

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ОТ 24 ОКТЯБРЯ 2006 ГОДА

Председатель: профессор Ю.Д. Волынский

ДОКЛАД

TIPS – НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В.Н. Шиповский, Д.В. Монахов, А.К. Шагинян

*Российский государственный медицинский университет,
Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета
(Зав. кафедрой – член-корр РАМН, профессор И.И. Затевахин)
Городская клиническая больница № 57, (Гл. врач И.А. Назарова)*

За более чем столетнюю практику хирургии портальной гипертензии предложено более 100 операций. Трудно найти другие заболевания, для лечения которых было бы предложено столь много вариантов оперативных вмешательств. Это свидетельствует о чрезвычайной сложности проблемы портальной гипертензии, неудовлетворенности хирургов результатами операций. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка возникают у 1/3 больных циррозом печени и характеризуются серьезным прогнозом: около 30-50% больных после первого эпизода кровотечения умирают в течение 6-ти недель.

TIPS (трансъюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование) – чрескожный малоинвазивный метод создания портосистемного шунта для декомпрессии системы воротной вены, выполненный впервые в клинической практике Richter G. (1988 г.).

Мы располагаем опытом попыток применения TIPS у 33 пациентов с печеночной формой портальной гипертензии (чаще всего вследствие цирроза печени). Возраст пациентов - от 33 до 68 лет, ср. возраст составил $50,9 \pm 11,2$ года.

Распределение по степени тяжести цирроза (классификация Child-Puge): класс B – 11, класс C – 20 больных. У всех пациентов, включенных в исследование, наблюдались неоднократные эпизоды кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, кроме того у 5 пациентов диагностирован асцит, резистентный к диуретической терапии и требующий многократных лапароцентезов. Так же у 12-ти пациентов из группы явления асцита уменьшились при пероральном приеме диуретиков. При эзофагогастродуоденоскопии выявлены варикозно расширенные вены пищевода 3 степени у 30-ти больных, у двух – 2 степени.

Всем 33 пациентам выполнялось эндоскопическое лигирование вен пищевода с последующим созданием TIPS диаметром 8-10 мм и длиной стентов от 6 до 10 см.

Завершить операцию стентированием удалось у 29 пациентов (тех. успех - 90,6%). У 4-х пациентов не удалось пунктировать иглой Rosch воротную вену после многократных попыток, у одного больного в связи с высокой плотностью печени не удалось даже войти в паренхиму. Среди интраоперационных осложнений мы отметили пункцию лоханки правой почки и миграцию стента в ствол воротной вены, что потребовало установки второго стента. В ближайшем послеоперационном периоде (до 3-х мес.) скончались 5 пациентов (17,2%). Четверо скончались от прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности, и только один - от рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. При этом на аутопсии внутripеченочные стенты были проходимы. Тромбоз стента выявлен у 4-х пациентов (13,8%). Трех больным выполнена реолитическая тромбэктомия (Jet 9000) из порто системного шунта с последующей баллонной ангиопластикой TIPS. Нарастание асцита, потребовавшего проведения лапароцентеза отмечено у 3-х (10,3%) пациентов. Увеличение степени печеночной энцефалопатии выявлено у 2-х больных (6,9%). Рецидив кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода отмечен у одного больного (3,5%), что потребовало в дальнейшем эндоскопического лигирования вен пищевода.

В отдаленные сроки (от 6 до 18 мес.) умер 1 больной от прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности. У 4-х пациентов (13,8%) отмечен рецидив кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Осложнение ликвидировано путем эндоскопического лигирования

кровотока в венах. Нарастание асцита, потребовавшее лапароцентеза, отмечено у 6-ти больных (20,7%). Тромбоз шунта наблюдался у 7-ми пациентов (24,1%). Из них одному пациенту восстановлен просвет стента при помощи реолитической тромбэктомии и произведена ортотопическая трансплантация печени. Увеличение степени печеночной энцефалопатии выявлено у 4-х пациентов (13,8%).

Наши первые результаты показали, что TIPS является эффективным и относительно безопасным методом декомпрессии системы воротной вены особенно у пациентов с циррозом печени класса В и С (по классификации Child-Pugh). Применение данного метода позволяет сократить количество рецидивов кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. Так же возможно применение TIPS в терапии асцита, резистентного к диуретической терапии.

Вопрос: какие стенты Вы использовали?

Ответ: на начальных этапах – матричные. Затем мы поняли, что нужно пользоваться практически только самораскрывающимися, т.к. последние по целому ряду критериев дают несравненно лучшие технические и клинические результаты.

Вопрос: какие показания Вы использовали к применению TIPS?

Ответ: мы не изобретали здесь ничего нового, четкие показания разработаны давно, и мы только их применили в своей работе. Это, прежде всего, постановка в лист ожидания пациента после остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (методом баллонной тампонады,

эндоскопически) или печеночная недостаточность класса С по Child-Pugh.

Вопрос: использовали ли Вы выполнение TIPS на высоте кровотечения как способ его остановки?

Ответ: никогда, т.к. по данным литературы использование TIPS на высоте кровотечения сопровождается 30-40% интраоперационной летальностью. Купирование кровотечения мы успешно решали другими средствами (медикаментозная терапия, эндоскопическое клипирование, баллонная тампонада по Sengstaken-Blakemore).

Вопрос: Как Вы лечили энцефалопатию?

Ответ: в коррекции гепатопортальной энцефалопатии мы использовали ограничение потребления белка, остановку кровотечения, очищение кишечника при помощи слабительных средств и клизм, редукцию кишечной флоры (неомицин) и снижение интралюминального накопления аммиака (дюфалак, гепамерц).

Заключительное слово председателя: Безусловно, опыт, накопленный нашими коллегами из клиники проф. И.И. Затевахиной представляет огромный научно-практический интерес. Материал в своём роде уникален, т.к. учреждения, выполняющие TIPS в нашей стране единичны.

В России метод недостаточно изучен, ввиду его сложности и малого количества выполненных операций, но огромное количество больных в нашей стране (только в Москве – около 100 000 б-х с циррозом печени) и первые успехи наших коллег свидетельствуют о перспективности метода TIPS в нашей стране.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЯТРОГЕННЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Б.И. Долгушин, Э.Р. Виршке, В.А. Черкасов, А.В. Кукушкин, Г.С. Мкртчян

*ГУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения*

Гемобилия была впервые описана Глиссоном более 3,5 веков назад, но и сегодня актуальность этой проблемы не уменьшилась. Это связано с широким внедрением в клиническую практику интервенционных вмешательств. Если в 1972 г. ятрогенные осложнения в структуре причин гемобилии составляли всего 17%, то к 2001 г. Их доля возросла до 65%. В настоящее время ятрогенная гемобилия может осложнить целый ряд вмешательств, основными из которых являются чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), биопсия печени, радиочастотная термоабляция и т.д.

В РОНЦ с 1999 по 2006 г. отмечено 18 случаев массивной гемобилии, и лишь в одном наблюдении ее причиной была распадающаяся опухоль печени, все остальные случаи – осложнения чрескожной чреспеченочной холангиостомии. Классическая клиническая триада гемобилии включает в себя боль в верхних отделах живота, кровотечение, желтуху. Однако все эти признаки одновременно присутствовали только у 22% больных, у остальных было различное сочетание этих признаков.

Патологическое сообщение между просветом билиарного протока может возникнуть с любыми сосудами печени, чаще всего наблюдается артери-