

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Джуракулов Ш.Р.*^{1,2}, Вечорко В.И.^{1,2},
Северцев А.Н.^{1,2}, Фахриев Ж.А.^{1,3},
Хоконов А.М.¹

¹ ГБУЗ «Городская клиническая больница №15
им. О.М. Филатова», Москва

² ФГАОУ ВО «Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова», Москва

³ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы
народов им. Патриса Лумумбы», Москва

DOI: 10.25881/20728255_2024_19_3_156

Резюме. Цирроз печени является одним из факторов развития портальной гипертензии. Портальная гипертензия в свою очередь приводит к расширению коллатеральных портосистемных вен вдоль желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Наиболее частым и грозным осложнением портальной гипертензии является варикозное расширение вен пищевода и кровотечение из них. Менее известным, но не менее опасным, является кровотечение из варикозно-расширенных эктопических вен нижнего отдела ЖКТ. Частота развития эктопических варикозно-расширенных вен встречается у 38–56% пациентов с циррозом. Подтверждение диагноза не редко затруднено, а кровотечение иногда бывает массивным. Это может быть опасно для жизни, если не поставить четкий диагноз и своевременно не лечить. В отличие от лечения варикозно-расширенных вен желудка и пищевода, в настоящее время не существует окончательного стандартизированного метода лечения из-за недостаточности данных и редкости.

В данной статье мы сообщаем о наблюдении 78-летней женщины с циррозом печени и кровотечением из варикозно-расширенных вен прямой кишки, рефрактерным к медикаментозной и эндоскопической терапии и успешно вылеченного с помощью трансъюгулярным внутрипеченочным портосистемным шунтированием (TIPS).

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, желудочно-кишечный тракт, кровотечение из варикозно-расширенных вен прямой кишки, операция TIPS.

ENDOVASCULAR MANAGEMENT OF RECTAL VARICEAL BLEEDING IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS AND PORTAL HYPERTENSION

Dzhurakulov S.R.*^{1,2}, Vechorko V.I.^{1,2}, Severcev A.N.^{1,2}, Fakhriev J.A.^{1,3}, Hokonov A.M.¹

¹ O.M. Filatov City Clinical Hospital №15, Moscow

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

³ RUDN university, Moscow

Abstract. Liver cirrhosis is one of the factors in the development of portal hypertension. Portal hypertension leads to dilation of collateral portosystemic veins along the gastrointestinal tract. The most common and serious complication of portal hypertension is varicose veins of the esophagus and bleeding from them. Less known, but no less dangerous, is bleeding from varicose veins of the lower gastrointestinal tract. The incidence of varicose veins occurs in 38–56% of patients with liver cirrhosis. Confirming the diagnosis is often difficult, and bleeding is sometimes massive. It can be life-threatening if not clearly diagnosed and treated promptly. Unlike the treatment of gastric and esophageal varices, there is currently no definitive recommended treatment due to insufficient data and rarity. In this article, we report the case of a 78-year-old woman with liver cirrhosis and rectal variceal bleeding which was refractory to medical and endoscopic therapy and successfully treated with transjugular intrahepatic portosystemic shunting (TIPS).

Keywords: liver cirrhosis; portal hypertension; gastrointestinal tract, rectal variceal bleeding; Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS).

Актуальность

Кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляет 20–30% всех случаев желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), обычно приводит к госпитализации [1]. Смертность наблюдается у 2–4% пациентов, поступивших по поводу кровотечения из нижних отделов ЖКТ [2]. Ранее считалось, что кровотечение из нижних отделов ЖКТ является менее тяжелым заболеванием, чем кровотечение из верхних отделов ЖКТ, но современные данные показывают, что пациенты с кровотечением из нижних отделов ЖКТ, как правило, имеют более длительную продолжительность пребывания в больнице и могут подвергаться более высокому риску смерти или повторного кровотечения [3].

