

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ
ДЕКАБРЬ
2008

6

ТОМ
LXXXIX

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.149-008.331.1-089.8 "313"

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Андрей Юрьевич Анисимов, Савр Борисович Сангаджиев,
Максим Владимирович Кузнецов, Адель Фоатович Галимзянов,
Фарид Шарифович Галаятдинов, Аскар Файрузович Якупов*

*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

Изложены хирургические аспекты лечения портальной гипертензии.

Ключевые слова: портальная гипертензия, хирургическое лечение.

Предварительный анализ статистических сведений показал, что в Республике Татарстан в современных условиях экономического и социального развития государства одной из актуальных целей здравоохранения было и остается повышение качества медицинской помощи пациентам с заболеваниями печени, нуждающимся в оперативном вмешательстве [9, 16]. Социальную значимость этой проблемы определяют следующие обстоятельства:

1. *Резкий рост заболеваемости.* В Республике Татарстан с 2000 по 2006 г. заболеваемость болезнями печени выросла на 77,6%.

2. *Высокий удельный вес в структуре причин смерти.* Болезни органов пищеварения занимают в России пятое место (48,2 на 100 тысяч человек) после болезней системы кровообращения (869,4), несчастных случаев, отравлений и травм (230,1),

новообразований (204,0) и болезней органов дыхания (65,9).

3. *Экономические потери.* В 2006 г. число случаев временной нетрудоспособности при болезнях печени составило 0,9, а число календарных дней временной нетрудоспособности — 15,5 на 100 работающих. Для сравнения: при ишемической болезни сердца — 0,9 и 22,0, при злокачественных новообразованиях — 0,3 и 12,5 соответственно.

4. *Бурное развитие в мире и в России хирургической гепатологии с использованием высоких медицинских технологий,* в том числе трансплантации печени.

5. *Недостатки в организации оказания хирургической гепатологической помощи населению Республики Татарстан.* Значительное отставание от мирового и общероссийского стандарта с ограничением спектра вмешательств преимущественно патологией желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков привело к росту за последние пять лет распространенности болезней печени, в том числе циррозов с 84,5 до 150,4 на 100 тысяч населения.

6. Недостаточная подготовка медицинских кадров по вопросам современной диагностики, тактики и объема лечения при гепатопатологии.

Решение проблемы пришло с момента организации специализированного отделения хирургической гепатологии с использованием высоких медицинских технологий и объединением усилий хирургов, гепатологов, ангиологов, эндоскопистов, специалистов лабораторной, функциональной, лучевой, морфологической диагностики [1] 1 августа 2006 г., когда в МКДЦ был сделан первый шаг на пути создания такого отделения. Основным его предназначением является оказание высокотехнологичной хирургической помощи пациентам с диффузными заболеваниями печени. Прежде всего это различные варианты портальной гипертензии (ПГ): внутрипеченочная при исходе в цирроз печени (ЦП), внепеченочная вследствие аномалии развития сосудов печени, травм поджелудочной железы, острого или хронического панкреатита, надпеченочная как результат тромбоза печеночных вен или нижней полой вены на уровне устья печеночных вен. Такой выбор был отнюдь не случаен. Общеизвестно, что затруднение тока крови в системе воротной вены в 25–35% случаев приводит к кровотечению из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Летальность при первом пищеводно-желудочном кровотечении достигает 50% [6]. В течение первого года у 60% больных, перенесших кровотечение, возникает рецидив, от которого погибают еще 70–80% выживших пациентов [14]. В Республике Татарстан, к сожалению, 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 [12, 20].

Итак, налицо была и остается проблема, актуальность которой связана с жизнью многих пациентов. Для ее решения, на наш взгляд, необходим системный подход, что обусловлено особенностями ПГ

как многофункциональной проблемы [18]. К ним относятся:

1. Использование высоких медицинских технологий. Необходимость специальных инструментальных методов исследования с помощью современного, высокотехнологичного и дорогостоящего оборудования. Синдром ПГ на ранних стадиях его формирования имеет стертые клинические формы, когда без специальных методик 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 портокавальному шунтированию при лечении больных ПГ в стадии компенсации.

4. Высокая стоимость лечения. Получившие развитие методы профилактики и лечения портальных кровотечений достаточно сложны в техническом отношении. Их выполнение требует дорогостоящей аппаратуры и значительного количества подготовленных высококвалифицированных специалистов. Кроме того, ЦП с диуретикорезистентным асцитом является показанием к трансплантации печени.

