**Резолюция (проект)**

**Пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов России и стран СНГ, Москва, 07-08 апреля 2022 г.**

**Секция 1. «Лечение и профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени»**

***«Эндоскопические технологии в профилактике и лечении кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка.»***

 Вопросы для обсуждения.

1. Методы временного гемостаза. Показания к баллонной тампонаде и к саморасширяющимся стентам?

2. Ранние рецидивы кровотечений после эндоскопического гемостаза. Что делать?

3. Какова тактика эндоскописта при локализации варикозных вен в желудке?

4. Требуется ли коррекция существующих клинических рекомендаций?

При кровотечениях из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка вследствие портальной гипертензии (ПГ) зонд-обтуратор Сенгстакена-Блэкмора остается доступным, эффективным и экономичным устройством для первичного временного гемостаза.

Использование саморасширяющихся нитиноновых стентов ограничено локализацией варикозных вен и, соответственно, источника кровотечения только в пищеводе. Возможные осложнения, высокая стоимость стента и недостаточная его доступность в настоящее время не позволяют рекомендовать данный метод для широкого использования в качестве средства первичного гемостаза. Установка стента Даниша может рассматриваться при геморрагических осложнениях эндоскопических методик, как мероприятие второй линии.

При кровотечении из вен пищевода «золотым стандартом» лечения является эндоскопическое лигирование вен. Ограничением к применению лигирования при продолжающемся кровотечении может стать отсутствие визуализации его источника.

При наличии варикозных вен желудка 1 типа (размерами до 10-12 мм) предпочтительно выполнение эндоскопического лигирования. Это ограничение обусловлено размерами используемых нейлоновых петель. При выявлении варикозных вен желудка с другой локализацией возможности эндоскопического гемостаза ограничены и сопряжены с высоким риском рецидивов кровотечений. Предпочтение следует отдать эндоваскулярным или полостным оперативным технологиям в лапароскопическом или традиционном варианте.

Ранние рецидивы кровотечений после эндоскопического лигирования требуют повторного использования зонда-обтуратора с целью достижения временного гемостаза, применения вазоконстрикторов, стабилизации состояния больного, последующей эндоскопической диагностики источника рецидивного кровотечения и повторной попытки эндоскопического гемостаза. При невозможности повторного эндоскопического гемостаза – установка стента Даниша, стабилизация пациента и подготовка к вероятной эндоваскулярной операции - трансюгулярному внутрипеченочному портосистемному шунтированию (TIPS/ТИПС).

Национальные клинические рекомендации по отдельным положениям требуют пересмотра. Это касается вопросов, связанных с маршрутизацией пациентов с осложненным течением синдрома ПГ, расширением показаний к минимально инвазивным эндоваскулярным вмешательствам, уточнению тактики и алгоритма действий при продолжающемся кровотечении, а также, показаний и объемам полостных вмешательств. Следует утвердить комиссию для выработки предложений для коррекции некоторых положений существующих клинических рекомендаций.

***«Эндоваскулярные вмешательства в профилактике и лечении кровотечений портального генеза у больных циррозом печени.»***

Вопросы для обсуждения.

1. Эмболизация вен желудка при выполнении операции ТИПС: за и против?

2. Антикоагулянтная терапия после выполнения операции ТИПС: да или нет?

3. Предпочтительный диаметр стента при операции ТИПС?

Эмболизация вен желудка (левой и задней желудочных вен, коротких вен желудка) преследует цель облитерации путей кровенаполнения пищеводных и желудочных вариксов при ПГ. Она дополняет операцию ТИПС, которая позволяет добиться портальной декомпрессии. Селективная эмболизация вен желудка обеспечивает эффективную профилактику рецидива пищеводно-желудочного кровотечения в случае дисфункции порто-системного шунта в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Её следует выполнять больным, у которых показанием к операции ТИПС является состоявшееся кровотечение, а также продолжающееся кровотечение («ранний» ТИПС) или высокий риск кровотечения, несмотря на предыдущий эндоскопический гемостаз («упреждающий» ТИПС). Эмболизация вен желудка является вполне выполнимой эндоваскулярной процедурой, которая должна предшествовать этапу размещения стента во внутрипеченочном порто-системном канале для профилактики его смещения.

Необходимость проведения антикоагулянтной терапии после операции ТИПС определяется индивидуально. Она обязательна при:

* выявлении до операции при помощи СКТ брюшной полости в сосудистом режиме (компьютерной спленопортографии) тромбоза воротной вены любой степени выраженности;
* наличии тромбофилии, проявляющейся повышением уровней Д-димера и/или РФМК (растворимых фибрин-мономерных комплексов).

