

лена или исключена только на основании данных кардиоскоринга. Результаты СКТ должны оцениваться в комплексе, с учетом жалоб пациента, анамнеза, клиники и результатов традиционных лабораторных и инструментальных методов обследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белькин М.Б., Синицын В.Е. и др. // Кардиология. — 2001. — № 5. — С.9—12.
2. Agatson A.S. et al. // J. Am. Coll. Cardiol. 1990—Vol. 15. — P.827—832.
3. Becker C.R., Reiser M.F. // Eur. Radiol.—2003. — Vol.13. — P.445—447.

Поступила 19.12.03.

NONINVASIVE SCREENING OF ATHEROSCLEROTIC CALCINOSIS OF CORONARY ARTERIES BY SPIRAL COMPUTER TOMOGRAPHY

A.Yu. Vasilyev, T.Yu. Aleksakhina

S u m m a r y

Possibilities of spiral computer tomography in the diagnosis of atherosclerotic calcinosis of coronary arteries are studied. It can be recommended for revealing the plausible risk factor of ischemic heart disease, differential diagnosis of pain and verification of ischemic heart disease as a preliminary stage before coronography in order to decrease unjustified directions on invasive studies in planning surgical treatment.

УДК 616. 149 — 008. 331. 1 — 089. 8

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А.Ю. Анисимов, Р.И. Туишев, О.В. Булашова

*Отделение абдоминальной хирургии (зав. — проф. А.Ю. Анисимов) Межрегионального
клинико-диагностического центра (ген. директор — Р.И. Туишев) МЗ РТ*

За последнюю четверть XX века в мире отмечен рост числа больных циррозом печени (ЦП). В 70% случаев ЦП становится причиной развития портальной гипертензии (ПГ) [10, 13]. ВОЗ связывает эту неблагоприятную тенденцию с подъемом заболеваемости вирусными гепатитами. Более половины населения Земли инфицировано вирусами гепатитов человека HAV, HBV, HCV, HDV, HEV, вирусом герпеса, цитомегаловирусом, аденовирусом и др. [16]. Ежегодно приблизительно 1 млн человек в Европе и 140–320 тыс. человек в США инфицируются HBV [5]. Высоким остается и удельный вес больных с алкоголизмом, наркоманией, СПИДом и лекарственно индуцированными заболеваниями печени. Частота последних среди госпитализированных больных составляет 1:1000, а средняя распространенность HBV среди лиц, употребляющих наркотики внутривенно, — от 2 до 6% [15].

Затруднение тока крови в системе воротной вены у больных ЦП в 25–35% случаев приводит к кровотечению из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Риск возникновения кровотечения в первые два года после постановки диагноза составляет 30%, а летальность при первом пище-

водно-желудочном кровотечении достигает 50% [18]. Еще более пессимистичным выглядит прогноз для пациентов, перенесших кровотечение из ВРВПЖ в прошлом. В течение первого года у 60% из них возникает рецидив, и от него погибают еще 70–80% больных [17]. Таким образом, кровотечение из ВРВПЖ является основным, но, как правило, запоздалым показанием к хирургическому лечению синдрома ПГ [4, 9, 11].

В Европе и Америке больные с ПГ получают однотипную, стандартную и современную помощь и в госпиталях столичных городов, и в маленьких больницах, тогда как в России в областных и районных больницах она значительно различается по качеству [6]. Например, в специализированном отделении портальной гипертензии РНЦХ РАМН послеоперационная летальность при кровотечении портального генеза за период с 1978 по 1998 г. составила лишь 26,3%, а в клинике неотложной хирургии больницы скорой медицинской помощи г. Казани за период с 1997 по 2002 г. — 65,6% [2, 9]. Ни в коей мере не умаляя вклада российских специалистов в эту область хирургии, следует все же признать, что сегодня нам удастся в лучшем случае копировать единичные случаи того, что во многих зарубежных

центрах уже глубоко разработано, стало обыденным и практически лишено риска [12].

В Республике Татарстан хирурги имеют дело в основном с больными ПГ, находящимися в стадии сосудистой или печеночной декомпенсации, на высоте пищеводно-желудочного кровотечения из ВРВПЖ. В то же время современная лечебная тактика при ПГ ориентирована на превентивное хирургическое лечение в “холодном периоде” до появления кровотечений из ВРВПЖ и других признаков декомпенсации ПГ [4, 11, 13].

