

Лечение портальной гипертензии

И.И.Кательницкий, Н.Г.Сапронова, Ю.В.Хоронько

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Ключевые слова: портальная гипертензия, компьютерная томография.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности хирургического лечения больных с портальной гипертензией (ПГ). Научно-технический прогресс и развитие передовых медицинских технологий привели к быстрому увеличению числа методов обследования и хирургического лечения больных с портальной гипертензией.

Нами был проанализирован опыт лечения 128 больных в возрасте от 8 до 77 лет, находившихся в отделении портальной гипертензии РостГМУ с 1997 по 2005 год. У 106 пациентов портальная гипертензия возникла, как осложнение цирроза печени, который в подавляющем числе случаев (84,2%) развился на фоне перенесенного вирусного гепатита «В» и «С». У 15,8% (17) причину цирроза печени установить не удалось.

У 4 пациентов (3,1%) выявлена альфа-1-антитрипсиновая недостаточность, у одного (0,8%) редко встречающаяся гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), приведшие к развитию фиброза печени. В 2 (1,6%) наблюдениях на фоне хронического панкреатита, панкреонекроза в анамнезе, сформировалась левосторонняя портальная гипертензия, приведшая к кровотечению из вен пищевода. У одного пациента (0,8%) причиной ПГ стал фиброз клетчатки забрюшинного пространства. Аневризма селезеночной артерии была выявлена у 2 больных (1,6%). Артерио-венозные фистулы в 1 (0,8%) наблюдении явились причиной ПГ без признаков цирротического поражения печени, а у 9 пациентов (7%) выявились интраоперационно и сочетались с циррозом печени. В одном из редких наблюдений ПГ (0,8%) больной прижизненно был поставлен диагноз нодулярной регенеративной гиперплазии печени (NRHL), приведшей к ПГ. На фоне системной красной волчанки в одном случае (0,8%) развился тромбоз воротной вены.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее в себя общеклинические, лабораторные и инструментальные методы с обязательным выполнением ультразвукового исследования органов брюшной полости, воротной и селезеночной вен, эзофагофиброгастроскопии, гепатосцинтиграфии и в последние годы спиральной компьютерной томографии брюшной полости в условиях ангиографии, а также биопсии печени (пункционной или инцизионной интраоперационной).

У 25% отмечена печеночно-клеточная недостаточность по Чайлду «А» класса, у 54,7% – «В» класса, у 20,3% – «С» класса.

Гепатомегалия выявлена у 75% больных, спле-

номегалия у 85,1%, у большинства (82%) пациентов были варикозно расширены вены пищевода и кардиальной части желудка, в 32,8% случаев заболевание сопровождалось разной степенью асцита. У 22,6% больных в анамнезе было кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии. Признаки гиперспленизма установлены у 75,7% больных.

Размеры воротной вены колебались от 13 до 29 мм в диаметре. Селезеночная вена достигала 11-22 мм, а у пациентов с артерио-венозными свищами: 23-34 мм. Линейная скорость кровотока в воротной вене составляла от 8 до 14 см/сек (норма - более 16 см/сек). Высокие скоростные характеристики в селезеночной вене у пациентов с артерио-венозными фистулами до 48 см/сек и турбулентный характер кровотока до операции не укладывался в признаки ПГ, но интраоперационные находки объясняли данный феномен.

По данным литературы данные компьютерной томографии оказываются достоверными в 90% случаев. Этот метод является ценным для комплексной оценки повреждений, как органа, так и сосудистых магистралей [3]. Спиральная КТ брюшной полости в условиях ангиографии была выполнена 9 пациентам, позволила определить проходимость воротной и селезеночной вен, печеночных артерий, выявить аномалии развития ветвей аорты, нижней полой вены.

У 23 больных с асцитом (17,9%) проводилась эвакуация асцитической жидкости за 1-2 суток до операции с последующей ультрафильтрацией и реинфузией концентрата, что позволило стабилизировать состояние пациентов, скорректировав гипотонический диспротеинемия.

112 пациентам (87,5%) были выполнены оперативные вмешательства. Спленоренальный венозный анастомоз после спленэктомии выполнен 79 пациентам (70,5%), у 9 из них интраоперационно были выявлены артерио-венозные свищи ворот селезенки, которые были перевязаны и разобщены. Показания к спленэктомии как самостоятельной операции при портальной гипертензии были ограничены наличием сосудистой фистулы между селезеночной артерией и веной [1]. Двум пациентам был выполнен спленотестистулярный анастомоз после спленэктомии (1,8%). В 25,8% (26 наблюдений) операцию ограничили выполнением спленэктомии, у 1 пациента спленэктомия сочеталась с перевязкой артерио-венозных фистул, в двух - с резекцией аневризмы селезеночной артерии. Одной пациентке была выполнена лапароскопическая оменторетроперитонеопексия (0,9%), другой - резекция

хвостатой доли печени, сдавливающей воротную вену (0,9%).