Антикоагулянтная терапия после ТИПС предполагает применение низкомолекулярных гепаринов (эноксапарин 0,4 мл дважды в сутки длительностью 3-5 дней) с последующим переходом на прием препаратов варфарина под контролем МНО или ривароксабана или дабигатрана на длительный период, продолжительность которого контролируется исследованием уровней Д-димера и/или РФМК.

Предпочтительный диаметр PTFE-стента (стента с политетрафторэтиленовым покрытием) при выполнении операции ТИПС – 8 мм. Применение стента такого диаметра по сравнению с 10-миллиметровым позволяет уменьшить риск возникновения постшунтовой энцефалопатии. Стент 8 мм обеспечивает эффективную портальную декомпрессию и снижение портосистемного градиента давления до оптимальных значений <12 мм рт.ст. В отдельных случаях допустима «недодилатация» 10-миллиметрового стента на этапе его размещения во внутрипеченочном порто-системном канале.

Следует подчеркнуть, что тщательное ведение больного в режиме индивидуального «ручного управления» является ключевым фактором профилактики осложнений, характерных для операции ТИПС, в первую очередь, усугубления энцефалопатии. Следует не допускать у пациента запоров и других видов кишечной дисфункции, дегидратации, кишечной инфекции и дисгликемии при наличии сахарного диабета.

***«Хирургическая тактика и выбор вмешательства в профилактике и лечении кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени.»***

Вопросы для обсуждения.

1. Сохраняются ли показания к выполнению полостных шунтирующих операций у больных с циррозом печени и портальной гипертензией?

2. Каковы показания к операциям азиго-портального разобщения у больных циррозом печени и варикозной трансформацией вен желудка?

Несмотря на приоритет малоинвазивных эндоскопических и эндоваскулярных методов в лечении и профилактике кровотечений из ВРВ пищевода и желудка, полностью исключать из арсенала хирургов полостные шунтирующие операции не следует. Показаниями к выполнению хирургических портокавальных шунтов остаются рецидивирующие пищеводно-желудочные кровотечения портального генеза, упорно рецидивирующее ВРВ пищевода и желудка при неэффективности эндоскопического лечения и невозможности выполнения эндоваскулярных вмешательств у пациентов с компенсированной и субкомпесированной печеночной недостаточностью (Child A и B). В то же время, определяя лечебную тактику при варикозной трансформации вен пищевода и желудка необходимо рассматривать такие операции как трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS), баллонная ретроградная трансвенозная облитерация (BRTO) и трансплантация печени.

Показанием к срочным операциям азиго-портального разобщения у больных циррозом печени и варикозной трансформацией вен желудка является продолжающееся кровотечение из вен свода и антрального отдела желудка (тип GOV2 и IGV1-2) при безуспешности установки зонда-обтуратора Сенгстакена-Блэкмора и выполнения эндоскопической инъекционной склеротерапии. Показанием к операциям азиго-портального разобщения в отсроченном порядке могут служить упорно рецидивирующие пищеводно-желудочные кровотечения, остановленные путем применения зонда-обтуратора при неэффективности эндоскопического вмешательства, а также невозможности выполнения эндоваскулярных операций или какого-либо варианта полостного портокавального шунтирования.

**«Операции на органах гепатопанкреатобилиарной системы (печени, поджелудочной железе, желчных протоках) в условиях портальной гипертензии».**

Вопросы для обсуждения. 1. Каковы основные принципы ведения больных при планировании хирургических вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной системы при внутри- и внепеченочной портальной гипертензии?

Необходимость выполнения резекции печени в условиях ПГ возникает, как правило, у пациентов с первичными опухолями на фоне заболеваний печени, осложнившихся циррозом. Чаще всего такая ситуация имеется при гепатоцеллюлярном раке, развившемся на фоне цирроза, который существенно повышает риски резекции печени. Прогноз развития осложнений, связанных с ПГ является обязательным при планировании резекции у пациента с циррозом печени (ЦП). Наиболее исследованной является проблема переносимого объема резекции, для чего разработаны детальные прогностические шкалы.

Выделяют клинически значимую ПГ, при которой риски резекции печени становятся недопустимо высокими. Величиной, наиболее точно её характеризующей является давление заклинивания в печеночных венах, превышающее 10 мм рт ст. В качестве клинического эквивалента давлению заклинивания, можно использовать оценку ВРВ пищевода до 3 степени по трехстепенной классификации Soehendra (1997) или 3, 4 степеней по четырехстепенной классификации Paquet (1983). Другими, реже используемыми эквивалентами критически высокого давления заклинивания, являются снижение уровня тромбоцитов крови менее 150000 в микролитре и измеряемая при эластографии плотность печени менее 20 кПа (Baveno consensus).

