

УДК 616.149 – 008.341.1: 347.440.32

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Ю.В. Грубник, Д.В. Герасимов, В.Ю. Грубник, В.А. Фоменко

Одесский государственный медицинский университет

Реферат. Лечение осложнённой портальной гипертензии является одной из актуальных, сложных и нерешённых проблем хирургии. За последние десятилетия во всех странах мира отмечается рост числа заболеваемости циррозом печени - наиболее частой причины портальной гипертензии. По данным Всемирной ассоциации здравоохранения (ВОЗ) летальность от цирроза печени занимает восьмое место среди заболеваний пищеварительного тракта. Поэтому, актуальным является разработка и применение методик, позволяющих снизить давление в венах пищевода и кардиального отдела желудка. Однако, эти методы недостаточно разработаны и изучены, нет четких показаний к применению методов эндоскопического гемостаза. Данным вопросам посвящена настоящая работа. Цель работы: улучшение результатов лечения больных с острыми пищеводно-желудочными кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка на основе рационального использования методик эндоскопического гемостаза. Методы и материалы. Нами проанализированы результаты лечения 622 больных за последние 5 лет с острыми пищеводно-желудочными кровотечениями. Из них больных с циррозом печени было 575. 127 больным проводили только консервативную терапию. 448 больным проводили эндоскопический гемостаз. Склерозирование выполнено у 239 больного, легирование – у 141 больного, введение фибринового клея – у 68 больных. Результаты. Анализируя полученные результаты, можно отметить, что практически во всех группах, которым было проведено эндоскопическое лечение, клинический результат был лучше. Установлено, что преимущество эндоскопических методов в сравнении с консервативными состоит в более эффективной остановке кровотечений, предотвращении их рецидивов, особенно после достижения облитерации расширенных вен, снижения летальности. Выводы. Эндоскопический локальный гемостаз у больных с пищеводно-желудочными кровотечениями на фоне цирроза печени позволяет значительно снизить число рецидивов кровотечений и летальность у этой тяжелой категории больных.

Ключевые слова: пищеводно-желудочные кровотечения, портальная гипертензия, эндоскопический гемостаз

Лечение осложнённой портальной гипертензии является одной из актуальных, сложных и нерешённых проблем хирургии. За последние десятилетия во всех странах мира отмечается рост числа заболеваемости циррозом печени - наиболее частой причины портальной гипертензии. По данным Всемирной ассоциации здравоохранения (ВОЗ) летальность от цирроза

печени занимает восьмое место среди заболеваний пищеварительного тракта. Многие авторы связывают эти неблагоприятные тенденции с ростом потребления алкоголя, увеличением заболеваемости вирусным гепатитом, увеличением количества потребляемых лекарств, недостаточным знанием многих вопросов патогенеза заболеваний печени. Наиболее тяжёлым и трудно прогнозируемым осложнением портальной гипертензии является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Риск возникновения первого кровотечения в первые 2 года после постановки диагноза составляет 30%, а летальность при первом кровотечении – 50% [1, 2, 6, 7, 8].

Ещё более плохой прогноз для больных, ранее перенесших кровотечение.

Частота развития рецидивов геморрагии составляет 50-90% [6].

Столь высокий риск и низкая выживаемость определяют необходимость совершенствования тактики лечения при пищеводно-желудочных кровотечениях портального генеза, которая должна основываться на знаниях патогенеза их возникновения и дифференцированном подходе к лечению данной категории больных. Плохая переносимость большими циррозом печени оперативных вмешательств всегда диктовала необходимость поиска и совершенствования малотравматичных методов лечения. Одно из важнейших малоинвазивных направлений лечения данной категории больных связано с эндоскопическими вмешательствами.

Научные публикации многих авторов [3,4,5,6,7,8] показали, что эндоскопические методики нужно использовать не только в качестве остановки кровотечения, а также для профилактики возможных рецидивов кровотечения из вен пищевода и желудка. Бурное развитие лапароскопических методов также внесло существенный вклад в лечение этой категории больных.

