

© Грубник В.В., Загороднюк О.М., Грубник В.Ю., Грубник Ю.В., Дюжев О.С., 2009

УДК 616.149-008.341.1

МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Грубник В.В., Загороднюк О.М., Грубник В.Ю., Грубник Ю.В., Дюжев О.С.

Одеський державний медичний університет; Центр шлунково-кишкових кровотеч на базі Одеської міської клінічної лікарні №11; Одеська обласна клінічна лікарня, м. Одеса

РЕЗЮМЕ: проаналізовано результати лікування пацієнтів із портальною гіпертензією, зумовленою цирозом печінки, шляхом застосування лапароскопічної деваскуляризації абдомінального відділу стравоходу та великої кривизни шлунка із фундоплікацією. Отримано хороші безпосередні результати.

Ключові слова: портальна гіпертензія, лапароскопічна деваскуляризація шлунка, лапароскопічна фундоплікація

Вступ. Проблема лікування портальної гіпертензії та її ускладнень є однією з найбільш актуальних, складних і не вирішених проблем, як сучасної хірургії, так і медицини в цілому. Приблизно в 75-85 % причиною портальної гіпертензії є цироз печінки [1, 2, 4, 6, 7]. Цироз виникає як результат гепатоцелюлярного пошкодження, основними причинами якого є токсини (алкоголь, «печінкові отрути»), гепатотропні віруси (найчастіше гепатити В, С), тривалий інтра- і екстрапечінковий холестаз, аутоімунне пошкодження печінки (вовчаковий гепатит), порушення метаболізму (хвороба Уілсона, гемохроматоз, недостатність альфа-1-антитрипсина). В даний час спостерігається неухильне зростання захворюваності на цироз печінки у зв'язку з несприятливою епідемічною ситуацією по вірусних гепатитах, особливо типу «С». Циротичний процес в печінці викликає 2 основних симптоми – печінкову недостатність і портальну гіпертензію. Змінювання під впливом циротичного процесу і підвищеного тиску в системі портальної вени (>10 mm Hg) портальна гемодинаміка зумовлює низку таких серйозних симптомів, як вторинний гіперспленізм, енцефалопатія, асцит, варикозне розширення вен кардії шлунку і нижньої третини стравоходу. Кровотеча з варикозних вен стравоходу і шлунку і є найбільш частою (80%) причиною смерті при синдромі портальної гіпертензії [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8]. Гіперспленізм у хворих на цироз печінки проявляється в основному анемією, тромбоцитопенією, коагулопатією [7], що на тлі зниженої синтетичної функції печінки може ще більше погіршувати прогноз лікування кровотеч.

В той же час, наявність анемії і коагулопатії є чинником, що обмежує використання в даній групі пацієнтів відкритих операцій. Тому на сьогоднішній день лікування синдрому портальної гіпертензії зводиться в основному до ендоскопічного гемостазу кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу і шлунка і консервативної терапії. Проте ендоскопічний гемостаз не запобігає повторним епізодам кровотеч з варикозних вен стравоходу і шлунку. Ми поставили перед собою завдання розробити і впровадити малоінвазивні лапарос-

копічні операції, направлені на профілактику кровотеч з варикозних вен стравоходу і шлунку при портальній гіпертензії.

Мета дослідження: розробити і модифікувати малоінвазивні операції для профілактики кровотеч з вен стравоходу і кардіального відділу шлунку, зумовлених портальною гіпертензією.

Матеріали та методи: з 2006 по 2009 рік в Одеській обласній клінічній лікарні лікувалося 32 хворих з кровотечами із варикозно-розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунку, викликаних портальною гіпертензією. З них чоловіків було 27, жінок – 5. Причинами портальної гіпертензії були: алкогольний цироз – 7 хворих, постнекротичний цироз при хронічному вірусному гепатиті В і 3 – 18 хворих, стеатогепатоз – 5 хворих, ідіопатичний цироз – 2 хворих. Ступінь важкості цирозу і ризик розвитку кровотечі оцінювали по класифікації за Child-Pugh. З 27 спостережуваних нами хворих 15 хворих були із стадією цирозу Child A, 17 хворих - Child B. Помірне підвищення білірубіну було в 7 хворих, підвищені рівні трансаміназ – 12 хворих, підвищення тимолової проби - в 26 хворих. Тривалість захворювання близько 1 року була в 11 хворих, до 5 років – в 17 хворих, більше 5 років – в 4 хворих. Під час вступу до клініки проводилась комплексна гемостатична і гепатотропна терапія. В 12 хворих для зупинки кровотечі застосовувався зонд Блекмора, у 7 хворих було виконано ендоскопічне склерозування варикозних вен стравоходу комбінованим (інтра- і паравазальним) способом з використанням склерозантів (тромбовар, етоксисклерол). У 4 хворих виконано лігування варикозних вузлів спеціальними гумовими кільцями. Всі хворі отримували курс гепатотропної і гемостатичної терапії, що включає (сандостатин, етамзилат, пітуїтрин, бета-блокатори, блокатори протонної помпи, H₂-гістаміноблокатори, сечогінні, гепатопротектори). Зупинити кровотечу вдалося у всіх хворих, проте через 1,5 – 2 місяці в 15 хворих повторно виявилися ознаки збільшення тиску в системі портальної вени. Окрім цього, при подальшому дообстеженні у 9 пацієнтів було діагностовано грижи стравохідного отвору діафрагми 2 і 3-ї ступеню із загрозою