Кровотечение из нижних отделов ЖКТ является распространенной клинической проблемой и может быть более распространено среди пациентов с цир-

розом печени, особенно на фоне портальной гипертензии и коагулопатии. Однако данных о кровотечении из нижних отделов ЖКТ у пациентов с циррозом печени крайне мало [4]. Портальная гипертензия является основным осложнением цирроза печени, приводящим к варикозному расширению вен (ВРВ) пищевода, асциту, гидротораксу, печеночной энцефалопатии и другим осложнениям [5]. А также портальная гипертензия приводит к формированию портосистемных шунтов. Эти шунты могут быть от нижней брыжеечной вены к средним и нижним прямокишечным венам, что приводит к ВРВ прямой кишки, которое может вызвать хроническое рецидивирующее кровотечение или острое, опасное для жизни кровотечение [6].

Варикоз прямой кишки можно отличить от геморроя, поскольку он обычно возникает на высоте более 4 см над анальным краем и имеет более трубчатый вид под слизистой оболочкой толстой

кишки, а не комковатый вид геморроя [7]. Распространенность ВРВ прямой кишки составляет 38–56% у пациентов с циррозом печени или 63–94% у пациентов с внепеченочной обструкцией воротной вены [8]. Хотя распространенность данных вен прямой кишки относительно высока в этой подгруппе населения, редко бывает, что оно может вызвать значительное кровотечение, примерно у 0,5–5% пациентов [7]. Несмотря на то, что кровотечение из нижних отделов ЖКТ встречается редко, у пациентов с циррозом печени, он связан с высоким уровнем летальности [9].

В настоящее время не разработаны специальные рекомендации по диагностике и лечению кровотечений из ВРВ прямой кишки. Доступные варианты лечения включают вазоактивные препараты, эндоскопическую инъекционную склеротерапию, эндоскопическое лигирование, трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование

* e-mail: dzhurakulov.1982@mail.ru

(TIPS), ретроградную трансвензную облитерацию с баллонной окклюзией (BRTO) и ангиографическую эмболизацию только цианоакрилатом или комбинацией цианоакрилата и спиралей, в то время как хирургическое вмешательство рассматривается как вариант лечения рефрактерного кровотечения из ВРВ прямой кишки [10].

TIPS – это эндоваскулярный и эффективный метод, используемый для лечения осложненной портальной гипертензии [11]. Установка TIPS позволяет добиться декомпрессии системы воротной вены и предотвратить рецидивы кровотечений из ВРВ ЖКТ [12]. Он может служить как подготовительным этапом к трансплантации печени, так и окончательным лечением у пациентов, которые не являются хорошими кандидатами на операцию трансплантации [13]. Впервые TIPS был использован в 1993 году Katz и соавторами у пациента с повторным кровотечением из анарктальных ВРВ, который привел к выраженной декомпрессии данных вен через 24 часа после установки TIPS. Через 6 месяцев наблюдения у пациента не было рецидива кровотечения [11].

Пациентка В. в возрасте 78 лет поступила 9 января 2020 г. в ГКБ №15 им. О.М. Филатова по каналу скорой медицинской помощи с жалобами на выделение крови из заднего прохода в значительном количестве при дефекации, слабость и головокружение. Из анамнеза было известно, что она в течение года неоднократно отмечала выделение крови при дефекации, а также многократно госпитализировалась в хирургические и проктологические отделения разных учреждений с диагнозом: комбинированный геморрой, осложненный кровотечением, вторичным геморроем на фоне цирроза печени, варикозное расширение вен пищевода II степени, постгеморрагической анемией средней и тяжелой степени.

