

Применение миниинвазивных методов в лечении больных циррозом печени осложненным диуретикорезистентным асцитом

Абдурахманов Б.А., кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии и госпитальной хирургии Южно-Казахстанской государственной медицинской академии, г. Шымкент, Казахстан
Кафедры онкологии с курсом ИПО ГОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета Росздрава, г. Уфа, Россия

Application miniinvasive of methods in treatment of liver cirrhosis complicated diureticoresistant ascites

Abdurakhmanov B.A.

Резюме

Цель нашей работы – оценить результаты и определить эффективность усовершенствованного метода коррекции диуретикорезистентного асцита у больных циррозом печени синдромом портальной гипертензии с применением полностью имплантируемой перитонеальной порт-системы Celsite®. В работе представлен анализ результатов лечения 54 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии осложненным диуретикорезистентным асцитом, в лечении которого у 12 больных произведена имплантация перитонеальной порт-системы Celsite® фирмы B/Braun и в 42 наблюдениях выполнена операция - перитонеовенозное шунтирование клапаном Левина. Сравнительный анализ полученных данных показал наилучшие результаты в группе больных с имплантацией перитонеальной порт-системы. Использование перитонеальных портов позволяет осуществить асцитореинфузию дробно, дозировано, что в конечном итоге исключает возникновение серьезных осложнений в виде геморрагического синдрома, связанных с гемодилюцией и коагулопатией на почве массивного поступления асцитического содержимого в венозное русло.
Ключевые слова: цирроз печени, перитонеальная порт-система, диуретикорезистентный асцит

Resume

The purpose of our work - to estimate results and to define efficiency of the advanced method of correction diureticoresistant ascites at liver cirrhosis with syndrome of portal hypertension with application completely implanted peritoneal port-system Celsite®. In this work it is presented the analysis of results of treatment 54 patients of liver cirrhosis with portal hypertension syndrome complicated diureticoresistant ascites, in which treatment 12 patients is implanted peritoneal port-system Celsite of firm B/Braun and in 42 supervision the operation - peritoneovenous shunts by the valve Le Veen. The comparative analysis of the received data has shown the best results in group of the patients with implanted peritoneal of port-system. Use peritoneal of ports allows to carry out ascitereinfusion with portiones doses, that at the end excludes occurrence of serious complications as haemorrhagical syndrome, connected with haemodileishin and coagulopation on ground of massive receipt ascites of contents in venosis a channel.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, peritoneal port-system, diureticoresistant ascites

Введение

Выбор метода лечения диуретикорезистентного асцита у больных циррозом печени является наиболее сложной проблемой гепатолога. Лапароцентез, зачастую применяющийся в коррекции этого осложнения цирроза печени ухудшает и без того тяжелое состояние больного и способствует развитию осложнений, связанных с пункцией брюшной полости [1,2]. После развития диуретикорезистентного асцита до 50% больных умирают в течение 6 мес. [3].

Последнее десятилетие ознаменовано внедрением в клиническую практику принципиально нового направления в хирургическом лечении резистентного асцита – пе-

ритонсовенозного клапанного шунтирования, обладающего наибольшей патогенетической направленностью и минимальной травматичностью [4]. Однако эта операция, помимо высокой эффективности, сопровождается определенным риском и при этом возможны развитие таких осложнений как тромбоз или инфицирование шунта, рецидивы кровотечений из пищевода [5].

Цель исследования – оценить результаты и определить эффективность усовершенствованного метода коррекции диуретикорезистентного асцита у больных циррозом печени синдромом портальной гипертензии с применением полностью имплантируемой перитонеальной порт-системы Celsite®.

