



## ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Ковязина И.О., Шапошникова Н.А.*

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

*Ковязина Инна Олеговна*

111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86

Тел.: 8 (495) 304 9555

E-mail: inna-kio@yandex.ru

### РЕЗЮМЕ

Наиболее значимым осложнением цирроза печени является синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода и желудка выявляется у 50–80% больных циррозом печени и осложняется кровотечением у 30–50%. Течение, лечение и ведение больных с портальной гипертензией у людей пожилого возраста мало изучено.

### SUMMARY

The most significant complication of cirrhosis is portal hypertension syndrome. Varicose veins of the esophagus and stomach diagnosed in 50 - 80% of patients with liver cirrhosis and complicated by hemorrhage in 30 - 50%. Course, treatment and management of patients with portal hypertension in elderly people is poorly understood.

**П**роблема циррозов печени (ЦП) и их осложнений остро стоит перед медицинской общественностью в связи с высокой летальностью у пациентов. Одним из грозных осложнений ЦП является синдром портальной гипертензии.

Под синдромом портальной гипертензии подразумевают характерный симптомокомплекс, возникающий при повышении давления в системе воротной вены, обусловленное нарушением кровотока различного происхождения [1].

В норме портальное давление колеблется в пределах 7–12 мм рт. ст. Повышение давления в системе воротной вены до 25–30 мм рт. ст. приводит к развитию интенсивной коллатеральной циркуляции. Особого внимания требуют коллатерали гастроэзофагеального перехода, так как варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП) и желудка выявляются у 50–80% больных ЦП и осложняются кровотечением у 30–50% больных [2–4]. Смертность от первого эпизода кровотечения у больных ЦП превышает 50% [3; 5]. По данным соглашения в Бовено (2005), в 51% кровотечение из вен пищевода явилось причиной летального исхода больных ЦП [3].

Анализ данных литературы, посвященной проблеме портальной гипертензии, указывает на скудность работ, характеризующих особенности проявления данного синдрома у больных пожилого (60–75 лет) и старческого возраста (старше 75 лет). Однако практика показывает, что число таких больных неуклонно растет. Доля пожилых в Российской Федерации составляет 16%, и ожидается, что к 2015 году она достигнет 20%, что определяет повышение в структуре заболеваемости удельного веса «возрастных патологий» [6]. Наравне с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, онкологическими поражениями увеличивается число пожилых людей с хроническими заболеваниями печени (ХЗП). Этому в большинстве случаев способствует полиморбидность у пожилых пациентов и, как следствие, прием большого количества медикаментозных средств. Взаимовлияние заболеваний, инволютивные процессы естественного старения и лекарственный патоморфоз значительно изменяют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс [7].

Так, по данным различных авторов, от 0,6% до 7,8% при хронической недостаточности кровообращения на фоне ишемической болезни сердца развивается ХЗП: «кардиальный» фиброз, реже — ЦП [6].

Однако физиологические изменения со стороны органов и систем в не меньшей степени зависят и от анамнеза жизни пожилого больного. Приводятся данные, что алкогольная болезнь печени у лиц старше 70 лет по результатам морфологического исследования печени верифицируется на стадии цирроза в 100% случаев, в то время как в возрастной группе 20–59 лет — 55% наблюдений (К. Woodhouse, O. James, 1985).

Говоря о процессе старения в целом, нельзя не коснуться структурно-функциональных особенностей печени у пожилых. Обращает на себя внимание, что морфологические изменения, протекающие в печени, частично носят компенсаторно-приспособительный характер, обеспечивая достаточное функционирование органа в позднем периоде онтогенеза [6; 8; 9]. Как известно, после 50 лет происходит уменьшение размеров и массы печени, в основе чего лежит возрастная атрофия органа, проявляющаяся истончением ткани печеночных балок, уменьшением общего числа гепатоцитов [10; 11]. Атрофия печени отмечается постоянно лишь к восьмому десятилетию и, как правило, не достигает резкой степени даже в глубокой старости [12].

Характерным инволютивным признаком считается снижение печеночного кровотока на 30–50% [13; 14]. Атеросклероз брыжеечных артерий, снижение фракции выброса на 30–40% у лиц пожилого возраста [14] приводит к уменьшению портального кровотока.

Важным является факт уменьшения активности печеночного цитохрома P450 в пожилом возрасте, что приводит к снижению метаболизма лекарственных препаратов при первом прохождении через печень, вследствие чего эффект их действия становится более выраженным [16].

Возвращаясь к практической медицине, необходимо привести данные статистических исследований, свидетельствующих, что в старшей возрастной группе на долю печеночно-ассоциированных причин смертности приходится 87% (в основном кровотечение из ВРВП и гепаторенальный синдром), в то время как основной причиной гибели мужчин моложе 60 лет с алкогольной болезнью печени является инфаркт миокарда (J. Potter, O. James, 1987).

В данной статье мы не акцентируем внимание на внепеченочной форме портальной гипертензии, так как с возрастом отмечается значительное снижение частоты ее встречаемости. По результатам исследования, проведенного А. М. Хабичевым (2002), частота выявления внепеченочного блока в возрастной группе до 20 лет составила 38,5%, в то время как у больных старше 45 лет — лишь 1,1%. Среди больных старше 60 лет внепеченочная портальная гипертензия не была диагностирована

ни у одного больного, что является закономерным, так как наиболее часто развитию внепеченочного блока способствуют сосудистые аномалии, которые проявляют себя уже в юном возрасте и требуют хирургического лечения.

