

УДК 616.149-008.341.1-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

© 2006 г. *И.И. Кательницкий, Н.Г. Сапронова, Ю.В. Хоронько, С.В. Лукьянов,
С.А. Алубаев, Л.П. Зарайченко*

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения и профилактика возможных осложнений у больных циррозом печени. Портальная гипертензия как следствие ряда патологических процессов в печени, а также изменений, связанных с обструкцией любого участка воротной вены, – одна из важных и нерешенных проблем гепатологии и хирургии [1]. Научно-технический прогресс и развитие передовых медицинских технологий привели к быстрому увеличению числа методов обследования [2] и хирургического лечения больных портальной гипертензией.

Нами был проанализирован опыт лечения 112 больных в возрасте от 8 до 67 лет, пролеченных в отделении портальной гипертензии РостГМУ с 1997 по 2005 г. Больные с внутрипеченочной обструкцией составили основную группу нашего наблюдения (105). У 86,6 % пациентов портальная гипертензия возникла как осложнение цирроза печени, который в подавляющем числе случаев развился на фоне перенесенных вирусных гепатитов В, С и Д. У 2 пациентов (1,8 %) выявлена α -1-антитрипсиновая недостаточность, приведшая к развитию мелкоузлового цирроза. У 11,6 % больных причину цирроза печени установить не удалось. Всем пациентам проводилось комплексное обследование. При анализе данных получены следующие результаты: практически у всех больных наблюдались гепатомегалия (97,3 %) и спленомегалия (91,9 %), у 87,5 % пациентов были варикозно расширены вены пищевода и кардиальной части желудка, в 54,4 % случаев заболевание сопровождалось разной степенью асцита. У 42,8 % больных в анамнезе или во время обследования было кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии. Признаки гиперспленизма были у

87,5 %. Состояние кровотока в системе воротной вены оценивалось при помощи ультразвукового сканирования: размеры воротной вены колебались от 13 до 29 мм в диаметре. Селезеночная вена была шириной от 11 до 22 мм. Линейная скорость кровотока в воротной вене составляла от 8 до 14 см/с, что говорит о ее снижении в наших наблюдениях (норма – более 16 см/с). С целью предоперационной подготовки больным с асцитом проводилась эвакуация асцитической жидкости за 1–2 сут до операции во время лапароцентеза с последующей ультрафильтрацией и реинфузией концентрата. В настоящее время существует ряд способов разгрузки воротной вены, в нашей клинике предпочтение отдается наложению спленоренального венозного анастомоза после спленэктомии. Такое вмешательство было выполнено 72 пациентам (64,2 %). В 16,9 % (19 наблюдений) операцию ограничили выполнением спленэктомии, 21 пациент не был оперирован по разным причинам. Послеоперационная летальность составила 13,1 %. В послеоперационном периоде 32 больным была проведена цитокиноterapia для воздействия на сам патологический процесс в печени с целью его стабилизации или регрессии.

Таким образом, 1) в предоперационном периоде больным с асцитом показана реинфузия асцитической жидкости; 2) операцией выбора при портальной гипертензии является наложение спленоренального венозного анастомоза после спленэктомии; 3) в послеоперационном периоде больным показана цитокиноterapia.

Литература

1. Петровский Б.В., Цацаниди К.Н., Кадоцук Ю.Т. Хирургия портальной гипертензии. М., 1994. С. 17–24.
2. Бюрроуз Э. Портальная гипертензия // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2001. № 4. С. 74–75.