

Первичная и вторичная профилактика кровотечений из варикозных вен пищевода



А.А. Щеголев*, О.А. Аль-Сабунчи*, А.К. Шагинян**

* Кафедра хирургии Московского факультета РГМУ

** ГКБ № 57

Синдром портальной гипертензии опасен, в первую очередь, возникновением ряда осложнений, несущих реальную угрозу для жизни больного. К ним относятся кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка, асцит и печеночная энцефалопатия.

Наиболее грозным из них по праву считается кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВП). Смертность от первого эпизода кровотечения составляет 50–70%, а еще 30–50% из выживших пациентов впоследствии умирают от рецидива кровотечения, поскольку в течение 2 лет после первого эпизода геморагии кровотечение повторяется у 100% больных.

Единой программы лечения этого осложнения портальной гипертензии не существует. Больные циррозом печени (ЦП) плохо переносят обширные и, следовательно, травматичные хирургические вмешательства. Поэтому в настоящее время разрабатываются рациональные сочетания малоинвазивных вмешательств, среди которых приоритетными являются методы эндоскопического и рентгено-эндоваскулярного гемостаза. Миниагрессивность становится основным направлением эволюции современной хирургии портальной гипертензии.

Одной из самых актуальных проблем при ведении больных синдромом портальной гипертензии является первичная профилактика кровотечений из ВРВП. Решение этой задачи предполагает разработку критериев угрозы развития первого эпизода кровотечения из ВРВП и выбор оптимального метода первичной профилактики.

Факторы риска развития кровотечения из ВРВП

Как показали наши исследования, факторы риска развития кровотечения из ВРВП включают клинико-anamnestические, эндоскопические и ультразвуковые признаки. К клинико-anamnestическим признакам относятся тяжесть цирроза печени класса С и алкогольный характер ЦП. К эндоскопическим признакам относятся ВРВП 3–4 степени, наличие так называемых “красных маркеров” и портальной гастропатии. К неблагоприятным ультразвуковым характеристикам портального кровотока относятся снижение линейной скорости кровотока в воротной вене менее 14 см/с и увеличение так называемого “индекса застоя” в воротной вене выше 0,05.

Первичная профилактика кровотечения из ВРВП

В настоящее время существуют два метода первичной профилактики кровотечения из ВРВП — применение β-блокаторов и эндоскопическое склерозирование. В рамках первичной профилактики последний метод не получил широкого распространения ввиду большого количества осложнений. Применение с этой целью β-блокаторов позволило уменьшить вероятность развития первого эпизода кровотечения на 20–30% по сравнению с плацебо, однако при этом у 30% больных отмечены побочные явления. В этой связи возникает необходимость в поиске метода для первичной профилактики кровотечений из ВРВП, простого в техническом исполнении, до-

