

УДК 616.149.66=008.331.1=072.1

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВИДЕОРЕВИЗИЯ С БИОПСИЕЙ  
В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*Р.А. Султангазиев, Д.Н. Нурманбетов, Ж.С. Садырбеков*

Приводятся результаты диагностической лапароскопической видеоревизии с биопсией у больных портальной гипертензией.

*Ключевые слова:* портальная гипертензия (ПГ); гастроэзофагеальное кровотечение (ГЭК); цирроз печени (ЦП); варикозно расширенные вены пищевода и желудка (ВРВП и Ж); портокавальное шунтирование (ПКШ).

**LAPAROSCOPY WITH BIOPSY  
IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PORTAL HYPERTENSION**

*R.A. Sultangaziev, D.N. Nurmanbetov, Zh.S. Sadyrbekov*

The article presents the results of diagnostic laparoscopy with biopsy in patients with portal hypertension.

*Key words:* portal hypertension; gastroesophageal bleeding; liver cirrhosis; varicosity of the esophagus and stomach; porto-caval bypass.

**Актуальность.** В связи с неуклонным ростом в структуре заболеваемости больных с диффузными и очаговыми поражениями печени (портальная гипертензия с асцитическим синдромом, желтухой, а также ростом фтизиатрической и онкологической патологий) перед врачами на всех уровнях медицинского звена поставлена сложная задача в плане диагностики и дифференциальной диагностики [1–3]. На сегодняшний день выполняются множество лабораторных и инструментальных исследований, но при сложных ситуациях в плане ведения и лечения таких больных необходимо прибегнуть к малоинвазивным методам диагностики, а именно: лапароскопической видеоревизии органов брюшной полости с биопсией, что дает ответы на многие вопросы [4, 5].

Цель исследования – оптимизация дифференциальной диагностики при портальной гипертензии.

Задачи исследования – оценить эффективность лапароскопической видеоревизии с биопсией органов брюшной полости в дифференциальной диагностике портальной гипертензии.

**Материал и методы.** В нашем исследовании представлены 40 больных с портальной гипертензией, которые были направлены из различных учреждений г. Бишкек для уточнения диагноза и определения тактики лечения. Всем больным проводилась лапароскопическая видеоревизия с биопсией органов брюшной полости. Исследования проводились на кафедре госпитальной хирургии Кыргызско-Российского Славянского университета и в отделении общей хирургии ЛОО УД-ПиП КР за период с 2009 по 2013 г.

Как видно из таблицы 1, основной контингент больных составили пациенты от 20 до 60 лет, т. е. люди работоспособного возраста. При обследо-

Таблица 1 – Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст больных, лет						Итого
	До 20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	
Мужчины	3	2	2	6	10	4	27
Женщины	1	2	2	3	3	2	13
Всего	4	4	4	9	13	6	40

нии всех больных были применены стандартные методы – общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, общий анализ мочи, печеночные и почечные тесты, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, общий белок с белковыми фракциями, свертывающая система крови, маркеры вирусного гепатита (которые зачастую неспецифичны и не отражают суть настоящего заболевания [6, 7] и иногда бывают в пределах допустимых показателей, вводя специалистов в заблуждение). За последние годы с развитием лабораторной диагностики стали определять онкологические маркеры: альфа-фетопроtein в сыворотке крови (АФП), СА 19-9 (желудок), СА 125Ag (яичник, печень, поджелудочная железа), раковый эмбриональный антиген (РЭА). Также проводятся УЗИ брюшной полости, УЗДГ сосудов портальной системы с определением объема и скорости кровотока, ЭГДС, рентгенография грудной клетки, ЭКГ. Для определения стадии фиброза печени по классификации METAVIR, применяется фибросканирование печени (эластометрия). Все предложенные методы исследования не дают исчерпывающие ответы на все вопросы.

**Результаты и обсуждение.** Основными жалобами больных явились распирающие и тупые боли в животе, наличие желтухи отмечено у 2, а у 10 больных отмечался субфебрилитет. В полученных результатах лабораторных исследований отмечалось незначительное повышение реакций СОЭ, количества тромбоцитов, печеночных тестов, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, общего белка с белковыми фракциями, свертывающей системы крови, почечных тестов были не специфичны для конкретной нозологии, маркеры хронического вирусного гепатита ВГС положительны только у одного пациента. У 28 больных при УЗИ органов брюшной полости выявлено наличие асцитической жидкости в брюшной полости, а диаметр портальной вены колебался от 10 до 12 мм в диаметре, т. е. был в пределах нормы. Не у всех исследуемых на УЗИ были выявлены признаки гепатоспленомегалии. Наличие варикозно расширенных вен пищевода и желудка при фиброэзофагогастродуоденоскопии обнаружено у 3 больных. На ЭКГ признаки нагрузки правого отдела сердца не отмечены. У 5 больных, направленных из Национального центра фтизиатрии Кыргызской Республики, на рентгенографии органов грудной клетки патологических изменений со стороны органов грудной клетки не выявлено, соответственно трехкратный анализ мокроты на наличие бациллы Коха был отрицательным. Из 5 больных при лапароскопической видеоревизии органов брюшной полости у 3 обнаружены белесоватые просовидные высыпания по всей

поверхности париетальной брюшины и на стенках кишечника, т. е. имеется туберкулезное поражение органов брюшной полости, что подтверждено исследованием асцитической жидкости на наличие бациллы Коха и биопсийного материала гистологически соответственно. Особенностью туберкулезного поражения органов брюшной полости явился мощный спаечный процесс между стенками кишечника и париетальной брюшиной, а также печени с диафрагмой в виде спаечных швартов толщиной до 0,5 см с белым оттенком. У одного больного установлено цирротическое поражение печени, т. е. печень была сморщенной и поджатой к диафрагме, а поверхность крупнобугристая с узлами-регенератами с наличием асцитической жидкости в брюшной полости. Еще у одного пациента при гистологическом исследовании биоптата подтвержден канцероматоз органов брюшной полости.

