

УДК 616. 381-003.217-089.819.82:616-007.43

МЕТОДИКА ПАРАЦЕНТЕЗА БОЛЬНЫХ С ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ НА ФОНЕ РЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Р.А. Султангазиев

Представлен новый, доступный и малоинвазивный способ лечения пупочной грыжи и асцитического синдрома.

Ключевые слова: портальная гипертензия; асцит; пупочная грыжа; методика.

PARACENTESIS METHOD FOR TREATING PATIENTS WITH UMBILICAL HERNIA ASSOCIATED WITH RESISTANT ASCITIC SYNDROME

R.A. Sultangaziev

The article presents a new, affordable and minimally invasive method to treat an umbilical hernia and ascetic syndrome.

Key words: portal hypertension; ascites; umbilical hernia; the method.

Актуальность. В клинической практике мы часто встречаем больных с резистентным асцитическим синдромом, обусловленным циррозом печени, у которых нередко развивается грыжевое выпячивание в области пупка. Согласно классификации Чайлд-Пью, данные больные относятся к группе “С”, т. е. больные циррозом печени в стадии декомпенсации [1–3]. К сожалению, различные виды оперативного вмешательства им не показаны, что связано с выраженными необратимыми морфофункциональными изменениями со стороны печени и сопутствующими осложнениями, вызванными основным диагнозом [4, 5]. Больным с резистентным асцитом, которым ранее производилась лапаротомия, производить парацентез представляется очень опасным вследствие угрозы повреждения стенки кишечника и развития перитонита.

Цель исследования – оптимизация методики парацентеза и лечения асцита у больных с сопутствующей пупочной грыжей, обусловленной асцитическим синдромом.

Задача исследования:

1. Определить показания к парацентезу у больных с сопутствующей пупочной грыжей, обусловленной асцитическим синдромом.
2. Разработать наиболее безопасный и эффективный способ парацентеза для нивелирования симптомов затруднения дыхания, болевого

синдрома и дискомфорта у больных с портальной гипертензией.

Материалы и методы. В нашем материале предложен способ парацентеза, который был внедрен в клиническую практику в клинике И.К. Ахунбаева, в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии НГ МЗ КР с 2006 г. Предложенный метод парацентеза внедрен в клиническую практику отделения гастроэнтерологии и отделение терапии ИОВ НГ КР.

Всем больным при исследовании применяли стандартные методы исследования: общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, печеночные тесты, АСТ, АЛТ, почечные тесты, общий белок с белковыми фракциями, электролиты сыворотки крови, глюкоза крови, определение маркеров вирусного гепатита, общий анализ мочи, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и ультразвуковая доплерография сосудов портальной системы и почек, ЭГДС.

Показанием к парацентезу пупка явилось:

1. Диуретикорезистентный асцит.
2. Лапаротомия в анамнезе.
3. Затрудненное дыхание вследствие высокого стояния диафрагмы.
4. Содержимое пупка свободно вправляется в брюшную полость, пальпаторно, без особых усилий.

5. При УЗ исследовании отсутствие петель кишечника в грыжевом мешке.

Способ парацентеза пупка при портальной гипертензии оформлен как изобретение с получением приоритетного свидетельства Кыргызпатента в (соавторстве) № 1312 от 30 ноября 2010 г.

Способ парацентеза пупочной грыжи при резистентном асците, обусловленном портальной гипертензией, осуществляется следующим образом: больному придается положение на спине, пупок обрабатывается трехкратно антисептическим раствором. Латерально от пупка на 1,5 см производится местная инфильтрационная анестезия кожи и подкожной клетчатки 10 мл 2%-ного раствора лидокаина. Через иглу 25 калибра пропускают проволочный проводник (леска из подключичного катетера). По ходу лески в полость пупка вводится подключичный катетер. После удаления проводника через катетер начинает поступать асцитическая жидкость. Подключичный катетер удлиняется одноразовой системой для переливания крови и кровезаменителей, последняя осуществляет дозированный отток асцитической жидкости из брюшной полости (рисунок 1). Подключичный катетер и система для переливания крови фиксируется к коже лейкопластырем.

Пример: Больная К. 1953 г.р., поступила в отделение 14.06.2009 г. с диагнозом – Цирроз печени в стадии декомпенсации. Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода II–III ст. Диуретикорезистентный асцит. Спленомегалия. Кесарево сечение в анамнезе. Жалобы при поступлении на наличие асцитической жидкости в брюшной полости, распирающие боли в правом и левом подреберье со снижением объема суточной мочи, общую слабость.