Изучение результатов эндоскопического гемостаза при кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка показало их недостаточную эффективность в отдаленные сроки после проведения процедур. Так, через год

после эндоскопической остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода рецидивы кровотечения наблюдаются у 40-50 % больных. Поэтому, актуальным является разработка и применение методик, позволяющих снизить давление в венах пищевода и кардиального отдела желудка. Однако, эти методы недостаточно разработаны и изучены, нет четких показаний к применению методов эндоскопического гемостаза. Данным вопросам посвящена настоящая работа.

Цель работы

Улучшение результатов лечения больных с острыми пищеводно-желудочными кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка на основе рационального использования методик эндоскопического гемостаза

Материал и методы

Нами проанализированы результаты лечения 622 больных за последние 5 лет с острыми пищеводно-желудочными кровотечениями. Из них больных с циррозом печени было 575. Для оценки степени выраженности цирротического процесса и тяжести состояния больных мы пользовались классификацией по Child-Pugh (таб. 1.).

Исходя из данной классификации количество больных распределилось следующим образом: Child-Pugh A – 154 больных, Child-Pugh B – 221 больных, Child-Pugh C – 200 больных

Из общего числа пациентов больные с циррозами печени после перенесенных гепатитов B и C составляли 280 больных. Циррозы печени неинфекционного (алкогольного и др. генезов) составляли 295.

Всем больным поступающим в Центр желудочно-кишечных кровотечений производилось эндоскопическое исследование. Принципиальным моментом диагностического этапа эндос-

копии является разграничение желудочного и пищеводного кровотечения. Процесс осмотра проводили с приподнятым головным концом, что создает условия для перемещения крови в дистальную часть желудка и облегчает осмотр кардиального и субкардиального отделов при инверсии, а также способствует отмыванию сгустков крови из пищевода в желудок. В ряде случаев мы использовали фиброэндоскоп с большим диаметром инструментального канала позволяющего удалить большую часть содержимого. У 47 больных наряду с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода обнаружены кровоточащие острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острые язвы пищевода в следствии эрозивного гастрита и эзофагита. 127 больным проводили только консервативную терапию. 448 больным проводили эндоскопический гемостаз. Склерозирование выполнено у 239 больного, лигирование – у 141 больного, введение фибринового клея – у 68 больных. Склерозирование выполняли как иглами фирмы «Olympus», так и иглами собственной конструкции. В качестве склерозанта использовали тромбовар, этаноламинолеат, 1% этоксисклероз. Введение препарата выполнялось интравазально и паравазально. Эндоскопическое лигирование выполняли по методике Stiegmann и Goff с помощью лигаторов фирмы «Olympus» НХ-21L1 и Cook, а также модифицированного нами лигатора. Лигирование начинали с основания венозных стволов в эзофагокардиальной зоне. Лигирование основания стволов приводило к прекращению или снижению притока крови, загустению стволов, а также к резкому уменьшению их диаметра. После этого производили лигирование венозных стволов с интервалом 3-5 см. За сеанс использовали от 6 до 8 лигатур. Повторные сеансы лигирования производили через 3-6

Критерии распределения больных по классификации Child-Pugh

Таблица 1

	Child A P-1	Child B P-2	Child C P-3
1. Альбумин, %	> 3	2.5-3	< 2.5
2. Билирубин, мг	< 2 (20 мкмоль/л)	2.0-3.0 (20-40 мкмоль/л)	> 3 (40 мкмоль/л)
3. Питание	Хорошее	Удовлетворительное	Сниженное
4. Энцефалопатия	нет	минимальная	Выраженная
5. Протромбин	> 75 %	50-70 %	< 50 %
6. Асцит	нет	легко контролир.	плохо контролир.

Функциональная характеристика больных: Child A – 6-8 позиций, Child B – 9-11 позиций, Child C – 12 и более позиций

суток после отторжения лигированных узлов. Пломбирование производили применяя двупросветную иглу-инъектор, а также двупросветную модифицированную нами иглу. Использовался фибриновый клей Immuno (Австрия), а также приготовленный по методике, разработанной в нашей клинике.