Итак, налицо проблема, актуальность которой связана с жизнью многих тысяч людей. Ее решение зависит от организации специализированных отделений в составе крупных многопрофильных клиничко-диагностических центров с использованием высоких медицинских технологий, что позволит объединить усилия хирургов, гепатологов, ангиологов, кардиологов, неврологов, эндоскопистов, специалистов лабораторной, функциональной и лучевой диагностики. Такой системный подход, на наш взгляд, обусловлен следующими особенностями ПГ как многофункциональной проблемы.

1. Использование высоких медицинских технологий. Необходимость специальных инструментальных методов исследования с применением современного, высокотехнологичного и дорогостоящего оборудования. Синдром ПГ на ранних стадиях его формирования имеет стертые клинические формы: без специальных методов исследования трудно установить диагноз и провести дифференциальную диагностику.

2. Малая эффективность хирургического лечения больных ПГ на высоте кровотечения из ВРВПЖ порождает необходимость повторно прибегать к сложным реконструктивным вмешательствам при рецидивах кровотечений.

3. Отсутствие альтернативы операции portoкавального шунтирования при лечении больных ПГ в стадии компенсации.

4. Высокая стоимость лечения. Получившие широкое развитие малоинвазивные методы профилактики и лечения портальных кровотечений — чреспеченочная эндоваскулярная эмболизация экстрагастральных вен, эндо-

скопическое лигирование ВРВПЖ, трансюгулярный внутрипеченочный портосистемный шунт — достаточно сложны в техническом отношении, требуют дорогостоящей аппаратуры и подготовленных высококвалифицированных специалистов, а цирроз печени с диуретикорезистентным асцитом является показанием к трансплантации печени.

Таким образом, сложность диагностических и лечебных процедур, высокая стоимость лечения, а также увеличение численности больных с ПГ диктуют необходимость концентрации их в специализированных отделениях. В Межрегиональном клиничко-диагностическом центре вопросами хирургического лечения синдрома ПГ занимается отделение абдоминальной хирургии. С позиции современного понимания проблемы кратко остановимся на хирургических аспектах — как уже решенных, так и требующих дальнейшего изучения в этом отделении.

Прогрессу хирургии ПГ, апофеозом которой стала трансплантация печени, способствовали развитие инструментальной и радиоиммунологической диагностики, морфологии, физиологии, иммунологии, вирусологии и фармакологии, что позволило в основном решить проблему диагностики ПГ. Наличие в арсенале МКДЦ МЗ РТ всех необходимых высокоинформативных методов диагностики делает реальным определение долгосрочного прогноза течения этого заболевания.

Весь арсенал современной хирургии ПГ направлен на решение двух основных задач — на профилактику и лечение пищеводно-желудочного кровотечения. Способы решения этих задач принято делить на консервативные (лекарственная терапия, зонд-обтуратор Сенгстаке-на-Блекмора), малоинвазивные (эндоскопическое лечение, эндоваскулярная эмболизация, эндоваскулярный трансюгулярный внутрипеченочный портосистемный анастомоз) и хирургические методы коррекции [14].

В России общепризнанной является выжидательная тактика, основанная на возможности “спонтанного гемостаза” под влиянием консервативной терапии. Однако сразу следует оговориться, что медикаментозная терапия играет вспомогательную роль, а в 20–30% случаев она вообще неэффективна [9, 10]. Хотя

установка зонда-обтуратора Сенгстаке-на—Блекмора при пищеводно-желудочном кровотечении и обязательна в качестве мероприятия первой помощи, однако прогресс хирургии и эволюция хирургической методологии побуждают к смене выжидательной тактики лечения портальных кровотечений на активное использование хирургических методов [4, 11].

