



выступает в роли регулятора апоптоза и циклина D1, регулятора клеточного цикла. Paulson et al [7] склонны считать, что островки многослойного плоского эпителия, появляющиеся после «аблативной» хирургии, сходны с нормальным эпителиальным пластом. Однако интерпретация этих участков слизистой, расположенных под многослойным эпителием, как положительного эффекта регенерации после хирургической коррекции несколько преждевременна. Сам эффект плоскоклеточной эпителизации - это формирование линии защиты

метаплазированной слизистой и, значит, снижение ее опухолевого потенциала, ибо эти участки теперь не подвергаются канцерогенному воздействию кислоты и желчи. Но это скорее только теоретически, поэтому такие больные требуют дальнейшего динамического наблюдения с забором биопсийного материала и дальнейшим его гистохимическим и иммуногистохимическим исследованием для выявления ранних признаков неопластической перестройки и определением дальнейшей тактики ведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов В.В. Распространенность основных факторов риска развития пищевода Барретта и их взаимосвязь с клиническими проявлениями у амбулаторных больных. // Военно-медицинский журнал. -2006.- № 1. - С. 68.
2. Давыдов В.В., Тер-Ованесов М.Д., Стилиди И.С. Пищевод Барретта: от теоретических основ к практическим рекомендациям. // Практическая онкология. - 2003. -т.4, №2. - С.109-119.
3. Тимошенко В.О. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь: история, принципы диагностики и лечения. // Альманах эндоскопии. - 2002. - №1. - С. 126-133.
4. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П. Рефлюкс-эзофагит у больных с коротким пищеводом. // Хирургия. -2008.- №8. - С. 24 - 31.
5. Патент РФ №2004197, 15.12.1993.
6. Hornick J., Blount P., Sanchez C. et al. Biologic properties of columnar epithelium underneath reepithelialized squamous mucosa in Barrett's esophagus. // Amer.J.Surg.Pathol. -2005. - v.29. -P. 372-380.
7. Paulson T., Xu L., Sanchez C et al. Neosquamous epithelium does not typically arise from Barrett's epithelium. // Clin.Cancer Res. - 2006. - v.12. - P.1701-1706.

ПОСТУПИЛА 05.08.2013

УДК 616.149-008.341.1-089

Н.Г. Сапронова, М.И. Поляк, Е.В. Косовцев

ТРАНСЪЮГУЛЯРНОЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЕ ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ: МЕТОД КОРРЕКЦИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней № 1*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: sapronovang@yandex.ru

Цель: улучшение результатов лечения больных с внутрипеченочной портальной гипертензией (ПГ) путем выполнения декомпрессии портальной системы установкой внутрипеченочного шунта.

Материалы и методы: группу наблюдения составили 128 пациентов с внутрипеченочной ПГ в возрасте от 14 до 83 лет: 77 мужчин (60,2%) и 51 женщина (39,8%), которым с целью коррекции ПГ было выполнено трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТВПШ).

Результаты: ТВПШ обеспечивает в 100% декомпрессию портальной системы. Летальность составила 2,34%. Один из пациентов погиб в результате ятрогенного повреждения воротной вены, двое пациентов с хронической печеночно-клеточной недостаточностью «С» класса умерли от явлений печеночно-почечной недостаточности, усугубленной выполненным вмешательством.

Выводы: ТВПШ является оптимальной для тяжелой категории больных циррозом печени, показана пациентам на высоте варикозного кровотечения, может сочетаться с эмболизацией левой желудочной вены, не усложняя процедуру шунтирования.

Ключевые слова: портальная гипертензия, цирроз печени, трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование.



N.G. Sapronova, M.I. Polyak, E.V. Kosovtsev

TRANSJUGULAR INTRA HEPATIC PORTOSYSTEMNY SHUNTING: METHOD OF CORRECTION OF INTRA HEPATIC PORTAL HYPERTENSIA

Rostov State Medical University,
chair of surgical diseases N 1,

29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: sapronovang@yandex.ru

Purpose: Improvement of results of treatment of patients with the intra hepatic portal hypertension (PH) a way of performance of a decompression of portal system installation of the intra hepatic shunt.

