

Количественная характеристика клинико-лабораторных случаев ОПП в основной и контрольной группах в зависимости от вида вмешательства

ОПП, контрольная группа			ОПП, основная группа		
Вид вмешательства	Риск	Количество (абс.)	Вид вмешательства	Риск	Количество (абс.)
Панкреатодуоденальная резекция	Высокий	2	Панкреатодуоденальная резекция	Высокий	1
ЭРХПГ	Высокий	2	ЭРХПГ с ЭПСТ	Высокий	1
ЭРХПГ с ЭПСТ	Высокий	2			
Гастрэктомия	Средний	1			
Холецистэктомия	Средний	1			
Всего		8	Всего		2

активности ПОЛ позволило выявить клиническую эффективность предлагаемого метода, достоверно демонстрируя снижение уровня СРК в крови пациентов в основной группе в сравнении с контрольной (табл. 2 и 3).

В таблице 4 представлены результаты проспективного исследования предлагаемого нами метода профилактики ОПП по группам и степеням риска развития этого грозного осложнения.

Обсуждение

Таким образом, использование предложенного метода профилактики ОПП патогенетически оправдано. Помимо эффективности использования антиоксидантов имеет значение экономическая выгода в сравнении с использованием классического подхода с применением антисекреторных препаратов – сандостатина и контрикала, что также немаловажно.

ЛИТЕРАТУРА

- Егоров В. И., Цвиллих С. М. Анализ послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 1997. – Т. 3. № 2. – С. 20–25.
- Ермолов А. С., Иванов П. А., Гришин А. В., Благовестнов Д. А. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита // Хирургия. – 2007. – № 5. – С. 4–9.
- Ивашкина Н. Ю., Шульпекова Ю. О., Ивашкин В. Т. Всё ли мы знаем о лечебных возможностях антиоксидантов? // Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. № 4. – С. 182–184.
- Кон Е. М., Черкасов В. А., Урман М. Г., Сандакова Г. С. Острый панкреатит: клиника, диагностика, программы комплексного лечения. – Пермь: Пермская гос. мед. акад., 2001. – 182 с.
- Полушин Ю. С., Суховецкий А. В., Сурков М. В. и др. Острый послеоперационный панкреатит. – СПб: ООО «Изд-во ФОЛИ-АНТ», 2003. – 160 с.

Поступила 19.02.2013

Н. Г. САПРОНОВА, И. И. КАТЕЛЬНИЦКИЙ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Кафедра хирургических болезней № 1 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.
Тел. (863) 250-40-74. E-mail: sapronovang@yandex.ru*

Представлены результаты хирургического лечения 207 пациентов с внутрипеченочной портальной гипертензией, которым было выполнено спленоренальное венозное шунтирование после спленэктомии (79) и трансъюгулярное внутрипеченочное шунтирование (128). Процент тромбирования анастомоза и шунта в послеоперационном периоде у больных с ЦП не зависит от метода оперативного вмешательства, тромбоз воротной вены не возникал после ТВПШ и был выявлен в 5,8% случаев после СРВШ. Кровотечение из вен пищевода на 10% было реже после выполнения ТВПШ. Пятилетняя выживаемость после шунтирующих операций зависит от состояния паренхимы печени, более тяжелая категория пациентов, которым выполнялось ТВПШ, имела этот показатель ниже на 24%. Методы декомпрессии портальной системы при ПГ могут носить разный характер, каждый из которых имеет свои показания и противопоказания, но преимущества трансъюгулярного внутрипеченочного шунтирования неоспоримы.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

N. G. SAPRONOVA, I. I. KATELNIKY

LONG-TERM RESULTS OF BYPASS PROCEDURES IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

Presented are the results of surgical treatment of 207 patients with intrahepatic portal hypertension, which is performed splenorenalis venous bypass surgery after splenektomii (79) and TIPS (128). The percentage of trombosis anastomosis and shunt in the postoperative period in the patients with the CPU does not depend on the method of surgical intervention, thrombosis of the portal vein did not arise after TIPS and was detected in 5,8% after SRVS. Bleeding from the veins of the esophagus by 10% was less after the TIPS. Five-year survival rate after the shunt operations depends on the state of the parenchyma of the liver, the more severe category of patients, which was performed TIPS had this index is lower by 24%. Methods of decompression of the portal system in GHGs may be different, each of which has its indications and contraindications, but the advantages of transjugular intrahepatic bypass undeniable.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, surgical treatment, long-term results.

