

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Могилевец Э. В. (emogilevec@yandex.ru), ²Петельский Ю. В. (regclinic@mail.grodno.by),

²Стрижак А. А. (uzo@mail.grodno.by), ¹Гарелик П. В. (pethar@mail.ru), ¹Батвинков Н. И. (hir@grsmi.by), ¹Якубцевич Р. Э. (jackruslan@tut.by),

²Богданович В. Ч. (regclinic@mail.grodno.by), ²Миклаш С. С. (regclinic@mail.grodno.by),

²Корышева О. Р. (regclinic@mail.grodno.by), ¹Могилевец О. Н. (modened@yandex.ru)

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

В статье анализируется эффективность организационных мероприятий, оптимизирующих систему оказания хирургической помощи пациентам с хроническими заболеваниями печени и портальной гипертензией. Система организации помощи пациентам с портальной гипертензией в УЗ «Гродненская областная клиническая больница» способствовала внедрению новых современных, высокотехнологичных и высокоэффективных оперативных методик, снижению сроков дооперационного нахождения пациентов в отделении хирургического профиля, повышению оперативной активности хирургического стационара, снижению нагрузки на хирургов на диагностическом этапе, сохраняя качество обследования пациентов.

Ключевые слова: портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, асцит, азигопортальное разобщение, эндоскопическое склерозирование, трансъюгулярное портосистемное шунтирование

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) остается одним из наиболее серьезных осложнений у пациентов с хроническими заболеваниями печени и портальной гипертензией. Летальность при данной патологии составляет 7-15% при использовании последних высокотехнологичных методов остановки кровотечения и алгоритмов их применения [9, 14].

Исследования показывают, что в течение года после первого эпизода кровотечения из ВРВПЖ рецидив наступает у 60% пациентов с 6-недельной летальностью 20% для каждого эпизода и годичной летальностью 40% [10, 13].

Предотвращение первого эпизода кровотечения либо его рецидива является определяющим в стратегии лечения и прогнозе у данного контингента пациентов. В связи с этим выявление пациентов группы риска и своевременное применение профилактических методик является крайне важным. Многочисленные исследования последних лет посвящены формированию контингентов наблюдения среди пациентов с ВРВПЖ, срокам применения профилактических методик, выработке статистически значимых рекомендаций для профилактики первого и повторного кровотечения, а также непосредственному лечению эпизода кровотечения из ВРВПЖ. Обобщающими руководящими документами относительно данной проблематики являются консенсус BOVENO VI и рекомендации Британского общества гастроэнтерологов [10, 14, 15].

Асцит - одно из распространенных осложнений хронических заболеваний печени, развивающееся у 60% пациентов в течение 10 лет после постановки диагноза [8]. Развитие асцита у пациентов с циррозом печени является фактором, на основании которого прогнозируется 50% летальность к концу трехлетнего периода наблюдения [6, 12]. Острое развитие асцита отмечается при резком ухудшении функции печени на фоне ее хронических заболеваний (ACLF) вследствие развития инфекционного процесса, эпизода кровотечения из ВРВПЖ, электролитных нарушений [7].

В практике хирургов на результатах лечения кровотечений из ВРВПЖ у пациентов с циррозом печени в ряде случаев негативно сказывается их

низкая приверженность лечению вследствие проявлений печеночной энцефалопатии. Печеночная энцефалопатия является манифестацией печеночной недостаточности в виде расстройства функционирования центральной нервной системы, крайним проявлением которого является печеночная кома. Факторами, способствующими проявлению печеночной энцефалопатии при циррозе печени, являются кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (повышается скорость образования нитрида водорода в просвете желудочно-кишечного тракта, обладающего токсическим действием на головной мозг), экзогенное поступление гепатотоксических соединений, в том числе ряда медикаментов, превышение суточной потребности в протеинах с последующим усилением их катаболизма до нитрида водорода, передозировка мочегонных либо одномоментная эвакуация больших объемов жидкости при асците вследствие снижения ОЦК, нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия, состояния, сопровождающиеся дальнейшим нарушением кровотока по воротной вене, портокавальное шунтирование при большом сбросе портальной крови, минуя печень, и ряд других ситуаций [1, 2, 3, 4, 5, 11].

Проявления печеночной энцефалопатии в еще большей степени затрудняют проведение организационных мероприятий при данной патологии, диктуют необходимость использования патерналистской модели взаимоотношений при общении специалистов с пациентами.