Materials and methods: The group of supervision was made by 128 patients from intra hepatic PH aged from 14 till 83 years: 77 men (60,2%) and 51 women (39,8%) by which PH for the purpose of correction was executed the TIPS.

Results: TIPS provides a decompression of portal system in 100%. The lethality made 2,34%. One of patients was lost as a result of yatrogeny injury of a vorotny vein, two patients with chronic hepatocellular insufficiency «C» a class died of the phenomena of the hepatokidney insufficiency aggravated with executed intervention.

Summary: TIPS is optimum for heavy category of patients with cirrhosis, is shown to patients at height of varicose bleeding, can be combined from an embolizatsiy left gastric vein, without complicating shunting procedure.

Keywords: portal hypertension, liver cirrhosis, TIPS.

Введение

За последнюю четверть XX века в мире был отмечен рост числа больных циррозом печени (ЦП). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) связывает эту неблагоприятную тенденцию с подъемом заболеваемости вирусными гепатитами [1]. Важной характеристикой является доля умерших от ЦП в трудоспособном возрасте. ВОЗ принимает в качестве верхнего предела трудоспособного возраста 64-летний возраст для обоих полов как критерий, отражающий и закономерности физиологии старения и экономические традиции занятости в развитых странах. В соответствие с этими критериями летальность пациентов трудоспособного возраста составила 64,9% от общего числа умерших от ЦП [2].

ЦП в 70% случаев приводит к портальной гипертензии (ПГ) [1,3,4]. Основные проявления ПГ – это массивные пищеводно-желудочные кровотечения, энцефалопатия, спленомегалия, иногда с явлениями гиперспленизма, повышение объема крови в органах, склонность больных к эрозивно-язвенным поражениям верхних отделов желудочно-кишечного тракта, снижение почечного кровотока и развитие гепаторенального синдрома, задержка натрия и воды, асцит [5,6,7].

Варикозное пищеводно-желудочное кровотечение в 45,4% является причиной смерти больных [8]. Асцит, рефрактерный к медикаментозным мероприятиям, встречается примерно у 10% больных с ЦП [9]. С момента появления асцита у пациентов летальность составляет 42-70% в течение года [10].

Приоритетным рентгенэндоваскулярным методом лечения ПГ в последние десятилетия стало трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТВПШ). С 1992 года в медицинской литературе отражен опыт применения операции ТВПШ в более чем тысячах публикаций и не только зарубежных, но и отечественных.

Лечебные учреждения Москвы, Санкт-Петербурга, Уфы, Ростова-на-Дону, Волгограда наращивают опыт ТВПШ.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с внутрипеченочной портальной гипертензией путем выполнения декомпрессии портальной системы установкой внутрипеченочного шунта.

Материалы и методы

В клинике хирургических болезней Ростовского государственного медицинского университета с 1997 года по настоящее время пролечен 341 пациент с ПГ. Из них внутрипеченочная ПГ возникла у 297 (87,1%); у 287 был выявлен цирроз печени, у 6 пациентов выявлена альфа-1-антитрипсиновая недостаточность, у одного редко встречающаяся гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), приведшие к развитию фиброза печени, у ребенка 8 лет ПГ развилась как осложнение врожденного фиброза печени. У 2 пациентов регенеративные узлы печени вызвал ПГ, из них в 1 наблюдении в сочетании со сдавлением печеночных вен и нижней полой вены.

Группу нашего наблюдения составили 128 пациентов с внутрипеченочной ПГ в возрасте от 14 до 83 лет (среднее $49,04 \pm 12,50$): 77 мужчин (60,2%) и 51 женщина (39,8%), которым с целью коррекции ПГ было выполнено ТВПШ. Было выявлено, что основное заболевание (ЦП) развилось у 76 больных на фоне перенесенного вирусного гепатита (59,4%), а у 52 больных гепатит отсутствовал в анамнезе. Прием алкоголя в анамнезе был зафиксирован у 56 пациентов (43,7%), из них у 21 – прием алкоголя в анамнезе сочетался с вирусным гепатитом, а у 35 – заболевание не было вирус-ассоциированным.