Наиболее грозными осложнениями, которые могут развиться после резекции у пациента с клинически значимой ПГ, являются кровотечения из ВРВ и рефрактерный асцит. Лигирование ВРВ с целью профилактики кровотечения после резекции печени не снижает, а повышает риск развития других осложнений, в частности рефрактерного асцита, поскольку не устраняет ПГ, а может даже усугублять ее. Вместе с тем, у некоторых пациентов при сохранной функции печени (ЦП класс А) и отсутствии асцита экономные резекции печени могут обсуждаться после лигирования ВРВ пищевода и желудка. Резекция печени в этих условиях может быть дополнена операциями азиго-портального разобщения. Асцит, рефрактерный к диуретической терапии, является абсолютным противопоказанием к резекции печени.

Сегодня не существует эффективных методов снижения портального давления при развитии клинически значимой ПГ. Немногочисленные исследования по комбинации портокавального шунтирования с резекцией печени показали очевидную неэффективность таких операций. Среди причин неудовлетворительных результатов следует отметить тромбоз шунтов из-за коагулологических нарушений на фоне ЦП, не позволяющих проводить адекватную антикоагулянтную терапию (дефицит антитромбина III и другие нарушения). Также не доказана эффективность комбинации TIPS с резекцией печени. В связи с вышеизложенным клинически значимая ПГ существенно ограничивает показания к резекционной хирургии, оставляя место только для высокоселективных небольших по объему резекций печени. Также селективно необходимо подходить к отбору пациентов для резекции печени при 2-й степени расширения вен пищевода по Soehendra, особенно при планировании обширных резекций печени, потенциально усугубляющих степень ПГ. У больных с субкомпенсированным ЦП (класс В и С) показания к резекции печени должны формулироваться с учетом прогноза течения цирроза.

Вместе с тем, одним из перспективных современных направлений резекционной хирургии печени у пациентов с ПГ являются лапароскопические технологии. Неотъемлемым преимуществом лапароскопических резекций является сохранение крупных портокавальных шунтов за счет отсутствия травматичного лапаротомного доступа. Другим выходом из ситуации у пациентов с клинически значимой ПГ является применение чрескожных методов локальной деструкции и трансартериальной химиоэмболизации, или комбинации этих методов.

В хирургии желчевыводящих путей ситуации сочетания с ПГ встречаются редко. Наличие ПГ возможно при развитии билиарного цирроза у пациентов с длительно некоррегируемыми постравматическими стриктурами желчевыводящих путей. Обструкция желчеоттока может возникать при различных вариантах тромбофилий, приводящих к кавернозной трансформации воротной вены. Воротное кровоснабжение печени, осуществляемое преимущественно через венозное сплетение внепеченочных желчных протоков, может приводить к ВРВ этого сплетения, вызывающих обструкцию просвета желчных протоков. Развитие значимой ПГ, как правило, ограничивает возможности традиционной хирургии, расширяя показания к применению методов интервенционной радиологии.

При выборе тактики хирургического лечения хронического панкреатита (ХП) с преимущественным поражением головки поджелудочной железы (ПЖ) в сочетании с внепеченочной ПГ, развившейся вследствие экстравазальной компрессии воротной вены, предпочтение следует отдавать резекционным вмешательствам с поперечным пересечением железы, из которых наиболее предпочтительна, субтотальная резекция головки ПЖ (операция Бегера). Обязательным условием является выделение магистрального мезентерикопортального венозного ствола из окружающего его фиброзного «футляра».

При наличии окклюзионного тромбоза воротной/верхнебрыжеечной вены, когда хирургическая декомпрессия венозного ствола априори неэффективна, а образование коллатерального кровотока повышает риск интраоперационной кровопотери, целесообразно предпочесть наименее травматичное вмешательство – операцию Фрея или Бернский способ субтотальной резекции головки ПЖ без поперечного пересечения ее ткани.

При хирургическом лечении ХП с клинически выраженной внепеченочной ПГ, возникшей в результате тромбоза селезеночной вены, операции внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ не способны в большинстве случаев устранить ее прогрессирование, что обусловливает риск кровотечений из ВРВ желудка и пищевода. В такой ситуации следует предпочесть выполнение дистальной резекции ПЖ с удалением селезенки и разобщением азигопортального кровотока вдоль большой кривизны желудка.

**«Внепечёночная портальная гипертензия»**

Вопросы для обсуждения.

1. Возможности эндоваскулярной хирургии в лечении больных с осложненными формами внепеченочной портальной гипертензии? Какие подходы подлежат обсуждению?

