

КОМБИНИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Шамиров Х.Г., Курбонов Х.Х., Холматов П.К.,
Абдуллоев Д.Д., Мародбеков У.М.

Таджикский государственный медицинский университет
имени Абуали ибни Сино
Душанбе, Ташкент

Резюме: Анализированы результаты диагностики и лечения 73 больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода портального генеза. Показана эффективность использования зонда обтуратора Сенгстакина-Блэкмора с целью гемостаза у 66 пациентов в первые 24 часа от момента поступления. При неэффективности склеротерапии и консервативной терапии методом выбора у 13 больных была операция по М.Д. Пациора. Рецидив кровотечения после выполненной операции отмечено у 2 больных, которые остановлены консервативными методами. От печеночно-почечной недостаточности погибли 3 больных в стадии «С» по Чайлду-Туркоте.

Наилучшие результаты получены при комплексной терапии с применением зонда-обтуратора и использовании склеротерапии ВРВ, а также при своевременном выполнении разгрузочных операций.

Ключевые слова: цирроз, эндоскопия, варикозное расширение вен пищевода, печеночная недостаточность, кровотечение, лечение.

COMBINED TREATMENT TACTICS IN THE BLEEDING FROM DILATED ESOPHAGEAL VEINS IN LIVER CIRRHOSIS

Shamirov H.G., Kurbonov H.H., Holmatov P.K.,
Abdulloev D.D., Marodbekov U.M.

Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino
Dushanbe, Tajikistan

Resume: The results of the diagnostics and treatment of the 73 patients with the bleeding from esophageal veins in cirrhosis were analyzed. The efficiency of using the zund-obturator "Sengstakin-Blackmore" for the hemostasis in 66 patients in the first 24 hours of admission was demonstrated. In the absence of the effectiveness of the sclerotherapy and conservative treatment the choice of treatments was operation by Pacio in 13 patients. Rebleeding after the operation was observed in 2 patients and it stopped with the conservative methods of treatment. From renal and hepatic failure 3 patients were died 3 in the «C» – severity level by Childe Turkot. The best results were received in the complex therapy with the using of the zund-obturator and sclerotherapy using and in timely using of relieving operations.

Key words: cirrhosis, endoscopy, varicose dilation of the esophageal veins, hepatic failure, bleeding, treatment.

Введение. Диагностика и лечение осложнений портальной гипертензии является одной из актуальных и нерешённых проблем медицины. За последнее десятилетия, в мире отмечается рост числа больных циррозом печени – наиболее частая причина развития портальной гипертензии [1,3,4]. По данным ВОЗ смертность от цирроза печени и его осложнений занимает на сегодняшний день восьмое место в структуре общей летальности [2,5,6].

По данным некоторых авторов эти неблагоприятные тенденции связаны с ростом употребления алкоголя, увеличением заболеваемости вирусными гепатитами, увеличением количества потреблённых лекарств, а также низкая информативность вопросов этиопатогенеза заболеваний печени [1,3].

Наиболее грозным осложнением цирроза печени по праву считается кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ), где смертность от первого эпизода кровотечения составляет 50-70% [2]. Оставшихся 30-50% из этих групп пациентов впоследствии умирают от рецидива, так как в течении первых двух лет с момента первого эпизода геморрагии кровотечение повторяется почти до 100% больных [4]. Низкая выживаемость больных диктует необходимость совершенствования лечебной тактики при пищеводно-желудочных кровотечениях портального генеза. Социальную значимость этой проблемы определяют: рост заболеваемости, высокий удельный вес в структуре причин и экономические затраты.

Цель исследования. Улучшение

результатов лечения больных с синдромом портальной гипертензии и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода.

Материали методы. Нами анализированы результаты диагностики и лечения 73 больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода в отделении хирургии печени ГKB СМП за период 2009-2011 гг. Средний возраст составил $41 \pm 17,5$, из них мужчин 59 (80,8%), женщин 14 (19,2%).

Причинами развития портальной гипертензии в 61 (83,6%) случаях являлся цирроз печени, в 12 (16,4%) случаях подпеченочный блок портальной гипертензии. Цирроз печени в 44 (60,2%) случаях как исход вирусного гепатита В и/или С, в 8 (10,9%) случаях – первичный билиарный цирроз печени, в 19 (26,1%) – алкогольный цирроз печени и в 2 (2,7%) случаях осталось неясной. Причиной развития подпеченочного блока в 15 случаях явились врожденные аномалии развития портальной вены с последующим тромбозом ее, в 9-х случаях тромбозом селезеночной вены и в 3-х случаях флеботромбозом воротной вены неясной этиологии. В группу «А» по Чайлду-Туркоте (1964 г.) включены 20 больных, в группу «В» - 34, в группу «С» - 19 больных.

