

УДК 616.149-008.341.1+616.329/.33-005.1-08

А.С. ИБАДИЛЬДИН, К.К. АМАНТАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, 050012, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе би, д. 94

Результаты миниинвазивных методов лечения при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода

Ибадильдин Амангельды Сейтказиевич — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургических болезней № 3, тел. +7-701-333-52-88, e-mail: Kafedra3@gmail.com

Амантаева Каракоз Кариевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 3, тел. +7-777-277-61-47, e-mail: karievna@gmail.com

Авторы делятся опытом лечения 30 больных с кровотечением различной степени тяжести из варикозно расширенных вен пищевода. Хорошие результаты получены при применении латексного лигирования вен как варианта азигопортальной разобщающей операции. Хирургическая активность составила 37%, миниинвазивные вмешательства выполнены у 55% больных.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода.

A.S. IBADILDIN, K.K. AMANTAIEVA

S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, 94 Tole bi St., Almaty, Kazakhstan, 050012

Results minimally invasive method of treatment of bleeding from esophageal varices

Ibadildin A.S. — D. Med. Sc., Head of the Department of Surgical Diseases № 3, tel. +7-701-333-52-88, e-mail: Kafedra3@gmail.com

Amantayeva K.K. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Department of Surgical Diseases № 3, tel. +7-777-277-61-47, e-mail: karievna@gmail.com

Authors impart experience treatments of 30 patients with various severity level of a bleeding from varicose amplate veins of an esophagus. Good results are received at application of a latex ligation of veins, as a variant azigoportal separating operation. Surgical activity has compounded 37%, miniinvasive interference of 55%.

Key words: cirrhosis of liver, portal hypertension, esophageal varices.

Введение

Проблемы лечения больных с осложненным течением цирроза печени остаются актуальными и по настоящее время. Это обусловлено прежде всего продолжающимся ростом количества пациентов, страдающих заболеваниями печени и осложнениями, такими как цирроз печени, портальная гипертензия, токсические гепатиты с фульминантным течением. У 90% больных циррозом печени возникает варикозное расширение вен пищевода, желудка и кишечника. В 30% случаев оно осложняется кровотечениями. Смертность после первого эпизода кровотечения составляет 30-50%. У 70% пациентов, переживших один эпизод кровотечения из варикозных вен пищевода, кровотечения возникают повторно. Среди всех причин, вызывающих крово-

течения в ЖКТ, варикозное расширение вен пищевода и желудка составляют 5-10%. Наиболее высок риск этого осложнения у больных с портальной гипертензией, вызванной тромбозом селезеночных вен.

Формирование варикозного расширения вен пищевода не сопровождается клинической симптоматикой, и возникшее кровотечение часто становится «громом среди ясного неба», в ряде случаев являясь первой манифестацией цирроза печени [1]. В этой связи для своевременного выявления варикозного расширения вен пищевода и гепатогенных язв, большим циррозом печени, необходимо проведение периодических эндоскопических исследований пищевода и желудка. Наряду с этим в 50-70% наблюдений на клиническую картину цирроза пе-



чени наслаивается отечно-асцитический синдром. Консервативное лечение этих больных малоэффективно, риск операций в силу тяжести их состояния обусловлен полисиндромностью заболевания. Часто выявляемая печеночная энцефалопатия является результатом токсического влияния на ЦНС продуктов метаболизма азотистых соединений, у здоровых людей инактивируемых печенью.

Оперативное вмешательство при продолжающемся кровотечении из кардиального отдела желудка и нижней части пищевода должно выполняться в минимальные сроки у больных групп А и В по шкале Child-Pugh. У больных группы С проведение оперативных вмешательств связано с высоким риском развития осложнений и летальных исходов. При неэффективности применения зонда Блейкмора и терапии бета-адреноблокаторами в качестве вынужденной меры прибегают к хирургическому вмешательству (лигированию варикозно расширенных вен резиновыми кольцами либо проводят шунтирующие операции).

Портосистемное шунтирование или азигопортальные разобщающие операции производятся при наличии в анамнезе рецидивирующих кровотечений. Как правило, это больные с предпеченочной портальной гипертензией, которая характеризуется ранним развитием асцита, не поддающегося терапии диуретиками, сопровождается болевым синдромом в области печени, значительной спленомегалией.

Остановку возникшего кровотечения из варикозных вен пищевода проводят на фоне восполнения кровопотери (плазмазаменителями, эритро массой, донорской кровью, плазмой) в сочетании с введением викасола, кальция хлорида (<http://www.smed.ru/guides/63/>).

