

МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМИ ВЕНАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Филин А.В., Мяукина Л.М., Филин А.А.

Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург

Филин Александр Андреевич

Тел.: 8 (812) 559 9626

E-mail: doctor_eagleowl@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Увеличение числа больных циррозом печени за последние десятилетия стало одной из наиболее важных проблем современной медицины. Одним из опасных осложнений является острое кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка. При первом эпизоде кровотечения летальность достигает 50%, а частота развития рецидива — от 45 до 90% [1–3; 5; 7].

Основными источниками кровотечения при портальной гипертензии являются варикозные вены пищевода, преимущественно дистальных отделов пищевода. Варикозные вены желудка встречаются реже и обычно хуже диагностируются из-за особенностей строения слизистой оболочки, сложности осмотра кардии в положении ретрофлексии, особенно на фоне продолжающегося кровотечения. Расширение венул и капилляров слизистой оболочки и подслизистого слоя желудка приводит к портальной гипертензивной гастропатии, которая при эндоскопическом исследовании характеризуется наличием очагов красных пятен на слизистой оболочке, гиперемией, мозаичностью рисунка слизистой оболочки, а в более тяжелых случаях — диффузных темно-красных пятен или внутрислизистых геморрагий. Считается, что до 25% кровотечений может быть обусловлено гастропатией (Т. McCormack, 1993).

Высокий процент осложнений и низкая выживаемость больных диктуют необходимость совершенствования лечебной тактики при пищеводно-желудочных кровотечениях портального генеза, которая должна основываться на знании патогенеза их возникновения и дифференцированном подходе к их лечению.

В настоящее время лечение варикозного кровотечения включает три главных направления: лечение активного кровотечения (состоявшегося кровотечения); профилактика рецидива кровотечения; профилактика первого кровотечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для частичной и полной эрадикации варикозных вен использовали пластиковые лигатуры, прямые и скошенные торцевые колпачки и лигирующее устройство фирмы *Olympus* для перевязки вен в пищеводе и желудке. Резиновые кольца (*Six-Shooter* фирмы СООК) применяли только в пищеводе. В некоторых случаях использовали метод эндоскопической ультрасонографии для диагностики глубоких и перфорантных вен пищевода, а также для выявления расширенных вен желудка, не диагностируемых при осмотре в белом свете.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С марта 1998 года по март 2011 год выполнено 265 сеансов лигирований у 198 пациентов с варикозным расширением вен пищевода и желудка II и III степени (N. Soehendra, 1997). Эндоскопический гемостаз при активном кровотечении из варикозных вен выполнен в 22 случаях с использованием различных эндоскопических методик и их комбинаций (лигирование, склерозирование, клипирование). Максимальное количество лигирований у одного пациента — 4. В большинстве случаев был достигнут положительный эффект (полная либо частичная эрадикация варикозно расширенных вен при отсутствии первичного либо рецидивного кровотечения). Эндоскопическое склерозирование в комбинации с лигированием было выполнено в 25 случаях. После лигирования все пациенты отмечали умеренную болезненность в груди и явления дисфагии в течение 1–2 дней после вмешательства. Во время лигирования и в ранний послеоперационный период диагностированы осложнения (2,6%): срезание варикозного узла лигатурой — 4, отсроченное кровотечение — 2, реактивный медиастинит — 1. В результате



Рис. 1. Перфорантная вена на уровне 2/3 тела желудка на малой кривизне



Рис. 3. Перфорантная вена желудка диаметром 8 мм на уровне кардии на малой кривизне, проникающая сквозь собственный мышечный слой



Рис. 4. Множественные извитые варикозные вены свода желудка



Рис. 5. Селезеночная вена в проекции хвоста поджелудочной железы и ворот селезенки, расширенная до 14 мм



Рис. 6. Слияние расширенных селезеночной и верхней брыжечной вен (воротное слияние)

применения склерозирования осложнения развились в 16% случаев: в виде глубоких язв пищевода в зоне сведения склерозанта — 2, внутрислизистая гематома — 1, кровотечение — 1. Все указанные осложнения купированы консервативно или с применением эндоскопических методик. Максимальный срок наблюдения пациентов после эндоскопического лечения — 12 лет. Последующее

эндоскопическое наблюдение осуществлялось каждые 6–12 месяцев. За период наблюдения два пациента с циррозом печени (С класс по Child-Pugh) и выраженной сопутствующей патологией умерли от рецидива кровотечения из варикозных вен. Пациентам с рецидивом варикозных вен либо неэффективностью первого этапа лигирования выполняли дополнительные сеансы лигирования (до 4 этапов). Пациентам с кровотечением в анамнезе дополнительно после лигирования вен пищевода при развитии локальных рецидивных варикозов выполняли эндоскопическое склерозирование.

