
МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 616.149-008.341.1(571.56)

М. М. Винокуров, З. А. Яковлева, Л. В. Булдакова, С. Н. Бурнашева

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Статья посвящена одной из актуальных вопросов неотложной хирургии – лечению язвенных кровотечений у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией. Проанализированы результаты лечения 75 (23 %) больных с кровотечениями из эрозивно-язвенных поражений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки среди пациентов с варикозно расширенными венами пищевода и желудка. Оценена эффективность миниинвазивных эндоскопических методов остановки кровотечения в лечении данной категории больных. Показаны возможности эндоскопического гемостаза при язвенных и варикозных кровотечениях. Представлена принятая в клинике тактика лечения больных с указанными кровотечениями. Частота эрозивно-язвенных поражений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки среди пациентов с кровотечением на фоне внутрипеченочной портальной гипертензии и варикозно расширенных вен пищевода и желудка составила 23 %. Клиническая диагностика гастродуоденальных эрозий и язв у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка как источников кровотечения значительно затруднена ввиду отсутствия патогномоничных симптомов и анамнестических данных. Но благодаря проведению фиброгастродуоденоскопии источник кровотечения выявлен у всех больных. Выбор лечебной тактики у данной категории больных зависит не только от интенсивности кровотечения, состояния больного, но и от наличия одного или нескольких (сочетанных) источников геморагий. Эндоскопический гемостаз является методом выбора в лечении таких пациентов.

Ключевые слова: портальная гипертензия, цирроз печени, печеночная недостаточность, кровотечение, варикозно расширенные вены, язва, эрозии, гемостаз, эндоскопическое склерозирование, эндоскопическое лигирование.

M. M. Vinokurov, Z. A. Yakovleva, L. V. Buldakova, S. N. Burnashyova

Erosive canker of stomach mucous membrane and duodenum of patients with intrahepatic portal hypertension

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д. м. н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии, урологии, онкологии и оториноларингологии Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова.

E-mail: mmv_mi@rambler.ru.

ЯКОВЛЕВА Зоя Афанасьевна – зав. эндоскопическим отделением РБ № 2-ЦЭМП.

БУЛДАКОВА Лена Васильевна – аспирант 4 года заочной формы обучения кафедры факультетской хирургии, урологии, онкологии и оториноларингологии Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова.

E-mail: nlv05@mail.ru.

БУРНАШЕВА Сааскылана Николаевна – студент 4 курса лечебного факультета Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова.

E-mail: Burnsasky@mail.ru.

The article is devoted to one of the most actual issues of urgent surgery – treatment of ulcer bleeding of patients with intrahepatic portal hypertension. The results of treatment of 75 (23 %) patients with bleeding from erosive cankers in gastric mucosa and duodenal ulcers among patients with esophagus and stomach varicose veins were analyzed. The effectiveness of minimally invasive endoscopic techniques of hemostasis in treatment the given category of patients was evaluated. The opportunities of endoscopic hemostasis at helicoid and variceal bleeding are shown. Patients treatment tactics with pointed bleedings adopted in clinic are presented. The frequency of erosive canker of gastric mucosa and duodenal ulcers among patients with bleeding on the background of intrahepatic portal hypertension and protuberant varicosities of esophagus and stomach composed 23 %. Clinical diagnosis

of gastroduodenal erosions and ulcers of patients with varicose veins in esophagus and stomach as sources of bleeding is quite hampered due to the absence of pathognomonic symptoms and medical history data. But through fibrogastroscopy the bleeding source was detected in all patients. The patients treatment tactics choice depends not only on the intensity of bleeding, patient's condition, but also on the presence of one or more (combined) sources hemorrhage. Endoscopic hemostasis is a method of treatment choice for such patients.

Key words: portal hypertension, liver cirrhosis, hepatic insufficiency, variceal bleeding, protuberant varicosities, ulcer, erosions, hemostasis, endoscopic sclerotherapy, endoscopic ligation.