Склеротерапия расширенных вен может быть более эффективна, чем назначение бета-адреноблокаторов (пропранолол, анаприлин, обзидан) для предотвращения кровотечений, но имеет много побочных эффектов. Эндоскопическая склеротерапия применяется на высоте кровотечения, непосредственно после остановки кровотечения, при выявлении факторов риска кровотечения (расширение вен II-III степени, величина портального давления более 300 мм вод. ст., появление красных

маркеров на слизистой пищевода). Склерозирующие препараты вводятся интравазально или сочетанно интра- и паравазально. При первом способе склерозирующий препарат вводится через эндоскоп (с помощью катетера — иглы в объеме 2-8 мл) в варикозно расширенную вену пищевода с целью развития в ней асептического тромбоза, склерозируются все варикозно расширенные вены, контроль на вторые сутки, при необходимости дополнительное склерозирование. В случае нестабильного гемостаза устанавливается зонд Блейкмора.

При паравазальном способе склерозант вводится в подслизистый слой вокруг вены. Эффект в этом случае достигается за счет развития отека подслизистого слоя с последующим паравазальным фиброзом. Первый способ предпочтительнее при больших, второй — при небольших размерах варикозных узлов. Наиболее часто применяются следующие склерозирующие вещества: 5%-ный раствор этаноламина олеата (Этамолин), 1-3%-ный раствор полидоканола (Этоксисклерол), 3%-ный раствор натрия тетрадецилсульфата (Фибро-Вейн, Тромбовар) для паравазального введения. Преимуществами этого метода являются: возможность селективной облитерации вен пищевода и кардиального отдела желудка в тех местах, где их риск разрыва максимальный; отсутствие отрицательного воздействия процедуры на функцию печени и малая инвазивность метода. Метод позволяет добиться остановки кровотечения у 70% больных. Осложнения склерозирующей терапии: некроз стенки пищевода при попадании склерозанта в мышечный слой пищевода, изъязвления слизистой оболочки различной степени выраженности.

Эндоскопическая склеротерапия как самостоятельный метод лечения показан больным с высоким риском операции, консервативная терапия у которых оказалась неэффективной, а также пациентам, неоднократно оперированным по поводу кровотечений из варикозных вен пищевода. <http://www.smed.ru/guides/63/> Альтернатива эндоскопической склеротерапии — эндоскопическая перевязка варикозно расширенных вен пищевода при помощи небольших эластических колец. Эта процедура позволяет остановить кровотечение (рис. 2, 3). Технически этот метод более сложный, чем склерозирование.