Материал и методы

Анализируются результаты коррекции диуретикорезистентного асцита 54 больными циррозом печени, при этом 12 (22,2%) пациентам произведена имплантация перитонеальной порт-системы Celsite® (I группа) и 42 (77,8%) – операция перитонсовенозного шунтирования с клапаном Левина

Ответственный за ведение переписки -

Абдурахманов Бабур Анварович

160021, Казахстан, г. Шымкент,

ул. А. Байтурсынова, б/н

Областной онкологический диспансер

Раб. тел. 8 (7252) - 22-19-54, 22-19-57 *118 факс: 22-19-55

Моб. тел. 8-701-3806686, e-mail: babur_ad@mail.ru

(II группа). Показанием к вмешательству явилось наличие напряженного асцита не поддающегося консервативной терапии в течение более чем 8-12 мес. Согласно классификации Чайлда 31 пациентов отнесены к функциональной группе В, 23 – к группе С. Мужчин было 35, женщин – 19. Большинство больных – 34 (62,9%) было в возрасте 21-60 лет, т.е. в наиболее трудоспособном возрасте.

Методика наложения перитонеовенозного шунта общепринята и подробно освещена в литературе [5,6]. Имплантацию перитонеальной порт-системы проводили под местной анестезией, после предварительного исследования асцитической жидкости, для решения вопроса о допустимости аутоасциторенифузии. При этом катетер порта вводили в брюшную полость через разрез на передней брюшной стенке. Рабочий конец катетера направляли к левой подвздошной ямке с имплантацией к прямой мышце живота за манжетку и затем проводили к порту, размещенному на основании ребер. В последующем к порт-системе подключали систему для трансфузии одноразового пользования, проведенная через инфузомат Braun FMS, венозный конец которой соединяли с подключичной веной. Ренифузию асцитической жидкости проводили со скоростью 15-20 мл в минуту, дробно по 500-700 мл с интервалом в 5-7 мин, для профилактики перегрузки сердечно-сосудистой системы и перераспределения введенной жидкости. Аутоасциторенифузию осуществляли ежедневно, в объеме 1,5-2,5 л, дробно, дозировано с учетом общего состояния и показателей гемодинамики больных.

У 18 больных (5 – I, 13 – II группы) при введении асцитической жидкости развивались токсико-аллергические реакции. С целью профилактики указанных осложнений последующие ренифузии проводились после воздействия на асцитическую жидкость низкоэнергетического лазерного излучения: 11 – внеоргано, 7 – внутрибрюшинно. При этом предварительно, до ренифузии проводили облучение асцитической жидкости низкоэнергетическим гелий-неоновым лазером аппаратом ЛГ-75, через волновод с мощностью на выходе 10 мВт, с экспозицией 10-15 минут, длиной волны 0,63 мкм в непрерывном режиме.

С учетом того факта, что при асциторенифузии значительно возрастает риск развития геморрагического синдрома, в 19 наблюдениях при наличии диуретикорезистентного асцита и выраженного варикозного расширения вен пищевода и кардии желудка проведена профилактическая эндоскопическая склеротерапия. Во всех наблюдениях проводили определение внутрибрюшного давления, которое составило в среднем $249,0 \pm 78,0$ мм.вод.ст. Показатели ЦВД до операции варьировали в пределах $49,0 \pm 16,0$ мм вод.ст. Критериями эффективности проведенной операции явились изменения окружности живота (периметр на уровне пупка), массы тела больных, количества выделяемой за сутки мочи, показатели клинических анализов и биохимических тестов.

Результаты

Динамику уменьшения асцитического процесса наблюдали при контрольных ультразвуковых исследованиях. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось уменьшение периметра живота с 116 ± 14 см до 94 ± 11 см. При этом первоначально отмечено увеличение суточного диуре-