Формирование диффузных воспалительно-дистрофических заболеваний печени способствует развитию патологических изменений слизистой гастродуоденальной зоны [1]. Часто первым проявлением язвенной болезни у больных с диффузными поражениями печени, а также причиной поступления больного в клинику является острое желудочно-кишечное кровотечение из гепатогенной язвы [2]. При этом отмечено, что гастродуоденальное кровотечение из язвы может стимулировать кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка и наоборот [2]. Диагностические трудности возникают также при одновременном кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, и гастродуоденальных эрозий и язв [2, 3].

Отсутствие единого мнения о лечении больных с гастродуоденальными язвами на фоне портальной гипертензии делает проблему актуальной и требует дальнейших исследований.

Цель исследования – определить частоту язвенной болезни и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с внутривенной портальной гипертензией, оценить эффективность эндоскопических вмешательств в лечении гастродуоденальных кровотечений из эрозий и язв у данной категории больных.

С 2000 по 2012 гг. на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи находились 75 (23 %) больных с циррозом печени в сочетании с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки (всего больных с циррозом печени – 325). Возраст больных варьировал от 25 до 75 лет. Наиболее часто эта патология отмечена в трудоспособном возрасте (40-60 лет – у 66,7 % больных). По полу преобладали мужчины – 51 (68 %), женщин было 24 (32 %).

У 38 (50,7 %) больных источником кровотечения были непосредственно варикозно расширенные вены пищевода и желудка, у 28 (37,3 %) – язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (7 – желудка, 21 – двенадцатиперстной кишки), у 9 (12 %) – одновременно из варикозно расширенных вен и гастродуоденальных язв.

Диагностика основывалась на жалобах больных, анамнезе заболевания, клинических проявлениях заболевания, результатах лабораторных (в том

числе определение маркеров гепатита, исследование тромбозаограммы) и инструментальных обследований. Всем пациентам при поступлении проводили ФГДС, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Степень печеночной недостаточности определяли по классификации Child-Pugh [4, 5]. Согласно данной классификации, больные разделены на 3 группы: А – 20 (26,7 %) больных, В – 48 (64 %), С – 7 (9,3 %). Таким образом, преобладали пациенты группы В. Степень варикозного расширения вен – по эндоскопической классификации А. Г. Шерцингера (1986) [6, 7].

У 21 (28 %) больного при поступлении на ФГДС были признаки состоявшегося кровотечения, в то время как у 54 (72 %) зафиксировано продолжающееся кровотечение. Из них 29 (38,7 %) пациентам с продолжающимся кровотечением проведено консервативное лечение, направленное на остановку кровотечения как из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, так и из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Лечение включало заместительную терапию, применение гемостатических препаратов, средств для снижения портального давления (В-адреноблокаторы, нитраты), антисекреторные и антацидные средства. Всем пациентам с продолжающимся кровотечением или с высоким риском рецидива кровотечения после диагностической ФГДС устанавливали зонд Блэкмора с целью гемостаза. Зонд с раздутыми баллонами оставляли в желудке на 4-6 ч, после чего выпускали воздух из пищеводного баллона и наблюдали за больным 1,5-2 часа. Если кровотечение не рецидивировало, то зонд извлекали через 10-12 часов. У 7 (24,1 %) пациентов попытки остановить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (5) и язвы желудка (2) успеха не принесли, в связи с чем им были выполнены сеансы эндоскопического гемостаза (4), и 2-м больным проведена операция М. Д. Пациоры (прошивание и перевязка варикозных вен в шахматном порядке), 1-му больному – резекция желудка.

37 (49,3 %) больным выполнены эндоскопические методы гемостаза. Эндоскопическая остановка кровотечения при кровоточащей язве проводилась путем введения вокруг источника кровотечения спирт-адреналиновой смеси, орошения раствора аминокпроновой кислоты, коагуляцией в режиме

Таблица

Виды выполненных оперативных вмешательств

Вид операции	Количество больных	
	Абс. число	%
Медикаментозное лечение + зонд Блекмора	29	38,7
Эндоскопические методы (орошения, эндоскопическое склерозирование, эндоскопическое лигирование)	37	49,3
Резекция желудка	2	2,7
Гастротомия, ушивание варикозно расширенных вен по методу М. Д. Пациора	4	5,3
Гастротомия, прошивание варикозно расширенных вен, иссечение язв желудка, двенадцатиперстной кишки +пилоропластика	3	4
Всего	75	100

