

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Шамиль Ханафиевич Ганцев¹, Онласбек Кудайбергенович Кулакеев²,
Бабур Анварович Абдурахманов², Давран Турсункулович Арыбжанов²*

¹Кафедра онкологии с курсом ИПО (зав. — проф. Ш.Х. Ганцев) Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа, ²кафедра онкологии, маммологии (зав. — проф. О.К. Кулакеев) Южно-Казахстанской государственной медицинской академии, г. Шымкент, e-mail: davran_a@mail.ru

Реферат

Представлен анализ результатов обследования и эндоскопической склеротерапии 87 больных. Выявлена эффективность эндоскопического гемостаза путем склеротерапии у 72 (82,8%) больных. Показаны высокая эффективность и преимущества эндоскопического склерозирования варикозных узлов. Методика эндоскопической склеротерапии является альтернативой полостным хирургическим вмешательствам при высоком риске оперативного лечения.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, эндоскопическая склеротерапия.

В настоящее время наблюдается тенденция к значительному росту заболеваемости циррозом печени (ЦП) — одной из наиболее частых причин портальной гипертензии (ПГ). Возрастает также частота осложнений, среди которых на первом плане находятся кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) [1, 4]. Риск развития кровотечения в первые 2 года после постановки диагноза возникает в 30% наблюдений [1], при этом летальность достигает 35 — 70% [2], рецидивы геморагий — 50–90%.

Своевременно предпринятым оперативным лечением можно облегчить состояние больного, стабилизировав в определенной мере патологический процесс. Однако при этом хирургическая агрессия у таких пациентов сопряжена с высоким риском развития тяжелых осложнений. Спасительным методом может быть применение малоинвазивных вмешательств в сочетании с консервативным гемостазом [3, 5]. Высокая эффективность эндоскопической склеротерапии (ЭСТ) в достижении первичного гемостаза (90–95%) [5] позволила предложить ее в качестве терапии первой линии при кровотечениях из ВРВПЖ.

Разноречивость данных литературы по отношению к ЭСТ обусловлена различными представлениями о роли гастроэзофагеального венозного бассейна в портальной гемо-

динамике, развитии пищеводных вариксов и о коллатеральном портокавальном шунтировании. Отсутствие повышения выживаемости пациентов после шунтирующих портосистемных операций и внедрение в широкую практику гибких эндоскопов позволили расширить лечебные возможности эндоскопических методов.

Целью данного исследования являлась оценка эффективности метода эндоскопического гемостаза путем склерозирующей терапии и в сочетании с консервативной терапией для профилактики и лечения рецидивов гастроэзофагеальных кровотечений у больных ЦП.

Приведены результаты применения ЭСТ у больных ЦП с синдромом кровотечения. Под наблюдением находились 95 больных ЦП, осложненным гастроэзофагеальным кровотечением. В их лечении использовались эндоскопические методы: эндоскопическая диатермокоагуляция (8) и склеротерапия (87). Эндоскопическая диатермокоагуляция проводилась у 8 больных на высоте кровотечения и оказалась эффективной лишь у 3 и в дальнейшем от этой методики мы отказались.

Были проанализированы результаты применения ЭСТ у 87 больных (мужчин — 59, женщин — 28 в возрасте от 23 до 71 лет). ВРВПЖ на всем протяжении отмечалось у 12 (13,8%) больных, в средней и нижней трети пищевода — у 53 (60,9%), в нижней трети — у 22 (25,3%), переход на кардию желудка — у 59 (67,8%). Согласно классификации ВРВПЖ по А.Г. Шерцингеру (1986), I степень была выявлена у 7,9% больных, II — у 68,7%, III — у 23,4% (рис. 1, 2, 3).

Кровотечение из ВРВП оказалось первым проявлением заболевания у 31 (35,6%) больного. Асцит был выявлен у 26 (29,9%), активность цирроза — у 12 (13,8%). Среди пациентов, получивших эндоскопическое



Рис. 1. Варикозное расширение вен пищевода I степени.