Результаты и обсуждение

При консервативном лечении использовали у 127 больных с острыми пищеводно-желудочными кровотечениями обусловленными циррозом печени мы использовали зонд Блэкмора с последующей эффективной инфузионной гемостатической терапией с применением сандостатина и гепатотропной терапией. Результаты лечения зависели от степени выраженности и прогрессирования цирротическо-

го процесса, наличия тяжелой сопутствующей патологии у данной категории больных, а также наличия геморрагического шока и печеночной недостаточности (таб. 2-5.).

Анализируя полученные результаты, можно отметить, что практически во всех группах, которым было проведено эндоскопическое лечение, клинический результат был лучше. Установлено, что преимущество эндоскопических методов в сравнении с консервативными состоят в более эффективной остановке кровотечений, предотвращении их рецидивов, особенно после достижения облитерации расширенных вен, снижения летальности. Следует также отметить, исходя из приведенных материалов, что наилучшие результаты применения эндоскопического гемостаза были в груп-

Таблица 2

Результаты консервативного лечения у больных с пищеводно-желудочными кровотечениями, обусловленных цирротической портальной гипертензией

Степень цирроза (кол-во больных)	Остановка кровотечения	Рецидив	Летальность
Child A (45)	36 (80%)	7 (15,5 %)	9 (20 %)
Child B (47)	25 (55%)	21 (45%)	27 (57%)
Child C (35)	13 (37%)	20 (57%)	28 (80%)
Всего: 127	74 (58,3 %)	48 (37%)	64 (50%)

Таблица 3

Результаты лечения больных с кровотечения при применении локального эндоскопического гемостаза у больных с циррозом в стадии Child A

	Остановка кровотечения	Рецидив	Летальность
Эндоскопическое склерозирование	81	7 (15 %)	5 (6%)
Эндоскопическое лигирование	21	2 (10%)	1 (5 %)
Эндоскопическая пломбировка	7	1 (14 %)	1 (14 %)
Всего	109	10 (9,2%)	7 (6,4 %)

Таблица 4

Результаты лечения больных с кровотечения при применении локального эндоскопического гемостаза у больных с циррозом в стадии Child B

	Остановка кровотечения	Рецидив	Летальность
Эндоскопическое склерозирование	75	26 (35 %)	35 (47 %)
Эндоскопическое лигирование	68	20 (30 %)	27 (40 %)
Эндоскопическая пломбировка	31	8 (25 %)	11 (36 %)
Всего	174	54 (31%)	73 (42%)

Таблиця 5

Результаты лечения больных с кровотечения при применении локального эндоскопического гемостаза у больных с циррозом в стадии Child C

	Остановка кровотечения	Рецидив	Летальность
Эндоскопическое склерозирование	83	47 (49%)	46 (55%)
Эндоскопическое лигирование	52	21 (40 %)	25 (48 %)
Эндоскопическая пломбировка	30	12 (41 %)	14 (47%)
Всего	165	80 (48%)	85 (52 %)

пе Child A. Из видов эндоскопического гемостаза практически все методы склерозирования лигирования и пломбирования позволяли достичь практически одинаковых результатов. Исходя из того, что эндоскопическое склерозирование является наиболее доступным и легко выполняемым методом, можно отдать предпочтение эндоскопическому склерозированию или эндоскопическому лигированию. В группе больных Child B наиболее эффективным методом является эндоскопическое лигирование вен и эндоскопической пломбировки вен, которые позволяют наиболее эффективно остановить кровотечение и предотвратить ранний его рецидив. После проведенного эндоскопического гемостаза нами отмечено, что при проведении эндоскопического склерозирования мы наблюдали следующие осложнения: язва пищевода – 5 случаев, лихорадка – 15 случаев, стеноз пищевода – 1 случае, пневмония – 6 случаев. Наиболее тяжелыми ранними осложнениями являются глубокие некрозы стенки и изъязвления слизистой пищевода с возможностью развития тяжелого кровотечения. После эндоскопического лигирования наблюдались изъязвления в 3 случаях. После эндоскопической пломбировки у нас наблюдалась тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, которая разрешилась после консервативной терапии.