Была госпитализирована в колопроктологическое отделение. При поступлении состояние пациентки было средней тяжести, сознание ясное, отмечалась бледность кожных покровов, АД 100/40 мм рт. ст., ЧСС 90 в мин., живот мягкий, не вздут. При осмотре в области ануса выявлены увеличенные наружные и внутренние геморроидальные узлы на 3, 7 и 11 часах условного циферблата. Анус сомкнут. При натуживании внутренние узлы пролабируют в анальный канал. На перчатке следы кала обычного цвета. При поступлении в общий анализ крови отмечено снижение гемоглобина

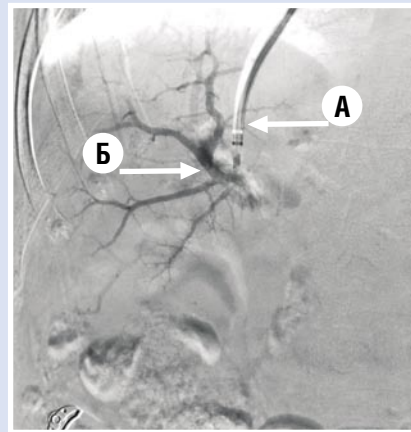


Рис. 1. Пункция воротной вены: А – проводниковый катетер Rosch-Uchida; Б – правая ветвь воротной вены.

(до 67 г/л) и количество всех форменных элементов крови (панцитопения). В биохимическом анализе крови печеночные и почечные ферменты в пределах нормы. А также отмечены умеренная гиперкоагуляция, снижение количества общего белка (44 г/л) и альбумина (24 г/л). В крови не выявлены маркеры вируса гепатита В и С. Рентгенография органов грудной клетки без патологических изменений. При КТ брюшной полости с контрастированием выявлены признаки цирроза печени, свободная жидкость в полости малого таза, кисты печени. Степень тяжести неуточненного цирроза печени соответствовала типу В (9 баллов) по классификации Child-Pugh. Принято решение о медикаментозной терапии.

Проводилась гемостатическая и кровозаместительная терапия, переливание эритроцитарной массы. Состояние пациентки в динамике улучшилось, гемоглобин повысился до 95 г/л. Однако спустя 7 дней, 16 января, в отделении произошёл очередной рецидив кровотечения. Пациентка жаловалась на активное выделение темной крови из ануса, после дефекации. Больная была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. Экстренно была выполнена колоноскопия, при которой определен источник кровотечения – вены прямой кишки, с последующим их лигированием. По анализам крови уровень гемоглобина снизился до 72 г/л. Учитывая малую эффективность медикаментозной терапии и наличие рецидива кровотечения, принято решение о выполнении операции TIPS. Согласие больной на операцию получено.

В рентгенооперационной под местной анестезией при соблюдении правил

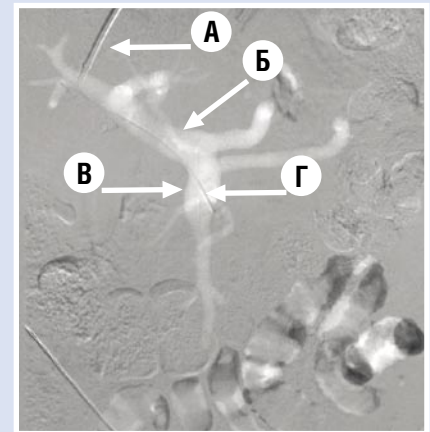


Рис. 2. Карбоксиportoграмма: А – проводниковый катетер Rosch-Uchida; Б – воротная вена; В – верхняя брыжеечная вена; Г – 0,035 проводник.



Рис. 3. Флебограмма из нижней брыжеечной вены: А – ВРВ прямой кишки.

асептики была пунктирована и катетеризирована яремная вена справа. С помощью проводника катетер вводился в правую печеночную вену. Выполнено измерение портосистемного градиента, который составил 20 мм рт. ст. (в норме до 5 мм рт. ст.). После заклинивания катетером в печеночной вене выполнена ретроградная карбоксиportoграфия. Далее с помощью специальной системы (Rosch-Uchida) пунктирована правая ветвь воротной вены с последующей катетеризацией её ствола (Рис. 1).