Из 128 больных внутрипеченочной формой ПГ у 3 (2,34%) отмечена печеночно-клеточная недостаточность по Child-Turcotte-Pugh «А» класса, у 60 (46,8%) – «В» класса, у 65 (50,8%) – «С» класса. Варикозное расширение вен пищевода разной степени было выявлено у всех 128 паци-



ентов (100%). Эпизоды варикозного кровотечения были установлены у 73 больных (57,1%), причем у 31 больного кровотечение было установлено впервые (24,2%), у 22 – в анамнезе было дважды (17,2%), у 13 – трижды (10,2%), у 6 – четырежды (4,7%) и лишь у одного пациента было 6 эпизодов варикозного кровотечения (0,8%). Тяжесть пациентов с циррозом печени усугублялась наличием асцита у 93 человек (72,6%).

После предоперационной подготовки всем 128 больным было выполнено ТВПШ на ангиографическом комплексе с С-дугой Siemens Arcadis Avantic (Германия). Вначале пациентам выполняли непрямую мезентерико-портографию: натошак под местной анестезией 0,5-1,0% раствором новокаина или 1% раствором лидокаина проводилась пункция бедренной артерии в области правой паховой складки. Через бедренную артерию катетеризировали верхнюю брыжеечную артерию или, при невозможности, чревный ствол катетером 6F Cobra или JR5. Затем по катетеру шприцом-инжектором вводили 50 мл неионного контрастного вещества со скоростью 5-6 мл в секунду. Через 10-15 секунд производили съемку в режиме 8 кадров в секунду. Получали видеоизображение воротной вены. Одновременно правым трансюгулярным венозным доступом также под местной анестезией в верхнюю

полую вену по проводнику 0,035” с J-образным кончиком вводили интродьюсер 10F, который под рентгенконтролем продвигали до устья печеночных вен. Катетером 5F катетеризировали среднюю или правую печеночную вену. В печеночные вены вводили 20 мл неионного рентгенконтрастного средства через катетер в момент начала контрастирования воротной вены. Визуализация воротной вены и печеночных вен выполняли в субтракционном режиме (DSA 4 кадра/сек). Стенка печеночной вены пунктировалась в направлении правой бранши воротной вены через паренхиму печени. Стиллет удалялся, а катетер с физиологическим раствором подтягивался до момента появления в шприце венозной крови. По проводнику в пункционный канал между печеночной и воротной венами устанавливали баллон-катетер 8x40 мм, который раздували в паренхиматозном канале. Для стентирования использовали самораскрывающиеся стент-графты до 10 мм в диаметре. Стент устанавливали по рентгенконтрастным меткам на нем, обращая внимание на правильное расположение краев стента, обеспечивающее свободный ток крови. После удаления системы доставки стента баллоном-катетером производится его дилатация до 8-10 мм (рис. 1).



Рис. 1. Контрольная портография (визуализирован проходимый стент, собственное наблюдение)

После выполнения контрольной портографии при необходимости, а она определялась наличием эпизодов варикозного кровотечения в анамнезе пациента, проводили эмболизацию спиралями Gianturco левой желудочной вены через сформированный внутрипеченочный канал. Данная процедура была выполнена в 58 наблюдениях из 128.

Результаты

В группе пациентов, которым было выполнено ТВПШ, несмотря на имеющую степень печеночно-клеточной не-

достаточности, а она у 50,8% больных имела «С» класс, только в 1 наблюдении произошло летальное осложнение. На этапе пункции воротной вены произошел разрыв внепеченочной порции воротной вены из-за анатомической особенности ветвления вены не внутрипеченочно, а на уровне печеночно-двенадцатиперстной связки (рис. 2). Несмотря на предпринятые меры по остановке внутрибрюшинного кровотечения (ушивание поврежденного участка вены), пациент скончался через несколько часов после операции (0,78%).