Рисунок 1.
Острые гепатогенные язвы слизистой желудка

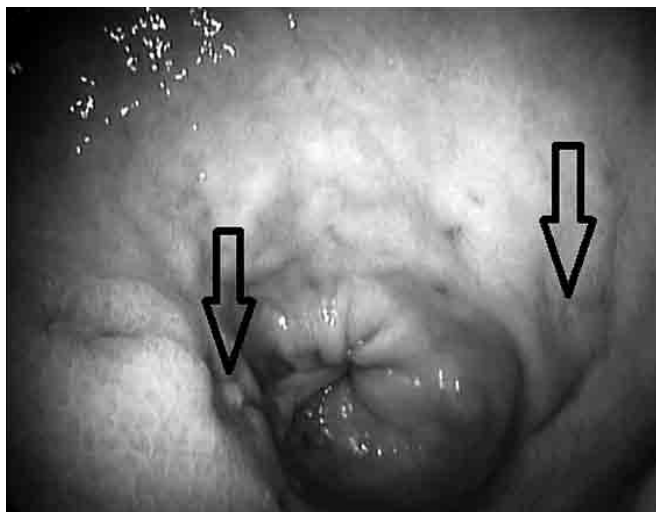


Рисунок 2.
Вид через эндоскоп — варикозно расширенные вены пищевода

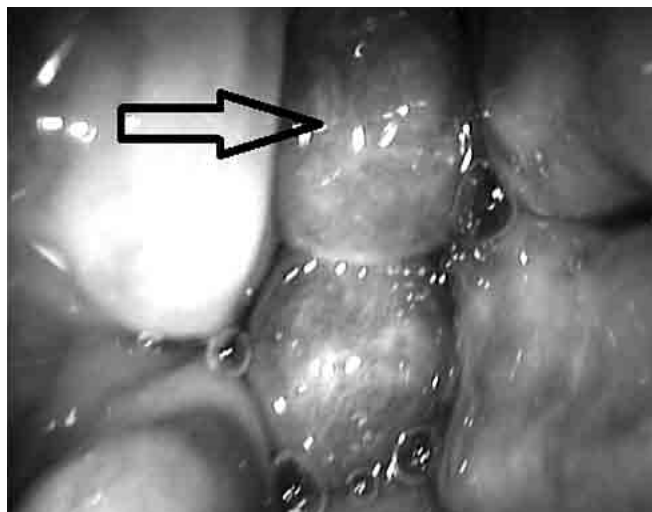
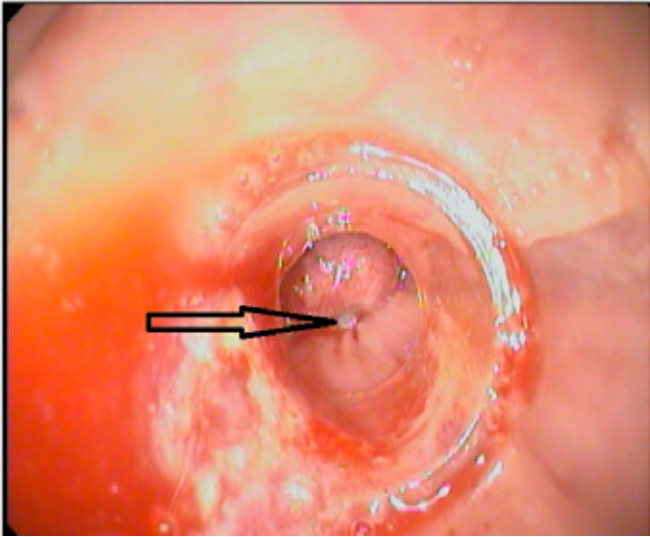


Рисунок 3.

Латексное кольцо надето на варикозно измененный сосуд



Цель работы — обобщить опыт лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка применением новых медикаментозных средств и современных технологий.

Материалы и методы

В клинике за последний год наблюдались 30 больных с различной степенью тяжести кровотечения. По шкале Child-Pugh группа «А» — 5 больных, группа «В» — 12, группа «С» — 13 больных. В группе «А» оперированы 2 больных по методике М.Д. Пациоре. Из группы В гастротомия с прошиванием кровоточащих сосудов, произведена у 5 больных, рецидив кровотечения на 5-е сутки произошел у одного больного, стабильно надежный гемостаз достигнут применением новосевена (фактор VIIa). В данной группе — у 4, из группы С — у 2 больных произведено эндоскопическое лигирование латексными кольцами, со стабильным гемостазом. Все больные (6) перенесшие эндоскопическое лигирование со стабильными показателями крови, хоро-

шими реологическими данными выписаны на амбулаторное лечение. Летальность наступила у 7 (23%) больных в основном с декомпенсированной стадией портальной гипертензии, с отеочно-асцитическим синдромом и желтухой из группы С.

Результаты

Всем поступившим больным с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка проводится стандартный метод обследования, установленный в клинике [2]. При правильной установке и эксплуатации зонда Блейкмора гемостаз может быть достигнут у 92% больных, позволяя выиграть время для подготовки к выполнению разобщающих рутинных и миниинвазивных операций. Проведение противоязвенной и гемокомпонентной терапии способствует эрадикации острых язв и эрозии пищевода, желудка и ДПК (рис. 1). Хирургическая активность составила 37%, из них миниинвазивные вмешательства выполнены у 55% больных. Применение вазопрессина с нитроглицерином оказалось эффективным у больных группы С, на фоне проводимой комплексной терапии.

Таким образом, практика активной тактики ведения больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, обусловленной синдромом портальной гипертензии постоянно совершенствуется, благодаря появлению новых данных о патогенезе заболеваний, отраженная в международных консенсусах, новых медикаментозных средств (новосевен) [3, 4]. К сожалению, данный препарат в силу определенных обстоятельств, недоступен большинству больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. — М.: ГЕОТАР, 2004. — 720 с.
2. Корочанская Н.В., Дурлештер В.М., Усова О.А. и др. Предоперационная подготовка больных циррозом печени при операциях азигопортального разобщения // Физиология и патология заболеваний пищевода: Материалы научной программы учредительного съезда Российского общества хирургов-гастроэнтерологов. — Сочи, 2004. — С. 87-88.
3. De Franchis R. Evolving Consensus in Portal Hypertention. Report of the Baveno IV Consensus Workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. Special report // Hepatology. — 2005. — Vol. 43 — P. 167-176.
4. Ибадильдин А.С., Амантаева К и др. Современные принципы консервативного лечения острых желудочно-кишечных кровотечений // Морфология и доказательная медицина. — Алматы, 2011. — С. 32-34.

WWW.PMARCHIVE.RU
САЙТ ЖУРНАЛА «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»