

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ОТ 17 АПРЕЛЯ 2007 ГОДА

Председатель: профессор Ю.Д. Волынский

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

М.С. Байматов, А.М. Тибилев

Отделение рентгенохирургии республиканской клинической больницы РСО-А, Владикавказ

В 1993 году на базе отделения лучевой диагностики РКБ Владикавказ был организован кабинет ангиографии, где выполнялась ангиографическая диагностика заболеваний аорты, сосудов конечностей. В 1998 году началось активное освоение и внедрение лечебных рентгенохирургических вмешательств при лечении болезни гепатопанкреатодуоденальной зоны, почек, органов малого таза.

В июне 2000 года на основании приказа МЗ РФ №198 от 22.06.98 г. на базе кабинета ангиографии отделения лучевой диагностики было создано отделение рентгенохирургии. Тогда же в его составе было выделено 5 коек для больных, нуждающихся преимущественно в рентгенохирургических лечебных вмешательствах.

В 2005 году по инициативе сотрудников отделения и распоряжению МЗ РСО-А и администрации РКБ МЗ РСО-А в составе отделения рентгенохирургического профиля.

На сегодняшний день в отделении получают лечение больные с онкопатологией поджелудочной железы, печени, органов малого таза, с механической желтухой различного генеза, циррозом печени, осложненным резистентным асцитом и/или кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

Все вмешательства выполняют на рентгенохирургическом комплексе «УРС-Абрис» и ультразвуковым приборе SDL-310 фирмы «SHIMADZU». Одно из основных направлений работы отделения – лечение больных с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией и кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. При этом все проводимые вмешательства направлены на профилактику кровотечений и их рецидивов.

Применяется такая тактика ведения данной группы больных. На первом этапе после обследо-

вания, включающего общеклинические анализы, УЗИ внутренних органов с исследованием портальной системы, фиброгастроскопии, больному выполняют целиакографию, во время которой, как правило, выявляются косвенные признаки портальной гипертензии. Затем производят катетеризацию селезеночной артерии с ее стволовой эмболизацией.

На втором этапе производят катетеризацию чревного ствола для проведения пролонгированной инфузии лекарственных препаратов (гепатопротекторы, антибиотики, антиоксиданты, антиагреганты) с целью купирования печеночноклеточной недостаточности и профилактики возможных осложнений. Инфузию проводят в течение 5–7 дней.

На третьем этапе после окончания инфузии больному делают контрольную эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС), по результатам которой оценивают состояние вен пищевода и желудка. В случае положительного результата катетер удаляют. Если же риск кровотечения сохраняется, проводят реэмболизацию селезеночной, левой желудочной и гастродуоденальной артерий. После окончания этой процедуры катетер вынимают. Больному назначают постельный режим на 18 часов. В дальнейшем пациент продолжает получать консервативную терапию.

На четвертом этапе – через 10–14 дней – проводят повторное эндоскопическое исследование для уточнения дальнейшей тактики лечения. По данной схеме за 2006 год были пролечены 22 пациента с положительным эффектом. Период наблюдения – от 3 до 15 месяцев. Рецидивов кровотечения не наблюдалось.

Клинические наблюдения

Больная К., 21 год, переведена в отделение рентгенохирургии из гастроэнтерологии с диагнозом: цирроз печени вирусной этиологии, сфоро-

мированная В-стадия. Синдром портальной гипертензии. Варикозно-расширенные вены пищевода и желудка 3 ст. Спленомегалия. Асцит. Синдром вторичного гиперспленизма. Высокая степень риска кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Child-Pugh A. ЭФГДС № 1 (до лечения). Флебэктазия грудного, абдоминального отделов пищевода и проксимального отдела желудка 3 ст. В абдоминальном отделе над венами линейные афты по 0,6–0,7 см – риск кровотечения высокий. Антральный отдел желудка и двенадцатиперстной кишки – смешанная (афтозно-папулезная) гастродуоденопатия на фоне портальной гипертензии.

Произведена стволковая эмболизация селезеночной артерии, катетер оставлен в чревном стволе для инфузии. ЭФГДС № 2 (через 7 дней). Незначительная положительная динамика, сохраняется 3 ст. флебэктазии в нижнегрудном отделе. Риска кровотечения нет.

Произведена стволковая эмболизация гастродуоденальной артерии, катетер удален. Пациентка выписана под наблюдение и лечение у гастроэнтеролога по месту жительства. ЭФГДС № 3 (через месяц). Флебэктазия 1 ст. нижней трети грудного и абдоминального отделов пищевода. Риска кровотечения нет.

Асцит купирован.

Большой Ц., 45 лет, госпитализирован в отделение рентгенохирургии в плановом порядке с диагнозом: цирроз печени смешанной этиологии, сформированная В-стадия. Синдром портальной гипертензии. Варикозно-расширенные вены пищевода и желудка 3–4 ст. Высокий риск кровотечения. Child-Pugh B.

ЭФГДС № 1 (до лечения). Флебэктазия 3–4 ст. пищевода и проксимального отдела желудка. Пептический эзофагит. Высокий риск кровотечения.

Произведена стволковая эмболизация селезеночной артерии, катетер оставлен в чревном стволе для инфузии.

ЭФГДС № 2 (через 7 дней). Положительная динамика. Варикозно-расширенные вены пищевода и желудка 1 ст., без риска кровотечения.

На контрольной целиакографии была выявлена крупная коллатераль из проксимального отдела селезеночной артерии к ее дистальной части в области ворот селезенки. Учитывая высокую вероятность восстановления магистрального кровотока в бассейне селезеночной артерии, про-

ведена ее реземболизация, катетер удален. Пациент выписан под наблюдение и лечение у гастроэнтеролога по месту жительства.

ЭФГДС № 3 (через месяц). Флебэктазия 1 ст. абдоминального отдела пищевода. Риска кровотечения нет.

Заключение

Рентгеноэндovasкулярные вмешательства – эффективный метод профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени.

Вопрос: За счет чего происходит снижение портального давления?

Ответ: За счет уменьшения притока крови в портальную систему из артерий спленического бассейна.

Вопрос: Что имелось в виду под косвенными признаками портальной гипертензии на целиакографии?

Ответ: Расширение, извитость селезеночной и левой желудочной артерий с высокой линейной скоростью кровотока в них при одновременном относительном сужении печеночных артерий.

Вопрос: Выполнена ли больному на этапе обследования спленопортография?

Ответ: Нет. Направление и скорость кровотока в различных отделах портальных сосудов оценивали по данным доплерографии.

Вопрос: Проводилось ли прямое измерение уровня портального давления?

Ответ: Нет, поскольку это инвазивная процедура с высокой степенью риска осложнений у этой категории больных. Уровень портального давления – недостаточно достоверный прогностический критерий риска кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, а также маркер эффективности лечения по сравнению с менее опасной и более информативной ЭФГДС.

Вопрос: Какие эмболизирующие материалы использовались?

Ответ: Для стволковой эмболизации применяли металлические спирали Gianturco, для периферической – фрагменты гемостатической губки.

Вопрос: Наблюдались ли осложнения после периферической эмболизации левой желудочной и гастродуоденальной артерий?

Ответ: При эндоскопии выявлены ограниченные некрозы слизистой без признаков кровотечения, которые заживали в течение 7–10 дней на фоне проводимой противоязвенной терапии.