защемлення, у 5 хворих діагностована жовчакам'яна хвороба з дрібними конкрементами від 3 до 7 мм. Хворим було запропоноване оперативне лікування у вигляді лапароскопічної операції. У цих хворих були показання до оперативного лікування, як з приводу портальної гіпертензії, так із приводу супутньої патології.

Лапароскопічна операція була відпрацьована в клініці і використовувалася з 2004 року. Точки введення троакарів були аналогічні стандартним місцям введення при лапароскопічній фундоплекції (рис.1).

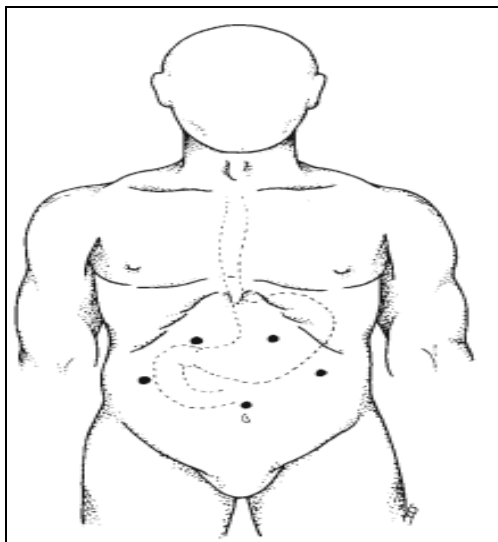


Рис. 1. Точки введення троакарів

Виконувався розтин очеревини над стравоходом, мобілізацію абдомінального відділу стравоходу. За допомогою багатофункціонального високочастотного коагулятора "Maximum" фірми KLS Martin, Німеччина з функцією "заварювання" судин виконували коагуляцію і пересічення всіх коротких судин шлунку, що йдуть від великої кривизни до селезінки. Потім робили обов'язкове кліпування лівої шлункової артерії і вени. Всі виявлені розширені вени кардіоезофагеального переходу прошивалися і лігувалися. За наявності гриж проводили крурорафію і фундоплекцію за Ніссеном, за наявності холециститу встановлювали додатковий троакар в правому підребер'ї і виконували холецистектомію.

Після відпрацювання методики сама операція займала від 40 до 70 хв. При симультанних операціях – від 80 до 120 хв. Серйозним ускладненням був розвиток кровотечі з недостатньо добре коагульованих коротких судин шлунку у 4 хворих. Проте, після використання апарату "Maximum" фірми KLS Martin вдалося добитися ефективного заварювання коротких судин та дбайливого гемостазу. У одного пацієнта було кутове поранення селезінки, що супроводжувалося кровотечею, – кровотеча була зупинена поєднанням коагуляції і локального вживання пластинки "Тахокомб". У ранньому післяопераційному періоді у переважної більшості хворих ускладнень не було. В 3 хворих було загострення хронічного гепатиту, яке проявлялося підвищенням печінкових проб, наростанні симптомів печінкової недостатності. Цим хворим була приз-

начена гепатотропна терапія. Через 2-3 міс. проводилося комплексне обстеження хворих: рентгено-контрастне дослідження шлунку, УЗД органів черевної порожнини, ЕГДДС, загальний аналіз крові, контроль печінкових проб. За даними фіброскопії у всіх хворих значно зменшилися або зменшилися на 1-2 ступеня варикозні венозні вузли стравоходу і шлунку. Рецидивів кровотечі не спостерігалось. При аналізі лабораторних показників спостерігалася нормалізація кількості тромбоцитів.

Через 6-36 місяців практично у всіх хворих спостерігалось поліпшення функції печінки. Рецидивів кровотеч не було ні в одному випадку. Проте в 4 хворих з'явилися одиничні варикозно збільшені стовпи варикозно розширених вен в стравоході, які були ендоскопічно лігвані в плановому порядку.

Результати досліджень та їх обговорення. Таким чином, отримані нами дані свідчать про те, що використання лапароскопічної деваскуляризації шлунку і нижньої третини стравоходу дозволяє у хворих з портальною гіпертензією отримати досить непогані результати.