Эндоскопическую ультрасонографию выполняли пациентам как с кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка в анамнезе, так и с рецидивом варикозных вен после эндоскопического лечения. У пациентов последней группы выявлены ранее не диагностированные расширенные вены свода желудка и перфорантные вены пищевода как фактор риска развития рецидива варикозных вен. В ряде случаев при верификации гигантских варикозных вен пищевода и желудка с наличием перфорантных вен большого диаметра своевременно рекомендовать пациентам

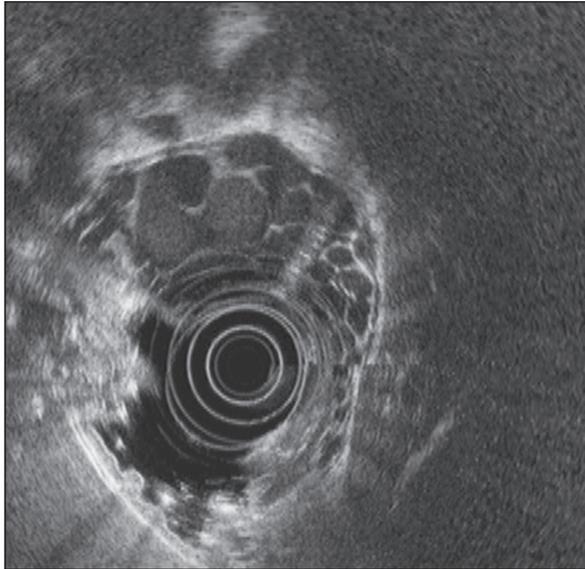


Рис. 8. Гигантские варикозные вены кардии с перфорантными сосудами, проникающими за пределы мышечного слоя

ангиохирургическое и хирургическое лечение (эмболизация варикозных вен, портосистемное шунтирование).

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Подходы к лечению пациентов с варикозными венами пищевода и желудка должны быть комбинированными и включать в себя медикаментозный, эндоскопический и хирургический компонент. Исследования показали [1; 7; 8; 14], что для лечения этой группы пациентов эффективно применение неселективных β -блокаторов (пропранолол, надолол, тимолол и др.). В настоящее время β -блокаторы рекомендованы как препараты выбора у больных с ВРВ до первого кровотечения с подбором дозировки с целью снижения портального давления ниже 12 мм рт. ст. В то же время комбинация β -блокаторов и ISMN (мононитрат изосорбид) оказывает на снижение портального давления синергетический эффект и для предотвращения варикозного кровотечения [9]. Однако эта комбинация имеет большое количество побочных эффектов и ее применение возможно только под строгим контролем портального давления. Роль медикаментозной терапии при остром варикозном кровотечении является усиливающей эффект эндоскопического лечения. Вазоактивные препараты могут быть использованы, как только диагноз варикозного кровотечения подтвержден.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Кузьмин-Крутецкий М.И., Кащенко В.А. Кровотечения портального генеза. — СПб.: ЭФА, 2001. — 126 с.
2. Лыткин М.И., Ерюхин И.А., Диденко В.М. Отдаленные результаты лечения больных с портальной гипертензией, осложненной

Малоинвазивные эндоскопические методики диагностики, превентивного лечения и гемостаза открыли новую страницу в решении проблемы варикозного расширения вен пищевода и желудка и показали высокую эффективность при остром кровотечении [6; 10; 11; 13; 14]. Показатель достижения гемостаза при этом составил более 90%, а летальность снизилась до 15% (N. Sugimoto и соавт., 2007). В литературе имеются данные о положительных результатах при применении эндоскопических методов для профилактики рецидивов кровотечений портального генеза [6; 10]. Высокая летальность при первом эпизоде кровотечения из варикозных вен определяет значимость выработки четких критериев риска его возникновения, что позволило бы определить показания к первичной профилактике кровотечений и сроки ее проведения [1]. Некоторые авторы, высоко оценивая непосредственные результаты эндоскопических вмешательств, высказывают сомнения в их эффективности в отдаленные сроки наблюдения и предлагают проводить хирургические вмешательства отсроченно (А.К. Ерамишанцев, 2002; В.В. Семенова, 2007). Другие исследователи придерживаются иной точки зрения, утверждая, что применение эндоскопических методов гемостаза улучшает выживаемость пациентов как в остром периоде, так и в отдаленные сроки [15].

Таким образом, основываясь на опыте отечественных и зарубежных коллег, а также на анализе собственного опыта лечения пациентов с варикозными венами пищевода и желудка, можно предположить, что эндоскопическое лигирование как изолированный метод эффективен в профилактике первичных варикозных кровотечений пищевода и желудка, а в сочетании с эндоскопическим склерозированием может применяться для профилактики рецидивных варикозных кровотечений. Эндоскопические методы лечения варикозных вен пищевода и желудка снижают риск смертности от варикозного кровотечения, не влияя на течение основного заболевания.

Диагностическая ценность эндосонографии при портальной гипертензии остается темой для обсуждения, однако она позволяет в сравнении с обычным эндоскопическим осмотром выявлять варикозные вены, определить наличие и локализацию перфорантных вен, что, возможно, позволит избирать наиболее эффективный метод лечения, а также прогнозировать риск рецидива как варикоза, так и рецидива кровотечения.