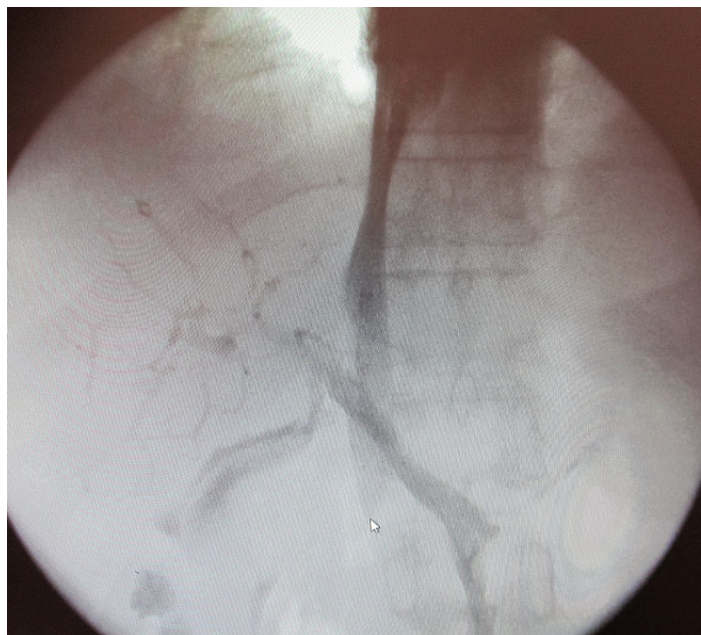


Рис. 2. Этап пункции печеночной вены в направлении воротной вены через паренхиму печени (стрелкой указан конец иглы, травмировавший обе стенки воротной вены и вышедший в брюшную полость)

Оценивая другие осложнения, случившиеся во время операции ТВПШ, хочется отметить, что они не носили летального характера: у 3 пациентов сформировались внутрипеченочные гематомы (2,34%), не требующие оперативного вмешательства, выявленные при сонографии в раннем послеоперационном периоде. У 1 пациента во время выполнения пункции яремной вены возникло повреждение париетальной плевры с формированием пневмоторакса (0,78%), который был диагностирован после выполнения манипуляции и ликвидирован установкой плеврального дренажа. Повреждение желчного протока 2 порядка было выявлено у 1 больного при контрольном введении контрастного вещества во время пункции печеночной вены в направлении воротной вены через паренхиму печени, не требовало никакой коррекции (0,78%). Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии в 1 случае (0,78%) была обусловлена тромбоцитопатией, потребовала корректирующей терапии и закончилась выздоровлением пациентки. Скопление жидкости в плевральной полости не носило прямой связи с выполненным оперативным вмешательством, а объяснялось основным заболеванием (циррозом печени) у 5 больных, но требовало выполнения плевральной пункции в послеоперационном периоде (3,91%). Дисфункция портосистемного шунта в виде тромбозов проявлялась в виде кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка у 5 пациентов и подтверждалась данными сонографического исследования (3,91%). Эти же пациенты страдали постгеморрагической анемией в послеоперационном периоде, требующей медикаментозной коррекции (3,91%). Ожидаемое усугубление энцефалопатии было выявлено у 14 больных (10,93%) и диктовало проведение комплекса мероприятий: диеты, препаратов лактулозы, малоабсорбируемых в кишечнике антибиотиков. Только у 2 пациентов энцефалопатия соответствовала III-IV стадиям и сопровождалась нарушением сознания,

требовала более интенсивной инфузионной терапии. Ни одному из больных после выполнения ТВПШ и явлениями энцефалопатии не потребовалась редукция шунта.

Такие проявления, как асцит, спленомегалия, в послеоперационном периоде имели регресс у 8,16% и 32,2% прооперированных больных соответственно.

Летальность после операции ТВПШ составила 2,34% (3 наблюдения). Один из пациентов погиб в первые часы после операции и его случай приведен ранее, двое других пациентов с хронической печеночно-клеточной недостаточностью «С» класса умерли от явлений печеночно-почечной недостаточности, усугубленной выполненным вмешательством.

