

Отдаленные результаты эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени

И.И.Затевахин, М.Ш.Цициашвили, А.К.Шагинян, Д.В.Монахов, И.В.Мызников

Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова,
кафедра хирургических болезней педиатрического факультета, Москва
(зав. кафедрой – акад. РАМН, проф. И.И.Затевахин)

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода – одна из основных причин смерти больных с циррозом печени. Несмотря на многообразие методов, применяемых для профилактики подобных кровотечений, частота их развития остается высокой. Цель исследования – изучение эффективности эндоскопического лигирования как метода профилактики кровотечений из ВРВП у больных с циррозом печени, портальной гипертензией. Были изучены отдаленные результаты эндоскопического лигирования ВРВП у 150 пациентов. Полученные результаты дают возможность утверждать, что эндоскопическое лигирование является эффективным методом профилактики кровотечений из ВРВП у больных с циррозом печени, синдромом портальной гипертензии.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, эндоскопическое лигирование

Distant results of endoscopic ligation of varicose veins of the esophagus in patients with liver cirrhosis

I.I.Zatevakhin, M.Sh.Tsitsiashvili, A.K.Shaginyan, D.V.Monachov, I.V.Myznikov

N.I.Pirogov Russian State Medical University, Department of Surgical Diseases of Pediatric Faculty, Moscow
(Head of the Department – Acad. of RAMS, Prof. I.I.Zatevakhin)

Bleeding from esophageal varicose is a major cause of death of patients with liver cirrhosis. Despite the variety of methods used to prevent such bleeding frequency of their development remains high. The aim of the investigation was to study the effectiveness of endoscopic ligation, as a method to prevent bleeding from esophageal varicose in patients with liver cirrhosis and portal hypertension. There were studied distant results of endoscopic variceal ligation in 150 patients. Based on the analysis of the results it was suggested that endoscopic ligation is an effective method of preventing bleeding from esophageal varices in patients with liver cirrhosis and portal hypertension.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, bleeding from esophageal varices, endoscopic ligation

Цирроз печени является одной из актуальных и сложных проблем современной медицины. По данным Всемирной организации здравоохранения среди причин смерти данное заболевание стабильно занимает 8-е место. Основными причинами смерти больных с циррозом печени являются прогрессирующая печеночно-клеточная недостаточность и кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) [1].

Варикозное расширение вен пищевода – основное проявление синдрома портальной гипертензии и развивается со временем более чем у 60% больных циррозом печени [2]. Вероятность возникновения первого эпизода кровотечения

из ВРВП зависит от многих факторов, основными из которых являются степень варикозного расширения вен, тяжесть цирроза печени по классификации Чайлда-Пью и наличие так называемых «красных маркеров» – расположенных непосредственно на вариксах эктазий интра- и субэпителиальных сосудов. По некоторым данным, вероятность развития кровотечения в течение 1 года наблюдения у больных с II–III степенью ВРВП, циррозом печени классов В, С и наличием «красных маркеров» составляет от 37,8 до 68,9% [3]. Смертность при первом эпизоде кровотечения, несмотря на проводимое лечение, достигает 50–80% [4]. В течение последующих двух лет повторные кровотечения развиваются в 100% случаев. Смертность при повторном кровотечении достигает 50% [5–7]. Из этого становится очевидной актуальность дальнейшего изучения и совершенствования методов профилактики кровотечений из ВРВП.

Принято различать профилактику первого эпизода кровотечения из ВРВП (первичная профилактика) и профилактику повторных кровотечений (вторичная профилактика).

Для корреспонденции:

Мызников Иван Васильевич, лаборант кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 105077, Москва, 11-я Парковая, 32, корп. 3

Телефон: (495) 965-4473

E-mail: myznikov.ivan@gmail.com

Статья поступила 22.01.2009 г., принята к печати 24.02.2010 г.

На сегодняшний день предложено и используется большое число методов профилактики кровотечений из ВРВП: медикаментозная терапия, эндоскопические (эндоскопическое склерозирование и лигирование) и эндоваскулярные методики, хирургические операции. Однако данные об эффективности различных методов сильно варьируют, и место каждого из них в общей системе профилактики кровотечений из ВРВП до настоящего времени четко не определено.

