

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОРТАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (МАЛОИНВАЗИВНАЯ ЭТАПНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ)

А. Г. Бебуришвили, С. В. Михин, П. В. Мозговой, В. В. Мандриков, В. И. Кондаков

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии ФУВ
и с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФУВ*

Проанализированы результаты лечения 141 пациента с внепеченочной портальной гипертензией и циррозом печени класса Child-Pugh B и C. Для коррекции портальной гипертензии были использованы малоинвазивные технологии в моноварианте (65 наблюдений) либо комбинированно (76 случаев).

Ключевые слова: портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода, пищеводное кровотечение.

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF PORTAL BLEEDING (MINIMALLY INVASIVE LANDMARK SURGICAL CORRECTION)

A. G. Beburishvili, S. V. Mikhin, P. V. Mozgovoy, V. V. Mandrikov, V. I. Kondakov

Results of treatment of 141 patients with extra hepatic portal hypertension and liver cirrhosis class Child-Pugh B and C were analysed. For correction of portal hypertension we used minimally invasive technologies in monooption (65 supervision) or in combination (76 cases).

Key words: portal hypertension, esophageal varicose veins dilatation, esophageal bleeding.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить результаты лечения больных с кровотечением и высоким риском возникновения геморрагии из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) при портальной гипертензии (ПГ) путем комплексного этапного применения малоинвазивных хирургических методов коррекции.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ результатов обследования и малоинвазивного хирургического лечения 141 больного с ПГ с 2004 по 2012 гг. Преобладали пациенты с циррозом печени (ЦП) — 124 (87,9%), подпеченочный блок выявили в 17 (12,1%) наблюдениях. Средний возраст пациентов составил (40,7 ± 2,6) лет: с ЦП — (49,5 ± 2,7) лет, с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) — (31,9 ± 2,4) лет. При поступлении больных ЦП 104 (83,9%) были отнесены к функциональному классу Child-Pugh C, 20 (16,1%) — к классу Child-Pugh B. В анамнезе у 82 (66,1%) пациентов ЦП был вирусный гепатит, 26 (21,0%) — злоупотребляли алкоголем, у 16 (12,9%) — этиологический фактор не установлен. Согласно классификации ВРВП по А. Г. Щерцингеру (1986) II степень выявлена у 37 (26,2%) пациентов с ПГ, III — у 104 (73,8%). На основании показателей клеточного состава крови у 117 (82,9%) пациентов выявлены различные виды цитопенического синдрома. Спленомегалию диагностировали у 117 (86,1%) из 136 больных с ПГ (у 5 пациентов с ВПГ ранее выполнена спленэктомия). Асцитический синдром (АС) регистрировали у 92 (65,2%). Преобладали пациенты с ЦП — 89 (96,7%).

Показаниями к малоинвазивной хирургической коррекции считаем: 1. Первичную профилактику пи-

щеводного кровотечения (ПК) при клинико-эндоскопических признаках угрозы возникновения первого эпизода геморрагии. 2. Вторичную профилактику ПК у пациентов, перенесших в анамнезе кровотечения без клинико-лабораторных симптомов на момент выполнения манипуляций. 3. Состоявшееся ПК, остановленное консервативно. 4. Продолжающееся ПК.

С 2004 г. с целью профилактики и лечения ПК из ВРВП у пациентов с ВПГ и ЦП категории Child-Pugh B и C в качестве самостоятельного метода или последовательно в различных комбинациях использовали эндоскопическое лигирование (ЭЛ). До 2008 г.а 65 (46,1%) больным ЭЛ выполнили в моноварианте. С 2008 г. по разработанной методике последовательно применили различные малоинвазивные хирургические технологии у 76 (53,9%) пациентов. ЭЛ ВРВП дополнили лапароскопической диссекцией венечной вены желудка (ЛДВВЖ) в 52 наблюдениях, рентгеноэндоваскулярной эмболизацией селезеночной артерии (ЭСА) — в 66, лимфовенозным анастомозом (ЛВА) — в 22 случаях.

Используя многозарядные одноразовые лигаторы «Wilson-Cook» MBL-10-F 141 больному выполнили 301 сеанс эндоскопического лечения. Среднее количество сеансов, выполненных одному пациенту, составило 1,9 ± 0,4. В зависимости от необходимости накладывали от 1 до 10 (6,2 ± 1,9) лигатур за процедуру. В 59 (41,9%) наблюдениях первый сеанс выполнили в срочном порядке, в 82 (58,1%) — в плановом. Разделяем мнение А. Г. Щерцингера, что выполнение ЭЛ в экстренных случаях без предварительного достижения временного гемостаза постановкой зонда-обтуратора Сенгстакена-Блекмора в большинстве случаев может закончиться неудачей [2]. При продолжающемся и со-

стоявшемся ПК основной целью стартового сеанса у тяжелых пациентов с нестабильными показателями витальных функций было достижение гемостаза, а не эрадикации ВРВП. Летальность в раннем послеоперационном периоде при профилактическом ЭЛ ВРВП составила 2,4 % ($n = 2$), у больных с продолжающимся и состоявшимся кровотечением — 16,9 % ($n = 10$).