Обсуждение

Операция ТВПШ является малоинвазивной и высокотехнологичной. В многочисленных литературных источниках, анализирующих опыт более чем двух десятилетий использования данного вмешательства у десятков тысяч пациентов, она именуется “bridge-to-transplantation” – «мост к трансплантации». Показания к выполнению ТВПШ, в первую очередь, – риск пищеводно-желудочного кровотечения, затем – асцит, рефрактерный к медикаментозным мероприятиям [9]. Операция ТВПШ обеспечивает в 100% декомпрессию портальной системы.

Выводы

Десятилетия разочарований, вызванных безуспешностью или малой эффективностью применявшихся ранее хирургических методов портальной декомпрессии, травматичность которых иной раз превосходила компенсаторные возможности организма, изнуренного циррозом печени, сменились надеждой при появлении малоинвазивного шунтирующего вмешательства, данная операция



является оптимальной для тяжелой категории больных циррозом печени с признаками печеночно-клеточной недостаточности класса «С», показана пациентам на высоте

варикозного кровотечения, может сочетаться с эмболизацией левой желудочной вены, не усложняя процедуру шунтирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А.Ю., Туишев Р.И., Балашова О.В. Настоящее и будущее хирургии портальной гипертензии// Казанский медицинский журнал. -2004. -Т.85, №2. -С.99-102.
2. Бобров А.Н., Белякин С.А., Плюснин С.В. Этиологическая структура циррозов печени по результатам пятнадцатилетнего наблюдения// Вестник Российской военно-медицинской академии. -2011. -№1(33). -С.76-80.
3. Miele L.A., Esquinel C.O., Van Thiel D.H. et al. Liver transplantation for tyrosinemia: a review of 10 cases from the University of Pittsburgh// Dig. Dis. Sci. -1990. -N 35. -P.153.
4. Семенова В.В. Дифференцированный подход к хирургическому лечению портальной гипертензии// Гепатология. -2007. -№5. -С.12-15.
5. Ерамишанцев А.К. Хирургическое лечение портальной гипертензии// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. -1997. -№2. -С.72-75.
6. Ханевич М.Д., Кошевой А.П. Лечение при язвенных кровотечениях у больных с циррозом печени и портальной гипертензией// Вестник хирургии. -2000. -Т. 159, №2. -С.27-30.
7. Шапошников А.В. Асцит: современные подходы к классификации и лечению// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. -2001. -№3. -С.19-23.
8. Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Кочаткова А.А. и др. Роль портокавального шунтирования в эру трансплантации печени// Трансплантология. -2009. -№1. -С.34-38.
9. TIPS/ТИПС (трансюгулярное внутривенное портокавальное шунтирование) и лечение варикозных пищеводно-желудочных кровотечений/ Ю.В.Хоронько, М.Ф.Черкасов, М.И.Поляк, Ю.Е.Баранов. - М.: Фарм-Синтез, 2013. -242 с.
10. Ярема И.В., Омаров И.М. Хирургическая коррекция гемо- и лимфообращения при циррозе печени// Вестник хирургии. -2000. -Т.159, №6. -С.17-19.

ПОСТУПИЛА 30.12.2013

УДК 616.348/.351-006-036.2-091-089

Е.П. Сулимов, А.А. Кива

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ЕГО МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра хирургии № 2*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: NX7733@yandex.ru

Цель: изучение частоты, локализации, морфологических характеристик, тактики лечения рака толстой и прямой кишки.

Материалы и методы: в отделении хирургии РостГМУ изучены 745 историй болезни больных, поступивших с диагнозом рак толстой и/или прямой кишки в сроки с 2001 г. по 2011 г.

Результаты и выводы: выявлено, что наиболее часто встречается рак прямой и сигмовидной кишки у женщин в возрасте 61 – 70 лет. Наиболее распространена третья стадия заболевания, эндофитный тип роста. Наибольшее распространение имеют среднедифференцированные аденокарциномы. В большинстве случаев при колоректальном раке использовались: экстирпация прямой кишки с резекцией сегмента сигмы, передняя резекция прямой кишки с аппаратным колоректальным анастомозом конец в конец.

Ключевые слова: колоректальный рак, частота встречаемости, лечение.