

**ДИСКУССИЯ  
ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ 2008 ГОДА. КАКОЙ ОНА БУДЕТ?**

**”Сегодня” и ”завтра” хирургии портальной гипертензии**

А. К. Ерамишанцев,

Г. В. Манукьян

Научный центр хирургии РАМН

(дир- акад. РАМН Б.А.Константинов),

Москва

**THE YEAR 2008 HEPATOBILIARY SURGERY: WHAT IT WOULD BE LOOK LIKE?**

**The Today and Tomorrow of Surgery in Portal Hypertension**

A. K. Eramishantsev. G. V. Manukyan

Research Center of Surgery RAMSci

(Director-academician RAMSci B.A. Konstantyinov),

Moscow

Среди различных болезней гепатопанкреатобилиарной зоны особое место занимает синдром портальной гипертензии (ПГ), являющийся с одной стороны следствием, как правило, диффузных заболеваний печени, которые сами по себе могут требовать специальной терапии, а с другой - следствием порока развития или тромбоза воротной вены, при которых функция печени практически не отличается от нормы и все усилия хирурга направлены только на борьбу с тяжелыми проявлениям указанного синдрома.

Вряд ли кто решится указать точное число методов хирургического лечения, арсенал которых за более чем столетнюю историю проблемы явно превысил цифру 100, однако, абсолютное большинство их на сегодня представляют чисто исторический интерес. И вряд ли кто из хирургов, понимая этиологию и патогенез синдрома ПГ, решится сегодня при лечении этой категории больных прибегнуть к одному из многочисленных вариантов органоанастомозов, спленэктомии, перевязке ветвей чревного ствола, денервации печеночной артерии, артериализации печени, операции Таннера, резекции печени с целью стимуляции процессов регенерации и т.д. Безусловно, весь этот многочисленный арсенал оперативных пособий предлагался согласно уровню понимания патогенеза страдания в каждый временной интервал существования проблемы. Еще какие-то 20-25 лет назад, формулируя показания к операции у больного с ПГ, мы считали спленомегалию и нарушения в составе периферической крови важным аргументом в пользу удаления селезенки, против чего в настоящее время категорически возражаем.

Ретроспективный анализ накопленного опыта заставил переоценить и переосмыслить возможности хирургического лечения синдрома ПГ, результатом чего стал более строгий отбор больных для портокавального шунтирования. Родилась идея парциальных сосудистых анастомозов, появились и прижились малоинвазивные методы остановки кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), такие как: чреспеченочная эндоваскулярная эмболизация вен желудка, трансюгулярный внутripеченочный портосистемный анастомоз (ТВПА), эндоскопическое склерозирование и лигирование ВРВ пищевода.

С позиции сегодняшнего понимания проблемы синдрома ПГ кратко остановимся на вопросах, которые можно считать решенными, и на тех, которые будут требовать дальнейшего изучения.

Накопленный нами опыт наблюдения над больными с внепеченочной портальной гипертензией (В ПГ) окончательно привел нас к выводу о том, что сосудистые портокавальные анастомозы для этой категории больных можно считать абсолютно показанными. Будучи выполнены в любых вариантах с максимально большим диаметром сосудистого соустья (15-20 мм), они полностью избавляют больного от страдания, которое, как правило, проявляется единственным симптомом -

кровотечением из ВРВПЖ. При этом риск развития энцефалопатии или каких-либо неврологических симптомов отсутствует, а реабилитация больных достигает практически 100%. Жизнь показала, что у больных с ВПГ чаще удается выполнить мезентерикокавальный анастомоз Н-ти-па, используя в качестве трансплантата сегмент внутренней яремной вены длиной 4—7 см, диаметр которой колеблется от 10 до 12 мм. Применение искусственных синтетических протезов позволило бы сократить время операции за счет отказа от операции на шее по забору сегмента внутренней яремной вены, однако, имеющиеся в наличии протезы типа "Гортекс" или отечественного производства "Витафлон", хорошо зарекомендовавшие себя в хирургии артерий, сложно использовать при конструировании Н-образных анастомозов при ВПГ. Плотность и эластичность стенки протеза резко отличаются от аналогичных характеристик нормальной вены, что сильно затрудняет подшивание протеза и его адаптацию к резку измененному склерозированному сосуду портальной системы. В этой связи определенную перспективу будет иметь дальнейшее усовершенствование или поиск сосудистых протезов, приближающихся или равных по эластичности параметрам нормальной вены. Совершенствование техники выполнения сосудистых анастомозов, применение аутовенозных трансплантатов и использование портальных сосудов малого диаметра (8-9 мм) позволит значительно увеличить контингент больных с ВПГ, которым могут быть выполнены операции, радикально избавляющие их от тяжелого недуга.