Після обстеження хворих у віддаленому періоді (через 6 місяців – 3 роки) у всіх них спостерігалось поліпшення функції печінки, відсутність або зменшення варикозно-розширених вузлів стравоходу і шлунку. Рецидивів кровотеч не було ні в одному випадку. Лише у 4 випадках на ЕГДФС нами були виявлені одиничні збільшені стовпи варикозно-розширених вен стравоходу, які вимагали ендоскопічного лігування.

Подібні результати отримали і японські автори, які проводили деваскуляризацію шлунку і стравоходу [9]. Об'єм цієї операції був торакотомія, лапаротомія, обширна деваскуляризація дистального відділу стравоходу і проксимального відділу шлунку у поєднанні з трансекцією стравоходу, ваготомією і пілоропластиком із спленектомією. Основним недоліком цієї операції, яка в літературі отримала назву Sugiura-Futagawa, була її надзвичайна травматичність, широкого поширення в клінічній практиці вона не набула [7].

Виконавши лапароскопічну деваскуляризацію шлунку, ми не спостерігали жодного серйозного ускладнення в ранньому післяопераційному періоді. В той же час, поважно відзначити, що лапароскопічні операції виконувалися нами у хворих з компенсованою функцією печінки, що відповідало стадіям Child -A і Child -B по класифікації Child-Pugh. Мабуть, виконання подібних операцій у хворих стадії Child-C може супроводитися високою летальністю і значною кількістю ускладнень. Треба відзначити, що ці лапароскопічні операції слід використовувати на ранніх стадіях розвитку цирозу печінки для профілактики стравохідно-шлункових кро-

вотеч порталного генезу. Ці операції можна поєднувати з ендоскопічним гемостазом власне на варикозно-розширених венах стравоходу і шлунку. Так, в нашій практиці, в 4 хворих, оперованих нами за вищезазначеною методикою, при контрольному ендоскопічному обстеженні у віддаленому післяопераційному періоді були виявлені одиничні варикозно-розширені вени стравоходу, які були успішно ендоскопічно ліговані.

Висновки. Комбінація лапароскопічних і ендоскопічних операцій може значно підвищити ефективність лікування хворих з порталною гіпертензією. Як і інші симптоматичні операції, лапароскопічні деваскуляризуючі операції не роблять серйозного впливу на перебіг циротичних процесів в самій печінці.

При адекватному медикаментозному лікуванні виконання подібних операцій на ранніх стадіях цирозу печінки дозволяє значно поліпшити прогноз у хворих з варикозним ураженням вен стравоходу, оскільки такі операції попереджують саму варикозну трансформацію вен стравоходу і шлунку, що і є основним патогенетичним чинником розвитку кровотечі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений / В. Д. Братусь. – К.: Здоровья, 1991. – С.213-250
2. Кровотечения порталного генеза / [А.Е. Борисов, М.И. Кузьмин-Крутецкий, В.А. Кашенко и др.]. – СПб.: НИИ СПбГУ ООП, 2001. – С. 26-38.
3. Дроздова А. С. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: обзор / А. С. Дроздова // Международные медицинские обзоры. – 1994. - №5. – С. 326-329.
4. Abraldes J.G. The management of portal hypertension / J.G. Abraldes, B. Angermayr, J. Bosch // Clin Liver Dis. – 2005. - №9. - P. 685–713.
5. Corley D.A. Octreotide for acute esophageal variceal bleeding: A meta-analysis / D.A. Corley, J.P. Cello, W. Adkisson // Gastroenterology. – 2001. - №120. – P. 946-954.
6. The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: Preliminary findings / [D.A. Peura, F.L. Lanza, C.J. Gostout et al.] // Am J Gastroenterol. – 1997. - №92. - P. 924-928.
7. Portal Hypertension: Pathobiology, Evaluation, and Treatment; edited by Arun J. Sanyal and Vijay H. Shah. - New Jersey, Totowa: Humana Press, 2005. - P. 167-285
8. Rockey D.C. Gastrointestinal bleeding / D.C. Rockey //Gastroenterol Clin North Am. – 2005. - № 34. – P. 581-588.
9. Sugiura M. Esophageal transection with paraesophagogastric devascularizations (the Sugiura procedure) in the treatment of esophageal varices / M Sugiura, S. Futagawa // World J Surg. - 1984. - Vol. 8. - P. 673–679.

SUMMARY

MINIINVASIVE TREATMENT OF PORTAL HYPERTENSION

Groubniuk V.V., Zagrodniuk O.M., Groubniuk V.Yu., Groubniuk Yu.V., Diuzhev O.S.

The results of patients with portal hypertension on the ground of liver cirrhosis treatment are analyzed. Authors applied laparoscopic devascularisation of abdominal department of oesophagus and large curvature of stomach with fundoplication. Good direct results are obtained.

Key words: portal hypertension, laparoscopic stomach devascularisation, laparoscopic fundoplication