Объективно: кожные покровы бледноватые. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в объеме за счет асцита, пупок выбухает в виде грыжевого выпячивания размером 9,0×10,0 см, мягкий безболезненный. **Лабораторно:** ОАК; эритроциты $4,0 \times 10^{12/l}$, гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $3,3^{9/l}$, АсТ – 0,26, АлТ – 0,30 мккат/л, общий билирубин – 20,5 ммоль/л, прямой – н/о, непрямой – 20,5 ммоль/л. **Маркеры вирусного гепатита** – гепатит “С” положительный. **УЗИ:** печень поджата к диафрагме, эхоструктура неоднородна, мелкозернистая, повышенной эхоплотности, холедох 3,0 мм в диаметре. Портальная вена – 15 мм в диаметре. Желчный пузырь 68×25 мм, содержимое гомогенное, стенка желчного пузыря утолщена до 8 мм. Селезенка увеличена 170×80 мм. В брюшной полости и области пупка свободная жидкость, наличие петель кишечника в грыжевом мешке не



Рисунок 1 – Парацентез пупочной грыжи при резистентном асците, обусловленном портальной гипертензией

обнаружено. **ЭГДС:** Варикозное расширение вен пищевода II–III ст.

Из-за неэффективности проводимой консервативной терапии и нарастания асцитического синдрома больной выполнен парацентез в амбулаторных условиях по вышеописанной методике. Дробное выпускание асцитической жидкости от 2-х до 3-х литров в сутки производилось под контролем лечащего врача.

Результаты обсуждения. В основном все больные с пупочной грыжей, обусловленной диуретикорезистентным асцитическим синдромом, направлялись из терапевтических отделений Национального госпиталя МЗ КР (отделение гастроэнтерологии, отделение терапии ИОВ). По вызову к некоторым больным из-за неэффективности консервативной терапии и по тяжести состояние больных парацентез выполнялся в условиях палаты. Вышеописанная методика не является радикальным методом лечения диуретикорезистентного асцита, она считается паллиативной и служит дополнительным и вспомогательным методом к консервативной и базисной терапии асцитического синдрома. Ниже представлены положительные стороны методики парацентеза:

1. Малотравматичность, нет необходимости рассекать кожу скальпелем.
2. Почти все расходные материалы имеются в продаже в аптеках в стерильных упаковках, т. е. нет необходимости стерилизации инструментария.
3. Подключичный катетер фиксируется к коже лейкопластырем, его можно менять и нет необходимости прошивания кожи лигатурой.

4. Подключичный катетер можно держать до получения клинического эффекта от консервативной терапии, т. е. до 14 дней.
5. При удалении катетера остается отверстие маленького диаметра 3 мм, которое обрабатывается спиртовым раствором и заклеивается лейкопластырем (при стандартной методике парацентеза, выполняемой троакаром, кожа прошивается лигатурой и завязывается в узлы, при этом асцитическая жидкость может протекать между швами или же швы прорезываются).
6. Подключичный катетер тонкий, относительно эластичный, в связи с чем уже с первой минуты после парацентеза больные не ограничены в активных действиях, для этого в системе для переливания используется кран-регулятор.
7. Из-за простоты предложенной методики парацентеза ее можно выполнить в амбулаторных и домашних условиях.

По нашим наблюдениям, при сочетании консервативной терапии парацентезом у многих больных на некоторое время наступала ремиссия заболевания, которая проявлялась увеличением объема суточного диуреза и уменьшением накопления асцитической жидкости. Для больных с циррозом печени в стадии декомпенсации, портальной гипертензией с диуретикорезистентным асцитом любая манипуляция, приносящая улучшение качества жизни больных, считается достоверно оправданной.

Выводы

1. Предложенная методика парацентеза малотравматична по сравнению с применением троакара.
2. Эвакуировать асцитическую жидкость можно небольшими дозами и длительно, что оптималь-

но для проведения одномоментной коррекции белкового баланса.

3. Все, что необходимо для процедуры парацентеза, можно приобрести в аптеке в стерильных, одноразовых упаковках по доступной цене, нет необходимости в стерилизации инструментария.
4. Процедуру парацентеза можно выполнить и в амбулаторных условиях, что исключает необходимость иметь специализированное помещение и особое оснащение.
5. За счет малоинвазивности данной методики, нивелируется риск инфицирования асцитической жидкости и развития асцит-перитонита

Литература

1. Береснев А.В. Хирургическая тактика при циррозе печени / А.В. Береснев, П.Н. Назаренко // Клиническая хирургия. 1981. № 9. С. 35–37.
2. Зубарев П.Н. Хирургические методы лечения портальной гипертензии в условиях асцита (к 100-летию создания Н.В. Экков первого в мире портокавального анастомоза) / П.Н. Зубарев // Вестн. хирургии. 1978. Т. 120. № 5. С. 130–136.
3. Foncalssrud E., Linde L., Longmire V. Portal hypertension from idiopathic vena cava obstruction // J. A. M. A. 1986. Vol. 196. P. 196–199.
4. Ерамишанцев А.К. Переоценка взглядов на сосудистые портокавальные анастомозы в хирургии портальной гипертензии / А.К. Ерамишанцев, В.М. Лебезев, А.Г. Щерцингер и др. // Хирургия. 1991. № 6. С. 78–82.
5. Bismuth H., Franco D., Herr J. Portal-systemic in hepatic cirrhosis: Does the type of shunt decisively influence the clinical result // Ann. Surg. 1980. Vol. 192. P. 18.