

УДК 616.149-008.341.1-089

© С. Н. КОЗЛОВ

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца

Актуальные вопросы лечения больных с портальной гипертензией в условиях специализированного центра

S. N. KOZLOV

National Medical University by A. A. Bohomolets

URGENT ISSUES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION IN THE CONDITIONS OF SPECIALIZED CENTRE

Проанализированы 330 случаев госпитализации больных в центре оказания неотложной помощи больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями с диагнозом склероза печени, фиброза печени, их комбинации, цирроза печени. Произведён анализ количества госпитализаций и результатов лечения в течение нескольких лет. Резервом улучшения результатов лечения пациентов с диффузными заболеваниями печени в сложившихся социально-экономических условиях в Украине считаем широкое применение минимальноинвазивных, эндоскопических и эндоваскулярных технологий для коррекции портальной гипертензии и вторичной профилактики варикозных кровотечений.

There were analyzed 330 cases of hospitalization in the center of the emergency care of patients with acute gastrointestinal bleeding diagnosed with sclerosis of the liver, liver fibrosis, a combination thereof, cirrhosis of the liver. The analysis of the quality and outcomes of hospitalization for several years was done. Reserve for improving the results of treatment of patients with diffuse liver disease in the prevailing socio-economic conditions in Ukraine find wide application of minimally invasive, endoscopic and endovascular techniques for the correction of portal hypertension and secondary prevention of variceal bleeding.

Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций. Развитие синдрома портальной гипертензии является ключевым патогенетическим моментом. Данный синдром обуславливает развитие ряда жизнеугрожающих осложнений, наиболее опасным из которых, без сомнения, является пищеводно-желудочное кровотечение из гастроэзофагеальных вариксов. Лечение цирроза печени и его осложнений по-прежнему представляется актуальной медицинской и социально-экономической проблемой. В Украине до 70 % летальных исходов при неонкологических заболеваниях органов пищеварения обусловлено именно циррозом печени [1, 2]. Абсолютное количество летальных исходов в 2008 г. составило 23 700, что в два раза превышает количество умерших от ВИЧ или туберкулеза, в 10 раз – умерших от сахарного диабета. Для сравнения, в том же 2008 г. совокупно, от рака желудка (10 700) и колоректального рака (13 300), умерли 24 000 пациентов. Средняя продолжительность жизни после первого эпизода варикозного кровотечения составляет 19 мес. [6]. По данным разных авторов, смертность у боль-

ных циррозом при пищеводно-желудочных кровотечениях составляет не менее 30 % и достигает 60–70 %.

Цель работы: изучить показатели госпитализации и результаты лечения пациентов с диффузными заболеваниями печени, осложненными портальной гипертензией, в условиях специализированного центра.

Материалы и методы. Проанализированы 330 случаев госпитализации больных в центре оказания неотложной помощи больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями (12 КГКБ г. Киева) с диагнозом К.74.1 – К74.6 (склероз печени, фиброз печени, их комбинация, цирроз печени). Разработанная на кафедре хирургии № 3 база данных больных (элемент госпитальной информационной системы) позволила проанализировать количество госпитализаций и результаты лечения в течение нескольких лет.

Результаты исследований и их обсуждение. Доля летальных исходов вследствие цирроза

печени и других диффузных заболеваний печени в структуре общегоспитальной летальности достигает 12 %. В условиях работы специализированного центра не удается в течение предшествующего 5-летнего периода снизить данный показатель ниже уровня в 33–34 % (при расчете по госпитализациям) и 39–40 % (по физическим лицам, с учетом повторной госпитализации). Госпитальная летальность при циррозе печени без пищеводного кровотечения – 19 %. То есть эпизод геморрагии более чем в 2 раза ухудшает показатели выживаемости у больных с заболеванием печени. До 60 % пациентов, переживших эпизод кровотечения, госпитализируются повторно в течение года.

Обсуждение. В клинической практике ведения пациентов с осложненной кровотечением портальной гипертензией сложился ряд стереотипов, которые, на наш взгляд, могут быть пересмотрены. Некоторые из них приводим ниже с нашими комментариями.

1. Варикозное пищеводно-желудочное кровотечение – признак запущенного заболевания печени, как правило, стадия “С”.

