УДК 616.149–008.341.1–008.341.1

Н.Д. Алиев, В.Ш. Атарбаева, Т.В. Попова
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ) - тяжелое заболевание, вызванное кавернозной трансформацией воротной вены и проявляющееся повышением давления в портальной системе. Портальная гипертензия в связи с ростом заболевании печени становится актуальной проблемой. В настоящее время количество больных неуклонно растет, увеличивается частота осложнений данного заболевания. Грозным осложнением портальной гипертензии является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, который в 70-80% приводит к летальному исходу. Кроме того, нередко встречаются такие осложнения, как кровотечение из варикозно расширенных вен прямой кишки, асцит, спленомегалия, энцефалопатия, печеночная недостаточность. Все проводимые консервативные и хирургические методы лечения имеют паллиативный характера: они направлены не на лечение основного заболевания, а на ликвидацию одного из основных симптомов портальной гипертензии — кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка. Единственный радикальный метод лечения гипертензии в системе воротной вены у больных декомпенсированным циррозом печени — её трансплантация. Трансплантация печени в Республике Казахстан находится на начальном этапе развития. В связи с чем, большинство больных нуждается в профилактике осложнений и медицинской реабилитации. Разработка и внедрение алгоритмов по совершенствованию организации медицинской реабилитации больных с портальной гипертензией является необходимой в РК.
Ключевые слова: *портальная гипертензия, хирургия, цирроз печени, синдром.*

Цель исследования: оценить организацию медицинской реабилитации при портальной гипертензии в ЛПО г. Алматы.

Задачи исследования:

1. Изучить программу медицинской реабилитации больных с портальной гипертензией в РК.
2. Оценить эффективность медицинской реабилитации больных с портальной гипертензией (в г.Алматы).
3. Дать оценку качества жизни больных с портальной гипертензией после реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы: Обзор отечественной и зарубежной литературы по реабилитация больных с портальной гипертензией. Изучение мероприятий по организации и проведению медицинской реабилитации больных с портальной гипертензией в РК. Работа с документацией ЛПО г. Алматы (ГП №5, ГП№17, ГП №31) по проведению медицинской реабилитации больных с портальной гипертензией. Анализ полученных данных.

Портальная гипертензия – синдром, развивающийся вследствие нарушения кровотока и повышения кровяного давления в бассейне воротной вены. Портальная гипертензия характеризуется явлениями диспепсии, варикозным расширением вен пищевода и желудка, спленомегалией, асцитом, желудочно-кишечными кровотечениями. В диагностике портальной гипертензии ведущее место занимают рентгеновские методы (рентгенография пищевода и желудка, кавография, портография, мезентерикография, спленопортография, целиакография), чрескожная спленоманометрия, ЭГДС, УЗИ и др. Радикальное лечение портальной гипертензии – оперативное (наложение портокавального анастомоза, селективного спленоренального анастомоза, мезентерико-кавального анастомоза). Портальная гипертензия (ПГ) — один из сложнейших разделов хирургической гастроэнтерологии [1]. В 70-80% наблюдений причиной развития этого тяжелого страдания является цирроз печени (ЦП), заболеваемость которым, по данным мировой статистики, в течение последних десятилетий неуклонно растет [2].

Этиологические факторы, приводящие к развитию портальной гипертензии, многообразны. Ведущей причиной выступает массивное повреждение печеночной паренхимы вследствие заболеваний печени: острых и хронических гепатитов, цирроза, опухолей печени, паразитарных инфекций (шистосоматоза). Портальная гипертензия может развиваться при патологии, обусловленной вне- или внутрипеченочным холестазом, вторичном билиарном циррозе печени, первичном билиарном циррозе печени, опухолях холедоха и печеночного желчного протока, желчнокаменной болезни, раке головки поджелудочной железы, интраоперационном повреждении или перевязке желчных протоков. Определенную роль играет токсическое поражение печени при отравлениях гепатотропными ядами (лекарствами, грибами и др.).

К развитию портальной гипертензии может приводить тромбоз, врожденная атрезия, опухолевое сдавление или стеноз портальной вены; тромбоз печеночных вен при синдроме Бадда-Киари; повышение давления в правых отделах сердца при рестриктивной кардиомиопатии, констриктивном перикардите. В некоторых случаях развитие портальной гипертензии может быть связано с критическими состояниями при операциях, травмах, обширных ожогах, ДВС-синдроме, сепсисе.