На контрольной карбоксиportoграфии подтверждено увеличение диаметра портальной вены (Рис. 2).

При селективной катетеризации и контрастировании дистальных отделов нижней брыжеечной вены определяется ствол ВРВ прямой кишки, который является источником кровотечения (Рис. 3).

Джуракулов Ш.Р., Вечорко В.И., Северцев А.Н. и др.
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ
ВЕН ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

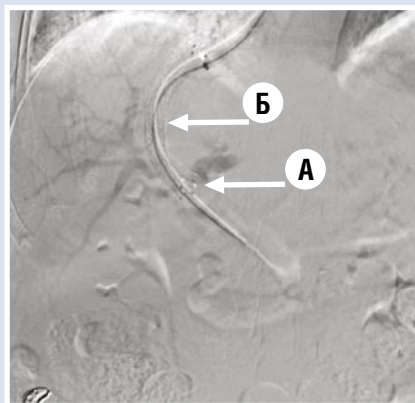


Рис. 4. Обзорный снимок sandwich-техники: А – голометаллический стент; Б – эндографт.

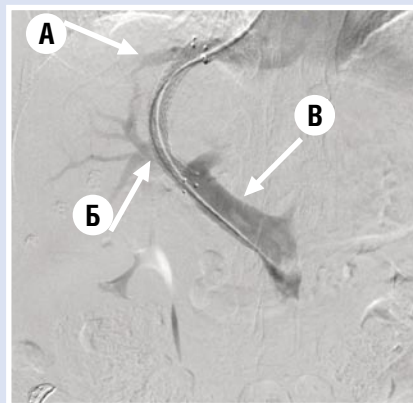


Рис. 5. Финальная портограмма: А – правая печёночная вена; Б – правая ветвь воротной вены; В – воротная вена.

Выполнена поочередная имплантация голометаллического и покрытого стента (по методике «Sandwich») между воротной и печёночной венами (Рис. 4).

На контрольной ангиографии стенты проходимы, сброс в правые отделы сердца адекватный, кровоток в воротной вене сохранен (Рис. 5).

Инструменты удалены, выполнен гемостаз пальцевым прижатием 15 мин. Наложена асептическая повязка на место пункции.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Гематокрезия прекратилась, уровень гемоглобина стабилизировался и больная благополучно выписана из больницы с рекомендациями.

Спустя более 1,5 лет, в сентябре 2021 г., больная обратилась в клинику с диагнозом: хроническая ишемия головного мозга; гипертоническая болезнь. В течение этого времени не наблюдались эпизоды кровотечения. Во время госпитализации было проведено УЗИ брюшной полости: диаметр воротной вены 11 мм; печеночные вены не расширены; лоцируется портокавальный стент, при ЦДК кровотока сохранен.

Обсуждение

В настоящее время имеется недостаточно литературных данных по теме кровотечения из нижних отделов ЖКТ у пациентов с циррозом печени, особенно при наличии портальной гипертензии [4]. По нескольким литературным данным [7; 11] известно, что хотя распространенность ВРВ прямой кишки в этой подгруппе населения относительно высока, оно может вызвать значительное кровотечение примерно до 5% пациентов. Мы предполагаем, что этот процент мог быть выше, при условии, что кровотечение из

этих вен не было бы связано с высоким уровнем летальности на догоспитальном этапе. По нашему мнению, большинство случаев кровотечений из аноректальных вен, которые происходят при дефекации, приводят к быстрому летальному исходу больного, до оказания медицинской помощи и не учитываются в статистике литературных источников.

Заключение

Кровотечение из нижних отделов ЖКТ представляет собой сложную клиническую проблему, которая требует мультидисциплинарной оценки для успешного лечения. На наш взгляд, всем пациентам, у которых есть признаки осложненной портальной гипертензии, нужно дообследование, вплоть до колоноскопии, чтобы исключить или подтвердить наличие варикозно-расширенных аноректальных вен. В случае выявления таких вен, с высоким риском кровотечения, пациенту необходимо подбирать подходящую тактику лечения не дожидаясь эпизода кровотечения, который в свою очередь может быть фатальным для больного.