К сожалению, в ряде регионов страны при ВПГ продолжают выполнять спленэктомию, которая не только не решает каких-либо аспектов проблемы, но нередко (по нашим данным до 25% наблюдений) порождает новое страдание - аспленическую тромбоцитопению, требующую уже вмешательства гематолога. Оптимальным объемом хирургического пособия, как в настоящее время, так и на ближайшую перспективу для хирурга, оперирующего больного с ВПГ на высоте пищеводно-желудочного кровотечения, есть и будет только прошивание кровоточащих вен пищевода и кардии желудка путем гастротомии из чресбрюшинного доступа. Эта же операция выполняется и больным с ВПГ, у которых наложение сосудистого анастомоза невозможно из-за отсутствия магистральных сосудов портальной системы. Если абдоминальный доступ уже был использован, то тот же объем может быть произведен из торакального доступа, при котором экспозиция и возможности для манипуляции на варикозно расширенных венах (ВРВ) пищевода и желудка лучше, чем из абдоминального доступа. Полагаем, что большой объем вмешательства, включающий в себя, как это предлагает Sugiura (1983 г.), деваскуляризацию и транссекцию пищевода, спленэктомию, СПВ и пилоропластику, не нужен, ибо резко повышается как травматичность самой операции, так и возможность развития последующих осложнений, связанных со спленэктомией. Сторонники операции Sugiura вообще отвергают шунтирующие операции, с чем нельзя согласиться в принципе, ибо наш опыт свидетельствует об обратном.

Возможность эндоваскулярной хирургии у больных с ВПГ лимитированы пороком развития или тромбозом воротной вены, поэтому из малоинвазивных методов профилактики и остановки кровотечений из ВРВ пищевода и желудка будет пользоваться вниманием только эндоскопическое склерозирование у весьма ограниченного числа больных, ибо, чаще всего, большие размеры варикозных узлов не позволяют надеяться на длительный эффект этого вида лечения и делают целесообразным использовать межрецидивный промежуток времени для направления больного в специализированное отделение для решения вопроса о радикальной операции.

Что касается больных с сегментарной ВПГ, то, как сегодня, так и на ближайшую перспективу операцией выбора останется спленэктомия. Однако возможности эндоваскулярной хирургии здесь могут обсуждаться, ибо поэтапная редуция артериального кровотока селезенки может быть альтернативой оперативному вмешательству. Количество подобных больных невелико, потому потребуется определенное время для накопления данных и аргументированных выводов по этому вопросу.

Основным показанием к хирургическому лечению синдрома ПГ у больных циррозом печени (ЦП), как и при ВПГ, является профилактика и лечение кровотечений из ВРВ пищевода и желудка. Однако вопросы отбора больных для оперативного вмешательства и его объем на сегодняшний день нельзя считать окончательно решенными. Безусловно, наиболее надежным методом профилактики пищеводно-желудочных кровотечений при ПГ является портокавальное

шунтирование. Ставя показания к этой операции, большая часть авторов у больных ЦП ориентируется на ее функцию, меньшая во главу угла ставит гемодинамику. Ряд авторов предлагает учитывать обе группы параметров. Накопленный опыт показал, что при удовлетворительной функции печени и отсутствии цитолитического синдрома оптимальным является такой вариант портокавального шунтирования, при котором сохраняется проградный кровоток к больному органу, т.е. сброс по созданному анастомозу будет ограниченным, чего, как показали данные литературы и наши исследования, можно достичь за счет диаметра анастомоза, который не должен превышать 10 мм. Такие анастомозы в литературе получили название парциальных, и создавать их лучше всего между селезеночной и почечной венами, имея целью сохранить мезентериальный поток крови для печени. Однако теоретические расчеты не всегда оправдывались на практике, диаметр анастомоза нередко расширялся, следствием чего являлась тотальная декомпрессия портальной системы и ухудшение функции печени в ряде наблюдений. Использование синтетических протезов, как нам представляется, позволит избежать последующей дилатации анастомоза и сохранит идею парциальности сброса, достаточного как для профилактики кровотечений, так и поддержания функции печени. Следует заметить, что процессы склероза сосудов портальной системы у больных ЦП выражены в меньшей степени, чем у больных с ВПГ, и современные синтетические протезы, которые упоминались выше, были использованы при создании парциальных анастомозов у 10 больных ЦП с благоприятным непосредственным эффектом. Улучшение их качества позволит использовать их гораздо чаще, что, как мы надеемся, улучшит результаты шунтирующих операций при ЦП.

