

УДК 616.33: 616.14 – 089.819.1

ЧЕРЕЗШКІРНА ЧЕРЕЗПЕЧІНКОВА РЕТРОГРАДНА ПОРТОГРАФІЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**Ковач В.В., Уваров П.В., Шніцер Р.І.***Ужгородський національний університет, кафедра госпітальної хірургії, м. Ужгород***Ключові слова:** цироз печінки, варикозно розширені вени стравоходу, портальна гіпертензія, черезшкірна черезпечінкова портографія

Вступ. В більшості випадків незадовільні результати лікування хворих на цироз печінки (ЦП) зумовлені пізньою діагностикою захворювання, в період, коли вже виникають патологічні зміни. Синдром портальної гіпертензії (ПГ) являється постійним супутником ЦП і може бути різного ступеню – в залежності від об'єму ураження та порушення печінкової мікроциркуляції.

Завдяки сучасним дослідженням ПГ є поліорганним захворюванням, що характеризується стиким порушенням як спланхнічного, так і системного кровообігу, які призводять до формування коллатеральної портосистемної мережі. Розвиток ускладнень ПГ частіше свідчить про перехід захворювання у стадію декомпенсації, для якої характерно поєднання варикозно розширених вен

(ВРВ) стравоходу з епізодами кровотеч або без них, спленомегалія, портосистемна енцефалопатія, жовтяниця, асцит.

Враховуючи, що понад 70% пацієнтів помирають безпосередньо від ускладнень ПГ у вигляді стравохідно-шлункових кровотеч, хірургами продовжуються пошуки оптимальних методів лікування, зупинки та профілактики кровотеч з ВРВ стравоходу.

Рентгенконтрасне дослідження судин ворітної системи при ПГ вперше виконано в 1945 році Вlakemore та Lord, які ввели контрастну речовину (діотраст) в коронарну вену шлунка і отримали зображення на рентгенівському знімку [1].

На даний момент описані різні методики і комплекси методів рентгенологічного обстеження хворих з ПГ на висоті кровотеч та без них, як в

доопераційний період, так і під час операції. Не судячи детально про позитивні та негативні сторони кожного методу, треба відмітити, що деякі з них неможливо виконати із-за проведених раніше оперативних втручань або тромбозу судин портальної системи, а інші потребують спеціального рентгеновського обладнання або введення великої кількості контрастної речовини. Окрім цього, ці обстеження дають в основному уяву про стан внутрішньопечінкової архітекτονіки, причому судинний малюнок печінки, діафрагми та других вен накладаються на малюнок судин шлунка, що затруднює диференціювання вен стравоходу та шлунка, гастрозофагального шляху скидування крові.

З літературних джерел достовірно відомо про значення, яке під час кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунка відіграє ліва шлункова вена, яка приймає кров з вен абдомінальної частини стравоходу, кардіальної частини, дна та тіла, верхньої частини пілоричного відділу шлунка.

У випадку підвищення тиску в портальній системі ліва шлункова вена та її притоки здатні розширятися, стаючи донорськими по відношенню до ВРВ стравоходу та шлунка, підтримуючи високий тиск в цих венах і сприяючи кровотечі з них [2].

Матеріали та методи. Для вивчення варіантів впадіння лівої шлункової вени в портальну, а також для відпрацювання методики черезшкірної черезпечінкової портографії (ЧЧП) нами на 32 трупах виконано ЧЧП. Серед 32 померлих – 16 померли від кровотеч з ВРВ стравоходу та шлунка, 16 – від наростаючих явищ енцефалопатії на фоні декомпенсованого ЦП.

Дослідження проводили рентгенографічним апаратом АРМАН при напрузі струму 70 кВ і

потужності 10-25 мА/с, на фокусній відстані 40 см з експозицією 3-4с.

В 8 випадках використовували методику (Biermann) черезшкірної черезпечінкової ретроградної портографії. Точка вколу обирається на передній черевній стінці на 1-2см нижче і на 3-5см правіше від мечевидного відростку. Довгою голкою (не менше 15см) черезшкірно пунктуємо праву долю печінки під кутом близько 60° до поверхні тіла і під кутом 20-30° до сагітальної площини, проведену через середню лінію [1]. На глибині 7-12 см проколюють одну з великих гілок ворітної вени. Отримавши в шприці кров, вводили дилатційний коронарний катетер діаметром 5мм на глибину до 5см. Через катетер вводили барія сульфат, розмішаний до суспензії на лужній мінеральній воді "Лужанська №2" в кількості 120-150мл, після чого виконували один знімок на стандартній рентгеновській плівці 30x40см.

В інших восьми випадках, пункцію виконували в VIII міжребір'ї по середній аксілярній лінії в перпендикулярному напрямку до куполу правої доли печінки на глибину 4-6см. При появі крові в шприці, останній відокремлюють, через просвіт голки проводять провідник, на котрий нанизують катетер і проводять рентгенологічне дослідження [3, 4].

Результати досліджень та їх обговорення. При оцінці результатів дослідження ми виявили різні варіанти впадіння лівої шлункової вени (Табл.1), причому практично у всіх померлих з явищами ПГ ліва шлункова вена була завжди присутня і збільшена в розмірах, що є яскравим свідченням її донорства по відношенню до ВРВ стравоходу та шлунка. При введенні контрасту в ворітну вену ліва шлункова вена та вени кардіальної частини стравоходу та шлунка чітко контрастувалися.