Таким образом, сложность диагностических, лечебных процедур и высокая стоимость лечения диктовали необходимость концентрации пациентов с ПГ в специализированном отделении. Сегодня пришло время подвести первые итоги двухлетней работы созданного центра и его коллектива.

Весь современный арсенал хирургии, имеющийся в МКДЦ, направлен прежде всего на решение двух основных задач — профилактику и лечение пищеводно-желудочного кровотечения [2], поскольку кровотечение из ВРВПЖ является основным, но, к сожалению, как правило, запоздалым показанием к хирургическому лечению синдрома ПГ. Неудовлетворительные результаты лечения в общехирургических стационарах больных ПГ в момент остро возникшего кровотечения из ВРВПЖ объясняются во многом тем, что хирургическая тактика и лечебная программа в большинстве случаев базируются

ся на ошибочных представлениях о возможности достижения гемостаза за счет выжидательной консервативной терапии. Мы обладаем клиническим опытом лечения 105 больных ЦП, осложненным кровотечениями из ВРВПЖ [17]. Мужчин было 68 (64,8%), женщин — 37 (35,2%). В возрасте от 15 до 39 лет было 49 (46,7%) человек, от 40 до 59 — 41 (39,0%), от 60 и старше — 15 (14,3%). Таким образом, подавляющую часть наблюдаемых нами пациентов составили лица молодого и среднего, т. е. трудоспособного возраста. У 22 (21,0%) лиц была легкая степень тяжести кровопотери по классификации А.И. Горбашко [8], у 48 (45,7%) — средняя, у 35 (33,3%) — тяжелая. У 77 больных (группа сравнения) лечебная программа предусматривала выжидательную консервативную тактику с использованием хирургических методов только в крайнем случае. У 28 больных (основная группа) мы применили активную хирургическую тактику с максимально ранним использованием усовершенствованной операции М.Д. Пациора [18]. У всех больных лечебные мероприятия начинали с установки зонда-обтуратора Сенгстакена-Блэкмора, рассматривая его как обязательный механический фактор для достижения гемостаза.

В группе сравнения только 13 (16,9%) пациентам в качестве операции отчаяния, когда не оставалось никакой надежды на консервативный гемостаз, а тяжесть состояния прогрессивно нарастала, было выполнено прошивание ВРВПЖ. 3 из 13 были прооперированы через трое суток, 6 — через пять и 4 — через семь дней с момента поступления в стационар. Все эти больные имели кровопотерю тяжелой степени и более 4 рецидивов кровотечения в анамнезе. На фоне длительного консервативного лечения, рецидивов кровотечения и позднего оперативного пособия у всех этих пациентов мы наблюдали прогрессирование декомпенсации функции печени.

В основной группе все 28 (100%) пациентов были оперированы как можно раньше, до наступления декомпенсации функции печени, в том числе 7 — через 12, 12 — через 24 и 9 — через 48 часов от момента поступления в хирургический стационар. Анализ ближайших результатов лечения больных ЦП с кровотечениями из ВРВПЖ под влиянием различных вариантов ле-

чебной программы показал, что в контрольной группе осложнения возникли у 75 (97,4%) пациентов, а в основной — у 7 (25,0%). У 24 (31,2%) больных группы сравнения, несмотря на активно проводимую медикаментозную гемостатическую терапию, после удаления зонда-обтуратора наступил рецидив пищеводно-желудочного кровотечения, что привело к прогрессированию печеночной недостаточности. В основной группе рецидив кровотечения в послеоперационном периоде наступил у 2 (7,1%) пациентов. Его причиной были острые язвы желудка, возникшие на фоне общего тяжелого состояния. Печеночная недостаточность в группе сравнения прогрессировала у 69 (89,6%) больных, в основной — у 10 (35,7%).

При выжидательной консервативной тактике у больных ЦП, осложненным пищеводно-желудочным кровотечением, госпитальная летальность составила 76,6%, послеоперационная — 100%.

Включение активной хирургической тактики в лечебную программу больных компенсированным (класс А) и субкомпенсированным (класс В) ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ, позволило уменьшить общее количество осложнений с 97,4 до 25,0%, в том числе число рецидивов кровотечений — с 12,9 до 7,1%, частоту развития печеночной недостаточности — с 16,9 до 14,3%, послеоперационную летальность — со 100 до 35,7%, госпитальную летальность — с 76,6 до 35,7%, сроки стационарного лечения у пациентов с благоприятным исходом в классе А — с 18,1±3,0 до 13,0±2,0 сут, в классе В — с 22,0±2,0 до 17,25±1,0 сут.