Ответ. По данным нашего центра, до 50 % пациентов с впервые возникшим варикозным кровотечением при вычислении по системе Чайлд-Пью-Тюркотт имеют стадию “А”, до 15 % от общего числа пациентов признаки портальной гипертензии и ее осложнения в виде кровотечения обусловлены подпеченочным блоком в системе воротной вены при практически интактной печени. Больным с варикозными кровотечениями в стадии “А” и “В” вполне реально проводить эффективную терапию и вторичную профилактику геморрагий на основе комплексной терапии с использованием эндоскопических, эндоваскулярных технологий и медикаментозных средств.

2. Существуют более эффективные и доступные методы первичной остановки кровотечения, чем установка зонда Блекмора-Сенгстакена.

Ответ. Исходя из опыта нашего центра, эта наиболее надежная и легко повторяемая методика позволяет в 95–100 % остановить пищеводное и в 80 % – желудочное варикозное кровотечение. Установка зонда на сутки позволяет выиграть время для разработки дальнейшей тактики лечения пациента. В последующем возможно использование зонда для контроля с возобновлением компрессии (при необходимости) манжеток без извлечения до 48–72 ч. Считаем данный вариант менее травматичным, чем повторная его установка в случае рецидива.

3. При лечении варикозного кровотечения нет необходимости применять антибиотики.

Ответ. Антибиотикотерапия существенно повышает шансы пациента на выживаемость за счет снижения активации и транслокации кишечной флоры, что снижает микробную и метаболическую нагрузку на иммунную систему и гепатоциты [5]. В ряде европейских стран принята в качестве стандарта лечения. Возможные препараты: защищенные цефтриаксоны, фторхинолоны, с осторожностью – в комбинации с имидазолами.

4. Эндоскопическая терапия варикозных вен является основным методом вторичной профилактики кровотечений.

Ответ. Широко используемые в настоящее время эндоскопическая склеротерапия (ЭСТ) и эндоскопическое лигирование (ЭЛ) не приводят к снижению портального давления, а, по данным некоторых авторов, даже повышают его в первые 7 суток после выполнения процедуры – это в большей степени касается ЭСТ [5]. Необдуманное применение этих методик при гастроэзофагеальных вариксах второго типа по Sarin [4] или изолированных вариксах желудка может привести к декомпенсации центральной гемодинамики или неуправляемому кровотечению. По рекомендации AASLD [5], эндоскопическая склеротерапия не должна рассматриваться в качестве средства вторичной профилактики варикозного кровотечения.

5. Инфузионная терапия при варикозных пищеводно-желудочных кровотечениях не отличается от других видов кровотечений в просвет желудочно-кишечного тракта.

Ответ. В последнее время все чаще появляются сообщения о необходимости проводить ограниченную (рестриктивную) инфузионную терапию, поскольку изначально у этих пациентов сформировался гипердинамический тип гемодинамики со снижением периферического сопротивления и увеличенным объемом ОЦК. Использование стандартных схем инфузионной терапии, как правило, завершается рецидивом профузного кровотечения в первые 48 ч и летальным исходом. Так называемая “проблема первых 48 ч” – больному при поступлении устанавливается зонд Блекмора и одновременно проводится стандартная “агрессивная” инфузионная терапия с ориентацией на ЦВД и АД. Переполнение сосудистого русла неизбежно приводит к портальному кризу и рецидиву после снятия компрессии или удаления зонда, что и происходит обычно через 36–48 ч. Особое внимание следует уделить качественному составу программ инфузионной терапии: малообоснованно с точки зрения патофизиологии, применение физиологического раствора в качестве основного средства восстановления ОЦК, весьма нежелательны препара-

ты гипертонического раствора NaCl для быстрой стабилизации артериального давления, соды из-за избыточного поступления ионов натрия, ретенции жидкости и переполнения сосудистого русла.

6. Наиболее эффективным способом снижения избыточного портального давления в настоящий момент являются трансплантация печени, ТИПС или наложение портосистемного анастомоза.

Резервом улучшения результатов лечения пациентов с диффузными заболеваниями печени в сложившихся социально-экономических условиях в Украине, на наш взгляд, является широкое применение миниинвазивных, эндоскопических и эндоваскулярных технологий для коррекции портальной гипертензии и вторичной профилактики варикозных кровотечений.

В качестве ответа приводим следующее клиническое наблюдение.