Для ЦП у пожилых больных характерно латентное бессимптомное течение [6; 7]. Именно компенсаторные возможности печени, о которых было сказано выше, позволяют портальной гипертензии длительное время не проявлять себя. Наиболее часто заболевание манифестирует пищеводно-желудочным кровотечением [6]. Сравнительный анализ показал, что у пожилых больных преобладают кровотечения из ВРВП по сравнению с кровотечениями из ВРВ желудка. Частота кровотечений из ВРВ желудка достоверно выше у больных ЦП моложе 45 лет (50% против 25,5%) [17].

Ведущее прогностическое значение при ЦП во всех возрастных группах имеет принадлежность больного к функциональной группе по Child и клиничко-морфологическая стадия цирроза печени. В пожилом возрасте к основным факторам риска добавляются снижение функционального состояния почек, развитие асцитического синдрома и пищеводно-желудочного кровотечения [17].

Лечебные мероприятия при кровотечении из ВРВ пищевода и желудка у больных пожилого и старческого возраста представляют значительные трудности, связанные, с одной стороны, с тяжестью кровопотери и ее последствиями, с другой — с полиморбидностью пациента. Наличие характерной для пожилого возраста патологии бронхолегочной и сердечно-сосудистой системы, эндокринных заболеваний у пациентов данной категории способствует повышению частоты рецидивов, что приводит к высокой смертности. Следует отметить, что наличие сопутствующей патологии ограничивает возможности оказания помощи таким больным, оставляя в распоряжении лишь трансфузионную терапию с постановкой зонда Блекмора [18]. Вместе с тем авторы работ по данной проблеме обсуждают возможность применения так называемых малоинвазивных методов гемостаза, к которым относятся прежде всего эндоскопические и эндоваскулярные манипуляции. В отдаленном периоде при отсутствии противопоказаний у больных циррозом печени пожилого и старческого возраста для профилактики рецидивов кровотечений из ВРВ пищевода и желудка рекомендуются β-адреноблокаторы, а также эндоваскулярные методы лечения [17; 18].

Таким образом, проблема портальной гипертензии у лиц пожилого возраста актуальна и требует дальнейшего изучения с выявлением особенностей течения данного синдрома и оптимизации схем медикаментозной коррекции, направленной на снижение портального давления с учетом имеющихся сопутствующих заболеваний, возможности проведения эндоваскулярных методов лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Подымова С.Д. Вирусные гепатиты у пожилых пациентов. Особенности эпидемиологии, клинической картины, профилактики и лечения // Достижения и перспективы. Информ. бюлл. — 2001. — №1 (1). — С. 3–12.
2. Надинская М.Ю. Печеночная энцефалопатия // Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей/Гл. ред. В.Т. Ивашкин. — М.: М-Вести, 2002. — С. 177–189.
3. Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension report of the Baveno IV Consensus Workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension // J. Hepatology. — 2005. — Vol. 43, № 1. — P. 167–176.
4. Lui H. F., Stanley A. J., Forrest E. H. et al. Primary prophylaxis of variceal hemorrhage: a randomized controlled trial comparing band ligation, propranolol, and isosorbide mononitrate // Gastroenterology. — 2002. — Vol. 123, № 3. — P. 735–744.
5. Sarin S. K., Lahoti D., Saxena S. P. et al. U. K. Prevalence, classification and natural history of gastric varices // Hepatology. — 1992. — Vol. 16. — P. 1343–1349.
6. Лазебник Л.Б., Журавлева И.Г. Невирусные поражения печени у пожилых // Гепатология. — 2003. — № 1. — С. 40–46.
7. Дьякова И.П. Особенности клинической картины и лечения HCV-инфекции у пожилых: дис.... канд. мед. наук. — М., 2005. — С. 14–15.
8. Дьякова И.П. Особенности клинической картины и лечения HCV-инфекции у пожилых: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 2005. — С. 16, 22.
9. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. — М.: Анахарсис, 2003–208 с.
10. Абдукаев М.А. Прогностические маркеры хронизации вирусного гепатита С // Иммунология. — 2002. — № 1 — С. 47–54.
11. Апросина З.Г., Серов В.В., Крель П.Е. и др. Внепеченочные проявления хронических вирусных заболеваний печени // Арх. пат. — 1999. — Вып. 5. — С. 51–55.
12. Поннер Г. Старение или деградация печени // Проблемы гастроэнтерологии. — 1987. — Вып. 7. — С. 176–184.
13. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей/Под ред. Ивашкина В.Т. — М.: М-Вести, 2002. — 416 с.
14. Rawlins M. D., James O. F. W., Williams F. M. et al. Age and the metabolism of drugs // Q. J. Med. — 1987. — Vol. 64. — P. 545.
15. Дворецкий Л.И. Как обеспечить адекватность лечения // В мире лекарств. — 1998. — № 1.
16. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практическое руководство: Перспективы; пер. с англ. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999. — 864 с.
17. Хабичев А.М. Клинические особенности и прогноз портальной гипертензии в различных возрастных группах: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — СПб., 2002.
18. Абдуллаев И. Ч. Лечебная тактика при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени пожилого и старческого возраста: дис.... канд. мед. наук. — М., 2008.