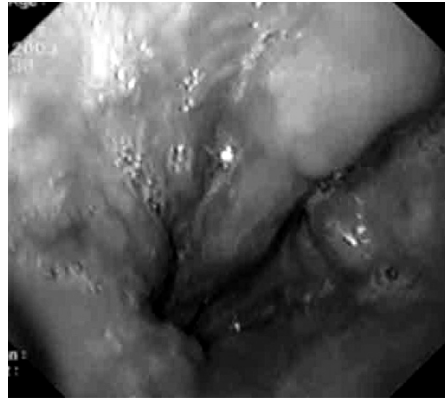


Рис. 2. Варикозное расширение вен пищевода II степени.



Рис. 2. Варикозное расширение вен пищевода III степени.

склерозирование, по классификации Чайлда-Туркотта 8 больных отнесены к функциональной группе А (9,2%), 47 (54%) — к группе В и 32 (36,8%) — к группе С. У 25 (28,7%) больных кровотечение было первичным, у 41 (47,1%) — повторным, и у 21 (24,2%) в анамнезе имелись указания на неоднократные кровотечения из ВРВПЖ. Из числа больных, которым проводилось эндоскопическое склерозирование, у 15 манипуляция выполнялась при продолжавшемся кровотечении и у 72 — отсроченно, в ближайшем периоде после консервативной остановки кровотечения, для профилактики рецидива кровотечения. У 19 (21,8%) пациентов после извлечения зонда-обтуратора возник рецидив кровотечения.

В качестве склерозирующего вещества использовали 3% раствор тромбовара. К специально смоделированной игле прикрепляли катетер из тефлоновой трубки, затем тромбирующий агент вводили с помощью эндоскопической инъекционной иглы как в просвет узла, так и вокруг него в субмукозный слой. Склерозирующий

агент через эндоскоп вводили двумя способами: интра- и перивазально. При интравазальном способе склерозант вводили непосредственно в варикозную вену с целью вызова асептического воспаления с исходом в тромбоз, при перивазальном — в подслизистый слой вокруг вены, в этом случае эффект достигается за счет отека подслизистого слоя с последующим перивазальным фиброзом. За одну процедуру использовали от 2 до 8 мл склерозанта в 2–3 вены интра- или перивазально. При последовательной обработке стволов обычно производили до 4 сеансов ЭСТ в течение 2–5 недель. Период выжидания между манипуляциями составлял 5–7 суток. После извлечения иглы из вены область пункции подвергалась компрессии концом эндоскопа в течение 5 минут.

В момент поступления всем больным проводили экстренную эзофагогастродуоденофиброскопию (ЭГДФС) для установления источника кровотечения. Источником кровотечения у 81 больного были вены дистального отдела пищевода и зоны кардиоэзофагеального перехода, у 6 — вены кардиального отдела желудка. Большое значение имеет дифференцированный подход в зависимости от источника кровотечения: ВРВ пищевода или желудка. В лечении больных с кровотечениями из ВРВПЖ мы придерживались индивидуализированной активно-выжидательной тактики. В данную разработку мы не включали больных с кровотечением из вен кардии желудка, поскольку в таких случаях в основном производилась операция Пациоры, а эндоскопические методы гемостаза оказывались либо неэффективными вследствие трудности визуализации этой зоны, либо

были чреваты осложнениями.

Обязательным после выявления источника кровотечения и окончания сеанса ЭСТ считаем введение зонда-обтуратора Сенгстакена-Блекмора, который позволяет усилить эффект манипуляции благодаря склерокомпрессии. Одновременно с ЭСТ проводили консервативную терапию, включавшую гепатопротекторы, белковые препараты, гемотрансфузии по показаниям, а также гемостатическую, общеукрепляющую и заместительную терапию. По достижении гемостатического эффекта в результате применения зонда-обтуратора и фармакотерапии выполняли ЭСТ. В случае неэффективности терапии и рецидива геморагии больным из групп А и В в зависимости от тяжести ЦП по классификации Чайлда производили операцию М.Д. Пациоры. Лечение больных ЦП группы С, иногда В в зависимости от общего состояния и данных клинических обследований продолжали до достижения временного гемостаза, а затем путем ЭСТ — до устойчивого гемостаза.