У больных декомпенсированным (класс С) ЦП операционный риск летального исхода от полиорганной недостаточности очень высок. Госпитальная летальность в группе сравнения составила 69,5%, в основной — 35,7%. В связи с этим при развитии симптомов декомпенсации функции печени, на наш взгляд, от операции следует воздержаться.

В 2004 г. нам представлялось, что развитие хирургии ПГ в МКДЦ МЗ РТ должно идти по пути интеграции современных малоинвазивных методов лечения и большой «агрессивной» хирургии печени [1]. В целях практической реализации этого положения для профилактики ре-

цидивов кровотечения из ВРВПЖ при невозможности хирургического лечения, а также для остановки продолжающегося пищеводно-желудочного кровотечения освоена методика эндоскопического лигирования (ЭЛ) варикозно-расширенных вен пищевода у пациентов с различными формами ПГ [4]. Для этого используем лигирующее устройство SHUTER американской фирмы Wilson Cook и видеогастроскоп Olympus CV-70. Показаниями к ЭЛ являются варикозная трансформация вен пищевода и желудка II-III степени, суб- и декомпенсированные стадии ЦП (классы В и С), старческий возраст, сопутствующие заболевания и многократные операции в анамнезе.

На сегодняшний день выполнено 33 процедуры ЭЛ, из них 19 — в плановом порядке, 12 — на высоте пищеводно-желудочного кровотечения и 2 — превентивные процедуры. Во всех случаях экстренного лигирования был достигнут полный гемостаз. Одному пациенту после превентивного лигирования потребовалась гастротомия с прошиванием вен кардии. В 32 случаях была достигнута удовлетворительная эрадикация ВРВ пищевода. Повторное лигирование выполнено у 5 больных.

Таким образом, наш клинический опыт использования малоинвазивных методов лечения показал эффективность ЭЛ в снижении риска пищеводно-желудочного кровотечения у больных ПГ. Что касается «агрессивной» хирургии ПГ, то накопленный мировой опыт наблюдения за больными с внепеченочной ПГ свидетельствует, что сосудистые портокавальные анастомозы для пациентов этой категории можно считать абсолютно показанными. 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% [5, 13]. У больных ЦП оптимальным считается вариант портокавального шунтирования, при котором сохраняется проградный кровоток к больному органу. Такие анастомозы в литературе получили название парциальных и создавать их рекомендуется между селезеночной и почечной венами [13, 19].

За два года работы в отделении хирургии МКДЦ МЗ РТ в плановом порядке портокавальное шунтирование было осуществлено 37 больным ПГ различного генеза и с высоким риском кровотечения из ВРВПЖ. Больных ЦП, осложненным внутрипеченочной ПГ, было 29 (78,4%), внепеченочной портальной гипертензией — 8 (21,6%). Из 29 больных ЦП по критериям Чайлда-Пью к классу А были отнесены 16 (55,2%). Из них портокавальное шунтирование выполнено у 10 человек, в том числе мезентериокавальный анастомоз Н-типа с сосудистой вставкой из аутолены у одного, дистальный спленоренальный анастомоз у 6, спленоренальный анастомоз Н-типа с синтетической сосудистой вставкой у 3. Прошивание ВРВПЖ произведено у 6 больных. К классу В были отнесены 13 (44,8%) пациентов. Из них портокавальное шунтирование проводилось у 4, в том числе дистальный спленоренальный анастомоз у 3, спленоренальный анастомоз бок-в-бок у одного, прошивание ВРВПЖ — у 9.

У всех 8 пациентов с внепеченочной портальной гипертензией был выполнен мезентериокавальный анастомоз, в том числе с верхней брыжеечной веной у 7, с нижней брыжеечной веной у одного, мезентериокавальный анастомоз конец-в-бок — у 3, Н-типа с синтетической сосудистой вставкой — у 5.

Портокавальное шунтирование независимо от этиологии ПГ и принадлежности больных ЦП к классу А или В позволило у 19 из 21 оперированного и выписанных больных добиться полного или почти полного исчезновения ВРВПЖ. В связи с этим после портокавального шунтирования в 90,5% наблюдений хирургический аспект ЦП мы считали решенным.