2. Перспективны ли гибридные вмешательства при внепеченочной портальной гипертензии?

Возможности эндоваскулярных технологий в хирургии внепеченочной ПГ отличаются от практики лечения больных с ЦП, вследствие специфики этого синдрома, связанного, преимущественно, с тромбозом сосудов портального бассейна. Эти возможности достаточно ограничены, но, даже при наличии условий для выполнения эндоваскулярных вмешательств, они не используются в полной мере.

Принятие решения о применении эндоваскулярных технологий в лечении пациентов с внепеченочной ПГ на современном этапе должно основываться на глубоком анализе клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов обследования, среди которых ведущими являются:

* генетические анализы по изучению полиморфизма генов свертывающей системы;
* ангиографические исследования (КТ-ангиография, целиакография с возвратной мезентерико-портографией каваграфия и др.).

Кроме того, на возможность выполнения и выбор эндоваскулярного вмешательства влияют клиническая форма внепеченочной ПГ и причины развития тромбофилического состояния (системные или локальные).

При внепеченочной ПГ вследствие артерио-венозной фистулы крупных висцеральных ветвей (селезеночных, брыжеечных и др.) методом выбора является эндоваскулярное стентирование и разобщение соустья. Также, эндоваскулярное вмешательство показано при сочетании внепеченочной ПГ с аневризмой селезеночной артерии. При сегментарной внепеченочной ПГ проводятся исследования эффективности этапной частичной эмболизации селезеночной артерии с целью редукции притока к изолированным варикозным венам дна желудка и поиска альтернативы спленэктомии.

При несформировавшихся по плотности тромботических массах возможно выполнение тромбэктомии из просвета воротной вены с одновременным тромболизисом из эндоваскулярного трансюгулярного доступа. При внепеченочной ПГ, вследствие хронического тромбоза воротной вены до формирования ее кавернозной трансформации и полной инволюции портального просвета, возможно выполнение эндоваскулярной реканализации воротной вены путем бужирования, баллонной ангиопластики и последующего стентирования. При этом, если имеется распространение тромбоза на внутрипеченочные разветвления, стентирование воротной вены дополняется эндоваскулярной шунтирующей операцией - ТИПС.

При распространении тромботического процесса на конфлюенс воротной вены рассматривается вопрос и возможности реканализации и стентировании соответствующих притоков воротной вены и полной реконструкции портального кровотока. Все эти вмешательства направлены на ликвидацию ПГ и, как следствие, эрадикацию варикозных вен пищевода и желудка.

Проводятся исследования, направленные на изучение условий выполнения и эффективности гибридных вмешательствах при внепеченочной ПГ и варикозной трансформации вен пищевода и желудка. При невозможности выполнения полостных шунтирующих операций, транспеченочного или трансюгулярного пути, в некоторых наблюдениях с помощью гибридных вмешательств, когда из минилапаротомии или лапароскопически обеспечивается доступ к ветвям верхне-брыжеечной или желудочных афферентных сосудов, а затем производится эндоваскулярный этап операции с применением окклюзионных технологий, направленных на облитерацию и эмболизацию доминантных афферентов.

Эндоваскулярные и гибридные вмешательства являются перспективными направлениями хирургии внепеченочной ПГ, способными расширить возможности минимально инвазивного и эффективного воздействия на варикозные вены пищевода и желудка.

**«Лечение негеморрагических осложнений портальной гипертензии»**

Вопросы для обсуждения.

1. Когда возникает необходимость коррекции «гиперспленизма»?

2. Ваше отношение к лапароцентезу как к самостоятельному методу поддерживающего лечения пациентов? Оправдан ли он и при каких условиях он возможен?

3. Как правильно проводить лапароцентез

Показаниями к хирургической коррекции гиперспленизма, как осложнения синдрома ПГ, является выраженная тромбоцитопения (снижение количества тромбоцитов в периферической крови менее 70-80 х 109/л) и наличие геморрагического синдрома. Методом выбора является рентгенэндоваскулярная хроническая эмболизация селезеночной артерии с поэтапной редукцией артериального притока к селезенке.

Лапароцентез может рассматриваться как самостоятельный метод поддерживающего лечения пациентов с ЦП при развитии «напряженного» асцита или спонтанного бактериального асцит-перитонита. К напряженному асциту относятся случаи большого количества внутрибрюшного транссудата (20-30 литров и более) с развитием дыхательной недостаточности. Как правило, напряженный асцит развивается при резистентном отечно-асцитическом синдроме. К последнему относят случаи отсутствия ответа на лечение при максимальных дозировках мочегонных препаратов (антагонисты альдостерона 400 мг/сут, фуросемид 160 мг/сут) в течение одной недели при соблюдении диеты с низким содержанием соли (до 2 г/сут.). Спонтанный асцит-перитонит констатируют при содержании в асцитической жидкости абсолютного числа нейтрофилов ≥ 250 клеток/мм3.