Введение

В мировой литературе нет единого мнения о лечении больных с синдромом портальной гипертензии (ПГ). Существуют консервативная тактика, инструментальные, паллиативные и радикальные хирургические методы остановки и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) [2, 6], которые являются основным проявлением ПГ. Единственным радикальным методом лечения больных с внутрипеченочной ПГ является трансплантация печени [2]. Мировой опыт ортотопической пересадки печени свидетельствует о ее высокой эффективности при лечении ранее бесперспективных состояний у пациентов с тяжелыми заболеваниями печени [5]. В России имеется крайний дефицит донорских органов, связанный с несовершенством системы обеспечения, и сопровождается более чем 60%-ной летальностью в процессе ожидания пациентами трансплантации печени [4, 6].

Оперативная декомпрессия портальной системы является наиболее эффективным способом устранения портальной гипертензии [1–3].

В хирургической клинике Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ) выполняются операции спленоренального венозного шунтирования (СРВШ) и трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (ТВПШ) у пациентов с внутрипеченочной формой ПГ.

Цель данной работы – оценить отдаленные результаты операции спленоренального и трансъюгулярного венозного шунтирования у больных с циррозом печени.

Материалы и методы исследования

В хирургической клинике РостГМУ пролечен 341 пациент с портальной гипертензией с 1997 по 2011 год.

Из 341 наблюдений внутрипеченочная портальная гипертензия как осложнение цирроза печени возникла у 292 пациентов, внепеченочная форма портальной гипертензии была выявлена у 36 больных.

79 пациентам с внутрипеченочной портальной гипертензией было выполнено спленоренальное венозное шунтирование после спленэктомии (1-я группа). Возраст больных от 8 до 64 лет в среднем составил 37,3 года. Из 79 пациентов женщин было 43 и мужчин 36 человек. Вирусный гепатит «В» в анамнезе был выявлен у 29 человек (36,7%), «С» – у 18 (22,8%), сочетание «В» и «С» – у 7 пациентов (8,9%), «А» и «С» – у 5 (6,3%), в 20 наблюдениях маркеры вирусных гепатитов были отрицательными (25,3%).

128 больным также с внутрипеченочной портальной гипертензией было выполнено трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (2-я

группа). Возраст пациентов был от 18 до 83 лет и в среднем составил 41,6 года. Из 128 больных женщин было 49 и 79 мужчин. Вирусный гепатит «В» в анамнезе был выявлен у 9 больных (7,0%), «С» – у 52 (40,6%), сочетание «В» и «С» – у 10 (7,8%), «А» – у 2 (1,5%).

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее в себя общеклинические, лабораторные и инструментальные методы с обязательным выполнением ультразвукового исследования органов брюшной полости, воротной и селезеночной вен, видеоэзофагогастроскопии, гепатосцинтиграфии и в последние годы спиральной компьютерной томографии брюшной полости в условиях ангиографии, а также биопсии печени (пункционной или инцизионной интраоперационной). Статистическая обработка цифровых данных производилась с помощью прикладных программ «SPSS 16.0» и «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты исследования

Из 79 больных 1-й группы у 24,1% отмечена печеночно-клеточная недостаточность по Child-Turcotte-Pugh (R. Pugh et al., 1973) «А» класса, у 60,8% – «В» класса, у 15,2% – «С» класса.