У женщины, направленной из Кыргызского научного центра гематологии с диагнозом “Анемия неясной этиологии”, при лапароскопической видеоревизии установлено цирротическое поражение печени, которое было подтверждено гистологическим исследованием биопсийного материала. У больной, направленной из Научно-исследовательского института хирургии сердца и трансплантологии органов с диагнозом “Констриктивный перикардит, панцирное сердце”, при лапароскопической видеоревизии установлено цирротическое поражение печени, подтвержденное гистологическим исследованием биопсийного материала. Стоит отметить, что у этого пациента при эластометрии печени установлен F4 по METAVIR. Из 13 больных, направленных из отделения гастроэнтерологии и отделения терапии ИОВ Национального госпиталя Кыргызской Республики, гистологически туберкулезное поражение органов брюшной полости установлено у 5 больных, и только в 2 случаях подтверждено цирротическое поражение печени. В одном случае при попытке введения CO<sub>2</sub> в брюшную полость в двух местах, прокола стенка кишечника, манипуляция была остановлена из-за выраженного спаечного процесса в брюшной полости. На следующий день в местах прокола повязка пропиталась тонкокишечным содержимым, больной взят экстренно в операционную. Произведена лапаротомия, но из-за выраженного спаечного процесса весь кишечник представлен в виде единого конгломерата, ревизировать брюшную полость не представлялось возможным, дефект стенки кишечника ушит, клинический диагноз остался невыясненным.

У двух больных, переведенных из приемного отделения, предварительно выпущено из

брюшной полости около 8 литров асцитической жидкости с геморрагическим оттенком, при видеоревизии обнаружено канцероматозное поражение органов брюшной полости, подтвержденное гистологически. Пациенты были направлены в специализированные учреждения. Из 6 пациентов, направленных из НЦОиР МЗ КР, у трех лапароскопически установлен цирроз печени, а у 4-го гистологически подтвержден канцероматоз брюшной полости. 5-й пациент направлен с диагнозом “Цирроз печени с асцитическим синдромом”, но на фиброскане в печени фиброз не обнаружен. При диагностической лапароскопии в брюшной полости установлен асцит-перитонит, т. е. асцитическая жидкость мутная с грязно-желтым оттенком, печень без очагов обычного цвета. Произведена конверсия, при ревизии брюшной полости корень брыжейки поперечно-ободочной кишки и тонкого кишечника инфильтрированы. После мобилизации желудочно-ободочной связки, произведена пальпация поджелудочной железы. Пальпаторно тело и хвост поджелудочной железы хрящеподобной консистенции, железа неподвижная, взята биопсия. Результат гистологического исследования – умеренно дифференцированная аденокарцинома поджелудочной железы. У 6-го пациента установлен диагноз “Цирроз. Рак печени с геморрагической асцитической жидкостью”. Еще у одного пациента с асцитическим синдромом, сопровождающимся выраженным болевым синдромом в брюшной полости, при диагностической лапароскопии обнаружен асцит-перитонит на фоне острого панкреатита с хроническим гепатитом.

После соответствующей медикаментозной терапии пациент выписался с улучшением.

Оценивая результаты вышеизложенного материала, мы пришли к следующим выводам:

1. Когда все методы неинвазивной диагностики портальной гипертензии исчерпали свою возможность, а диагноз остается неясным, необходимо применить лапароскопический метод диагностики.

2. Лапароскопический метод дифференциальной диагностики позволит визуально осмотреть органы брюшной полости, взять биоптат из органов, чтобы гистологически верифицировать нозологию.

3. После полной верификации формы портальной гипертензии врачу легче проводить патогенетически обоснованную терапию или операцию.

#### *Литература*

1. *Гаврюшов В.В.* Специальные методы исследования в диагностике некоторых заболеваний печени и синдрома портальной гипертензии: дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Гаврюшов. М., 1969. 285 с.
2. *Лыткин М.И.* Идиопатическая портальная гипертензия / М.И. Лыткин, П.Н. Зубарев, С.А. Калашников // Вестник хирургии. 2001. Т. 160. № 1. С. 101–105.
3. *Auvert I., Farge C.* Results éloignés de la chirurgie de l'hypertension portale // Rev. Intern. Hepatol. 1964. Vol. 3. P. 222–39.
4. *Гальперин Э.И.* Опыт диагностики и лечения портальной гипертензии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Э.И. Гальперин. М., 1959. 16 с.
5. *Hashimoto N., Ashida H.* Analysis of postoperative pancreatitis in DSS with SPD // Hepatogastroenterology. 2001. Vol. 48. N 39. P. 872–4.