Нам представляется, что развитие хирургии ПГ в отделении абдоминальной хирургии ГУ МКДЦ МЗ РТ возможно за счет интеграции современных малоинвазивных методов лечения (эндовидеолапароскопических, рентгенобилиарных, чрескожно-чреспеченочных вмешательств, операций из минидоступа) и большой “агрессивной” хирургии (портокавальные сосудистые анастомозы, трансплантация печени) [6, 10]. Накопленный мировой опыт наблюдения за больными с внепеченочной ПГ свидетельствует о том, что сосудистые портокавальные анастомозы для этой категории пациентов можно считать абсолютно показанными [8, 11]. Будучи выполненными в любых вариантах с максимально большим диаметром сосудистого соустья (15–20 мм), они избавляют человека от заболевания, которое, как правило, проявляется единственным симптомом — кровотечением из ВРВПЖ, при этом риск развития гепатогенной энцефалопатии отсутствует, а реабилитация больных достигает практически 100%. В перспективе больным с внепеченочной ПГ планируем выполнять мезентерикокавальный анастомоз Н-типа, используя в качестве трансплантата сегмент внутренней яремной вены длиной 4–7 см и диаметром от 10 до 12 мм. Совершенствование техники сосудистых анастомозов, применение аутовенозных трансплантатов и использование портальных сосудов малого диаметра (8–9 мм) позволит значительно увеличить число пациентов с внепеченочной ПГ, которым будут выполняться операции, радикально избавляющие их от тяжелого недуга.

Что касается больных с ЦП, то при удовлетворительной функции печени и отсутствии цитолитического синдрома оптимален вариант портокавального шунтирования, при котором сохраняется проградный кровоток к больному органу, т.е. сброс по созданному ана-

стомозу будет ограниченным. Этого можно достичь за счет изменения диаметра анастомоза, который не должен превышать 10 мм. Такие анастомозы в литературе получили название парциальных, и создавать их лучше всего между селезеночной и почечной венами, имея целью сохранить мезентериальный поток крови для печени [8, 10, 11]. Осуществляя портокавальное шунтирование у больных ЦП, планируем выполнять только парциальные портокавальные анастомозы, в частности спленоренальный шунт Н-типа или “бок в бок”. При удобном топографоанатомическом расположении селезеночной вены операцией выбора может стать дорсальный спленоренальный анастомоз. В случае продолжающегося кровотечения мы склонны, исходя из нашего большого клинического опыта, поддерживать точку зрения проф. А.К. Ерамишанцева [9], согласно которой прогнозировать длительность гемостатического эффекта консервативной терапии невозможно. В наших клинических наблюдениях в результате проведенной консервативной терапии временный гемостаз был получен у 81,3% (у 26 из 32) больных. У 18,7% (6) пациентов эффекта не было и кровотечение продолжалось. Операцией выбора при продолжающемся кровотечении считаем гастротомию с прошиванием ВРВПЖ по М.Д. Пациора [3].

Особо следует остановиться на больных ЦП с диуретикорезистентным асцитом. Наличие такого симптома является плохим прогностическим признаком и рассматривается как одно из показаний к трансплантации печени [7]. Первая трансплантация печени была выполнена американским хирургом Т.Е. Starzl в г. Денвере в 1963 г. [19]. За сорок лет в мире проведено более 60 тысяч трансплантаций печени. В России, где трансплантация печени только начала развиваться, существует три центра с постоянно функционирующими программами. Это РНЦХ РАМН, где с февраля 1990 г. выполнены 93 ортотопические трансплантации печени. Второй центр находится в Санкт-Петербургском центральном научно-исследовательском рентгенорадиологическом институте: с июня 1998 г. в нем произведено 7 трансплантаций. И, наконец, в Московском городском центре трансплантации печени на базе НИИ скорой

помощи им. Н.В. Склифосовского с декабря 2000 г. пересадка печени осуществлена 15 пациентам с ЦП различной этиологии [1]. Очевидно, в перспективе следует ожидать бурного развития трансплантологии за счет пересадки ксеноорганов от генетически трансформированных животных. В частности, органы трансгенных свиней при пересадке человеку не вызывают иммунного ответа [7]. Мы убеждены, что практическая реализация этой проблемы в Татарстане возможна на базе отделения абдоминальной хирургии ГУ МКДЦ МЗ РТ.