Для оптимизации лечения целесообразно сочетание ЭСТ с адьювантной терапией вазоконстрикторами. Чрезвычайно важным в фармакотерапии является применение препаратов, понижающих портальное давление и влияющих на тонус венозной стенки. Применение внутривенно капельно 10 мг 1% спиртового раствора нитроглицерина на 400 мл раствора Рингера со скоростью 10-15 капель в минуту либо 40 мг перлинганита позволили снизить портальное давление под контролем портоманометрии до $32,8 \pm 5,4\%$. В качестве средства, усиливавшего тонус стенки воротной вены, при одновременном снижении портального давления использовали питуитрин в дозировке 20-40 ед. на 400 мл физиологического раствора со скоростью инфузии 15-20 капель в минуту. К этим препаратам прибегали после выведения пациентов из шокового состояния, стабилизации состояния сердечно-сосудистой системы, положительном центральном венозном давлении.

На фоне продолжавшегося профузного кровотечения ЭСТ оказывалась малоэффективной, иногда невыполнимой. Более благоприятны условия для проведения ЭСТ при остановившемся кровотечении, когда на фоне медикаментозного снижения давления в портальном бассейне на-

ступает стабилизация общего состояния больного. Применение ЭСТ в экстренных ситуациях чревато возникновением множества осложнений, которые напрямую связаны с общим исходным статусом пациента и качеством проведения манипуляции. Исследование может быть затруднено из-за рвотных движений, плохой визуализации источника, затруднения пункции вены в области источника кровотечения из-за ее спадения, нарушения репаративных и компенсаторных способностей организма. Все это же отражается и на числе рецидивов геморагий.

Проведение ЭСТ в отсроченном порядке позволяет минимизировать количество осложнений, выполнить манипуляцию после тщательной подготовки и стабилизации состояния пациента. ЭСТ подвергались все выявляемые варикозные вены любого диаметра. При кровотечении из желудочных вен ЭСТ нами не применялась, при этом производили их ретроградное заполнение через пищеводные вены, добиваясь их спадения и облитерации путем склерозирования. При ЭСТ на высоте кровотечения предпочтение отдавали интравазальному способу введения склерозанта, в то время как при отсроченной ЭСТ — в основном перивазальному.

Из 15 больных, которым ЭСТ производилась на высоте кровотечения, гемостаз был достигнут у 11, у 4 она оказалась неэффективной. Однако случаи рецидива кровотечения из ВРВПЖ с развитием явлений печеночной недостаточности привели в 7 наблюдениях к летальному исходу, где в 4 имел место выраженный эрозивно-язвенный эзофагит. При этом ЭСТ проводили спустя 12-14 часов с момента начала медикаментозной терапии и баллонной тампонады. Среди 87 больных, перенесших ЭСТ, осложнения возникли у 21 (24,1%) пациента. При перивазальном ЭСТ чаще возникали такие осложнения, как эрозии или некроз слизистой пищевода. Развитие гипертермических и аллергических реакций связано с попаданием склерозирующего вещества в кровяное русло (табл. 1).