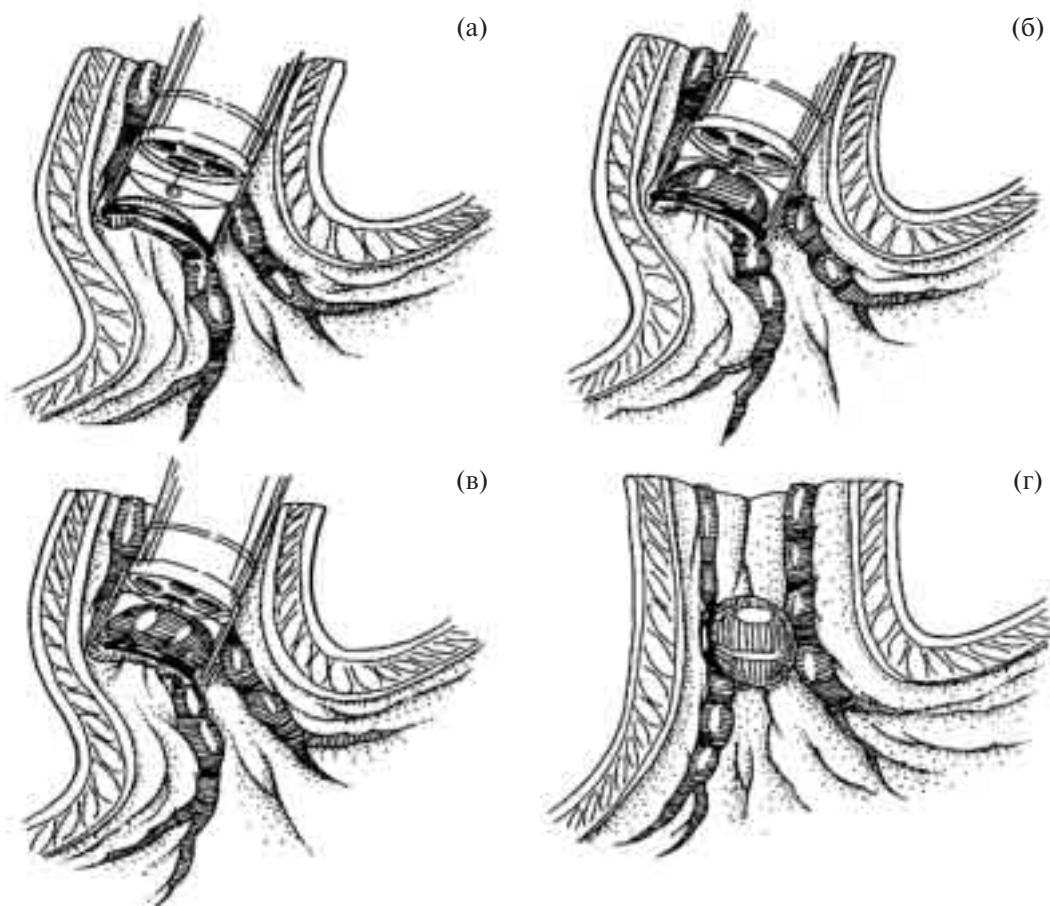


Рис. 1. Этапы выполнения эндоскопического лигирования (а—г).

статочного эффективного и не приводящего к развитию осложнений.

С этой целью изучены результаты метода эндоскопического лигирования в целях первичной профилактики кровотечений из ВРВП (рис. 1; см. рис. 2 на цветной вкладке). В исследование включено 30 пациентов с различными формами ЦП. Профилактические сеансы лигирования выполнялись каждые 5 сут до полной ликвидации варикозных вен, причем в общей сложности всем пациентам выполнено 39 сеансов. Осложнений вмешательства не отмечалось. Дистанционное наблюдение в сроки до 30 мес с повторными госпитализациями каждые полгода проведено у всех пациентов. При рецидиве ВРВП выполнялись по-

вторные сеансы лигирования. Рецидивы ВРВП через 12 мес возникли у 52% больных, а через 24 мес — у 84%. Тем не менее, эпизоды кровотечения и летальные исходы в эти сроки не зарегистрированы.

Вторичная профилактика кровотечения из ВРВП

С целью вторичной профилактики метод эндоскопического лигирования был применен у больных, которые перенесли кровотечения из ВРВП. В эту группу вошли 60 пациентов, причиной синдрома портальной гипертензии у всех больных явился ЦП: у 8 пациентов диагностирован ЦП класса А, у 25 — ЦП класса В и у 27 — ЦП класса С (по классификации Чайлда).



Рис. 3. Портограмма больного после наложения внутрипеченочного портосистемного шунтирования.

На момент поступления у 10 пациентов было отмечено продолжающееся кровотечение, которое было успешно остановлено

установкой зонда-обтуратора. В дальнейшем все пациенты получали консервативную дезинтоксикационную, гемостатическую и гепатотропную терапию. Всем больным проводили эндоскопическое лигирование варикозных вен; повторные сеансы также проводили через каждые 5 сут до полной ликвидации варикозных вен (суммарно выполнено 99 сеансов лигирования).

Рецидив кровотечения отмечен у 3 пациентов на 3-й день после первого сеанса лигирования. При экстренной ЭГДС был верифицирован источник рецидива кровотечения — нелигированная вена нижней трети пищевода. Кровотечение было остановлено путем дополнительного лигирования кровоточащих вен.

Тридцать пять пациентов отметили ощущение “инородного тела” в пищеводе, эти явления купировались самостоятельно через 3–4 сут и не потребовали дополнительных назначений.



Рис. 4. Хирургическая тактика у больных с ВРВП.

Летальных исходов в группе не было.