При невыполнимости сосудистого парциального портокавального анастомоза у больных с компенсированной и субкомпенсированной функцией печени альтернативой операции перевязке ВРВ пищевода и желудка на ближайшую перспективу может быть комбинация двух малоинвазивных методик: чреспеченочной эндоваскулярной эмболизации экстрагастральных вен с целью ограничения притока крови к подслизистым венам желудка с последующей эндоскопической облитерацией подслизистых вен пищевода. Подобная комбинация методов уже нашла применение в нашем отделении у 30 больных ЦП, у которых оперативное полостное вмешательство представляло достаточно высокий риск. Как правило, это пациенты старше 50 лет с рядом сопутствующих заболеваний, ряд из них уже был оперирован по поводу синдрома ПГ. Следует заметить, что эндоваскулярный этап достаточно сложен в техническом отношении и требует специальной дорогостоящей аппаратуры. В этой связи, для большинства лечебных учреждений в ближайшем будущем наиболее доступной останется эндоскопическая процедура, которая требует повторных госпитализаций, но не избавляет больного от риска рецидива кровотечения.

ТВПА последние годы получил широкое распространение за рубежом в качестве экстренной помощи больным ЦП при кровотечении из ВРВ пищевода и желудка. Метод достаточно сложен, требует специального технического оснащения и дорогостоящей аппаратуры. Цена одной процедуры превышает 1000 \$. Кроме того, по данным литературы высок риск развития т.н. шунтовой энцефалопатии и тромбоза стента. Поэтому метод получил распространение в тех странах, где выполняется трансплантация печени, так как риск развития указанных осложнений делает последующую операцию практически неизбежной. В связи с этим есть все основания считать, что в нашей стране в течение ближайших 10 лет метод не найдет широкого применения.

Особо следует остановиться на больных ЦП и диуретикорезистентным асцитом. Как правило, наличие такого симптома является плохим прогностическим признаком и, согласно сегодняшним представлениям гепатологов, должно рассматриваться как одно из показаний к трансплантации печени. Однако, существует небольшая группа больных с ЦП (чаще алкогольной этиологии) и резистентным асцитом, которым вместо частых лапароцентезов может быть выполнена операция перитонеовенозного шунтирования с использованием специальных клапанов двух типов: Le Vinn и Denver. Второй из названных клапанов получил наибольшее распространение в США и Западной Европе. К сожалению, цена его также около 1000 \$, поэтому приобрести его могут далеко не все больные. Эффективность клапана в отдельных наблюдениях столь велика, что при соблюдении диеты, применении специализированной питательной поддержки и полном отказе от

алкоголя удается добиться полного исчезновения асцита и значительного улучшения функции печени.

Производство подобных клапанов было налажено 15 лет назад в г. Ульяновске, однако, экономические проблемы последних лет заставили свернуть это производство. Возобновление их выпуска в России дало бы возможность в перспективе вернуть эту операцию в специализированные гепатологические стационары.

Нарастающая печеночная недостаточность в сочетании с синдромом цитолиза ставят уже показания к трансплантации печени как единственному методу лечения, могущему не только продлить, но и качественно изменить жизнь больного.

Соблюдение принципа строго дифференцированного подхода в выборе оптимального метода хирургического вмешательства по поводу синдрома ПГ, ВРВПЖ и резистентного асцита в зависимости от тяжести течения ЦП и особенностей клинической ситуации позволило снизить летальность в этой тяжелой группе больных с 18.6% до 6.9%. В немалой степени этому способствовало приобретение опыта и совершенствование хирургической техники оперативных вмешательств.

Дальнейшее улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных ЦП и ПГ мы связываем с совершенствованием механизма отбора пациентов, а также методов предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации.