Сушность спленоренального венозного шунтирования состоит в следующем: в положении больного полубокком параректальным доступом слева с поворотом к мечевидному отростку вскрывалась брюшная полость, производилась спленэктомия с поочередным пересечением селезеночной артерии и выделением селезеночной вены. Операцию заканчивали наложением спленоренального венозного анастомоза по типу «конец в бок», дренированием брюшинной полости. Дренажи удалялись в сроки от 1 до 2 суток после операции. При выявлении во время операции артерио-венозных соустьев, обязательным этапом становилась перевязка свищей. При обнаружении аневризматического расширения селезеночной артерии, она мобилизовалась и перевязывалась проксимальной аневризмы, которая удалялась.

Останавливаясь на послеоперационных осложнениях, отмечаем, что у 12 пациентов развился реактивный левосторонний плеврит, у 2 больных – двусторонний плеврит и перикардит. Кровотечение из вен пищевода в послеоперационном периоде было у 8 больных, постгеморрагическая анемия сопровождала послеоперационный период у 27 оперированных больных, острая печеночно-почечная недостаточность – у 9 пациентов, внутрибрюшное кровотечение было выявлено у 4 пациентов и потребовало релапаротомии, послеоперационная летальность составила 10,3% (11). В раннем послеоперационном периоде всем пациентам проводилась интенсивная терапия, направленная на профилактику послеоперационных осложнений, улучшение функции печени, реологических свойств крови.

Известно, что у больных с циррозом печени отмечается дефицит продукции цитокинов (интерферонов и интерлейкинов) [2].

С целью изучения влияния цитокинов (интерлейкина-2) на течение послеоперационного периода и профилактики гнойных осложнений у больных с циррозом печени, портальной гипертензией был проведен сравнительный анализ в двух группах больных.

Первая группа (24 больных) с синдромом портальной гипертензии, которым было выполнено наложение спленоренального венозного анастомоза. Вторая группа (22 пациента), сравнимая с предыдущей по характеру патологии и выполненным вмешательствам, которым в комплекс предоперационной подготовки и послеоперационного лечения было включено внутривенное введение Ронколейкина (интерлейкин-2) в дозе 500 тыс. МЕ 1 раз в 48 часов. Курс лечения составлял 10-15 дней. В процессе лечения больным выполнялось регулярное объективное обследование, проводился биохимический контроль крови.

У 9 больных первой группы в послеоперационном периоде отмечались левосторонние плев-

риты, у 3 больных – пневмонии. Во второй группе больных, которым проводилась цитокинотерапия Ронколейкином, послеоперационных плевритов и пневмоний не наблюдалось.

Исследование иммунологического статуса показало увеличение уровня основных иммуноглобулинов, что свидетельствует об эффективности препарата.

Оценивая отдаленные результаты операций в сроки от 1 до 7 лет у 54 пациентов, можно отметить, что кровотечения после операции в разные сроки были у 14 пациентов, тромбоз воротной вены наблюдали у 3 больных, требовавший медикаментозной коррекции, по косвенным данным УЗИ тромбоз анастомоза был установлен у 11 пациентов в сроки от 3 лет после операции и больше. Выраженная энцефалопатия отмечалась у 21 больного, тромбоцитопатия в разной степени сопровождала 28 пациентов после операции и объяснялась спленэктомией, требовала длительной медикаментозной терапии. Послеоперационные вентральные грыжи у 7 пациентов образовались из-за свободной жидкости в брюшной полости, пластические операции не выполнялись. Пятилетняя выживаемость составила 68,5%.

Выводы.

1. Причины портальной гипертензии достаточно разнообразны, но в 82,8% случаев вызваны циррозом печени.

2. Спленоренальное венозное шунтирование после спленэктомии приводит к снижению портального давления, к уменьшению признаков печеночно-почечной недостаточности и продлевает жизнь больных.

3. В 8,4% цирроз печени сопровождается артерио-венозными фистулами ворот селезенки, что определяет перевязку соустьев, как обязательный этап оперативного пособия.

4. Ультрафильтрация асцитической жидкости и ее внутривенное введение повышает уровень белков плазмы, что улучшает результаты оперативного вмешательства.

5. Цитокинотерапии в комплекс предоперационной подготовки и послеоперационного лечения способствует профилактике осложнений, развивающихся в послеоперационном периоде у больных с циррозом печени и портальной гипертензией.

Литература

1. Ерамишанцев А.К. Хирургическое лечение синдрома портальной гипертензии в России // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2001. № 4. С. 76.
2. Скляр Л.Ф., Иванис В.А., Маркелова Е.В. Иммуно-терапия ронколейкином хронического вирусного гепатита С. – Владивосток. 2003. С.19.
3. Чалый А.Н., Зубарев П.Н., Котин Б.Н. Левосторонняя портальная гипертензия: патогенез и лечение // *Вестник хирургии*, 1997, т. 156, № 6. С. 67.

The treatment for portal hypertension

I.Katelnitsky, N.Sapronova, Yu.Khoronko

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

Key words: portal hypertension, computer tomography.

The purpose of this research was to analyze the result of surgical treatment of patients with portal hypertension. We analyzed the experience of treatment of 128 patients (age range from 8 till 77 years, admitted to department portal hypertension from 1997 to 2005. All patients were underwent complex examination. Operative intervention was executed to 112 patients (87,5 % of operative activity at patients with the portal hypertension). We made splenorenal venous anastomosis after splenectomy in 70,5 % from the executed operations.