

УДК 616.149-008.341.1-005.1

*В. А. Кащенко, Д. В. Распереза, П. Ю. Щербаков, Е. Ю. Калинин, В. В. Сенько***КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)***Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России, Санкт-Петербург*

Лечение кровотечений портального генеза представляет одну из наиболее актуальных проблем современной хирургии. В настоящее время наблюдается тенденция к значительному росту заболеваемости циррозом печени — одной из наиболее частых причин портальной гипертензии. Соответственно с этим возрастает и частота осложнений, среди которых на первом плане находятся кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Плохая переносимость больными циррозом печени травматичных вмешательств всегда диктовала необходимость поиска, совершенствования и рационального сочетания малоинвазивных операций. Миниагрессивность стала основным вектором эволюции современной методологии не только в гепатологии, но и во всей хирургии. В Санкт-Петербурге это направление развития было задано трудами ведущего отечественного специалиста Борисова А. Е. и его учеников [1–3].

В эволюции лечебной тактики при острых пищеводно-желудочных кровотечениях портального генеза в стационарах Санкт-Петербурга можно выделить несколько периодов. Первый из них основывался на совершенствовании консервативной терапии, включающей использование зонда-обтуратора. Показания к операции устанавливали дифференцированно в зависимости от совокупного клинического риска операции и состояния гемостаза. Большое практическое значение имел выбор вида операции. Вмешательство по экстренным показаниям направлено на остановку кровотечения, спасение жизни больного и не должно быть продолжительным и травматичным. Таким условиям отвечала гастротомия с прошиванием вен пищевода и кардиального отдела желудка (операция Таннера-Пациоры). Однако «профилактический потенциал» этой категории вмешательств очень низкий: у большинства больных возникал рецидив кровотечения.

Немаловажное значение имеет продолжительность периода до принятия решения об операции. При ранних операциях увеличивается вероятность, что многие больные будут оперированы «не по показаниям», когда остановка кровотечения и спасение жизни могут быть обеспечены консервативными мероприятиями. При отсроченных операциях вмешательство выполняется в условиях прогрессирующей печеночной недостаточности, что определяет еще большую послеоперационную летальность.

В дальнейшем представлялось, что совершенствованием прогностических критериев удастся оптимизировать отбор больных для хирургического лечения. Ведущая прогностическая роль в оценке выживаемости больных принадлежит критериям функционального резерва печени Child-Pugh [4]. В свою очередь развитие рецидива кровотечения является ведущим фактором риска летального исхода. Таким образом,

чем более выражена функциональная декомпенсация, тем больше риск рецидива кровотечения и тем выше потребность в оперативном лечении. Но уменьшение функционального резерва — главный критерий риска операции! Классическая дилемма экстренной хирургии желудочно-кишечных кровотечений «риск операции или риск рецидива» применительно к портальной гипертензии явилась «непреодолимым форпостом», удерживающим летальность вне зависимости от соотношения объемов консервативного и оперативного лечения на уровне свыше 50 %. Снизить этот показатель удавалось только отбором для определенного вида лечения более компенсированных больных. Например, в начале освоения методики эндоскопической склеротерапии результаты «отсроченного» лечения оказались лучше, чем при экстренных вмешательствах. В действительности до отсроченного лечения доживали наиболее компенсированные больные, обладающие наименьшим совокупным риском рецидива кровотечения. Ошибок методологического характера, по-видимому, не удалось избежать и сторонникам изолированных эндоваскулярных вмешательств. Эти процедуры выполняются при определенных критериях отбора только в специализированных гепатологических клиниках. Например, относительным противопоказанием к процедуре перкутанной транспеченочной облитерации вен желудка является выраженный асцитический синдром и уменьшение размеров печени — т. е. два значимых показателя, ассоциированных с функциональным резервом печени.

К 1995 г. стало необходимо качественно изменить всю тактику лечения острых пищеводно-желудочных кровотечений портального генеза, которая должна базироваться на прогнозе и профилактике осложнений портальной гипертензии, а также комплексном применении современных малоинвазивных технологий. Данная тактическая концепция основывалась на понятии «идеального вмешательства» на высоте варикозного кровотечения, признаками которого являлись: высокая эффективность в остановке варикозного кровотечения, профилактическое воздействие в отношении рецидивов варикозного кровотечения, малоинвазивность (вмешательство должно быть переносимо, в том числе больными функциональной группы Child-Pugh C), а также наличие прогностических критериев, позволяющих поставить показания к более радикальному методу до развития рецидива кровотечения.