монополярной коагуляции. При источнике кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка выполнялись сеансы эндоскопического склерозирования (3%-й раствор этоксисклерола 2,0-10,0 мл), эндоскопического лигирования (за 1 сеанс, в зависимости от выраженности варикозно расширенных вен, накладывали от 6 до 10 лигатур латексными кольцами). Повторные сеансы эндоскопического лечения в связи с рецидивом кровотечения понадобились в 7 (19,4 %) случаях. Из них 2 (5,6 %) пациентам в связи с безуспешностью эндоскопического гемостаза проводилась лапаротомия с гастротомией и прошиванием варикозно расширенных вен.

В экстренном и срочном порядке 9 (12 %) пациентов были прооперированы, из них у 3 было язвенное гастродуоденальное кровотечение на фоне варикозно расширенных вен пищевода и желудка. У 2 – из язвы двенадцатиперстной кишки и у 1 – одновременно из язвы пилорического отдела желудка и язвы двенадцатиперстной кишки (табл.).

Резекция желудка была проведена пациенту с большой пенетрирующей в поджелудочную железу язвой двенадцатиперстной кишки, которую невозможно было надежно ушить, а в другом случае причиной резекции явилась гигантская язва (более 3 см) желудка.

Из числа экстренно и срочно оперированных в 2 (22,2 %) случаях отмечены рецидивы кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, что привело к летальному исходу на фоне нарастающей печеночной недостаточности. Послеоперационная летальность составила 22,2 %.

Кровотечение остановлено консервативными мероприятиями у 22 (75,9 %) больных. Летальный исход в этой группе отмечен у 3 (10,3 %) пациентов из группы С. Причиной смерти явилась острая печеночно-почечная недостаточность.

При выполнении эндоскопических вмешательств гемостаз был достигнут в 35 (94,6 %) случаях. Летальных исходов в данной группе не отмечено. Общая летальность составила 6,7 % (5 случаев).

Итак, можно сделать следующие выводы. 1. Частота язвенной болезни, эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с циррозом печени составила 23,0 %, что не отличается от данных, приводимых различными авторами.

2. Выбор лечебной тактики у данной категории больных с кровотечениями из гастродуоденальных эрозий и язв зависит не только от интенсивности кровотечения и печеночной недостаточности, но и от наличия одного или нескольких (сочетанных) источников геморрагий.

3. Из приведенных данных следует отметить, что эндоскопический гемостаз является методом выбора в лечении таких пациентов.

Л и т е р а т у р а

1. Алексеева М. Н. Вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия). [Текст]: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.10: защищена 15.02.02; утв. 11.08.02 / Алексеева Марфа Николаевна. – СПб., 2002. – 37 с. – Библиогр.: с. 33-37. – А2002/20227.
2. Fleming K. M., Aithal G. P., Solaymani-Dodaran M., Card T. R., West J. Incidence and prevalence of cirrhosis in United Kingdom. 1992-2001: a general population-based study. *Journal of Hepatology*, 2008, Nov; 49(5): 732-8.
3. Ханевич М. Д., Хрупкин В. И., Жерлов Г. К. и др. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных внутрипеченочной портальной гипертензией. Новосибирск: Изд-во Наука, 2003. – 198 с.
4. Ghani, M. H. Frequency of helicobacter pylori in patients with peptic ulcer disease / M. H. Ghani, [a. o.] // *Med Channel*. – 2007. – №. 3 (3). – P. 60-65.
5. Hamid S., Yakoob J., Jafri W., Islam S., Abid S., Aslam M. Frequency of NSAID induced peptic ulcer disease. *Journal Pak Med Assoc*, 2006; 56: 218-2.
6. Kang J. Y. Peptic ulcer in hepatic cirrhosis and renal failure / J. Y. Kang // *Gastroenterology and Hepatology*. – 1994. – Vol. 9, Issue S 1. – P. 20-23.
7. Svoboda P. The etiology of upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis / P. Svoboda [a. o.] // *Vnitr Lek*. – 2007. – Dec. – № 53 (12). – P. 1274.