за с $620,0 \pm 110,0$ мл до $2,2 \pm 0,4$ л (I группа) и $4,8 \pm 1,3$ л (II группа) в первые сутки и до $1,7 \pm 0,5$ литра в дальнейшем, после отмены диуретиков. При проведении перитонеовенозного шунта уменьшение асцита отмечено в течение первых 3 недель, максимально в течение первых трех суток, имплантация порт-систем в результате переливания асцитической жидкости дробно, дозировано приводило к постепенному регрессу периметра живота и к равномерному увеличению диуреза, что предотвращало возникновение серьезных осложнений, связанных с массивным поступлением асцитической жидкости в венозный бассейн. С целью профилактики указанных осложнений имплантацию перитонеальной порт-системы всегда проводили с учетом общего состояния больных и показателей гемодинамики, проведением интенсивной консервативной терапии, а также минимизацией объема начальной дозы ренифузируемой асцитической жидкости – в пределах $0,8 \pm 0,25$ л. Процедуру аутоасциторенифузии продолжали до полного регресса и купирования процесса.

Эндоскопическая склеротерапия проведена у 24 больных, при этом у 5 (41,7%) больных в сочетании с имплантацией перитонеальной порт-системы и в 19 (45,2%) наблюдениях с установкой перитонеовенозного клапанного шунта. Применение профилактической эндоскопической склеротерапии в дооперационном периоде позволила наполовину сократить число гастроэзофагеальных кровотечений в раннем послеоперационном периоде по сравнению с группой больных, у которых эндоскопическая склеротерапия в дооперационном периоде не проводилась. Большая частота послеоперационных осложнений с возникновением геморрагического синдрома у больных II группы, даже несмотря на проведение эндоскопического склерозирования в сочетании с низкоинтенсивной лазеротерапией мы связываем с развитием гемодилуции и гипокоагуляции с выраженными явлениями коагулопатии на фоне массивной асциторенифузии. Применение перитонеальной порт-системы исключало возникновение такого осложнения благодаря дозированному, порционному переливанию асцитической жидкости. Также имело место существенная разница в показателях послеоперационной летальности.

Отмечено позитивное влияние низкоинтенсивной лазеротерапии на асцитическую жидкость при ее ренифузии, которая позволила у 18 больных (у 5 больных – I группы и у 13 – II группы) избежать возникновения аллергических реакций, связанных с асциторенифузией. Методика позволяет проводить эффективную десенсибилизацию ренифузируемой асцитической жидкости и предотвращает риск развития токсико-аллергических реакций.

Хороший результат оперативного лечения достигнут у 4 (33,3%) больных I группы и 9 (21,4%) больных II группы, при этом на фоне удовлетворительного самочувствия с нормализацией аппетита, сна и стула отмечался адекватный диурез без стимуляции, асцит – отсутствовал (таблица). Наличие незначительного асцита с адекватным диурезом на фоне приема диуретиков расценили как удовлетворительный, который выявлен соответственно в 6 (50%) и 16 (38,1%) наблюдениях. При этом во всех наблюдениях отмечен значительный регресс асцита: полное исчезновение асцита у 5 – I и у 11 больных – II группы, определение асцита только при помощи

Таблица 1. Результаты лечения больных циррозом печени, осложненным диуретикорезистентным асцитом

Вид операции	Число больных	Результат лечения			
		хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный	летальный исход
Перитонеальная порт-система	12	4(33,3%)	6(50%)	2(16,7%)	1(8,3%)
Перитонеовенозное шунтирование	42	9(21,4%)	16(38,1%)	17(40,5%)	12(28,6%)

УЗИ у 1 (I гр.) и у 3 (II гр.) больных, выраженное уменьшение со стойкой стабилизацией асцита у 1 больного II группы; асцит не нарастал без приема диуретиков, и минимальный прием диуретиков обеспечивал адекватный диурез у 1 больного II группы, при этом отпала необходимость в лапароцентезах. Неудовлетворительному результату отнесены случаи нарастание асцита с повторными лапароцентезами, отсутствием диуреза при стимуляции диуретиками и отдаленными осложнениями (тромбоз или инфицирование имплантата), что отмечено у 2 (16,7%) больных I и 17 (40,5%) больных II группы.