Своевременное выявление пациентов с хроническими заболеваниями печени и портальной гипертензией с высоким риском развития кровотечений из ВРВПЖ и наличием рефрактерного асцита, оптимизация стационарного этапа оказания им медицинской помощи с целью повышения ее эффективности – задача особо актуальные.

Цель исследования – оценить эффективность организационных мероприятий, оптимизирующих систему оказания хирургической помощи пациентам с хроническими заболеваниями печени и портальной гипертензией с высоким риском развития кровотечений из ВРВПЖ и наличием рефрактерного асцита.

Материалы и методы

Проведен анализ информации о лечении из амбулаторных карт 224 пациентов, находящихся на учете с диагнозом цирроз печени 17 районных поликлиник Гродненской области и 6 городских поликлиник г. Гродно. Мужчин было 145, женщин 79. Средний возраст пациентов составил $53,1 \pm 0,72$ года. Анализировались также результаты выполненных 219 плановых и экстренных эндоскопических склерозирований, 20 открытых и 12 лапароскопических эзофагогастральных деваскуляризаций, 10 чрезъюгулярных портосистемных шунтирований (TIPS). В план обследования пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией, являвшихся кандидатами на оперативное лечение и госпитализировавшихся в УЗ «ГОКБ», включались общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, комплекс серологических реакций на сифилис, маркеры гепатитов, ФГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерная либо магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с контрастированием, сцинтиграфия печени, электроэнцефалография, биопсия печени. Статистическая обработка полученных значений выполнялась с использованием пакета программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Наличие в г. Гродно городского центра гастроэнтеральных кровотечений на функциональной основе, расположенного в УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно», способствует оказанию высококвалифицированной помощи пациентам с хроническими заболеваниями печени, осложненными портальной гипертензией с кровотечениями из ВРВПЖ. Центр по мощности и по территориальному расположению охватывает пациентов, проживающих в г. Гродно. Пациентам, проживающим за пределами областного центра в Гродненской области, при возникновении эпизода кровотечения из ВРВПЖ экстренная помощь оказывается в хирургических стационарах центральных районных больниц. С точки зрения максимально быстрого оказания помощи, это наиболее оптимальный вариант, требующий в силу отсутствия концентрации пациентов постоянную поддержку уровня информированности хирургов районного звена об имеющихся эффективных методах остановки кровотечений данной локализации. Хирургические методики, направленные на профилактику рецидивов кровотечений в силу имеющегося запаса времени целесообразно выполнять на уровне областной больницы. С сентября 2014 г. в УЗ «ГОКБ» по инициативе главного врача приказом начальника управления здравоохранения Гродненского облисполкома открыто отделение хирургической панкреатологии, гепатологии и трансплантации органов и тканей (ОХПГТ). С целью внедрения современных методов остановки и профилактики эпизодов кровотечений из ВРВПЖ, коррекции рефрактерного асцита у пациентов с хроническими заболеваниями печени и портальной гипертензией помощь данному контингенту пациентов на уровне УЗ «ГОКБ» оказывается в данном отделении. С целью освоения современных оперативных вмешательств в данной области сотрудники 1-й кафедры хирургических болезней УО «ГрГМУ» и хирурги отделения ОХПГТ были направлены на обучение на курсы повышения квалификации, а также на рабочем месте в Республиканский научно-практический центр «Транспланта-

ции органов и тканей» г. Минска на базе 9 ГКБ, отделение портальной гипертензии Российского научного центра хирургии им. Б. В. Петровского (г. Москва), отделение общей, висцеральной и трансплантационной хирургии университетской клиники Шарите (г. Берлин), клинику Вильнюсского университета. Осваивались современные аспекты реанимационно-анестезиологического пособия при данной патологии. Сотрудниками организационно-методического отдела УЗ «ГОКБ» совместно с сотрудниками 1-й кафедры хирургических болезней УО «ГрГМУ» при личном участии главного врача УЗ «ГОКБ» с целью формирования контингентов пациентов для осуществления им оперативных вмешательств, направленных на коррекцию осложнений портальной гипертензии в центральные районные больницы и поликлиники Гродненской области, а также городские поликлиники г. Гродно, были направлены запросы с алгоритмом отбора и направления данных пациентов в областной стационар. Особый акцент при сборе информации делался на этиологии портальной гипертензии, количестве эпизодов кровотечений из ВРВПЖ в анамнезе, показателях гемограммы и коагулограммы, функциональном состоянии печени, данных фиброгастродуоденоскопии, ультразвукового исследования печени. С целью полного ответа на поставленные в информационных письмах вопросы сотрудники районных и городских поликлиник провели дообследование пациентов по указанной схеме, что позволило создать банк данных пациентов с диагнозом цирроз печени, находящихся на диспансерном учете в Гродненской области. Полученная информация из амбулаторных карт 224 пациентов подверглась тщательному анализу, при необходимости прибегали к имеющейся на базе УЗ «ГОКБ» возможности телеконсультирования пациентов с использованием современных средств связи. По представленным материалам проводился анализ состояния здоровья пациентов и составлялся план очередности приглашения их на госпитализацию в УЗ «ГОКБ» с целью решения вопроса о необходимости и возможности выполнения оперативного вмешательства, а также о его виде.