В заключение считаем целесообразным подчеркнуть, что положительный опыт работы в этой области за период с 2000 по 2003 г. и расширение объема диагностических возможностей делают реальной полипозиционную, многокомпонентную, количественную и качественную аналитическую дооперационную оценку общего состояния больного с синдромом ПГ. По нашему мнению, после установления диагноза "портальная гипертензия", что чаще всего происходит в терапевтической клинике, больных следует направлять в МКДЦ МЗ РТ как можно раньше, до возникновения кровотечения, при котором операция дает более высокую летальность. Наличие в арсенале клиники таких методов диагностики, как доплеровское ультразвуковое исследование порто-печеночной гемодинамики, ультразвуковая сегментарная манометрия сосудов портального бассейна, радионуклидное исследование общего печеночного кровотока и функциональной активности печеночной паренхимы, видеофиброэзофагогастродуоденоскопия, рентгеновская компьютерная томография, а при необходимости ангиография, магнитно-резонансная томография гепатопанкреатодуоденальной зоны и селезенки, большое количество функциональных проб и тестовых показателей, поддающихся математическому анализу, прогресс в компьютерных технологиях — все это делает реальным долгосрочный прогноз течения этого заболевания.

В перспективе при наличии показаний к операции специалисты МКДЦ МЗ РТ смогут выбрать метод оперативного пособия, адекватный функциональному состоянию печени, центральной и портальной гемодинамики, что в конечном

итоге определяет выживаемость больных этой категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрейцева О.И., Гуляев В.А., Журавель С.В. и др. // Клинич. перспект. в гастроэнтерол., гепатол. — 2002. — № 4. — С. 12 — 19.
2. Анисимов А.Ю., Галяутдинов Ф.Ш. // Анн. хир. гепатол. — 2000. — № 2. — С. 208.
3. Анисимов А.Ю., Попов В.Я., Сайфутдинов И.М. // Вестн. Межрегионал. клин.-диагностич. центра. — 2002. — Вып. 1. — С. 91 — 94.
4. Борисов А.Е., Кузьмин-Крутецкий М.И., Каченко В.А. и др. Кровотечения портального генеза. — СПб, 2001.
5. Галимова С.Ф., Надинская М.Ю., Маевская М.В. // Клинич. перспект. в гастроэнтерол., гепатол. — 2001. — № 4. — С. 2 — 7.
6. Гальперин Э.И. // Анн. хир. гепатол. — 1989. — № 2. — С. 51 — 53.
7. Готье С.В. Трансплантация печени: клинические и хирургические аспекты. 50 лекций по хирургии. — М., 2003. — С. 235 — 243.
8. Ерамишанцев А.К., Лебезев В.М. и др. // Анн. НЦХ РАМН, 1994. — Вып. 3. — С. 43 — 50.
9. Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Лебезев В.М. и др. // Анн. хир. гепатол. — 1996. — № 1. — С. 52 — 57.
10. Ерамишанцев А.К., Манукьян Г.В. // Анн. хир. гепатол. — 1998. — № 2. — С. 111 — 114.
11. Ерамишанцев А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. 50 лекций по хирургии. — М., 2003. — С. 263 — 268.
12. Кубышкин В.А. // Анн. хир. гепатол. — 1998. — № 2. — С. 117 — 118.
13. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. — Ташкент, 1984.
14. Петровский Б.В., Цациниди К.Н., Кадошук Ю.Т. Хирургия портальной гипертензии (атлас). — М., 1994.
15. Хазанов А.И. // Анн. хир. гепатол. — 2000. — № 1. — С. 125 — 130.
16. Шуваль Д. // Клинич. перспект. в гастроэнтерол., гепатол. — 2001. — № 2. — С. 8 — 11.
17. Nolte W., Hartmann H., Ramadori G. // Ztsch. Fuer Gastroenterologie. — 1994. — Bd. 32. — S. 447— 459.
18. Sauerbruch T., Wotzka R., Kopcke W. // New Engl. J. Med. — 1988. — Vol. 319. — P. 8—15.
19. Starzl T.E., Marchiorio T.L., von Kaulla K.n. et al. // Surg. Gynecol. Obstet. — 1963. — Vol. 117. — P. 659 — 676.

Поступила 30.10.03.

PRESENT AND FUTURE OF SURGERY OF PORTAL HYPERTENSION

A.Yu. Anisimov, R.I. Tuishev, O.V. Bulashova

S u m m a r y

Surgical aspects which can be considered to be solved and aspects which will require subsequent development are given in the context of the present-day understanding of the problem of portal hypertension syndrome.