Причинами неэффективности перитонеовенозного шунтирования в 3 наблюдениях было высокое ЦВД, обусловленное хронической сердечной недостаточностью, повлекшее за собой не функционирование шунта из-за отсутствия необходимого градиента давлений между брюшной полостью и венозной системой. В 2 наблюдениях указанное состояние было обусловлено тромбозом и перетягом венозного катетера шунта. При применении перитонеальной порт-системы указанные осложнения не отмечены.

Средний срок функционирования перитонеальной порт-системы составил 8 месяцев, максимальной срок прослежен до 14 мес., соответственно – 16 мес. и 5 лет при применении перитонеовенозного шунтирования клапаном Левина. В различные отдаленные сроки послеоперационного периода нами повторно госпитализированы и обследованы 23 (54,8%) больных. Как показал опыт, перитонеальные порт-системы можно применять длительное время – вплоть до нескольких лет. В ближайшем послеоперационном периоде летальный исход отмечен у 12 больных после перитонеовенозного шунтирования, и у 1 больного после имплантации перитонеальной порт-системы. При этом 8 больных II группы выписаны из клиники в связи с нарастанием явлений гепатоцеллюлярной и почечной недостаточности в инкурабельном состоянии, где уменьшение асцита не отмечено, у 5 декомпенсированных больных эффекта от операции не было, асцит после операции быстро возрос дооперационного уров-

ня, стал напряженным, прогрессировал при явно не функционирующем шунте.

Обсуждение

Таким образом, коррекция диуретикорезистентного асцита у больных циррозом печени с применением полностью имплантируемой перитонеальной порт-системы Celsite® и перитонеовенозного шунтирования являются патогенетически эффективными операциями и приводят к улучшению функционального состояния гепаторенальной системы, регрессу и купированию асцита, позволяют устранить в лечебных мероприятиях применение порочного метода лечения – лапароцентеза.

Применение перитонеальной порт-системы позволяет значительно расширить диапазон показаний и возможностей хирургической коррекции диуретикорезистентного асцита: осуществление имплантации при низком градиенте между внутрибрюшным и ЦВД, наличии хилезного асцита, а также при вентральных грыжах. Использование перитонеальных портов в коррекции диуретикорезистентного асцита является управляемым процессом, позволяющим осуществить асциторенифузию дробно, дозированно с учетом общего состояния больных и показателей гемодинамики, что в конечном итоге позволяет исключить возникновение серьезных осложнений в виде геморрагического синдрома связанных с гемодилюцией и коагулопатией на почве массивного поступления асцитического содержимого в венозное русло.

Проведение ренифузии асцитической жидкости с использованием перитонеальной порт-системы оказался эффективным, малоинвазивным методом и может являться альтернативой существующим способам перитонеовенозного шунтирования в лечении диуретикорезистентных форм асцита. Включение в арсенал комплексного лечения превентивного эндоскопического склерозирования варикозных узлов позволяет снизить вероятность и частоту развития геморрагического синдрома и позволяет расширить круг■

Литература:

1. Андреев Г.Н., Апсаров Э.А., Ибадильдия А.С., Рюдигер П.Э., Кадырбаев Р.В. Диагностика и лечение осложненной портальной гипертензии Алматы: Казахстан, 1994.
2. Лебезев В.М., Мусин Р.А., Чуб Р.В., Краснова Т.Г. Хирургическое лечение диуретикорезистентного асцита у больных портальной гипертензией. Анналы хирургической гепатологии. 2007. 12 (2): 22–5.
3. Буевверов А.О. Асцит как осложнение цирроза печени. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2001. 6: 24–8.
4. Wong F., Blendis L. Ascites. Clinical Perspectives Gastroenterology 1999; 1. 47–4. 5. Ерамищанцев А.К., Лебезев В.М., Мусин Р.А. Хирургическое лечение резистентного асцита у больных с портальной гипертензией. Хирургия. 2003. 4: 4–8.
6. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В. Хирургия осложненной портальной гипертензии у больных циррозом печени. – М.: Гэотар-Мед; 2002.