Из 128 пациентов 2-й группы у 14,8% заболевание сопровождалось печеночно-клеточной недостаточностью класса «А», у 57,8% – «В» класса, у 27,4% – «С» класса.

Варикозное расширение вен пищевода имело место у всех больных и определялось в соответствии с классификацией К. J. Raquet (1982). В подавляющем большинстве наблюдений имело место расширение III степени – 60,7% в 1-й группе и у 77,3% – во 2-й группе.

С признаками кровотечения из вен пищевода и желудка в 1-й группе в клинику поступило 3,8% (3) из 79 больных. У 36,7% (29) больных в анамнезе было кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии, из них у 7,6% (6) кровотечение повторялось более 2 раз.

Во 2-й группе с признаками кровотечения поступило 11 пациентов (8,6%), в анамнезе кровотечение присутствовало у 76 (59,4%), у 13 человек (10,1%) оно повторялось более 2 раз (до 4).

В 1-й группе в 40,5% (32) случаев заболевание сопровождалось разной степенью отеочно-асцитического синдрома: от небольшого до выраженного количества свободной жидкости в животе. Спленомегалия была выявлена при ультразвуковом исследовании у 93% больных, и размеры селезенки были от 110x50 до 280x145 мм, снижение гемоглобина ниже 120 г/л было выявлено более чем у половины пациентов (64,5%), тромбоцитопения сопровождала 78,4% наблюдений, лейкопения была выявлена у 37,9%.

Во 2-й группе 61,7% (79) больных имели разной степени выраженности асцит. Хочется отметить, что выраженный и напряженный асцит являлся противопоказанием к выполнению спленоренального венозного анастомоза. При напряженном асците проводили пункцию брюшной полости и эвакуацию асцитического содержимого в предоперационном периоде в течение 3–4 дней (до 2–3 литров в сутки), добываясь возможности пациента находиться в горизонтальном положении продолжительное время. Спленомегалия во 2-й группе была у 87,5% пациентов, размеры селезенки колебались в тех же пределах, что и в первой группе. Снижение показателей гемоглобина и тромбоцитов присутствовало у 71,8% и 72,6% соответственно.

Размеры воротной вены в 1-й группе колебались от 13 до 36 мм в диаметре. Селезеночная вена достигала 11–25 мм. Линейная скорость кровотока в воротной вене составляла от 8 до 16 см/сек. (норма – более 16 см/сек.). Значительных отличий этих показателей во 2-й группе также не наблюдалось. Размеры воротной вены колебались от 12 до 35 мм в диаметре, селезеночной – от 10 до 27 мм. Линейная скорость кровотока соответственно была от 8 до 17 см/сек. в воротной вене.

Оценка отдаленных результатов оперативного вмешательства больных с циррозом печени является наиболее надежным и объективным методом оценки эффективности лечения, качества его выполнения.

Отдаленные результаты в 1-й группе наблюдения изучены у 51 (64,5%) из 79 больных в сроки до 5 лет после операции, у 17 пациентов – в сроки до 10 лет после вмешательства, у 9 – в сроки до 15 лет и у 1 – до 20 лет. В течение первого года умерло 3 пациента (результаты их лечения были признаны неудовлетворительными). Более 5 лет после операции живут 48 человек (94,1%), более 10 лет – 10 пациентов, умерло 7. Более 15 лет живут 5 больных, 4 умерло, более 20 лет нами наблюдается одна пациентка с удовлетворительным результатом. Летальность больных циррозом печени в большинстве случаев определяет состояние печеночной паренхимы, операция шунтирования снижает давление в воротной вене, продлевает жизнь пациентам, чем профилактирует пищеводные кровотечения. Все наблюдаемые нами пациенты проходят регулярное обследование и медикаментозную коррекцию.