После операции М.Д. Пациора добиться полного исчезновения ВРВПЖ не удалось ни в одном случае. Однако, по нашему мнению, в группе пациентов ЦП класса В ее применение в плановом порядке вполне оправданно, так как ни одного летального исхода мы у них не наблюдали. Для сравнения в экстренной ситуации у 28 пациентов ЦП на высоте пищеводно-желудочного кровотечения летальность после прошивания ВРВПЖ составила 37,5%.

В раннем послеоперационном периоде

в результате срыва компенсаторных механизмов печеночной функции вследствие редукции печеночного кровотока умер один больной ЦП. Ему был выполнен мезентерикокавальный анастомоз Н-типа с сосудистой вставкой аутовеной. После спленоренальных анастомозов и операции М.Д. Пациора летальности в раннем послеоперационном периоде не было. В течение года наблюдения после операции М.Д. Пациора скончался один больной от печеночной недостаточности вследствие рецидива пищеводно-желудочного кровотечения.

Тромбоз шунта наблюдали у 2 пациентов ЦП, которым был выполнен дистальный спленоренальный анастомоз. В обоих случаях имели место интраоперационная травма поджелудочной железы при выделении селезеночной вены, а в раннем послеоперационном периоде — клинические и лабораторные признаки острого панкреатита. У одного из названных пациентов тромбоз сосудистого анастомоза развился на пятые сутки послеоперационного периода, что потребовало экстренной релапаротомии, спленэктомии, деваскуляризации желудка и прошивания ВРВПЖ по М.Д. Пациора. Вторая больная была выписана в удовлетворительном состоянии, однако через месяц вновь поступила на высоте пищеводно-желудочного кровотечения вследствие тромбоза шунта. В этой ситуации мы также вынуждены были выполнить релапаротомию, спленэктомию, деваскуляризацию желудка и прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора.

У пациентов с внепеченочной ПГ летальности не было. У одного из 8 больных внепеченочной ПГ в раннем послеоперационном периоде наблюдалось длительное, в течение 33 суток, истечение из брюшной полости серозной жидкости с примесью лимфы. Под влиянием консервативных мероприятий и проведения нескольких курсов полного парэнтерального питания с этим осложнением удалось справиться. Одна пациентка через три месяца после наложения мезентерикокавального анастомоза конец-в-бок с нижней брыжеечной веной поступила с явлениями тромбоза шунта. Проведенная консервативная антикоагулянтная терапия позволила стабилизировать состояние.

Таким образом, наш клинический опыт плановой хирургии портальной ги-

пертензии свидетельствует о том, что при угрозе пищеводно-желудочного кровотечения у больных ЦП класса А операцией выбора следует считать спленоренальный анастомоз. Если топографо-анатомические условия не позволяют выполнить сосудистый анастомоз, то необходимо прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора. В последующем для профилактики возможных рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений у таких больных возможно использование малоинвазивной технологии эндоскопического лигирования. У больных ЦП класса В операцией выбора в плановом порядке, по нашему мнению, должно быть прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора. У больных внепеченочной ПГ операцией выбора считаем мезентерикокавальный анастомоз с верхней брыжеечной веной.

Второй после кровотечения хирургической проблемой является лечение больных ЦП, осложненным асцитическим синдромом. Четыре года назад мы отмечали, что наличие диуретикорезистентного асцита является плохим прогностическим признаком и рассматривается как одно из показаний к трансплантации печени [1]. В России трансплантация печени делает лишь первые шаги [11]. Именно поэтому хирургические методы лечения асцита еще долгое время будут иметь большое значение. В этом направлении нами начато выполнение перитонеовенозного анастомоза шунтом типа Le Veen. Успешно проведены три подобных вмешательства. К сожалению, количество таких операций ограничено дефицитом шунтов отечественного производства и высокой стоимостью зарубежных шунтов.

Касаясь перспектив развития хирургии ПГ в Межрегиональном клинικο-диагностическом центре, мы считаем целесообразным изложить свои соображения по поводу предстоящего развития операций по трансплантации печени для населения Республики Татарстан. Потребность в трансплантации печени возникает у 10–20 человек на 1 млн населения. Следовательно, в Республике Татарстан, где проживают 3 млн 779,3 тыс. человек, ежегодно в ней нуждаются от 37 до 75 пациентов [3]. Являясь единственным радикальным методом лечения целого ряда конечных заболеваний печени трансплан-

тация печени позволяет не только вылечить смертельный недуг, но и вернуть к полноценной жизни большинство пациентов [15, 21]. По данным литературы, более 80% пациентов после трансплантации печени живут пять и более лет. При этом большинство из них ведет активную жизнь, приступает к прежней работе, рождает детей, занимается спортом [10].

