

зации опухоли; возможность выполнения адреналэктомии при спаечном процессе у лиц, ранее оперированных на органах брюшной полости; возможность перехода (конверсии) на открытую адреналэктомию традиционным торакофренолтомическим доступом без дополнительной укладки больного.

Таким образом, ретроперитонеоскопический метод хирургического вмешательства на надпочечниках из бокового доступа является малотравматичной операцией, обеспечивающей прямой доступ к надпочечнику, сопровождается небольшим количеством осложнений и может служить методом выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богатырев О.П., Каменев А.А. Модифицированный метод адреналэктомии // Методические рекомендации. — М., 1999.
2. Ветшев П.С. и др. Возможности компьютерной томографии в диагностике новообразований надпочечников. // Хирургия. — 2002. — № 6. — С. 9–13.
3. Калинин А.П., Н.А. Майстренко Хирургия надпочечников // Медицина. — 2000. — 215 с.

4. Майстренко Н.А., Вавилов А.Г., Довганюк В.С. Современные аспекты хирургии надпочечников // Хирургия. — № 5. — С. 21–26.

5. Майстренко Н.А. Эндовидеохирургия надпочечников. — СПб, 2003. — 143 с.

6. Майстренко Н.А. Эндовидеохирургия надпочечников. — СПб, 2003. — С. 8–9.

7. Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю. Технические аспекты адреналэктомии из бокового внебрюшинного доступа // Эндоскоп. хирургия. — 2002. — № 6. — С. 55–58.

Поступила 03.07.08.

MINIMALLY INVASIVE SURGERY OF ADRENAL SPACE-OCCUPYING LESIONS USING LATERAL EXPOSURE

Ya.N. Shoyhet, V.A. Elenshleger, N.P. Wilhelm,
A.A. Pantyushin

Summary

Analyzed were the results of surgical treatment of 110 patients with adrenal space-occupying lesions: 55 — using open thoraco-phrenico-lumbotomical access, 55 — using retroperitoneoscopic adrenalectomy with lateral exposure. Shown is the fact that retroperitoneoscopic adrenalectomy is a minimally traumatic operation which provides direct access to the adrenal gland and is characterized by minimum complications.

УДК 616.149-008.331.1-089.8:611.136.42

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПРОЦЕССЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Андрей Юрьевич Анисимов, Савр Борисович Сангаджиев, Андрей Геннадьевич Филимонов,
Адель Фоатович Галимзянов, Михаил Николаевич Малиновский,
Фарид Шарифович Галяутдинов

Кафедра медицины катастроф (зав. — проф. Ш.С. Каратай) Казанской государственной медицинской академии, Межрегиональный клинико-диагностический центр
(ген. директор — канд. мед. наук Р.Н. Хайруллин) МЗ РТ, г. Казань, e-mail: aanisimov@icdc.ru

Реферат

Описан результат первого клинического опыта предоперационной эндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии у больной циррозом печени с выраженной спленомегалией и гиперспленизмом. Эндоваскулярная эмболизация позволяет эффективно снизить риск интраоперационного кровотечения у больных циррозом печени, осложненным спленомегалией и гиперспленизмом.

Ключевые слова: портальная гипертензия, цирроз печени, эндоваскулярная эмболизация.

В настоящее время преобладает весьма сдержанное отношение к спленэктомии как к методу хирургического лечения портальной гипертензии (ПГ), тем

не менее в отдельных случаях её можно признать оправданной операцией, благотворно влияющей на состояние больных и способствующей улучшению функции печени [2]. Однако при ПГ, когда многократно увеличенная селезенка нередко занимает более половины объема брюшной полости, при наличии выраженного периспленита спленэктомия превращается в очень сложное и ответственное вмешательство, требующее от хирурга большого мастерства и опыта [4]. Такая операция, как правило, сопровождается большой интраоперационной кровопотерей с воз-

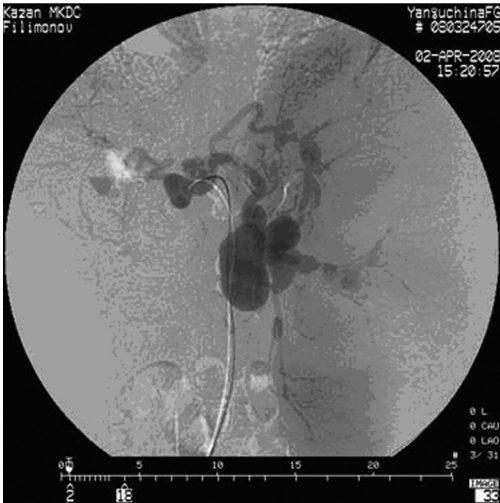


Рис. 1. Ангиограмма селезеночной артерии больной Я. до ПЭЭ.