Первоначально, в рамках «пилотных» исследований осуществлялись попытки использования эндоваскулярных вмешательств. Эти процедуры получили признание высокоэффективных методов этапной коррекции асцитического и цитопенического синдромов при циррозе печени, а также комплексного лечения гепатоцеллюлярной карциномы, что нашло отражение в диссертационных работах Ибадильдина А. С. (1994) и Рыжкова В. К. (2000) [5, 6]. Дать адекватный анализ эффективности этой категории вмешательств в аспекте проблемы кровотечений портального генеза представлялось одной из наиболее трудных задач: выбор и последовательность вмешательств не были стандартизированы по группам показаний с учетом современных лечебных алгоритмов. В качестве вмешательств ««первой линии»» при варикозном кровотечении эндоваскулярные процедуры не отвечали предъявляемым требованиям. Более того, если программу начинали с эндоваскулярного вмешательства, выявляли тенденцию к увеличению риска кровотечения. Особенно тревожным явилось изменение структуры источников послеоперационных кровотечений — преобладание прогностически менее благоприятных варикозных геморрагий из вен кардиального отдела желудка. Анализ темпов увеличения спонтанных портосистемных коллатералей вследствие эндоваскулярных вмешательств позволил предположить их влияние на усилении портосистемного шунтирования. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка, являясь одним из путей

коллатерального оттока, также «испытывают влияние» эндоваскулярных вмешательств. Поэтому проведение внутрисосудистых лечебных процедур противопоказано до ликвидации эндоскопических факторов риска кровотечения. У больных с низким риском варикозного кровотечения увеличение портосистемного коллатерального кровообращения не увеличивает вероятность геморрагии, а напротив, имеет определенный портосистемный эффект [7]. Таким образом, эндоваскулярные вмешательства обладают определенным влиянием на реконструкцию висцеральной гемодинамики, но клинический результат действия этого потенциала определяется построением этапной лечебной программы, а именно выбором вмешательства «первого уровня». Динамический ультразвуковой мониторинг портосистемных коллатералей и клиническая оценка течения заболевания позволили высказать предположение о целесообразности использования вмешательств, усиливающих развитие коллатерального кровообращения после устранения эндоскопических факторов риска кровотечения [8].

Всесторонний анализ различных методов малоинвазивной хирургии привел к заключению, что именно эндоскопические технологии наиболее полно отвечают требованиям, предъявляемым к вмешательству «первой линии» при кровотечении из пищеодно-желудочных вариксов. Современная лечебная эндоскопия представлена эндоскопической склеротерапией, лигированием и введением полимеризующихся клеевых композиций.

Роль современных эндоскопических вмешательств при кровотечениях портального генеза рассматривается шире, чем при кровотечениях другой этиологии. Остановка острого кровотечения является не конечной целью вмешательства, а одним из важнейших компонентов лечебной программы. Главная стратегическая цель эндоскопического лечения — достижение эффекта эрадикации варикозного расширения вен пищевода и желудка. Отклонение от этого обязательного условия нивелирует все достижения современных эндоскопических технологий, приравнивая их к методам достижения временного гемостаза.

Эволюция эндоскопической картины после лигирования отличается от таковой после склеротерапии как по темпам развития, так и по характеру изменений. С использованием сеансов эндоскопического лигирования удается быстрее добиться положительной динамики эндоскопических факторов риска кровотечения. Поэтому в настоящее время в большинстве клиник именно эндоскопическое лигирование признано в качестве «золотого стандарта первой линии» при кровотечениях портального генеза.

Эндоскопическая склеротерапия и лигирование на высоте кровотечения технически более сложное вмешательство, чем при их выполнении в плановом порядке. Кажущимся компромиссом является отсроченное использование эндоскопических вмешательств. В соответствии с данным подходом в качестве методов «первой линии» используют баллонную тампонаду и фармакотерапию, а эндоскопическое лечение начинают через 7–10 дней после коррекции постгеморрагических нарушений. Против этого ошибочного суждения свидетельствуют результаты оценки частоты рецидивов и летальности в группе сравнения. В течении первых 7 дней рецидив кровотечения развился у 62,2 % больных, 50 % из которых погибли. Следовательно, около трети больных (31,1 %) больных не доживает до начала отсроченного эндоскопического лечения. За 7 дней консервативного наблюдения погибает в 2 раза больше больных, чем за весь период госпитализации при раннем эндоскопическом лечении (31,1 % против 15,4 %). Другая треть пациентов к моменту начала предполагаемого отсроченного лечения имеет худший функциональный резерв по сравнению со статусом на момент поступления и более двух недавних кровотечений в анамнезе. И только одна треть пациентов отчасти оправдывает надежды сторонников отсроченного эндоскопического

лечения на незначительное улучшение функции печени. Последняя группа — это наиболее компенсированные больные, у которых нет оснований откладывать начало эндоскопического лечения. Таким образом, отсроченное эндоскопическое лечение приблизительно для $\frac{2}{3}$ больных имеет явные недостатки и для $\frac{1}{3}$ больных не имеет особых преимуществ [9].