В последние годы с целью профилактики кровотечений из ВРВП стал все шире применяться метод эндоскопического лигирования.

Целью данного исследования стало изучение эффективности эндоскопического лигирования как метода профилактики кровотечений из ВРВП.

Пациенты и методы

Впервые метод эндоскопического лигирования ВРВП был доложен Stiegman G. с соавт. в 1986 г. Тогда же было предложено устройство оригинальной конструкции, которое в общих чертах используется и на сегодняшний день. Стандартный набор инструментов для эндоскопического лигирования ВРВП фирмы «Cook» состоит из цилиндра с фиксированными на нем лигатурами, который через биопсийный канал эндоскопа соединяется со специальной рукояткой (рис. 1).

Техника манипуляции заключается в том, что варикозно расширенный узел аспирируется в цилиндр, затем с помощью рукоятки высвобождается лигатура, которая набрасывается на шейку узла (рис. 2).

За сеанс может быть использовано от 6 до 20 лигатур (1–2 аппарата) в зависимости от выраженности ВРВП. Лигирование обычно начинают проводить с области эзофагокардиального перехода и продолжают выше в шахматном порядке по спирали, чтобы не травмировать ранее наложенные лигатуры. При наложении лигатуры вышележащий варикозный ствол часто спадается.

Изменения в тканях после проведения эндоскопического лигирования изучены достаточно хорошо: на второй день после процедуры каких-либо изменений в эндоскопической картине нет; в период с 4-го по 7-й день узел некротизируется и отторгается, образуя поверхностную язву, которая, как правило, эпителизируется к концу третьей недели.

В нашей клинике эндоскопическое лигирование с целью профилактики кровотечений из ВРВП было проведено 150 больным. При этом больные были разделены на две группы.

В первую группу вошли 103 пациента, которым эндоскопическое лигирование выполнялось с целью профилактики первого эпизода кровотечения, т.е. как метод первичной профилактики.

Возраст больных в данной группе был от 29 до 76 лет. У 39 больных цирроз печени явился следствием вирусного гепатита; у 27 цирроз печени носил алкогольный и у 37 смешанный (вирусный гепатит + алкоголь) характер. Распределение больных по степени нарушения функции печени (классификация Чайлда-Пью) стало следующим: у 13 больных диагностирован цирроз печени класса А, у 63 – цирроз класса В и у 27 – цирроз печени класса С. Исходно всем

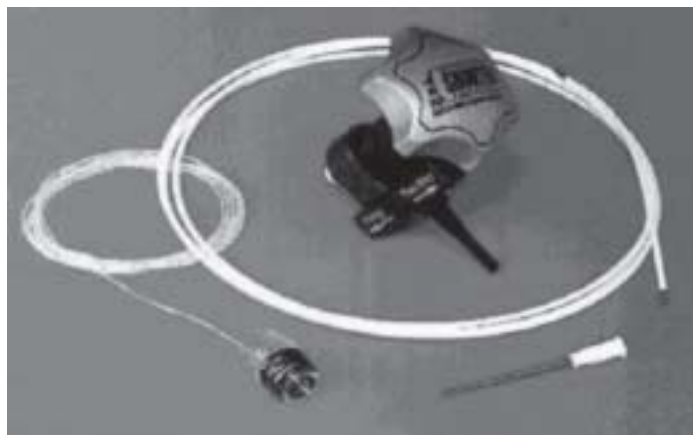


Рис. 1. Набор инструментов фирмы «Cook» для эндоскопического лигирования ВРВП.

больным в обязательном порядке выполнялась ЭГДС с оценкой степени ВРВП (трехступенная классификация N.Soehendra и K.Binmoeller). ВРВП I степени выявлено у 9 больных, II степени у 37 больных и III степени у 57 больных. У 54 больных имелась сопутствующая патология, причем у нескольких больных одновременно было более одного сопутствующего заболевания: заболевания сердца (ИБС, стенокардия, перенесенные инфаркты миокарда, нарушения ритма сердца) у 23 больных; гипертоническая болезнь у 18; заболевания органов дыхания, такие как ХОБЛ, хронический бронхит, бронхиальная астма, у 12 больных; болезни органов мочевыделительной системы (МКБ, хронический пиелонефрит) у 13 больных; сахарный диабет у 8; желчнокаменная болезнь у 34; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 7 больных.