В сроки от 1 до 20 лет после операции спленоренального венозного шунтирования кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода были выявлены у 14 пациентов (27,4%), тромбоз воротной вены возник у 3 больных (5,8%), тромбоз спленоренального анастомоза возник у 11 пациентов (21,5%). Признаки непроходимости воротной вены и анастомоза были выявлены при профилактическом УЗДИ. Печеночная энцефалопатия, требовавшая постоянной медикаментозной коррекции, была у 21 больного (41,1%), разные формы тромбоцитопатии были у 28 пациентов (54,9%) и в основном приходились на первые 3 года после операции, также корректировались медикаментозно. Послеоперационные вентральные грыжи возникли у 7 пациентов (у одного пациента после эвентерации) с выраженным асцитом. Из них трое больных успешно были прооперированы после длительной предоперационной подготовки.

Во 2-й группе наблюдения отдаленные результаты лечения были прослежены в сроки до 5 лет

после выполнения трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования, так как данная операция стала выполняться в нашей клинике с 2008 года.

Из 128 пациентов отдаленные результаты изучены у 52 больных (40,6%). В течение года после операции умерло 9 пациентов от манифестации печеночной недостаточности. Из 51 человека повторные кровотечения наблюдались у 15 (29,4%), трем из них потребовалось ререшунтирование. Такие проявления ПГ, как асцит, спленомегалия, имели регресс у 8,16% и 37,2% соответственно. Признаки снижения гемоглобина и числа тромбоцитов сохранялись после ТВПШ на таком же уровне, как и до операции.

Хочется отметить, что контингент пациентов 2-й группы был по степени печеночной недостаточности более тяжелым, так как выраженный асцит являлся противопоказанием к выполнению СРВШ, но не являлся противопоказанием к выполнению ТВПШ. В 2008 году было выполнено 34 операции шунтирования. Пятилетняя выживаемость у больных с ЦП после ТВПШ составила 70,5% (24 из 34). Тромбоз воротной вены не возникло ни у одного пациента после операции. Тромбоз внутривенного шунта возник у 21,5% (11), повторные кровотечения из вен пищевода были у 17,6% (9).

Таким образом, процент тромбирования анастомоза и шунта в послеоперационном периоде у больных с ЦП не зависит от метода оперативного вмешательства, тромбоз воротной вены не возникал после ТВПШ и был выявлен в 5,8% случаев после СРВШ. Кровотечение из вен пищевода на 10% было реже после выполнения ТВПШ. Пятилетняя выживаемость после шунтирующих операций зависит от состояния паренхимы печени, более тяжелая категория пациентов, которым выполнялось ТВПШ, имела этот показатель ниже на 24%. Методы декомпрессии портальной системы при ПГ могут носить разный характер, каждый из которых имеет свои показания и противопоказания, но преимущества трансъюгулярного внутривенного шунтирования неоспоримы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котис Б. Н., Дзидзава И. И., Кашкин Д. П., Алентьев С. А., Чалый А. Н., Бугаев С. А., Герлиани Г. В. Результаты парциальной портокавальной шунтирования у больных с синдромом портальной гипертензии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – № 1 (прил.). – С. 16.
2. Пацора М. Д. Хирургия портальной гипертензии. 2-изд., доп. – Ташкент: Медицина, 1984. – С. 219.
3. Ерамишанцев А. К., Шерцингер А. Г., Лебезев В. М., Киценко Е. А., Семенова А. Д. Диагностическая и лечебная тактика при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – Т. 1. № 1. – С. 52.
4. Ерамишанцев А. К., Лебезев В. М. Эволюция хирургии внепеченочной портальной гипертензии // Хирургия. – 1998. – № 6. – С. 29–32.
5. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практич. рук., пер. с англ / Под ред. З. Г. Апросиной, Н. А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – С. 162, 189.
6. De Franchis R. Updating consensus in portal hypertension: report of the Baveno III Consensus Workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension // J. hepatol. – 2000. – Vol. 33. – P. 846–852.

Поступила 14.02.2013