Скорректирована схема госпитализации отобранных для оперативного вмешательства пациентов. Так, после консультации пациентов сотрудником 1-й кафедры хирургии (хирургом отделения ОХПГТ) и гастроэнтерологом поликлиники УЗ «ГОКБ» пациент госпитализировался в отделение нефрологии, на базе которого в областной больнице оказывается помощь пациентам гастроэнтерологического профиля. В последнее время отдаем предпочтение госпитализации через электронное бюро, что позволяет планировать время поступления указанных групп пациентов и исключает необходимость многочисленных посещений ими областной консультативной поликлиники и упрощает процесс госпитализации.

Сотрудниками отделения нефрологии пациентам назначались следующие исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, комплекс серологических реакций на сифилис, маркеры гепатитов, ФГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерная либо магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с контрастированием, сцинтиграфия печени, электроэнцефалография, биопсия печени. Выполнение диагностических мероприятий на базе данного отделения снижало сроки дооперационного нахождения паци-

ентов в отделении хирургической панкреатологии, гепатологии и трансплантации органов и тканей, которые составляли от 0 до 1 дня. Предложенная схема госпитализации способствовала 100% оперативной активности по отношению к данному контингенту в хирургическом стационаре, снижало нагрузку на хирургов ОХПГТ на диагностическом этапе, сохраняя качественное и оперативное обследование пациентов.

Выбор оперативных методик при наличии показаний осуществлялся на уровне областного центра после выполнения приведенного выше алгоритма обследования с учетом имеющихся клинических протоколов и рекомендаций. Наряду с накопленным опытом выполненных 219 плановых и экстренных эндоскопических склерозирований, внедрено и выполнено 20 открытых и 12 лапароскопических эзофагогастральных деваскуляризований, 10 чрезъюгулярных портосистемных шунтирований (TIPS). Методика открытой эзофагогастральной деваскуляризации предусматривала экстенсивную деваскуляризацию большой и малой кривизны желудка, а также абдоминального отдела пищевода с сохранением в качестве питающей ножки правых желудочно-сальниковых сосудов. Основной целью данного этапа операции было устранение сброса венозной крови из системы воротной вены в систему верхней полой вены по ветвям непарной и полунепарной вен. Подслизистые вены пищевода разобщали по показаниям аппаратной транссекцией пищевода и трансмуральным швом под контролем фиброгастроуденоскопии. В случае неэффективной коррекции гиперспленизма консервативными методами в дооперационном периоде либо при наличии сращений селезенки с дном желудка, обусловленных явлениями периспленита, операция дополнялась спленэктомией. В начальной стадии внедрения лапароскопических эзофагогастральных деваскуляризований подслизистые вены пищевода подвергались синхронному и метахронному эндоскопическому склерозированию, в последнее время при данных операциях выполняем лапароскопическую аппаратную транссекцию абдоминального отдела пищевода.

TIPS в УЗ «ГОКБ» внедрено в 2015 г. После выполнения трансъюгулярных портосистемных шунтирований послеоперационный период протекал без осложнений у 9 пациентов. В одном наблюдении на 1 сутки констатирован тромбоз шунта с кровотечением из ВРВПЖ. По экстренным показаниям в данном случае была выполнена лапароскопическая эзофагогастральная деваскуляризация с благоприятным исходом. В послеоперационном периоде после TIPS