Пациент М. в возрасте 56 лет доставлялся в клинику центра 5 раз по поводу варикозного кровотечения из вен пищевода и кардиального отдела желудка с марта 2009 по январь 2010 г. В клинике диагностирован цирроз печени алиментарного генеза с явлениями рефрактерного асцита. Промежутки между эпизодами кровотечения составляли от 1,5 до 2,5 мес. Общее количество перелитой эритроцитарной массы – 1200 мл, СЗНП – 2050 мл. При каждой госпитализации выполнялись 1–2 сеанса эндоскопической склеротерапии пищеводных вариксов – всего 9 сеансов.

После 5-й госпитализации решено изменить подход и, отказавшись от акцента на эндоскопической терапии в плане вторичной профилактики кровотечения, предпринять коррекцию портального давления методом интервенционной радиологии. Пациент оперирован 26/01/2010, выполнена эндоваскулярная редукция кровотока селезеночной артерии и левой желудочной артерии методом хронической эмболизации спиралью Гиантурко [7].

Период наблюдения составил 3 года (на январь 2013 г.), эпизодов кровотечения не было, явления асцита полностью купированы (по данным УЗИ). Спустя 1 год после эмболизации пациенту выполнено плановое оперативное лечение в связи с пупочной грыжей в виде аллопластики с перевязкой пупочной вены. При вскрытии грыжевого мешка жидкости в брюшной полости также не обнаружено. По данным многократных ультразвуковых доплерографических исследований, объемная скорость кровотока селезеночной вены уменьшилась в 3 раза. Объем селезенки уменьшился в 1,5 раза с 1400 см³ (до операции) до 975 см³ спустя 36 мес. Количество тромбоцитов в течение одного года после операции составляло 220–170 тыс. в мкл, спустя 3 года – 120 тыс. в мкл. Динамика функционального состояния печени по шкале Ch-P-T – стадия “В”, 8 баллов до операции, спустя 3 года – стадия “А”, 5 баллов, по шкале MELD [3] – 11,40 до операции – спустя 3 года – 5,68 (риск летального исхода в течение 3-х месяцев менее 4 %). Пациент через полгода после операции вернулся на прежнее рабочее место, работает водителем, строгой диеты не придерживается.

Выводы. 1. Применение усовершенствованных протоколов оказания медицинской помощи на основе эндоваскулярных хирургических вмешательств является резервом улучшения результатов лечения больных с осложненной портальной гипертензией.

2. Коррекция портального кровотока позволяет проводить эффективную вторичную профилактику у больных, переживших эпизод варикозного кровотечения.

3. Применение эндоваскулярных технологий редукции портального кровотока является безопасным подходом, значительно улучшающим качество жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. United Nations Population Division. World Population Prospects – the 2008 revision. New York: United Nations, 2009.
2. Sensitivity and uncertainty analyses for burden of disease and risk factor estimates. In: A. D. Lopez, C. D. Mathers, M. Ezzati, C. J. L. Murray, D. T. Jamison, eds. / C. D. Mathers, J. A. Salomon, M. Ezzati [et al.] / Global burden of disease and risk factors. New York, OUP, 2006. – P. 399–426.
3. Russel Wiesner H. MELD and PELD: Application of Survival Models to Liver Allocation Liver Transplantation / H. Russel Wiesner // 2001. – Vol. 7. – No 7. – P. 567–580.
4. Sarin S. K. Gastric varices: profile, classification, and management / S. K. Sarin, A. Kumar // Am. J. Gastroenterol. –

1989. – Vol. 84, No10. – P. 1244–1253.
5. AASLD PRACTICE GUIDELINES. Prevention and Management of Gastroesophageal Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis / G. Garcia-Tsao, J. Sanyal Arun, D. Grace Norman [et al.] // Hepatology. – 2007 – Vol. 46, № 3. – P. 922–938.
6. Predictors of morbidity and mortality after the first episode of upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis / J. A. del Olmo, A. Pena, M. A. Serra [et al.] // J. Hepatol. – 2000 – Vol. 32 – P. 19–24.
7. Wallace S. Therapeutic Vascular Occlusion Utilizing Steel Coil Technique: Clinical Applications / S. Wallace, C. Gianturco, J. H. Anderson // Am. J. Roentgenol. – 1976 – Vol. 127 – P. 381–387.

Получено 24.04.13