К раннему рецидиву кровотечения относили случаи, возникавшие в течение первых суток, к позднему — на 5-6-й день склерозирования. Лечение осложненных форм ЦП должно быть комплексным с

Таблица 1

Характер осложнений после эндоскопической склеротерапии

Характер осложнения	Экстренная ЭСТ	Плановая ЭСТ	Число осложнений
	n		
Некроз и изъязвления слизистой пищевода без кровотечения	3	2	5
Рецидив кровотечения на фоне сформированного изъязвления	7	–	2
Печеночная недостаточность на фоне кровотечения	2	–	2
Ранний рецидив кровотечения	2	–	2
Преходящая дисфагия	2	1	1
Загрудинные боли	1	1	2
Всего	17 (19,5%)	4 (4,6%)	21(24,1%)

применением всех возможных методов и средств, направленных на различные звенья патологического процесса.

Все пациенты были обследованы через 3–6 месяцев, при этом курсы ЭСТ повторяли до облитерации или уменьшения варикса. Попытки остановить кровотечение эндоскопически, применением склеротерапии в комплексе с методами консервативного гемостаза дали положительный эффект у 11 больных, где ЭСТ была использована в экстренном порядке. Временный гемостаз был достигнут у всех 15 больных с геморрагией. Частота рецидивов кровотечений в течение одного года составила 34,8% (табл. 2).

Таблица 2

Результаты применения ЭСТ

Манипуляция выполнена	Число больных	Эффективный гемостаз		Летальность	
		абс.	%	абс.	%
На высоте кровотечения	15	11	73,3	6	40
В плановом порядке	72	63	87,2	2	2,8
Всего	87	72	82,8	8	9,2

Плановая ЭСТ проводилась до достижения состояния полной эрадикации всех возможных источников геморрагии. Ранний рецидив геморрагии у 6 больных в группе с экстренной ЭСТ и у 2 на фоне сформированного изъязвления привел к неблагоприятному исходу. Это были больные с декомпенсированным ЦП, у которых наступило усугубление печеночной недостаточности и имеющейся сопутствующей патологии на фоне повторного кровотечения из ВРВПЖ. Изучение результатов применения эндоскопических методов показало их высокую эффективность в лечении больных ЦП с кровотечениями из ВРВПЖ.

ВЫВОДЫ

1. Использование эндоскопических методов позволяет остановить кровотечение у самой тяжелой категории больных. Наиболее эффективны эндоскопические методы при кровотечениях из варикозных узлов пищевода, в то время как геморрагии в области кардии требуют более активной хирургической тактики.

2. Оптимизация лечения кровотечений портального генеза у больных ЦП связана не только с совершенствованием техники эндоскопических и оперативных вмешательств, но и с улучшением тактических подходов к терапии пациентов различных функциональных групп.

3. Применение ЭСТ патогенетически оправдано, а ее минимальная травматичность, сравнительная безопасность, достаточно высокая эффективность и техническая доступность позволяют считать ее действенным методом временного или окончательного гемостаза и профилактики кровотечений.

4. Профилактическая ЭСТ ВРВПЖ сопровождается значительно меньшим числом осложнений и рецидивом кровотечений в ближайшем и отдаленном периодах. Превентивная ЭСТ позволила в значительной мере снизить вероятность геморрагии или добиться остановки кровотечения.

5. При высоком риске оперативных вмешательств ЭСТ зачастую остается единственным эффективным средством гемостаза, позволяющим снизить летальность и улучшить качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е. Эндоскопические методы профилактики и лечения кровотечений портального генеза // Вестн. хир. – 2001. – № 2. – С. 22–25.
2. Вахидов В.В. Этапное хирургическое лечение больных циррозом печени с портальной гипертензией // Хирургия. – 1988. – № 6. – С.132–136.

3. Джоробеков А.Д. Хирургическая тактика при синдроме портальной гипертензии, осложненном профузными пищеводными кровотечениями // Анн. хир. гепатол. — 1998. — Т. 3. — № 3. — С. 140.

4. Ерамишанцев А.К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Анн. хир. гепатол. — 2007. — Т. 12. — № 2. — С. 8–15.

5. Жигалова С.Б. Эндоскопическое склерозирование и эндоваскулярная эмболизация в комплексном лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М, 1993. — 28с.