Отдаленные результаты (до 30 мес) прослежены у всех больных группы, для чего каждые 3 мес проводилось стационарное обследование. При рецидиве ВРВП выполнялись повторные сеансы эндоскопического лигирования. Повторные кровотечения в этот срок отмечены у 10 больных (17%). В дальнейшем 2 больным выполнено спленоренальное шунтирование, 2 — гастротомия с прошиванием вен пищевода и 6 — трансягулярное внутривенное портосистемное шунтирование (рис. 3). Все случаи летальных исходов (10 пациентов — 17%) были связаны с прогрессированием печеночно-клеточной недостаточности.

У остальных 40 пациентов рецидивов кровотечения не отмечено.

В приведенной на рис. 4 схеме тактики лечения кровотечений из ВРВП отражены основные показания и методологическая последовательность применения консервативных, эндоскопических и эндоваскулярных методов лечения у больных данной группы.

Авторы настоящей работы далеки от мысли поставить точку в решении труднейшей задачи лечения (в том числе эндоскопического) кровотечений из ВРВП. Необходимо, в частности, уточнить роль и место описываемых методик как у больных, которым в силу каких-либо причин невозможно выполнить плановое хирургическое вмешательство, так и в рамках общей тактики лечения кровотечений из ВРВП.

Рекомендуемая литература

- Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г. Тактика консервативного лечения острых пищеводно-желудочных кровотечений у больных портальной гипертензией // *Анналы РНЦХ РАМН*. 1991. С. 113–119.
- Затевахин И.И., Щеголев А.А., Аль-Сабунчи О.А., Шагинян А.К. Первичная и вторичная профилактика кровотечений из варикозных вен пищевода // *Матер. конфер. “Щадящие методы лечения в хирургии”*, посвящ. 10-летию отделения малоинвазив-
- ных технологий ФХК ММА. Москва, 25 апреля 2003 г.
- Цацаниди К.Н., Ерамишанцев А.К., Коршунов И.Б. Наши суждения о возможностях хирургического лечения больных циррозом печени и портальной гипертензией // *Тер. архив*. 1988. № 10. С. 26–30.
- Щеголев А.А., Щиповский В.Н., Аль-Сабунчи О.А., Шагинян А.К. Эндоскопический и эндоваскулярный гемостаз при кровотечениях из варикозных вен пищевода // *Учебно-методическое пособие для эндоскопистов, хирургов, гастроэнтерологов и ангиографистов*. М.: РГМУ, 2003. С. 50.
- Binomoeller K.F., Soehendrs N. Treatment of esophagogastric varices // *Endoscopy*. 1996. V. 28. P. 44–53.
- Gartell P.C., Sheridan R.J., McGinn F.P. Out-patient treatment of hemorrhoids: a randomized clinical trial to compare rubber band ligation with phenol injection // *Br. J. Surg.* 1985. V. 72. P. 478–479.
- Goff J.S., Reveille R.M., Stiegmann G.V. Three years experience with endoscopic variceal ligation for treatment of bleeding varices // *Endoscopy*. 1992. V. 21. P. 401–404.
- Hou M.C., Lin H.C., Kuo B.I. et al. The rebleeding course and long term outcome of esophageal variceal haemorrhage after ligation: comparison with sclerotherapy // *Hepatogastroenterology*. 1999. V. 46. P. 2995–2998.
- Jalan R., Hayes P.C. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients // *Gut*. 2000. V. 46. Suppl. III. P. 1–15.
- Kahn D., Jones B., Bornman P.C., Terblanche J. Incidence and management of complications after injection sclerotherapy: a 10-year prospective evaluation // *Surgery*. 1989. V. 105. P. 160–165.
- Laine L., El-Newihi H.M., Migikovsky B. et al. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for the treatment of bleeding esophageal varices // *Ann. Intern.* 1993. V. 119. P. 1–7.
- Saeed Z., Michaletz P., Winchester C. et al. Endoscopic variceal ligation in patients who have failed sclerotherapy // *Gastrointest. Endosc.* 1990. V. 36. P. 572–574.
- Young M., Sanowski R., Rasche R. Comparison and characterisation of ulceration induced by endoscopic ligation of esophageal varices versus endoscopic sclerotherapy // *Gastrointest. Endosc.* 1993. V. 39. P. 119–123.



К статье А.А. Щеголева и др. “Первичная и вторичная профилактика кровотечений из варикозных вен пищевода”.

Рис. 2. Эндоскопическая картина: лигированный варикозно расширенный узел нижней трети пищевода.