Внедрение эндоскопических технологий в клиническую практику в качестве метода «первой линии» произвело революционный переворот в лечении варикозных кровотечений. По сравнению с традиционной тактикой, основанной на использовании баллонной тампонады вен пищевода и консервативной терапии, применение экстренных эндоскопических вмешательств позволило увеличить частоту остановки варикозного кровотечения в стационаре в 2,7 раза, уменьшить число больных с рецидивом кровотечения в 3,4 раза, уменьшить госпитальную летальность в 3,4 раза. Преимущества предложенной тактики подтверждались при отдельном расчете показателей в различных функциональных группах [9]. В отличие от эндоскопических вмешательств, изолированное использование фармакотерапии не решает проблему лечения острых варикозных кровотечений. Общим недостатком использования фармакотерапии без эндоскопического лечения является частое возобновление кровотечения после ее отмены, наблюдаемое более, чем в 50 % случаев. Однако назначение октреотида или сандостатина в дозе до 400 мкг/сут адьювантно к эндоскопической программе не сопровождалось достоверным снижением показателей рецидива кровотечения и летальности [9].

Сложным проблемой является выбор метода лечения при неэффективности эндоскопического лечения. Одиночный рецидив кровотечения не является обязательным показанием к более радикальным вмешательствам. Основное значение имеет оценка динамики факторов риска кровотечения. Если же кровотечение рецидивирует при сохраняющихся неблагоприятных клинико-эндоскопических критериях прогноза, то необходимо ставить показания к использованию методов лечения «второй линии».

Среди оперативных вмешательств, выполняемых по экстренным показаниям, бесспорными преимуществами обладает эндоваскулярная процедура внутривенного портосистемного шунтирования (TIPS) [10]. Сочетание малоинвазивности, определяющей минимальную оперативную летальность, и адекватной портальной декомпрессии позволяют считать процедуру TIPS методом выбора у больных, резистентных к экстренному эндоскопическому лечению. Технический успех вмешательства достигает высоких значений. Наибольшее число осложнений отмечено среди пациентов класса Child-Pugh C и при наличии асцита. Наблюдение за внутривенными шунтами с регулярными интервалами является мерой своевременного распознавания процесса стенозирования, обусловленного развитием гиперплазии и разрастанием элементов печеночной ткани. Обнаружение сниженной скорости кровотока через шунт дает основание для выполнения венографии с целью изучения морфологической картины анстомоза, характера кровотока и изменения градиента давления. Баллонная дилатация суженного участка шунта в большинстве случаев дает хороший клинический результат и повторная установка стента требуется редко.

У больных функциональной группы Child-Pugh A и B продолжает оставаться актуальным хирургический способ портосистемного шунтирования в различных модификациях. Основная тенденция развития гепатохирургии связана с использованием принципов дозированной декомпрессии, которые были заложены благодаря трудам Лыткина М. И и Ерюхина И. А. [11, 12]. Специалисты стремятся найти баланс между необходимостью портальной декомпрессии и важностью поддержания портальной

печеночной перфузии. У больных функционального класса Child-Pugh A методом выбора является формирование селективного дистального спленоренального анастомоза. При невозможности выполнить данный вид шунтирования производится любой вид парциальной портальной декомпрессии. У пациентов класса Child-Pugh B при наличии асцитического синдрома предпочтение отдается парциальным анастомозам (спленоренальный «бок в бок», мезентерикокавальный, H-образные анастомозы). У больных функциональной группы Child-Pugh B без асцитического синдрома целесообразно основываться на результатах оценки портального кровотока. При удовлетворительных показателях портального кровотока обосновано проведение селективного шунтирования, а при его снижении — парциальной портальной декомпрессии [13, 14]. У больных функциональной группы Child-Pugh C, резистентных к эндоскопическому лечению, методом выбора является процедура TIPS.

Таким образом, этапное использование эндоскопических и эндоваскулярных технологий и традиционных методов селективной и парциальной портальной декомпрессии позволяет улучшить результаты лечения варикозного пищевода-желудочного кровотечения.