Таблиця 1

Варіанти впадіння лівої шлункової вени в систему ворітної вени

Локалізація впадіння	Кількість випадків	%
Впадає в середню третину ворітної вени	7	21.9
Впадає в ворітну вену в місці біфуркації	3	9.4
Впадає в селезінкову вену	7	21.9
Впадає в ворітну вену в місці впадіння селезінкової вени	14	43.75
Ліва шлункова вена відсутня	1	3.13
Всього:	32	100

З 32 портографій ліва шлункова вена впадала в портальну та селезінкову вени під різними кутами від 45° до 180°. Діаметр лівої шлункової вени коливався в межах 5-15 мм. Діаметр ворітної вени – від 15 до 24мм, діаметр селезінкової вени – від 10 до 17мм.

При пункції через передню черевну стінку інтрагепатальної гілки ворітної вени влучити з першої спроби вдалося тільки в трьох випадках. В інших чотирьох потрібно було робити від трьох до семи спроб.

При міжреберному доступі до інтрагепатальної гілки ворітної вени з першої спроби вдалося влучити в семи випадках.

Виходячи з отриманих результатів, можна стверджувати, що ліва шлункова вена, як правило, приймає участь у формуванні ВРВ стравоходу та шлунка і є донорською по відношенню цих вен. В залежності від місця її впадіння повинна змінюватись тактика хірурга по відношенню вибору та об'єму оперативного втручання.

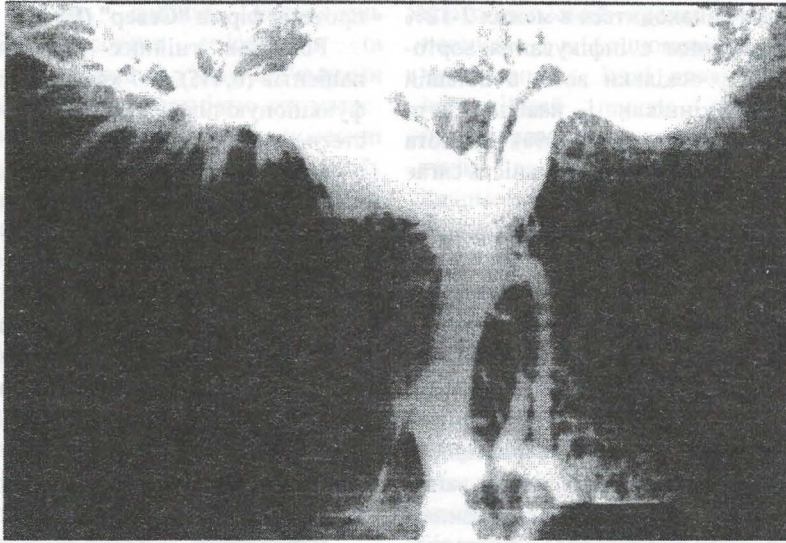


Рис. 1. Черезшкірна черезпечінкова ретроградна портографія. Розширена ліва шлункова вена впадає в кут, утворений селезінковою та ворітною венами

Висновки. Ліва шлункова вена має різні варіанти впадіння в портальну систему, в 43.75% впадає в місці співгірла з селезінковою веною.

Кращим доступом для черезшкірної

черезпечінкової портографії є міжреберний доступ, котрий в 87.5% випадків дозволяє влучити в інтрагепатальну венозну гілку з першої спроби.

ЛІТЕРАТУРА

1. Махов Н.Н., Эндер А.А. Рентгенархитектоника воротной системы при портальной гипертензии /Атлас/. – М.: Медицина, 1973. – 127с.
2. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В., Болдижар О.О., Чаварга М.І., Раммаль А.Х. Лікування портальної гіпертензії у хворих цирозом печінки.-Ужгород, 1999. - 126 с.
3. Савельев В.С., Трегубовский В.И., Капралов С.А. Чрескожная чреспеченочная портография в диагностике новообразований органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. // Вестн. рентген. и радиол. – 1987. – №5. – С.32-37.
4. Цацаниди К.Н., Матинян Н.С. Диагностические и лечебные пункции очаговых и полостных образований. – М.: Апр-Арт, 1996 – С.95.

SUMMARY

PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC RETROGRADE PORTOGRAPHY IN EXPERIMENT

Kovach V.V., Uvarov P.V., Shnitzer R.I.

In present study the data on analysis of a percutaneous transhepatic selective catheterization of the left gastric vein, anatomical topography of the left gastric vein, its involvement in a donation of the variceally expanded veins of an esophagus and stomach are shown. On 32 corpses the portography was executed. It was detected, that in portal hypertension the vessels of portal system are considerably expanded (portal, splenic, left gastric vein), an angle and place of a lockin of the left gastric vein in portal and splenic vein hardly vary. The purpose of study was the definition of anatomical accommodation and angle of lockin of the left gastric vein significance for surgical treatment of a portal hypertension, and also it's involvement in a donation to the variceally expanded veins of an esophagus and stomach.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, variceally expanded veins of an esophagus, percutaneous tanshepatic portography