Непосредственными разрешающими факторами, дающими толчок к развитию клинической картины портальной гипертензии, нередко выступают инфекции, желудочно-кишечные кровотечения, массивная терапия транквилизаторами, диуретиками, злоупотребление алкоголем, избыток животных белков в пище, операции. Хирургические проблемы у больных ЦП и ПГ, возникают, в основном, тогда, когда появляется угроза кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) [3,4]. В хирургической практике с целью лечения и профилактики этого осложнения используют ряд оперативных вмешательств, спектр которых варьирует от различных видов порто-кавальных сосудистых анастомозов (ПКСА) и прямых вмешательств на ВРВПЖ до малоинвазивных методов, из которых наиболее распространенными являются рентгенэндоваскулярные и эндоскопические способы гемостаза [5,6,7].

Выполнимость хирургического вмешательства, уровень послеоперационных осложнений и летальности, а также, прогноз отдаленных результатов лечения больных ЦП и ПГ не могут на современном этапе полностью удовлетворять клиницистов, работающих в этом направлении. Главным фактором, который необходимо учитывать

при решении этих проблем у больных ЦП и ПГ, является хроническая гепато-целлюлярная недостаточность (ХГЦН). Синдром ХГЦН в значительной мере ограничивает резервные возможности организма и жестко лимитирует число пациентов, которым оказывается возможным проведение хирургических вмешательств. С исходным состоянием печени в значительной мере связан выбор того или иного вида хирургического вмешательства. ХГЦН в наибольшей степени, по сравнению с другими факторами, влияет на развитие послеоперационных осложнений и ближайшие результаты хирургического лечения, а также, определяет прогноз клинического течения заболевания в отдаленном послеоперационном периоде [7-9].

Возможности кардинальной коррекции ХГЦН в значительной мере ограничены. До настоящего времени основным и ведущим методом лечения больных остается поддерживающая терапия, которая включает в себя коррекцию имеющихся нарушений основных видов обмена, проведение специализированной нутритивной поддержки, улучшение функционального состояния печени и других органов и систем [10-12].

В среде клиницистов растет неудовлетворенность результатами лечения этого тяжелого страдания и понимание того, что необходимо менять стратегию лечебного процесса [13].

Являясь радикальным методом лечения больных ЦП с ПГ и ХГЦН, трансплантация печени, по всей видимости, не сможет в ближайшей перспективе кардинально изменить ситуацию, сложившуюся в лечении этого тяжелого страдания, в связи со сложностями, связанными с организацией донорского этапа и рядом других, прежде всего, экономических проблем [14].

Большой интерес вызывает оценка возможности компенсации ХГЦН и улучшения клинического течения заболевания с помощью новых клеточных технологий [15].

Пересадка специализированных соматических клеток от взрослых доноров пока не нашла широкого применения в клинике из-за трудностей, характерных для органной трансплантации: получения качественной донорской ткани, низкой приживляемости и пролиферативной активности гепатоцитов, необходимости проведения иммуносупрессии [16-19].

Теоретически, наиболее полно соответствовать задаче замены и, одновременно, стимуляции обновления специализированных клеток печени с целью компенсации ХГЦН могла бы пересадка фетальных соматических и стволовых клеток печени. В пользу этого свидетельствуют многочисленные экспериментальные исследования [20-21].

Однако в литературе имеются лишь единичные сообщения о клиническом применении трансплантации фетальных клеток (ТФК) у больных с острой печеночной недостаточностью и с наследственными дефектами обмена .

Недостаточно изученной остается оценка эффективности ТФК у больных ЦП и ПГ. Неизвестно, насколько может быть эффективным применение ТФК в зависимости от тяжести течения заболевания и, в связи с этим, возможность использования его в качестве метода предоперационной подготовки. Не изучены вопросы, связанные с влиянием ТФК на результаты хирургического лечения больных ЦП и ПГ.