В заключение, уместно отметить мнение Rikkers L. F. (1998) — одного из наиболее авторитетных специалистов в хирургии портальной гипертензии [15]. В развитии проблемы кровотечений портального генеза в Европе и США можно выделить 4 эры, каждая из которых характеризуется внедрением нового метода, качественно улучшившего результаты лечения этой тяжелой категории больных. С 1981 г. началась вторая эра повсеместного внедрения эндоскопических технологий, с 1985 г. — третья эра широкого использования трансплантации печени и с 1993 г. — четвертая эра применения процедуры TIPS. Переход от одного периода к другому характеризовался отбором для хирургического лечения более компенсированных больных ($p=0,001$) и более редким использованием экстренных вмешательств ($p=0,002$), а также достоверным уменьшением частоты развития и выраженности портосистемной энцефалопатии ($p=0,015$) и увеличением выживаемости ($p=0,012$). Аналогичные тенденции в эволюции хирургической методологии отмечает ведущий российский специалист по проблемам портальной гипертензии Ерамишанцев А. К. [16]. Автор подчеркивает преимущества использования портосистемного шунтирования только у пациентов функциональной группы Child-Pugh A. В настоящее время отечественная хирургия вступила в эру современных эндоскопических и эндоваскулярных технологий. Дальнейший рост экономики страны позволит более широко внедрить процедуру TIPS и трансплантацию печени в клинику.

Summary

Kashchenko V. A., Raspereza D. V., Shcherbacov P. Yu., Kalinin E. Yu., Senko V. V. Variceal bleeding: the past and present state (Literature Review).

In the last decade endoscopic band ligation and sclerotherapy has replaced balloon tamponade as the first line option for the acute variceal bleeding and became a new nonsurgical standard in this situation. Transjugular intrahepatic portosystemic stent shunt is an option for refractory bleeding. A review of the literature and also the description of our personal experience with treating bleeding esophageal varices are presented.

Key words: variceal bleeding, portal hypertension, band ligation, sclerotherapy, portosystemic shunt.

Литература

1. Борисов А. Е. О целесообразности редукции артериального кровотока в печени при поздних стадиях цирроза // Клиническая хирургия. 1983. № 9. С. 50–51.
2. Борисов А. Е. Обоснование методов эндоваскулярной хирургии печени: Дис... д-ра мед. наук. Л., 1985. 495 с.

3. *Борисов А. Е., Кузьмин-Крутецкий М. И., Кащенко В. А. и др.* Кровотечения портального генеза. Вопросы диагностической и лечебной эндоскопии. СПб., 2001. 128 с.
4. *Child C. G., Turcotte J. G.* The liver and portal hypertension // In Child C.G. et al. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1964. 231 p.
5. *Ибадильдин А. С.* Клиническое значение полисиндромности при циррозе печени и современные подходы к ее хирургическому лечению Автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб. 1994. 43 с.
6. *Рыжков В. К.* Малоинвазивные внутрисосудистые вмешательства в лечении цирроза печени: Дис. ... докт. мед. наук. СПб. 2000. 280 с.
7. *Алентьев С. А.* Состояние регионарного кровообращения до и после хирургического лечения портальной гипертензии: Дис... канд. мед. наук. СПб. 1997. 173 с.
8. *Кащенко В. А.* Факторы риска развития варикозного кровотечения после сочетанной эмболизации печеночной и селезеночной артерии при циррозе печени // Вестник Санкт-Петербургской государственной академии им. И. И. Мечникова. 2002. № 3. С. 58–61.
9. *Кащенко В. А.* Кровотечения портального генеза (прогноз, профилактика, лечение): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб. 2003. 32 с.
10. *Рыжков В. К.* Малоинвазивные внутрисосудистые вмешательства в лечении цирроза печени: Дис. ... докт. мед. наук. СПб. 2000. 280 с.
11. *Лыткин М. И., Ерюхин И. А., Диденко В. М.* Отдаленные результаты лечения пациентов с портальной гипертензией, осложненной гастроэзофагеальными кровотечениями // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1984. Т. 133. № 12. С. 11–15.
12. *Ерюхин И. А., Силин В. А., Сухов В. К.* Изменения гемодинамики в нижней полой вене у больных портальной гипертензией // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1971. Том 107. № 9. С. 42–46.
13. *Котив Б. Н.* Хирургическая профилактика и лечение пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии: Автореф. дисс ... докт. мед. наук. СПб. 1998. 32 с.
14. *Котив Б. Н., Диденко В. М., Хохлов А. В. и др.* Спиралевидный аутовенозный мезентерико-кавальный шунт при синдроме портальной гипертензии // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1998. № 2. С. 29–33.
15. *Rikkers L. F.* The changing spectrum of treatment for variceal bleeding // Ann. Surg. 1998. Vol. 228. № 4. P. 536–546.
16. *Ерашманцев А. К.* Прошлое и настоящее хирургии портальной гипертензии: взгляд на проблему // Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. 2001. № 5. С. 20–26.