С 2008 г. у 52 (68,4 %) из 76 пациентов с ПГ, осложненной ВРВП, в комплексном малоинвазивном хирургическом лечении применили ЛДВВЖ для разобщения порто-азиатического шунта с целью профилактики ПК. Средняя продолжительность операции — (46 ± 17) мин, средний объем кровопотери — (255 ± 121) мл. Интраоперационных осложнений не было. В 12 (23,1 %) наблюдениях по данным ЭГДС кроме ВРВП и в кардиальном отделе желудка выявили варикозно трансформированные вены. Выполнение ЭЛ ВРВЖ считается в настоящее время операцией не только сомнительно эффективной, но и опасной по ряду причин, в том числе из-за соскальзывания лигатур, образования язвенных дефектов с профузным кровотечением [1]. Поэтому началом курса комбинированного малоинвазивного лечения у этих больных являлась ЛДВВЖ. Через 1 месяц на контрольной ЭГДС в 9 (75 %) наблюдениях выявили регресс, в 3 (25 %) — эрадикацию ВРВЖ, что позволило использовать в качестве следующего этапа курс ЭЛ ВРВП. Среди пациентов, которым выполнили ЛДВВЖ, в раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было.

С 2009 г. применили ЭСА у 66 (86,8 %) из 76 пациентов. ЭСА выполняли для снижения портального давления путем уменьшения притока артериальной крови в бассейн воротной вены, а также для коррекции гиперспленизма. Общее количество выполненных ЭСА составило 83. У 53 (80,3 %) пациентов ее выполнили однократно, у 9 (13,6 %) — дважды, у 4 (6,1 %) — трижды. В качестве эмболизирующего агента применяли металлические спирали «Gianturco» и «Tornado» («Cook»). Для достижения результата во время одной процедуры использовали от 2 до 7 $(3,2 \pm 0,8)$ конструкций. Универсальным критерием оценки эффективности являлись данные УЗИ. Контрольное исследование проводили на 2, 7 и 21 сутки. Выделили наиболее важные в клиническом аспекте результаты:

1) Все показатели линейной скорости кровотока (ЛСК) в воротной вене в группе ЦП ($n = 58$) после операции достоверно ($p < 0,05$) снизились: V_{\max} на 23,4 % [с $(15,8 \pm 1,1)$ до $(12,1 \pm 1,2)$ см/с], V_{\min} — 30,6 % [с $(9,8 \pm 0,5)$ до $(6,8 \pm 0,4)$ см/с], V_{med} — 32,1 % [с $(12,8 \pm 1,3)$ до $(8,7 \pm 0,6)$ см/с].

2) Объемная скорость кровотока (ОСК) по воротной вене у больных с ЦП ($n = 58$) после операции достоверно снизилась с $(603,7 \pm 39,1)$ до $(447,6 \pm 23,9)$ мл/мин ($p < 0,05$) на 25,9 %, в сравнении с нормативными показателями $(756,8 \pm 42,6)$ мл/мин на 40,9 % ($p < 0,05$).

3) Показатели ЛСК в селезеночной артерии у всех 66 больных с ПГ достоверно снизились ($p < 0,05$).

В группе ЦП уровень параметров в сравнении с исходными составил 42,5—51,6 %, при ВПГ — 40,1—50,7 %.

4) ОСК в селезеночной артерии также достоверно уменьшилась ($p < 0,05$) у пациентов обеих групп. В группе ЦП на 51,3 % [с $(702,3 \pm 41,4)$ до $(341,9 \pm 26,2)$ мл/мин] и стала меньше нормы на 9,7 %. В группе ВПГ — на 20,4 % [с $(392,2 \pm 27,2)$ до $(312,2 \pm 23,7)$ мл/мин] и стала меньше нормативных на 17,5 %.

5) По общей печеночной артерии объем протекающей крови у пациентов с ЦП ($n = 58$) достоверно ($p < 0,05$) увеличился на 38,9 % [с $(387,4 \pm 18,5)$ до $(538,4 \pm 26,4)$ мл/мин] и стал практически равным контрольному $(543,2 \pm 33,5)$ мл/мин. Такая динамика указывает на улучшение прямой артериальной перфузии печени после ЭСА.

Результаты исследований периферической крови больных на 7 и 21 сутки после ЭСА показали статистически достоверное ($p < 0,05$) увеличение количества тромбоцитов у пациентов ЦП ($n = 58$) на 75,3 %, у ВПГ ($n = 8$) на 39,5 % в сравнении с исходным. Количество лейкоцитов у больных ЦП увеличилось на 58,3 %, с ВПГ — на 39,5 %. Показатели эритроцитов не претерпели изменений.

В 14 (16,9 %) из 83 выполненных ЭСА через 3 суток после операции при УЗИ выявили формирование зон ишемии селезенки в одном из полюсов, с последующим их рубцеванием.