отмечали постепенную редукцию объемов асцита, отсутствие эпизодов кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, отсутствие прогрессирования печеночной энцефалопатии на фоне приема препаратов лактулозы. Лапароскопические операции азигопортального разобщения мы считаем операциями выбора для лечения и вторичной профилактики кровотечений из ВРВПЖ у пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени классов А и В по Child-Pugh при неэффективности эндоскопического склерозирования и лигирования, а также неблагоприятной для порто-кавального шунтирования анатомии. TIPS при внутривеночной форме портальной гипертензии, ассоциирующейся с варикозным расширением вен пищевода и желудка и резистентным к консервативной терапии асцитом, является высокоэффективным методом лечения. С целью дальнейшего наблюдения и контроля в послеоперационном периоде в поликлиники по месту жительства в электронном виде отправлялись эпикризы с рекомендациями по ведению данного контингента. Продолжается обследование и анализ состояния пациентов в послеоперационном периоде. С целью уточнения информации в сформированной базе данных производятся периодические повторные запросы информации в районные и городские поликлиники. Мероприятия, проводимые сотрудниками центральной областной клиники, направлены на увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов.

Выводы

1. Оптимизация системы организации помощи пациентам с наличием ВРВПЖ и асцитом на фоне хронических заболеваний печени с портальной гипертензией в УЗ «ГОКБ» способствовала внедрению новых современных, высокотехнологичных и высокоэффективных оперативных методик.
2. Использование телеконсультирования и электронного бюро позволяет планировать время госпитализации указанных групп пациентов и исключает необходимость многочисленных посещений областной консультативной поликлиники и упрощает для пациентов процесс госпитализации.
3. Предложенный алгоритм снижает сроки дооперационного нахождения пациентов в отделении хирургической панкреатологии, гепатологии и трансплантации органов и тканей, повышает оперативную активность хирургического стационара, снижает нагрузку на хирургов на диагностическом этапе, сохраняя качество обследования пациентов.

Literatura

1. Loginov, A. S. Hronicheskie gepatity i cirrozy pecheni / A. S. Loginov, YU. E. Blok – Moskva: Medicina, 1987. – 209 s.
2. Nadinskaja, M. YU. Pechochnaja yencefalopatija. Bolezni pecheni i zhelchevyvodjashih putei. Rukovodstvo dlja vrachej / M. YU. Nadinskaja (pod red. V. T. Ivashkina). – M.: M-Vesti, 2002. – S. 177-189.
3. Okorokov, A. N. Diagnostika boleznei vnutrennih organov: T.1. Diagnostika boleznei organov pishhevarenija / A. N. Okorokov. – M.: Med. lit., 2002. – 560 s.
4. Pechochno-kletochnaja nedostatochnost' / Z. S. Skvor-cova [i dr.] // Gepatologija. – 2003. – № 5. – С. 26-34.
5. Rannjaja diagnostika i lechenie pechenochnoi yencefalopatii u bol'nyh hronicheskimi zabolevanijami pecheni /

Литература

1. Логинов, А. С. Хронические гепатиты и циррозы печени / А. С. Логинов, Ю. Е. Блок – Москва: Медицина, 1987. – 209 с.
2. Надинская, М. Ю. Печеночная энцефалопатия. Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей / М. Ю. Надинская (под ред. В. Т. Ивашкина). – М.: М-Вести, 2002. – С. 177-189.
3. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.1. Диагностика болезней органов пищеварения / А. Н. Окорочков. – М.: Мед. лит., 2002. – 560 с.
4. Печеночно-клеточная недостаточность / З. С. Скворцова [и др.] // Гепатология. – 2003. – № 5. – С. 26-34.
5. Ранняя диагностика и лечение печеночной энцефалопатии у больных хроническими заболеваниями печени /

Л. Ю. Ильченко [и др.] // Гепатология. – 2003. – № 5. – С. 4-9.

6. A prognostic model for predicting survival in cirrhosis with ascites / G. Fernández-Esparrach [et al.] // J Hepatol. – 2001. – Vol. 34, N1. – P. 46-52.

7. Acute kidney injury and acute-on-chronic liver failure classifications in prognosis assessment of patients with acute decompensation of cirrhosis / P. Angeli [et al.] // CANONIC Study Investigators of EASL-CLIF Consortium Gut. – 2015. – Vol. 64, N10. – P. 1616-1622.

8. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors / P. Ginés [et al.] // Hepatology. – 1987. – Vol. 7, N 1. – P. 122-128.

9. Competing risks and prognostic stages of cirrhosis: a 25-year inception cohort study of 494 patients / G. D'Amico [et al.] // Aliment Pharmacol Ther. – 2014. – Vol. 39. – P. 1180-1193.