В Татарстане существуют все условия для выполнения такого рода операций. В частности, с 2004 г. на базе РКБ № 1 МЗ РТ функционирует отделение пересадки почки, в котором под руководством проф. Р.Х. Галеева уже выполнено 76 трансплантаций почки от доноров-трупов и 61 — от живых родственных доноров [7]. Однако развитие трансплантологии в республике, как и в России, встречает ряд сложностей. К ним мы относим, во-первых, недостаточно эффективную систему подготовки специалистов в области трансплантологии и органного донорства, с которой тесно связано недостаточное знание проблем трансплантации и органного донорства подавляющим большинством руководящих работников республиканского здравоохранения. Как следствие существует негативное отношение медицинского персонала к участию в реализации программы органного донорства. Во-вторых, негативное освещение этических и правовых аспектов трансплантации в средствах массовой информации приводит к отрицательному отношению населения к органному донорству. И, наконец, сказывается отсутствие ясной политики со стороны органов управления здравоохранения.

Для исправления сложившейся ситуации на региональном уровне, на наш взгляд, необходимы следующие меры: 1) строго пресекать попытки дискредитации трансплантологии в Республике Татарстан; 2) создать отдел в Министерстве здравоохранения, обобщающий, координирующий и контролирующий вопросы донорства и трансплантации органов в Республике Татарстан; 3) компенсировать затраты, связанные с ведением потенциальных доноров, стационарам, участвующим в программе органного донорства, путем выделения дополнительных средств на оборудование, медикаменты, а также установлением надбавки за интенсивность; 4) организовать территори-

альный центр трансплантации печени на базе ГУ МКДЦ МЗ РТ с использованием высоких медицинских технологий; 5) создать в республике компьютерную базу данных по отказам от органного донорства; 6) усилить пропаганду медицинской грамотности среди сотрудников правоохранительных органов, осуществляющих контроль и юридическую защищенность процедур, связанных с органным донорством; 7) формировать совместно с представителями духовенства, средств массовой информации, общественных организаций позитивное отношение у населения к органному донорству.

Таким образом, положительный опыт работы МКДЦ за период с 2006 по 2008 г. и расширение объема его хирургических возможностей делают реальным обеспечение дальнейшего стратегического прогресса хирургии ПГ в нашем регионе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А.Ю., Туишев Р.И., Булашова О.В. Настоящее и будущее хирургии портальной гипертензии // Казанский мед. ж. — 2004. — № 2. — С. 99–102.
2. Анисимов А.Ю., Кузнецов М.В. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией // Анн. хир. гепатол. — М. — 2005. — Т. 10. — № 2. — С. 7.
3. Анисимов А.Ю., Кузнецов М.В. Трансплантация как метод лечения больных с конечными стадиями диффузных заболеваний печени // Казанский мед. ж. — 2007. — № 3. — С. 269 — 273.
4. Анисимов А.Ю., Галимзянов А.Ф., Сайфутдинов И.М., Якупов А.Ф., Зимагулов Р.Т., Кузнецов М.В., Давлиев М.К. Первый опыт эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени с угрозой портального кровотечения // Казанский мед. ж. — 2007. — № 5. — С. 512–514.
5. Анисимов А.Ю., Галимзянов А.Ф., Якупов А.Ф., Зимагулов Р.Т., Кузнецов М.В., Мрасов Н.М., Сангаджиев С.Б., Байтимеров А.М., Подшивалов А.Г. Портокавальное шунтирование у больных с внепеченочной портальной гипертензией // Казанский мед. ж. — 2008. — № 2. — С. 199–200.
6. Борисов А.Е., Кузьмин-Крутецкий М.И., Кашенко В.А. и др. Кровотечения портального генеза. / СПб: НИИ Химии СПбГУ ООП, 2001. — 128 с.
7. Галеев Р.Х., Галеев Ш.Р., Хасанова М.И. Трансплантация почки в регионе: проблемы, достижения, перспективы // Матер. гор. научно практич. конф. «Актуальные вопросы трансплантации органов/ Под ред. проф. М.Ш. Хубутия. — Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2008. — С. 97 — 100.
8. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. — Л., 1974. — 250 с.
9. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001 году // Здравоохран. Росс.Фед. — 2003. — №№ 1–4.