Выбор оптимального метода лечения, определение соответствующего оперативного пособия и прогнозирование результатов хирургического лечения тесно связаны с более точной объективизацией понятий глубины поражения печеночной паренхимы, тяжести печеночной недостаточности, оценке резервных возможностей печени и организма в целом. Мы основываемся на комплексной оценке тяжести течения ЦП, используя критерии Чайлда-Туркотта, а также некоторые основные тесты функционального состояния печени, характеризующие цитолитический, гепатодепрессивный, холестатический, мезенхимально-воспалительный и др. синдромы, сопоставляя их с данными гемодинамических параметров (центральной гемодинамики и печеночного кровотока). Предметом дальнейшего исследования может быть влияние маркеров вируса гепатита на результаты хирургических вмешательств.

Большое значение при определении показаний к операции мы придаем оценке состояния питания больных ЦП, особенно, пациентов с субкомпенсированным и декомпенсированным течением заболевания. Специфические особенности белково-энергетической недостаточности, свойственные больным ЦП, влияние выявленных нами нарушений белково-аминокислотного обмена на течение основных клинических синдромов заболевания (портосистемную энцефалопатию, асцит, трофические расстройства гастро-эзофагеальной области, геморрагический синдром, иммунитет и т.д.), развитие послеоперационных осложнений и послеоперационную летальность делают проблему адекватной коррекции белково-энергетической недостаточности в пред- и послеоперационном периодах лечения особо актуальной.

Проведенные нами исследования показали, что специализированное энтеральное питание с использованием разработанных нами препаратов Гепамина и Гепэнцефамина обеспечивает выравнивание аминокислотного дисбаланса в плазме крови, довольно быстрое достижение положительного азотистого баланса, уменьшение степени белково-энергетической недостаточности, повышение толерантности к поступаемому в составе пищи аминокислотам. Препараты особенно эффективны в отношении "шунтовой" энцефалопатии, приводя к ее регрессии.

Оказывая анаболический и антикатаболический эффект, улучшая трофику слизистой гастро-эзофагеальной области, способствуя повышению чувствительности к диуретической терапии и тормозя развитие энцефалопатии, специализированное энтеральное питание позволяет улучшить результаты предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации пациентов с ЦП и ПГ, что проявляется в уменьшении количества послеоперационных осложнений и летальности.

Нам представляется перспективным продолжение исследования метаболического статуса больных ЦП и ПГ с целью разработки новых отечественных составов для нутриентно-метаболической терапии. Проведенные нами исследования и полученные результаты должны привлечь внимание клиницистов, включая терапевтов-гастроэнтерологов, гепатологов, следствием чего станет обязательное введение в комплекс лечебных мероприятий специализированных

печеночных продуктов для нутриентно-метаболической терапии на более ранних этапах обращения больных за врачебной помощью.

Таким образом, подводя итог очередного этапа развития хирургии ПГ, нельзя не заметить возросший вновь интерес к сосудистым портокавальным анастомозам. При этом для больных с ВПГ или ЦП в стадии компенсации вопрос о целесообразности этой операции уже не должен подвергаться дискуссии, ибо накопленный опыт показал, что альтернативы портокавальному шунту у этой категории больных нет. Разница лишь в том, что для больных ЦП в отличие от больных с ВПГ необходимо сохранение частичной перфузии печени портальной кровью, чего можно достичь парциальным шунтированием. Наши первые непосредственные и отдаленные результаты дают основание ожидать улучшения результатов подобных хирургических вмешательств у больных ЦП. Разработка и внедрение синтетических протезов, пригодных по своим характеристикам для венозной хирургии, позволило бы конструировать сосудистые анастомозы с жестко программированным диаметром, адаптированным к гемодинамическим параметрам каждого конкретного больного. Применение специализированных аминокислотных составов также будет способствовать улучшению результатов хирургического лечения больных ЦП, что особенно важно при нарушении белково-синтетической функции печени. В тех случаях, где полостные операции будут представляться рискованными, предпочтение будет отдаваться малоинвазивным методам профилактики и лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка. К сожалению, вряд ли следует ожидать, что дорогостоящие и высокотехнологичные методики, такие как чреспеченочная эндоваскулярная экстрагастральная эмболизация и ТВПА, найдут широкий выход в практическую медицину в ближайшее время.

Что касается диуретикорезистентного асцита, то в отдельных наблюдениях правильно выбранная консервативная терапия с использованием специализированной нутриентно-метаболической терапии в сочетании с перитонеовенозным шунтированием может дать хороший терапевтический эффект и надолго отодвинуть необходимость трансплантации печени.