10. De Franchis, R. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension / R. de Franchis, Baveno VIF. // J Hepatol. – 2015. – Vol. 63. – P. 743-752.

11. Hyperammonaemia causes many of the changes found after portacaval shunting / J. Jessy [et al.] // Biochem J. – 1990. – Vol. 272, N2. – P. 311-317.

12. Pedersen, J.S. Management of cirrhotic ascites / J. S. Pedersen, F. Bendtsen, S. Moller // Ther Adv Chronic Dis. – 2015. – Vol. 6, N3. – P. 124-137.

13. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis / G. Garcia-Tsao [et al.] // Hepatology. – 2007. – Vol. 46. – P. 922-938.

14. Quraishi, M.N. How we manage variceal hemorrhage in cirrhotic patients. Key practical messages from the British Guidelines / M.N. Quraishi, F. Khan, D. Tripathi // Pol Arch Med Wewn. – 2016. – Vol. 126, N3. – P. 174-184.

15. U.K. guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients / D. Tripathi [et al.] // Gut. – 2015. – Vol. 64. – P. 1680-1704.

/ L. YU. Il'chenko [i dr.] // Gepatologija. – 2003. – № 5. – С. 4-9.

6. A prognostic model for predicting survival in cirrhosis with ascites / G. Fernández-Esparrach [et al.] // J Hepatol. – 2001. – Vol. 34, N1. – P. 46-52.

7. Acute kidney injury and acute-on-chronic liver failure classifications in prognosis assessment of patients with acute decompensation of cirrhosis / P. Angeli [et al.] // CANONIC Study Investigators of EASL-CLIF Consortium Gut. – 2015. – Vol. 64, N10. – P. 1616-1622.

8. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors / P. Ginés [et al.] // Hepatology. – 1987. – Vol. 7, N 1. – P. 122-128.

9. Competing risks and prognostic stages of cirrhosis: a 25-year inception cohort study of 494 patients / G. D'Amico [et al.] // Aliment Pharmacol Ther. – 2014. – Vol. 39. – P. 1180-1193.

10. de Franchis, R. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension / R. de Franchis, Baveno VIF. // J Hepatol. – 2015. – Vol. 63. – P. 743-752.

11. Hyperammonaemia causes many of the changes found after portacaval shunting / J. Jessy [et al.] // Biochem J. – 1990. – Vol. 272, N2. – P. 311-317.

12. Pedersen, J.S. Management of cirrhotic ascites / J.S. Pedersen, F. Bendtsen, S. Moller // Ther Adv Chronic Dis. – 2015. – Vol. 6, N3. – P. 124-137.

13. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis / G. Garcia-Tsao [et al.] // Hepatology. – 2007. – Vol. 46. – P. 922-938.

14. Quraishi, M.N. How we manage variceal hemorrhage in cirrhotic patients. Key practical messages from the British Guidelines / M.N. Quraishi, F. Khan, D. Tripathi // Pol Arch Med Wewn. – 2016. – Vol. 126, N3. – P. 174-184.

15. U.K. guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients / D. Tripathi [et al.] // Gut. – 2015. – Vol. 64. – P. 1680-1704.

SURGERY OF PORTAL HYPERTENSION IN THE GRODNO REGION

¹Mahiliavets E. V., ²Petelsky Y. V., ²Strizak A. A., ¹Garelik P. V., ¹Batvinkov N. I.,
¹Yakubcevich R. E., ²Bogdanovich V. C., ²Miclach S. S.,
²Korysheva O. R., ¹Mahiliavets O. N.

¹Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Health Care Institution «Grodno Regional Clinical Hospital», Grodno, Belarus

The effectiveness of institutional arrangements that optimize the system for providing surgical care to patients with chronic liver disease and portal hypertension are analyzed in the article. Organization system care for patients with portal hypertension in Health Care Institution «Grodno Regional Clinical Hospital» contributed to the introduction of modern, high-tech and highly efficient operational procedures, reduce the terms of the preoperative indwelling of patients in surgical departments, increased operational activity of the surgical hospital, reduce the burden on surgeons in the diagnostic phase, maintaining the quality of patient surveys.

Keywords: portal hypertension, bleeding from esophageal varices, ascites, azigoportal disconnection, endoscopic sclerotherapy, transjugular portosystemic shunt.

Поступила: 30.08.2016

Отрецензирована: 02.09.2016