Несмотря на достаточно большой экспериментальный опыт, остаются неясными механизмы воздействия фетальных клеток на течение патологического процесса в печени, особенно, в отношении их влияния на систему цитокинов и ростовых факторов, играющих исключительно важную, ключевую роль в механизмах повреждения и восстановления печеночной паренхимы [23]. Отсутствие четких рекомендаций, касающихся всей технологии ТФК, путей клеточной трансплантации, показаний и противопоказаний к ее проведению у пациентов ЦП и ПГ диктует необходимость изучения этой проблемы. Решение вышеизложенных проблем может позволить разработать новые научно-обоснованные подходы к лечению больных с ЦП и ПГ, направленные на восстановление функций собственной печени и компенсацию ХГЦН.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аврамов, В.Ю. Предоперационная коррекция белкового состава сыворотки крови больных циррозом печени и портальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 1981.- 31 с.
2 Азатян, К. Д. Трансплантация фетальных клеток при хирургическом лечении больных циррозом печени и портальной гипертензией: дис. ... канд. мед. наук –М., 2004.- 157 с.
3 Берелавичус, В.Ю. Перитонеальный диализ взвесью печеночных клеток в лечении гепато-целлюлярной недостаточности: автореф. дисс. ... канд. мед. наук –М., 1975. - 21 с.
4 Берелавичус, В.Ю. Управляемое лимфодренирование в клинике и эксперименте. - М.: 1983. - 282 с.
5 Гунзынов, Г. Д. Оценка возможностей прогноза ш профилактики послеоперационных осложнений у больных циррозом печени; портальной гипертензией: автореф. Дисс. ... канд. мед. наук — М., 1992. — 16 с.
6 Долидзе, М. А. Результаты сосудистых порто-кавальных анастомозов у больных с портальной гипертензией: дис. ... канд. мед. Наук – М., 1992. - 113 с.
7 Запорожан, В.М. Стволовые клетки. - Одесса: Одесскишмед. университет, 2004. — 121 с.
8 Калита, Н.Я. Результаты шунтирующих операций при циррозе печени // Актуальные вопросы хирургического лечения синдрома -портальной,-гипертензии: материалы Междунар. конф. – СПб.: 1999. - С.-42-43.
9 Кассиль, В.Л. Полиорганная недостаточность // Проблемы гематологии. - 1995. - №2. - С. 45-50.
10 10Кириченко, И.П. Сорбционные методы детоксикации в хирургическом лечении печеночной недостаточности: автореф. дисс. ... канд. мед наук — М., 1984. - 18 с.
11 Киценко, Е.А. Результаты прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени // Анн. хир. гепатол. - 2000. – Т.5., № 2. - С. 235-240.
12 Константинов, Б.А. Трансплантация печени в России: проблемы, перспективы ближайшего десятилетия // Анн. хир. гепатол. - 1998. — Т.3., №2. - С. 119-121.
13 Копатикова, И.И. Использование пептидов донорской печени и селезенки для коррекции восстановительных процессов в пораженной печени: автореф. дисс. ... канд. Биолог. Наук – М., 1999. - 30 с.

14 Коркотян, А.Г. Коррекция белковой недостаточности в пред- и послеоперационном периодах у ' больных циррозом печени и портальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. мед. Наук – М., 1999. - 25 с.
15 Коркотян, А. Г. Коррекция белковой недостаточности в пред- и послеоперационном периодах у больных циррозом печени и портальной-гипертензией: дис. ... канд. мед. наук — М., 1999. — 140 с.
16 Крель, П. Е. Общие принципы лечения больных хроническими заболеваниями печени // Практическая гепатология. - М.: 2004. – С. 294-298.
17 Крель, П. Е. Современная терапия хронических вирусных поражений печени // Практическая гепатология. - М.: 2004. – С. 96-103.
18 Кузин, Г.А. Коррекция гомеостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных портальной гипертензией: дис. ... канд. мед. наук – М., 1987. - 182 с.
19 Лебезев, В. М. Порто-кавальное (шунтирование у больных с портальной гипертензией: дис. ... д-р. мед. Наук – М., 1994. - 213 с.
20 Лепехова, С. А. Ксенотрансплантация криоконсервированной культуры эмбриональных клеток печени в коррекции острой печеночной недостаточности: дис. ... канд. Биолог. наук —М., 1998. - 128 с.
21 Лесовик, В. С. Эндоскопическое склерозирование вен пищевода и желудка при портальной гипертензии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. - №2. – С. 56-67.

Н.Д. Алиев, В.Ш. Атарбаева, Т.В. Попова
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

ПОРТАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУДЫҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Түйін: Егер қақпа венасы арқылы қан ағымының өтуі бұзылса, қан жүрекке басқа қантамырлар арқылы қайтуы тиіс, көбінесе, асқазан, өңеш және ішек веналары арқылы. Өтетін қанның көлемі артқандықтан, бұл тамырлар ісініп, кеңейеді. Бұл веналардың варикоздық кеңеюі. Бұл тамырлардың қабырғалары жұқарған және жеңіл жарылуы мүмкін, себебі, олар қандағы биік қысымға бейімделмеген. Мұндай тамырлардан қан кетуі күрделі болуы, тіпті, өлім-жітімге апаруы мүмкін. Қақпа вена жүйесінде қан ағымы бұзылуынан уыттар бауырда жойылмайды, демек, организмде қалады.
Түйінді сөздер: портальды гипертензия, хирургия, бауыр циррозы, белгілері.

N. Aliev, V. Atarbaeva, T. Popova
Kazakhstan's Medical University "KSPH"

EFFECTIVENESS OF ORGANIZATION OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

Resume: Bypass surgery is used as a surgical method of treatment. In this case, surgical intervention consists in creating a shunt (by-pass) in the area between the portal system and the venous system. Due to this action, a reduction in pressure in the portal is ensured, because in the common venous system it is an order of magnitude lower. The shunting method is the most applicable in practice, but there are a number of other operational methods that also show themselves with a fairly effective side.
Keywords: portal hypertension, surgery, cirrhosis, syndrome.