Лапароцентез у пациентов с отечно-асцитическим синдромом выполняется под местной анестезией в асептических условиях. Для пункции и дренирования брюшной полости используются пункционно-дренажные системы с микрокатетерами соединенными с контейнером для сбора асцитической жидкости. Для повышения безопасности процедуры и предупреждения повреждения сосудов и полых органов пункцию брюшной полости следует проводить под ультразвуковым контролем. В течение суток медленно порционно эвакуируют до 5 литров асцитической жидкости с целью предотвращения гемодинамических расстройств. Потерю жидкости и белка компенсируют инфузионной терапией, включая раствор альбумина из расчета 5-8 г на 1 л удаленной асцитической жидкости. При технической возможности и отсутствии признаков асцит-перитонита, возможно выполнение реинфузии экстракорпорально модифицированного эвакуированного транссудата. Последняя способствует существенно большему возвращению нативного белка по сравнению с инфузионной терапией фармацевтическими препаратами альбумина, снижению уровня среднемолекулярных соединений, росту коллоидно-осмотического давления крови, стимуляции диуреза, снижению креатинина плазмы крови и повышению скорости клубочковой фильтрации, увеличивает безрецидивный период течения резистентного асцита.

**«Проблемы трансплантации печени в радикальной коррекции синдрома портальной гипертензии в исходе цирроза печени»**

Вопросы для обсуждения.

1. Трансплантация печени при тромбозе воротной вены в исходе цирроза печени.
2. Стратегия хирургической коррекции портальной гипертензии.
3. Эволюция подходов к лечению синдрома портальной гипертензии в специализированном центре.

Трансплантация печени (ТП) является единственным абсолютно радикальным и наиболее эффективным методом лечения печеночной формы ПГ и является технологической вершиной эволюции решения проблем коррекции портальной гипертензии при циррозе печени. Но, сам по себе, без оценки состояния и функции печени, синдром ПГ не является показанием к ТП.

При подготовке к ТП с целью коррекции ПГ для уменьшения риска кровотечения из ВРВ следует применять преимущественно миниинвазивные методики: эндоскопическое лигирование и склерозирование ВРВ пищевода, трансюгулярное портосистемное шунтирование (ТИПС) и другие эндовасулярные методики.

В редких случаях при рецидивирующих жизнеугрожающих кровотечениях из ВРВ пищевода, несмотря на использование методик коррекции ПГ могут обсуждаться показания к ТП, даже при компенсированном циррозе.

Трансплантация печени у пациентов, перенесших ранее шунтирующие вмешательства по поводу ПГ требует предоперационную оценку функционирования шунта и наличия зон изолированной ПГ для определения необходимости интраоперационного разобщения шунта.

Достаточно частым осложнением ЦП является тромбоз воротной вены, который приводит к декомпенсации печеночной функции. Тромбоз воротной вены не является противопоказанием к трансплантации как целой трупной, так и фрагментов печени от живого родственного донора. Такие операции сопровождаются более высокой кровопотерей и частотой послеоперационных осложнений, но дают вполне удовлетворительные отдаленные результаты.

**Предложения оргкомитета Пленума Правления «Ассоциации хирургов-гепатологов»**

Подтверждая неоспоримые достижения в изучении патогенеза, диагностике, профилактике и лечении пациентов с синдромом портальной гипертензии Пленум правления МО «Ассоциации хирургов-гепатологов» считает, что имеется необходимость дальнейшего совершенствования оказания ургентной и плановой медицинской помощи пациентам с этим тяжелым страданием. Для этого целесообразно разработать государственную программу по организации медицинской помощи больным с различными формами портальной гипертензии, включая обучение специалистов, с последующим её внедрением в практику.

Программа должна содержать следующие задачи.

* Организация и оснащение территориальных специализированных отделений по лечению пациентов с синдромом портальной гипертензии, в том числе на базе центров трансплантации.
* Разработка и включение в систему последипломного медицинского образования программы подготовки кадрового состава указанных специализированных отделений.
* Повышение информированности первичного, прежде всего амбулаторного, звена оказания медицинской помощи о специфике работы с данным контингентом больных и алгоритмах их маршрутизации.

08.04.2022

Редакционная комиссия в составе:

Буриев И.М., Глабай В.П., Цвиркун В.В.