3. Пациора М.Д., Шерцингер А.Г. Хирургическое лечение внутрипеченочной портальной гипертензии // Хирургия портальной гипертензии (ошибки и опасности). — М., 1984. — С. 6–15.



4. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практич. рук.: Пер с англ. Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999. — 187 с.
5. *Bambha K., Kim W.R., Pedersen R. et al.* Predictors of early re-bleeding and mortality after acute variceal haemorrhage in patients with cirrhosis // *Gut*. — 2008. — Vol. 57. — P. 814–820.
6. *Cappell M.S., Friedel D.* Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy // *Med. Clin. North. Am.* — 2008. — Vol. 92. — P. 491–509.
7. *Feu F., Garcia-Pagan J.C., Bosch J.* Relation between portal pressure response to pharmacotherapy and risk of recurrent variceal haemorrhage in patients with cirrhosis // *Lancet*. — 1995. — Vol. 346. — P. 1056–1059.
8. *Franchis R.* Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension // *J. Hepatol.* — 2010.
9. *Garcia-Tsao G., Bosch J., Groszmann R.J.* Portal hypertension and variceal bleeding — unresolved issues. Summary of an American Association for the study of liver diseases and European Association for the study of the liver single-topic conference // *Hepatology*. — 2008. — Vol. 47. — P. 1764–1772.
10. *Gluud L.L., Langholz E., Krag A.* Meta-analysis: isosorbide-mononitrate alone or with either beta-blockers or endoscopic therapy for the management of oesophageal varices // *Aliment Pharmacol. Ther.* — 2010. — Vol. 32. — P. 859–871.
11. *Lo G.H., Lai K.H., Cheng J.S.* Emergency banding ligation versus sclerotherapy for the control of active bleeding from esophageal varices // *Hepatology*. — 1997. — Vol. 25. — P. 1101–1104.
12. *Moitinho E., Escorsell A., Bandi J.C.* Prognostic value of early measurements of portal pressure in acute variceal bleeding // *Gastroenterology*. — 1999. — № 117. — P. 626–631.
13. North Italian Endoscopic Club for the study and treatment of esophageal varices: Prediction of the first variceal hemorrhage in patients with cirrhosis of the liver and esophageal varices. A prospective multicenter study // *N. Engl. J. Med.* — 1988. — Vol. 319. — P. 983–989.
14. *Paquet K.-J.* Endoscopic paravariceal injection sclerotherapy of the esophagus — indications, technique, complications, results of period of nearly 14 years // *Gastrointest. Endosc.* — 1993. — Vol. 29. — P. 317.
15. *Sarin S.K., Lamba G., Kumar M.* Comparison of endoscopic ligation and propranolol for the primary prevention of variceal bleeding // *New Engl. J. Med.* — 1999. — Vol. 340. — P. 988–993.
16. *Tiani C., Abraldes J.G., Bosch J.* Portal hypertension: pre-primary and primary prophylaxis of variceal bleeding // *Dig. Liver Dis.* — 2008. — Vol. 40. — P. 318–27.

Примечание к статье: рис. 2 см. на цветной вклейке

МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМИ ВЕНАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА



Рис. 2. Перфорантная вена на уровне $\frac{1}{3}$ тела желудка на малой кривизне (силовой Допплер)

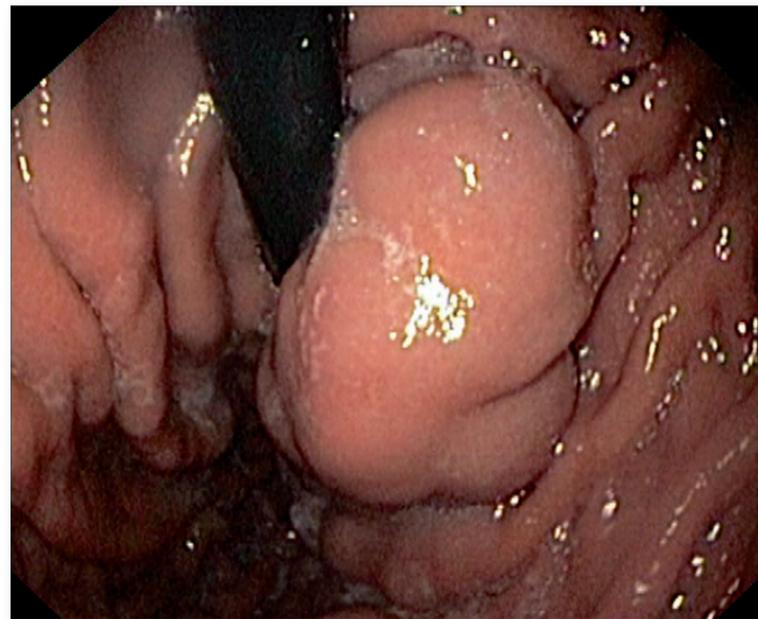


Рис. 7. Гигантские варикозные вены кардии (диаметр узла до 40 мм)