Во вторую группу вошли 47 пациентов, у которых в анамнезе было от 1 до 4 эпизодов кровотечений из ВРВП. Эндоскопическое лигирование им выполнялось с целью профилактики повторных кровотечений, т.е. как метод вторичной профилактики.

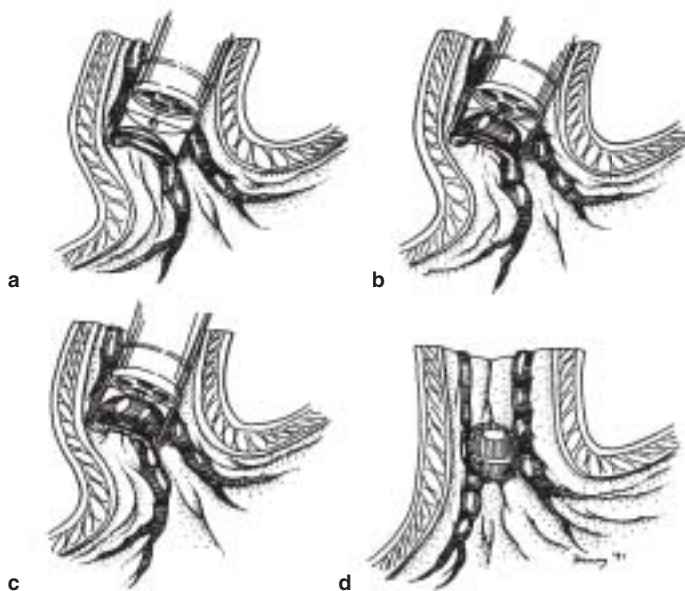


Рис. 2. Процесс лигирования варикозно расширенной вены.

a – визуализация варикозно расширенной вены, b – начало аспирации варикозно расширенной вены, c – окончание аспирации, d – лигированный варикозный узел.

Возраст больных во второй группе составил от 32 до 73 лет. У 16 больных цирроз печени явился следствием вирусного гепатита; у 18 цирроз печени носил алкогольный и у 13 смешанный (вирусный гепатит + алкоголь) характер. Пациенты, вошедшие в группу, перенесли от 1 до 4 эпизодов кровотечений из ВРВП. Распределение больных в исследуемой группе по степени нарушения функции печени стало следующим: у 2 больных диагностирован цирроз печени класса А, у 31 – цирроз класса В и у 14 – цирроз печени класса С. ВРВП III степени выявлено у 38 больных, II степени у 9 больных. ВРВП I степени не было ни у одного больного. Из сопутствующих заболеваний: болезни сердца (ИБС, стенокардия, перенесенные инфаркты миокарда, нарушения ритма сердца) выявлены у 12 больных; гипертоническая болезнь у 8; ХОБЛ, хронический бронхит, бронхиальная астма у 6 больных; болезни органов мочевыделительной системы (МКБ, хронический пиелонефрит) у 7; сахарный диабет у 3 больных; желчнокаменная болезнь у 14; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 4.

Всем больным исходно было проведено по 1 сеансу эндоскопического лигирования. За сеанс использовалось от 6 до 20 лигатур в зависимости от выраженности варикозно расширенных вен. Следует подчеркнуть, что задачи добиться полной эрадикации варикозно расширенных вен путем проведения повторных сеансов эндоскопического лигирования в рамках одной госпитализации больного не ставилось. Больные повторно госпитализировались в стационар через 3, 6, 12, 18, 24, 30, 36 мес. Всем им выполнялась ЭГДС и при наличии ВРВП, угрожаемых по кровотечению (II–III степень), больным выполнялись повторные однократные сеансы эндоскопического лигирования. В течение госпитализации всем пациентам проводилась гепатотропная терапия и при необходимости коррекция отечно-асцитического синдрома.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе результатов оценивались прежде всего два основных показателя:

1) частота развития кровотечения из ВРВП и 2) общая смертность.