Наложение эндоваскулярного портокавального шунта (операция TIPS), у данных пациентов, является радикальным методом лечения портальной гипертензии, тем самым снижает риск повторных кровотечений из ВРВ прямой кишки.

Дополнительная информация

Согласие пациента. Информированное согласие от пациентки получено.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *American Journal of Gastroenterology*. 2016; 111(4): 459-474. doi: 10.1038/ajg.2016.41.
2. Hawks MK, Svarverud JE. Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: Evaluation and Management. *American family physician*. 2020; 101(4): 206-212.
3. Oakland K. Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*. 2019; 42-43: 101610. doi: 10.1016/j.bpg.2019.04.003.
4. Khalifa A, Rockey DC. Lower Gastrointestinal Bleeding in Patients With Cirrhosis – Etiology and Outcomes. *The American Journal of the Medical Sciences*. 2020; 359(4): 206-211. doi: 10.1016/j.amjms.2020.01.007.
5. Затевахин И.И., Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш., Монахов Д.В. Портальная гипертензия: диагностика и лечение. – М.: БукВеди, 2015. – С.51. [Zatevakhin II, Shipovskii VN, Tsitsiashvili MSh, Monakhov DV. Portal'naya gipertenziya diagnostika i lechenie. M.: BukiVedi, 2015. P.51. (In Russ.)]
6. Chinnappan J, Shabbir M, Deliwala S, Bansal A. Successful treatment of intractable rectal varices with Gelfoam slurry embolisation and coiling. *European Journal of Case Reports in Internal Medicine*. 2023; 10(7): 003930. doi: 10.12890/2023_003930.
7. Al-Warqi A, Kassamali RH, Khader M, Elmagdoub A, Barah A. Managing Recurrent Rectal Variceal Bleeding Secondary to Portal Hypertension With Liquid Embolics. *Cureus*. 2022; 14(1): e21614. doi: 10.7759/cureus.21614.
8. Campbell EV, Aslanian HR, Muniraj T. Endoscopic rectal variceal ligation. *VideoGIE*. 2020; 5(6): 257-259. doi: 10.1016/j.vgie.2020.02.006.
9. Then E, Lund C, Uhlenhopp DJ, Sunkara T, Gaduputi V. Cirrhosis Is Associated With Worse Outcomes in Ischemic Colitis: A Nationwide Retrospective Study. *Gastroenterology Research*. 2020; 13(6): 253-259. doi: 10.14740/gr1339.
10. Sotiropoulos C, Sakka E, Diamantopoulou G, Theocharis GJ, Thomopoulos KC. Combination of Percutaneous Transhepatic Balloon-Assisted Transjugular Intrahepatic Collateral Caval Shunt and Embolization for Successful Hemostasis of Lower Gastrointestinal Bleeding Associated With Extremely Enlarged Anorectal Varicose Veins. *Cureus*. 2022; 14(1): e21053. doi: 10.7759/cureus.21053.
11. Al Khalloufi K, Laiyemo AO. Management of rectal varices in portal hypertension. *World journal of hepatology*. 2015; 7(30): 2992-2998. doi: 10.4254/wjh.v7.i30.2992.
12. Garrido M, Gonçalves B, Ferreira S, Rocha M, Salgado M, Pedroto I. Treating Untreatable Rectal Varices. *GE Portuguese journal of gastroenterology*. 2019; 26(6): 420-424. doi: 10.1159/000496121.
13. Maslekar S, Toh EW, Adair R, Bate JP, Botterill I. Systematic review of anorectal varices. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2013; 15(12): e702-e710. doi: 10.1111/codi.12417.