Поступила 11.07.08.

TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS COMPLICATED BY HEMORRHAGE SYNDROME

Sh.Kh. Gantsev, O.K. Kulakeev, B.A. Abdurakhmanov,
D.T. Arybzhanov

Summary

Shown is the analysis of the results of investigation and endoscopic sclerotherapy of 87 patients. Revealed was the effectiveness of endoscopic hemostasis by sclerotherapy in 72 (82.8%) patients. Shown was high efficiency and advantages of endoscopic sclerotherapy of varicose knots. The technique of endoscopic sclerotherapy is an alternative to open-cavity surgery if there is a high risk of surgical treatment.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, endoscopic sclerotherapy.

Комментарий к статье Ш. Х.Ганцева, О. К. Кулакеева, Б. А. Абдурахманова, Д. Т. Арыбжанова “Лечение больных циррозом печени, осложненным кровотечением”

Пищеводно-желудочное кровотечение является основным, но, как правило, запоздалым показанием к хирургическому лечению синдрома портальной гипертензии у 25–35% больных циррозом печени. Летальность при первом пищеводно-желудочном кровотечении достигает 50%. У 60% пациентов, перенесших кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в прошлом, в течение первого года возникает рецидив. От него погибают еще от 30 до 70% больных. Таким образом, именно гастроэзофагеальные кровотечения делают портальную гипертензию у больных циррозом печени хирургической проблемой. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения больных с угрозой портального кровотечения послужили толчком к развитию малоинвазивных эндоскопических методик. Появление исследования, направленного на оценку эффективности и изучение возможностей метода эндоскопического гемостаза путем склерозирующей терапии и в сочетании с консервативной терапией в аспекте профилактики и лечения рецидивов гастроэзофагеальных кровотечений у больных циррозом печени, как нельзя более актуально. Личная позиция авторов основана на собственном клиническом опыте лечения 95 больных циррозом печени, осложненным гастроэзофагеальным кровотечением. В лечении этих пациентов применялись эндоскопические методы: диатермокоагуляция и склеротерапия. Представленные в статье результаты исследования выявили эффективность эндоскопического гемостаза в 72 (82,8%) случаях. Рецидив кровотечения отмечен в 34,8% наблюдений, летальность составила 9,2%.

Мы полностью разделяем мнение авторов о том, что “...оптимизации лечения кровоте-

ний портального генеза у больных циррозом печени связана не только с совершенствованием техники эндоскопических и оперативных вмешательств, но и с улучшением тактических подходов к терапии пациентов различных функциональных групп. Решение этих задач должно базироваться на четком представлении о патогенезе кровотечений портального генеза и оценке критериев риска геморрагии”. Нельзя не согласиться и с утверждением авторов о том, что “...эндоскопические методики на сегодня являются альтернативой полостным хирургическим вмешательствам при высоком риске оперативного лечения и должны рассматриваться в качестве “терапии первой линии” у данной категории больных”. Однако тезис авторов о том, что “...при высоком риске оперативных вмешательств эндоскопическая склеротерапия зачастую остается единственным эффективным средством гемостаза, позволяющим снизить летальность и улучшить качество жизни”, на наш взгляд, нуждается в некоторой коррекции. Дело в том, что сегодня имеется более эффективный метод эндоскопического воздействия на варикозно расширенные вены пищевода — эндоскопическое лигирование. Эта методика с успехом применяется в хирургических клиниках, специализирующихся на лечении пациентов данной категории. В частности, за два года работы в отделении хирургии печени и портальной гипертензии нами было выполнено более 50 эндоскопических лигирований варикозно расширенных вен пищевода у пациентов с различными формами портальной гипертензии, из них 26 — на высоте гастроэзофагеального кровотечения. Во всех случаях экстренного лигирования был достигнут полный гемостаз. Летальных исходов при этом не наблюдалось.

Проф. А.Ю. Анисимов (Казань)