С 2004 г. в 22 наблюдениях ЛВА являлся одним из этапов малоинвазивного хирургического лечения больных ЦП с ВРВП. Операцию выполняли с целью снижения портально-лимфатической гипертензии при наличии диуретикорезистентного АС. Больных оперировали в плановом порядке под местной анестезией с медикаментозной седацией. Через 3 месяца уменьшение и купирование асцита удалось достигнуть у 72,4 % больных. Снижения дозы или полной отмены мочегонных препаратов добились в 77,0 % наблюдений.

Обоснованность принципа минимальной инвазивности и этапности коррекции ПГ для максимального нивелирования негативного действия фактора наркотико-хирургической агрессии наглядно прослеживается при анализе 76 больных ПГ + ВРВП, которым ЭЛ ВРВП, ЛДВВЖ, ЭСА, ЛВА выполнили комплексно. Выбор стартового метода и последовательность этапов зависели от особенностей клинической ситуации, определялись индивидуально с учетом наиболее значимого симптома на момент начала курса лечения, а далее в зависимости от эффективности предшествовавшего этапа. В основе успешного лечения лежит дифференцированный подход в каждом случае с использованием индивидуального алгоритма.

Варианты ($n = 12$) этапного малоинвазивного хирургического лечения у 76 оперированных больных с ПГ, осложненным ВРВП и ПК представлены в табл.

Выполнение этапной схемы хирургического лечения осуществляли в рамках одной госпитализации в 9 (11,8 %) наблюдениях, в остальных случаях при плановой повторной госпитализации.

Тактические варианты комбинированной малоинвазивной хирургической коррекции осложненного ЦП и ВПГ ($n = 76$)

Тактическая схема ($n = 12$)	Количество больных ЦП (%)	Количество больных ВПГ (%)	Всего (%)
ЭЛ + ЛДВВЖ	6 (8,8)	0	6 (7,9)
ЭЛ + ЭСА	1 (1,5)	2 (25,0)	3 (3,9)
ЭЛ + ЛДВВЖ + ЭСА	23 (33,6)	4 (50,0)	27 (35,6)
ЭЛ + ЭСА + ЛВА	3 (4,4)	0	3 (3,9)
ЭЛ + ЛДВВЖ + ЛВА + ЭСА	5 (7,4)	0	5 (6,6)
ЭЛ + ЛВА + ЭСА	8 (11,8)	0	8 (10,5)
ЛДВВЖ + ЭЛ + ЭСА	2 (3,0)	0	2 (2,6)
ЛДВВЖ + ЭЛ	4 (5,9)	0	4 (5,3)
ЛДВВЖ + ЭСА + ЭЛ	6 (8,8)	0	6 (7,9)
ЭСА + ЭЛ	4 (5,9)	2 (25,0)	6 (7,9)
ЛВА + ЭЛ + ЛДВВЖ + ЭСА	2 (3,0)	0	2 (2,6)
ЛВА + ЭСА + ЭЛ	4 (5,9)	0	4 (5,3)
Итого	68 (100)	8 (100)	76 (100)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Количество рецидивов ВРВП через 1 год после изолированного ЭЛВРВП в нашей работе достигло 44,2 %, при использовании этапной малоинвазивной тактики оно составило 19,2 % ($p < 0,05$). В течение 3 лет показатели гемостатического эффекта (отсутствие кровотечения) у пациентов, которым исполнили ЭЛ в моноварианте, были следующими: через 1 год — 89,3 %, через 2 — 73,2 %, через 3 — 66,1 %; в группе с этапным лечением: 93,4—82,9—76,3 % соответственно ($p < 0,05$).

Среди больных ВПГ, которым выполнили малоинвазивное хирургическое лечение, летальных исходов в течение трехлетнего наблюдения не было. Доля вы-

живших пациентов ЦП, при использовании ЭЛ в моноварианте, через 1 год составила $S(1) = 76,6$ %, через 2 — $S(2) = 59,6$ %, через 3 — $S(3) = 44,6$ %. У тех больных ЦП, которым проводили этапную коррекцию, годовичная выживаемость составила $S(1) = 92,6$ %, двухлетняя — $S(2) = 80,9$ %, трехлетняя — $S(3) = 66,2$ % (все $p < 0,05$). Сравнительный статистический анализ свидетельствует о достоверном возрастании выживаемости после использования сочетанного этапного малоинвазивного хирургического лечения. Среднесрочный (трехлетний) прогноз доказывает целесообразность использования последовательного малоинвазивного хирургического лечения в качестве паллиативного вмешательства в периоде нахождения больного в листе ожидания трансплантации печени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Последовательное этапное применение малоинвазивных технологий в различных комбинациях позволяет снизить количество рецидивов ВРВП и, следовательно, риск возникновения/рецидива кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котиев Б. Н., Дзидзава И. И., Смородский А. В. и др. // Эндоскопическая хирургия. — 2010. — № 5. — С. 25—30.
2. Шерцингер А. Г., Жигалова С. Б., Семенова Т. С. Современный подход к проблеме эндоскопической диагностики и лечения варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // I Российский конгресс с международным участием «Неотложная эндоскопия». — М., 2012. — С. 29.

Контактная информация

Кондаков Вадим Игоревич — врач-хирург Клиники № 1, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: vadim-kondakov@mail.ru