Всем больным при поступлении в стационар проводилась экстренная эзофагогастродуоденоскопия на которой были выявлены ВРВПиЖ: I ст. у 23, II ст. - 35, III ст. – 15 больных. В работах последних лет забыт зонд Сенгстакина-Блэкмора, который, по нашему мнению, является наиболее простым и эффективным методом достижения гемостаза. Мы, как и многие авторы [2,4], в качестве критерия выбора последовательности диагностических и лечебных мероприятий пользовались удобным понятием «стабильная гемодинамика». При стабильных показателях гемодинамики и полном сознании больного, исследование проводилось в эндоскопическом кабинете, при нестабильной гемодинамике в условиях реанимационной отделения.

Заключение эндоскопистов состоял из следующих пунктов:

- подтверждение ВРВ, степень расширения локализация источника кровотечения;
- констатация продолжающегося или остановившийся кровотечения;
- диагностика тяжести гастропатии,

васкулопатии;

- сопутствующие заболевания желудка и 12-перстной кишки.

Для оценки степени ВРВ пользовались классификацией предложенной А.Г. Шерцингера [4]. Согласно данной классификации, расширение вен до 3 см соответствовало I ст. ВРВ, 3-5 мм II ст. ВРВ, 5 мм и более III ст. ВРВ.

У 13 пациентов из 73 ВРВ пищевода III ст. сочетались с эрозивным эзофагитом и васкулопатией, являясь неблагоприятным прогностическим фактором риска развития кровотечения. Всем больным проводилось инфузионно-трансфузионная терапия, ингибиторы протеаз и фибринолиза, который снижают портальное давление.

После относительной стабилизации состояния пациентов, выполняли УЗИ портальной системы и селезенки, дуплексное ангиосканирование с измерением линейных и объемных скоростей портального кровотока.

Результаты и обсуждение. Применение зонда обтуратора Сенгстакина-Блэкмора в сочетании с гемостатической терапией и параллельным внутривенным ведением 4% нитроглицерина на 400 мл раствора Рингера оказалось эффективным у 60 (82,2%) больных. При этом постоянно через установленный зонд-обтуратор проводилось промывание желудка холодной ледяной водой с введением 5% аминокaproновой кислоты с аспирацией до чистых вод. У 6 (77,7 %) из 13 больных кровотечение не рецидивировало. Длительность нахождения зонд-обтуратора в пищеводе зависело от стадии цирроза печени и полученных результатов клиничко-инструментальных методов исследования. В последующем больные подвергались плановому обследованию и дальнейшей тактики лечения.

Консервативный метод остановки кровотечения был осуществлен у 66 (90,4%) больных в основном класса А и В по Чайлду-Туркотта. Для профилактики рецидивов геморрагии после баллонной тампонады проводилась лечение вазоактивными средствами. Комплексное применение пропранолола с нитропрепаратами оказалась эффективным в 67,8 % случаев. Эндоскопическая склеротерапия 1-3% этоксисклеролом как лечебно-профилактическое мероприятие, оказалось эффективным у 19 (33,3%) больных.

Из-за неэффективности консервативного

лечения из 73 пациентов 7 (9,6%) выполнены ургентные операции, в основном разобщение портокоавальных коллатералей. Летальность в этой группе составило 3 случая (4,2 %), - 4 из 73 больных с неустойчивым гемостазом, признаны неоперабельными, в связи с развитием полиорганной недостаточности и печеночной комы. Им проводилась баллонная тампонада ВРВ пищевода с параллельным применением гемостатических препаратов, комплекс инфузионно-трансфузионных мероприятий, эндоскопической склеротерапии. Летальность этой группы больных достигало до 100%.

Заключение. Своевременная диагностика ВРВ пищевода, их эндоскопическая оценка, с учетом функционального состояния печени, определяет способ остановки кровотечения. При продолжающемся кровотечении и неэффективности консервативных мероприятий или при его рецидиве после удаления зонда обтуратора, пожизненным показаниям проводится экстренное хирургическое вмешательство. Вопрос об операции должен быть решен в течении 24 часов с момента

кровотечения, т.к. в противном случае, в связи с нарастающей полиорганной недостаточности риск летального исхода очень высок.

Литература:

1. Анисимов А.Ю., Якунов А.Ф., Юнусова А.Д./ Диагностика и лечебная тактика у больных с синдромом портальной гипертензии// Вестник современной клинической медицины 2008. -Т.1, №1. – с. 115-124.
2. Ерамищенцев А.К./ Развитие проблемы лечения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка// Анн.хир. гепатол. – 2007. –Т.12, №2. - с.8-16.
3. Аль-Сабунчи Омар./ Обоснование принципов малоинвазивной хирургии в профилактике и лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода // автореф. Канд. Дисс. – М., 2007, 35 с.
4. Шерцингер А.Г. / Патогенез, диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией// дис. докт. мед. наук. –М, 1986 С. 310
5. Comar K., Sanyol A. / Portae hypertensive bludding // Gastroenterology. Clin north Am// 2003. v 32 N4. P. 1071-1105.
6. J. Vlachogiannakos, J. Goulis, D. Patch, A.K. Burroughs /Review article: primary prophylaxis for portal hypertensive bleeding in cirrhosis//Aliment. Pharmacol. Ther. – 2000. – vol. 14, № 7. – P. 851-860