовершенствование способов операций на терминальном отделе ГП, тщательное выполнение их с бережным отношением к тканям, наблюдение за состоянием дренажа и лимфогипертензией, строгое соблюдение показаний к различным вмешательствам на ГП. При наложении широкого анастомоза (10 мм и более) в 6 случаях отмечено быстрое, уже на вторые-третьи сутки, сокращение размеров печени и селезенки (на третьи и пятые сутки у двух из этих пациентов возникло кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода с прогрессированием печеночной недостаточности, что удалось купировать консервативными мерами). У трех других манифестировала правожелудочковая сердечная недостаточность, купированная у двух консервативными мерами. Третья больная умерла.

После анализа этих случаев мы пришли к выводу, что у данных больных не развилась, а уже имела не диагностированная сердечная правожелудочковая недостаточность. Дополнительный приток жидкости приводит к повышению давления в системе верхней полой вены, ретроградному кровотоку из непарной вены в вены гастроэзофагеальной зоны и кровотечению из них. Повышение давления в системе верхней полой вены приводит к прогрессированию правожелудочковой недостаточности. Это в дальнейшем нашло подтверждение в работах А.Г.Шерцинегера (2008).

Следовательно, наложение применяемого обычно в этих случаях широкого анастомоза на весь диаметр протока (более 10 мм) ведет к массивному сбросу лимфы, что приводит к венозной гипертензии в системе верхней полой вены с повышением давления в венах пищевода с последующим развитием кровотечения из них, к развитию правожелудочковой сердечной и печеночной недостаточности.

Отдаленные результаты — в сроки от 2 до 8 лет — изучались методом анкетирования с вызовом больных для непосредственного обследования амбулаторно или в стационаре. Из 102 приглашенных явились на обследование 76 больных. Сроки наблюдения: 2-3 года — 11 пациентов; 4-5 лет — 20 и 6-8 лет — 15. Периодические боли, диспепсические явления отмечали 17 больных (22,4%). Они отнесены к группе с удовлетворительными результатами. У 13 больных (17,1%), отнесенных к группе с неудовлетворительными результатами, отмечались частые приступы болей, они неоднократно находились на стационарном лечении. Умерли в течение 1-2 лет после операции от острой печеночной и сердечной недостаточности трое пациентов. Четверо наблюдаются после сочетанного лимфодренирования в течение 8 лет. Периодически они проходили реабилитацию, изредка у них бывала умеренная билирубинемия, иктеричность склер, кожного зуда не отмечалось. У одной из этих больных через 8 лет после тяжелого гриппа, осложнившегося пневмонией, развилась острая печеночная недостаточность, от которой она умерла. Пятый больной после 3-летней ремиссии, на фоне очередного злоупотребления алкоголем, поступил с массивным кровотечением и желтухой, которые не удалось купировать. Из 14 больных, у которых ограничили только наружным дренированием грудного протока, в пяти случаях в течение 14-20 дней после лимфодренирования рецидивировала острая печеночная недостаточность, от которой 4 из них умерли, т.е. летальность составила 23,6% (умерли 4 из 14). В сроки до трех лет умерли трое пациентов. Остальные живы и наблюдаются от 2 до 12 лет. От дальнейшего хирургического лечения отказались 10 пациентов. Четверо из отказавшихся умерли в течение первого года, трое — в течение двух лет, и у трех пациентов летальный исход наступил после трех лет. После сочетанного дренирования грудного лимфатического протока хорошие результаты — у 26 из 36 (68,4%), удовлетворительные — у 5 (13,2%), плохие — у 7 (18,4%). Сроки наблюдения — от 2 до 15 лет. Все больные с плохими результатами умерли в течение 1-3 лет. Причина смерти у двух пациентов — острое пищеводно-

желудочное кровотечение на фоне острой печеночной недостаточности, у остальных – острая печеночная недостаточность.

Заключение

Таким образом, лимфодренирующая операция, сочетающая в себе как элементы наружного дренирования, так и внутреннего дренирования грудного лимфатического протока, эффективна при циррозах печени, осложненных кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода на фоне печеночной недостаточности. Это обусловлено купированием острой печеночной недостаточности вследствие снижения портолимфатической гипертензии и улучшения функций гепатоцитов. Необходимо также подчеркнуть, что таким пациентам нужно проводить инфузионную, гемостатическую терапию и применять эндоскопические методы остановки кровотечения.

1. Андреев Г.Н., Ибадильтин А.С., Кадырбаев Р.В. Влияние лимфовенозного анастомоза на гомеостаз у больных циррозом печени // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. Алматы, 1993. С.46-55.
2. Андреев Г.Н., Борисов А.Е., Ибадильтин А.С. и др. Патогенез, диагностика и лечение циррозов печени, осложненных резистентным асцитом. В. Новгород, 1999. 191 с.
3. Ярема И.В., Омаров И.М. Коррекция лимфообращения при циррозе печени // Хирургия. 2000. №11. С.28-31.
4. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. М.: Гэотар медицина, 1999. 859 с.

Bibliography (Transliterated)

1. Andreev G.N., Ibadil'din A.S., Kadyrbaev R.V. Vliyanie limfovenoznogo anastomoza na gomeostaz u bol'nyh cirrozom pecheni // Aktual'nye problemy hirurgicheskoy gepatologii. Almaty, 1993. S.46-55.
2. Andreev G.N., Borisov A.E., Ibadil'din A.S. i dr. Patogenez, diagnostika i lechenie cirrozov pecheni, oslozhnennyh rezistentnym ascitom. V. Novgorod, 1999. 191 s.
3. Jarema I.V., Omarov I.M. Korrekciya limfoobrashhenija pri cirroze pecheni // Hirurgija. 2000. №11. S.28-31.
4. Sherlock Sh., Duli Dzh. Zabolevanija pecheni i zhelchnyh putej. M.: Gjeotar medicina, 1999. 859 s.