10. Готье С.В. Цирюльников О.М. Ортопедическая пересадка печени в лечении её диффузных и очаговых заболеваний. // Анн.хир. гепат. -1996. — № 1. — С. 38-51.

11. Готье С.В. Трансплантация печени: клинические и хирургические аспекты / 50 лекций по хирургии. — М.: Медиа Медика, 2003. — С. 235-243.

12. Ерамишанцев А.К., Лебезев В.М., Шерцингер А.Г., Цациниди К.Н. Портокавальное шунтирование у больных портальной гипертензией // Анн. НЦХ РАМН, 1994. — Выпуск 3. — С. 43-50.

13. Ерамишанцев А.К., Манукьян Г.В. «Сегодня» и «завтра» хирургии портальной гипертензии // Анн. хир. гепатол. — 1998. — Т. 3. — № 2.-111-114.

14. Ерамишанцев А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / 50 лекций по хирургии. — М.: Медиа Медика, 2003. — С. 263-268.

15. Ермолов А.С., Чжао А.В. Трансплантация органов — история, настоящее состояние, перспективы / Актуальные вопросы донорства и трансплантации органов: Материалы городской научно-практической конференции. — М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 2003. —Т. 163. — С. 5-12.

16. Зыятдинов К.Ш., Гильманов А.А., Шернуптовский В.Г. и др. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2001 — 2005 годы): Учебно-методическое пособие / Казанская гос. мед. академия, Республ. медицинский

информ.-аналитич. центр МЗ РТ /Под ред. И.Г. Низамова. — Казань, 2006. — 276 с.

17. Кузнецов М.В. Усовершенствование хирургической тактики при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 2007. — 24 с.

18. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. — Ташкент: Медицина, 1984. — 319 с.

19. Петровский Б.В., Цациниди К.Н., Кадошук Ю.Т. Хирургия портальной гипертензии (атлас). — М.: АО «Медигрант», 1994. — 183 с.

20. Nolte W., Hartmann H., Ramadori G. Portale Hypertension — Pathophysiologie und Therapieansatz // Ztsch. Fuer Gastroenterologie. — 1994. — Bd. 32. — S. 447– 459.

21. Starzl T.E., Anthony J.D. Liver Transplantation: A 31— Year perspective part 1.//By year book medical publishers INC 1990. — P. 58 — 64.

Поступила 16.06.08.

PROBLEMS AND PERSPECTIVES OF SURGERY OF PORTAL HYPERTENSION

A. Yu. Anisimov, S.B. Sangadzhiev, M.V. Kuznetsov, A.F. Galimzyanov, F.Sh. Galyautdinov, A.F. Yakupov

Summary

Stated are the aspects of surgical treatment of portal hypertension.

УДК 616.24-002.2-08:547.854.4

ПРИМЕНЕНИЕ ОКСИМЕТИЛУРАЦИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ильдар Раисович Гилязов, Марат Мадарисович Фазлыев

Кафедра терапии (зав. — проф. А.Б. Бакиров) Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Реферат

Применение оксиметилурацила в терапии хронического обструктивного бронхита у больных пожилого и старческого возраста способствует активации иммунитета, позволяет достичь наступления более ранней клинико-лабораторной ремиссии заболевания и таким образом улучшить качество жизни в сравнении с таковым при традиционной терапии.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, иммуномодуляторы оксиметилурацил.

Последние десятилетия характеризуются неуклонным ростом заболеваемости хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ). К 2020 г., согласно прогнозам, смертность от ХОБЛ в промышленно развитых странах мира будет занимать пятое место среди всех заболеваний — после ИБС, депрессии, дорожных происшествий и цереброваскулярных болезней, превышая смертность от онкологии

и других заболеваний [8]. В связи с высокой инвалидизацией и смертностью, большими затратами на лечение ХОБЛ наносят обществу значительный экономический ущерб, что ставит их в ряд чрезвычайно важных медико-социальных проблем [6].

Из группы болезней, входящих в ХОБЛ, наиболее значимым и распространенным является хронический обструктивный бронхит (ХОБ), что обусловлено постоянным ростом распространенности и удельного веса данной патологии в структуре ХОБЛ, неуклонно прогрессирующим характером и высоким уровнем нетрудоспособности. Наиболее высокие показатели заболеваемости, инвалидности и смертности выявляются среди больных старших возрастных групп [4, 9]. Преобладание у больных пожилого и старческого возраста далеко зашедших и инвалидизированных форм заболевания является