В первой группе, где метод эндоскопического лигирования использовался с целью профилактики первого эпизода кровотечения из ВРВП, результаты наблюдения оказались следующими (табл. 1). Из 103 пациентов в течение 1 года кровотечение из ВРВП развилось у 11 больных, что составило 10,6%. Общая смертность за данный период наблюдения составила 16,5% (умерли 17 больных). Из них в связи с развившимся первым эпизодом кровотечения из ВРВП умерли 7 больных. Следует сказать, что большинство больных с развившимся кровотечением были госпитализированы в стационар, и у них удалось добиться стойкого гемостаза путем консервативных мероприятий и проведения эндоскопического лигирования ВРВП. Больные погибали от резкой декомпенсации печеночно-клеточной недостаточности вследствие перенесенного кровотечения и постгеморрагической анемии. За данный период наблюдения умерли от прогрессирования цирроза печени, явлений печеночно-клеточной недостаточности 8 больных. Эпизодов кровотечения не было. От причин, не связанных непосредственно с

циррозом печени, умерли 2 больных (один умер от инфаркта миокарда и один от ТЭЛА).

Из 103 больных первой группы у 63 результаты эндоскопического лигирования как метода первичной профилактики кровотечений из ВРВП были прослежены в срок до 2 лет. Кровотечение из ВРВП за данный период наблюдения из 63 больных развилось у 9, что составило 14,3%. Общая смертность составила 23,8% (умерли 15 больных). Из них в связи с развившимся кровотечением из ВРВП умерли 6 больных, от прогрессирования цирроза печени, явлений печеночно-клеточной недостаточности без эпизодов кровотечения – 7 больных. И от причин, не связанных непосредственно с циррозом печени, за 2 года умерли 2 больных (один умер от инфаркта миокарда и один от ТЭЛА).

У 32 больных первой группы результаты эндоскопического лигирования ВРВП были прослежены в срок до 3 лет. За весь период наблюдения кровотечение из ВРВП развилось у 6 больных, что составило 18,8%. Общая смертность составила 31,2% (умерли 10 больных). Из них в связи с развившимся кровотечением умерли 2 больных, от прогрессирования цирроза печени, печеночно-клеточной недостаточности без кровотечения – 7 больных. От причин, не связанных непосредственно с циррозом печени (инфаркт миокарда), умер 1 больной.

Во второй группе, где метод эндоскопического лигирования использовался с целью профилактики повторных кровотечений из ВРВП, были получены следующие результаты (табл. 2).

Из 47 больных в течение 1 года наблюдения повторное кровотечение из ВРВП развилось у 9 больных, что составило 19,1%. Всего за данный период наблюдения умерли 10 больных, общая смертность составила 21,3%. 5 больных умерли в связи с развившимся кровотечением из ВРВП; 4 больных – от прогрессирования цирроза печени, явлений печеночно-клеточной недостаточности без кровотечения; 1 больной умер от причин, не связанных с циррозом печени (инсульт головного мозга).

Из 47 больных второй группы у 39 результаты эндоскопического лигирования как метода вторичной профилактики кровотечений из ВРВП были прослежены в срок до 2 лет. Повторное кровотечение развилось у 10, что составило 25,6%.

Общая смертность составила 28,2% (умерли 11 больных). Из них в связи с кровотечением из ВРВП умерли 6 больных; от прогрессирования цирроза печени без кровотечения – 4 больных и от причин, не связанных непосредственно с циррозом печени, 1 больной.

Таблица 1. Отдаленные результаты эндоскопического лигирования как метода первичной профилактики кровотечений из ВРВП (%)

Показатели	Через 1 год	Через 2 года	Через 3 года
Частота кровотечений из ВРВП	10,6%	14,3%	18,8%
Общая смертность	16,5%	23,8%	31,2%

Таблица 2. Отдаленные результаты эндоскопического лигирования как метода вторичной профилактики кровотечений из ВРВП

Показатели	Через 1 год	Через 2 года	Через 3 года
Частота кровотечений из ВРВП	19,1%	25,6%	29%
Общая смертность	21,3%	28,2%	35,5%

У 31 больного второй группы результаты эндоскопического лигирования были прослежены в срок до 3 лет. Повторное кровотечение из ВРВП за весь период наблюдения развилось у 9, что составило 29%. Всего за данный период наблюдения умерли 11 больных. Общая смертность – 35,5%. Из них в связи с кровотечением умерли 6 больных; от прогрессирования цирроза печени без кровотечения – 5 больных.