можным фатальным исходом [3].

В последнее время для снижения величины интраоперационной кровопотери применяют предоперационную эндоваскулярную эмболизацию (ПЭЭ) питающих орган сосудов. Однако роль ПЭЭ в настоящее время окончательно не установлена. С одной стороны, по мнению ряда авторов, метод привлекает своей малой травматичностью [1], с другой — их оппоненты отмечают побочные эффекты в виде технических трудностей последующей операции [5].

В настоящей работе мы сообщаем о результатах наблюдения за больной циррозом печени с внутриспеченочной формой портальной гипертензии, в комплексную лечебную программу которой была включена спленэктомия с ПЭЭ селезеночной артерии.

Я., 40 лет, поступила в отделение хирургии печени и портальной гипертензии Межрегионального клинко-диагностического центра МЗ РТ 26.03. 2008 г. Диагноз при поступлении: цирроз печени вирусной (HCV) этиологии, неактивная фаза, функциональный класс В по Чайлд-Пью; синдром портальной гипертензии, внутриспеченочная форма; варикозное расширение вен пищевода I ст.; транзиторный асцит; спленомегалия; гиперспленизм; состояние после хирургического лечения в 2001г.

Из анамнеза установлено, что вирусным гепатитом С больная страдает с 1988 г. и по этому поводу неоднократно получала стационарное лечение в инфекционной больнице г. Казани. В 2001 г. в связи с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода в хирургическом отделении РКБ № 1 МЗ РТ ей были выполнены

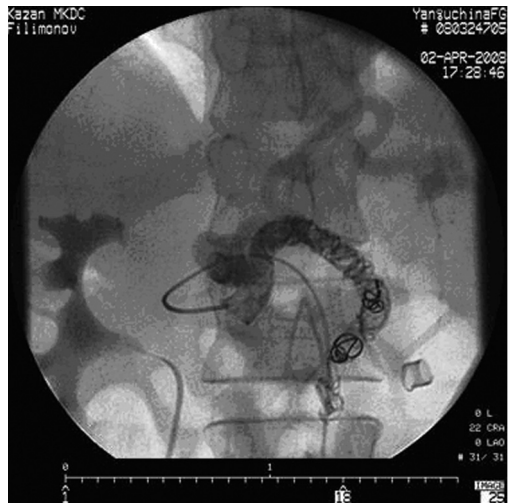


Рис.2. Ангиограмма селезеночной артерии больной Я. после ПЭЭ.

перевязка печеночных артерий, дуктолиз грудного лимфатического протока, перевязка левой внутренней яремной вены.

При поступлении в МКДЦ больная жаловалась на сильные боли в левом подреберье, одышку, быструю утомляемость, иктеричность кожных покровов и склер, тяжесть в животе, асцит. При осмотре обращали на себя внимание увеличение в объеме и асимметрия живота, преимущественно за счет левой половины. Пальпаторно определялась увеличенная, плотно-эластичная, резко болезненная селезенка, нижним полюсом уходящая в полость малого таза.

В результате клинко-лабораторно-инструментального исследования, включающего ФЭГДС, ультразвукографию органов гепатобилиарной системы и ультразвуковую доплерографию сосудов портального бассейна, было установлено, что селезеночная вена резко расширена, варикозно трансформирована. Диаметр её в области ворот селезенки и у хвоста поджелудочной железы составлял 1,77-2,8-3,3 см, линейная скорость кровотока — 26 см/с, кровоток приближен к монофазному. Размеры селезенки — 223×120×127 мм. При ФЭГДС была обнаружена варикозная трансформация вен пищевода I степени.

С учетом выраженной спленомегалии, сильных болей в области селезенки, гиперспленизма было решено провести спленэктомию с предварительной ПЭЭ селезеночной артерии.