В заключение следует сказать, что мало найдется заболеваний, для лечения которых было предложено столько методов лечения, как при циррозе печени, портальной гипертензии и ВРВП. Одних только вариантов хирургических операций было предложено более 100. Это с одной стороны говорит о неудовлетворенности результатами лечения, а с другой о сложности данной проблемы. На основании проделанной работы можно сделать вывод о том, что эндоскопическое лигирование является эффективным методом профилактики кровотечений из ВРВП.

Проблема лечения больных с портальной гипертензией проделала длинный и трудный путь в своем развитии. И хотя на этом пути были достигнуты серьезные успехи, в целом проблема еще далека от окончательного разрешения.

Улучшение результатов лечения больных с циррозом печени, портальной гипертензией, ВРВП было связано с одной стороны с появлением новых методов, а с другой, с выделением в рамках каждой группы методов действительно эффективных, определением их роли и места в общей схеме лечения и профилактики.

Плохая переносимость достаточно травматичных хирургических методов лечения у больных с ПГ привела к поиску и разработке малоинвазивных методов, каковыми стали эндоваскулярные и эндоскопические вмешательства. Появление и активное их внедрение в клиническую практику позволило существенно улучшить результаты лечения и оменовало, по сути, новый период в развитии проблемы портальной гипертензии.

В настоящее время есть все основания полагать, что ведущее место среди эндоскопических методов лечения и профилактики кровотечений из ВРВП займет метод эндоскопического лигирования. Ввиду своей большей эффективности и меньшего числа осложнений он постепенно полностью вытеснит эндоскопическую склеротерапию. Среди эндоваскулярных методов ведущее место заняло трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunting), став-

шее, по сути, методом выбора в лечении данного контингента больных. Однако, ввиду своей высокой себестоимости, необходимости наличия специального оборудования и высокой квалификации специалиста, TIPS имеет на сегодняшний день ограниченное применение. В данной ситуации метод эндоскопического лигирования ВРВП становится единственной достойной альтернативой TIPS. Все более широкое его использование в клинической практике, бесспорно, значительно расширяет возможности в лечении данного крайне тяжелого контингента больных.

Литература

1. Иваников И.О., Сюткин В.Е. Общая гепатология. – М.: Медпрактика, 2003. – 157 с.
2. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В. Хирургия осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени. – М.: GEOTAP-мед. – 2002. – 408 с.
3. 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 Eng J Med. – 1988. – V.319. – P.983–989.
4. Шерцингер А.Г. Патогенез, диагностика, профилактика, лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией: Автореф. д. м. н. – М., 1986.
5. Цациниди К.Н., Ерамишанцев А.К. Портальная гипертензия. – М., 1974. – 95 с.
6. Корякина Т.О. Неразрешенные вопросы портальной гипертензии – В кн.: Цирроз печени и портальная гипертензия. – Л., 1968. – С.259–262.
7. Henderson J.M., Warren W.D. Portal Hypertension. //Cur. Problems in Surgery. Chicago: Year Book. – 1988. – V.25. – P.151–223.

Информация об авторах:

Затевахин Игорь Иванович, академик РАМН, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 105077, Москва, 11-я Парковая, 32, корп. 3
Телефон: (495) 465-2973

Цициашвили Михаил Шалвович, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 105077, Москва, 11-я Парковая, 32, корп. 3
Телефон: (495) 965-4536

Шагинян Арсен Карленович, кандидат медицинских наук, врач-эндоскопист Городской клинической больницы №57
Адрес: 105077, Москва, 11-я Парковая, 32, корп. 3
Телефон: (495) 965-3529

Монахов Дмитрий Владимирович, кандидат медицинских наук, врач-хирург Городской клинической больницы №57
Адрес: 105077, Москва, 11-я Парковая, 32, корп. 3
Телефон: (495) 965-5557