02.04.08 г. больной была выполнена ангиография селезеночных сосудов на аппарате фирмы «General Electric» (США) с рентгеновизионной системой «Fluoricon-300». Под местной анестезией 0,25% раствором новокаина произведены пункция и катетеризация правой бедренной артерии по Сельдингеру. Катетер типа С-2 установлен в устье селезеночной артерии. Выполнена цифровая субтракционная ангиография, показавшая расширение селезеночной артерии в области устья до 14 мм в диаметре. Артерия раз-

делена на две ветви: меньшая диаметром около 4–5 мм направлена к верхнему полюсу селезенки, большая диаметром от 10 до 11 мм — к воротам селезенки. До бифуркации, а также после нее имело место множество аневризматических расширений как самой селезеночной артерии — максимально до 25 мм, так и ее интрапаренхиматозных ветвей — максимально до 8–10 мм (рис. 1). Катетер установлен в большую по диаметру ветвь селезеночной артерии. Произведена её эмболизация прямыми 1,6 мм вД металлическими спиралями «Gianturco» (Cook, Дания). Контрольные ангиограммы показали полное прекращение кровотока по основному стволу селезеночной артерии и его редукцию по меньшей порции (рис. 2). За время исследования было израсходовано 300,0 контрастного вещества «Ультравист-300». Лучевая нагрузка составила 286.549 Гр/см². Реакций и осложнений на введение контрастного вещества не наблюдалось.

03.04.08 г. под интубационным наркозом больной была выполнена лапаротомия левым подреберным доступом. При ревизии органов брюшной полости обнаружена гиперпластически измененная селезенка размерами 30×8 см. Её нижний полюс достигал входа в малый таз. Селезенка окружена множеством извитых увеличенных в диаметре венозных сплетений до 3 см в диаметре. В ткани селезенки просматриваются очаги инфарктов и ишемизации. Электрорхическим путем произведена мобилизация селезенки путем рассечения диафрагмально-селезеночной, селезеночно-ободочной и селезеночно-желудочной связок. Обнажена ножка органа. Элементы сосудистой ножки обработаны частями путем прошивания селезеночных сосудов. Предварительная эндоваскулярная редукция селезеночного кровотока позволила практически исключить интросперационную кровопотерю и значительно облегчить условия поэтапной мобилизации органа. Общий объем кровопотери составил 100 мл.

Послеоперационный период протекал гладко. Лабораторные показатели крови не имели отрицательной динамики (Hb — 86 г/л; эр. — $2,8 \times 10^{12}$, Нт — 28,3%, тромбоц. — 156×10^9 ; л. — $4,2 \times 10^9$, СОЭ — 31 мм/ч, цв. показатель — 0,81). На 9-е сутки после операции больную выписали в

удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание по месту жительства.

Таким образом, наш первый клинический опыт показал высокую эффективность ПЭЭ селезеночной артерии у больных ПГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранов А.М., Таразов П.Г., Гранов Д.А. / Лечение первичного и метастатического рака печени // Анн. хир. гепатол. — 1996. — Т. 1. — С. 30–37.
2. Ерамишанцев А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. 50 лекций по хирургии — М.: Медиа Медицина, 2003 — С. 263–268.
3. Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Лебезев В.М. и др. Диагностическая и лечебная тактика при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // Анн. хир. гепатол. — 1996. — Т. 1. — С. 52–57.
4. Петровский Б.В., Цациниди К.И., Кадошук Ю.Т. Хирургия портальной гипертензии (атлас). — М.: АО «Медиагрант», 1994. — 183 с.
5. Allison D.J., Booth A. Arterial Embolization in the Management of liver metastases: A Review // Cardiovasc. Intervent. Radiol. — 1990. — Vol.13. — P. 161–168.

Поступила 16.06.08.

THE EXPERIENCE OF PREOPERATIVE ENDOVASCULAR EMBOLIZATION OF THE SPLENIC ARTERY IN THE PROCESS OF SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH PORTAL HYPERTENSION

A. Yu. Anisimov, S.B. Sangadzhiev, A.G. Filimonov,
A.F. Galimzyanov, M.N. Malinovsky, F.L. Galyautdinov

Summary

Described is the result of the first clinical experience of preoperative endovascular embolization of the splenic artery in a patient with liver cirrhosis and an evident hypersplenism. Described are the technique of the procedure and the course of the postoperative period. Endovascular embolization effectively reduces the risk of intraoperative bleeding in patients with cirrhosis of the liver, enlarged spleen and complicated hypersplenism.