Выводы

Эндоскопический локальный гемостаз у больных с пищеводно-желудочными кровотечениями на фоне цирроза печени позволяет значительно снизить число рецидивов кровотечений и летальность у этой тяжелой категории больных.

При циррозе Child A наиболее эффективным является эндоскопическое склерозирование. При циррозе Child B и Child C более эффективным и целесообразным для применения является эндоскопическое лигирование и эндоскопическая пломбировка.

ШЛЯХИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КРОВОТЕЧАМИ З ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА

Ю.В. Грубник, Д.В. Герасимов, В.Ю. Грубник, В.А. Фоменко

Реферат. Лікування ускладненої портальної гіпертензії є однією з актуальних, складних і невирішених проблем сучасної хірургії. За останнє десятиріччя у всіх країнах світу відзначається зріст захворюваності циррозом печінки – найбільш частой причиною портальної гіпертензії. За даними ВООЗ летальність від цирозу печінки займає восьме місце серед захворювань травної системи. Тому, актуальним є розробка і використання методик, які дозволяють знизити тиск у венах стравоходу і кардіального відділу шлунка. Однак, ці методи недостатньо розроблені й вивчені, немає чітких показань до використання методів ендоскопічного гемостаза. Цим питанням і присвячена ця робота. Метою роботи було поліпшення результатів лікування хворих з гострими стравохідно-шлунковими кровотечениями з варикозно-розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунка на основі раціонального використання методів ендоскопічного гемостаза. Методи і матеріали. Нами проаналізовані результати лікування 622 хворих за останні 5 років з гострими стравохідно-шлунковими кровотечениями. З них хворих з циррозом печінки було 575. 127 хворим проводили тільки консервативну терапію. 448 хворим проводили ендоскопічний гемостаз. Склерозування виконано у 239 хворих, лігування - у 141 хворого, введення фібрінового клею – у 68 хворих. Результати. Після аналізу отриманих результатів, можна відзначити, що практично у всіх групах, яким було проведено ендоскопічне лікування, клінічний результат був кращим ніж при використанні одної лише консервативної терапії, що виражалося не тільки в більш ефективній зупинці кровотеч, а й в запобіганні їх рецидивів, особливо після досягнення облітерації розширених вен, та в зниженні летальності. Висновки. Ендоскопічний локальний гемостаз у хворих з стравохідно-шлунковими кровотечениями на фоні цирозу печінки дозволяє значно знизити число рецидивів кровотеч та летальність у цій важкій категорії хворих.

Ключові слова: стравохідно-шлункові кровотечі, портальна гіпертензія, ендоскопічний гемостаз

THE WAYS OF IMPROVEMENT OF TREATMENT OF PATIENTS WITH UPPER GASTROESOPHAGAL HEMORRHAGE RELATED TO PORTAL HYPERTENSION

U.V. Grubnik, D.V. Gerasimov, V.U. Grubnik, V.A. Fomenko

Abstract. Upper gastroesophageal hemorrhage related to portal hypertension is one of the most actual, complex and unsolved problem of modern surgery. During last decade the rate of liver cirrhosis increased all over the world which is the most common reason of portal hypertension. WHO showed data that cirrhosis and related to cirrhosis pathology are on the 8th position of mortality of all diseases of gastrointestinal tract. So methodology of using methods of decreasing of pressure in portal vein system and stopping of haemorrhages are extremely actual nowadays. The aim of our study was to improve results of treatment of patients with upper gastroesophageal hemorrhage related to portal hypertension using endoscopic haemostasis. We analyzed the results of treatment of 622 patients during period of 5 years with upper gastroesophageal hemorrhage related to portal hypertension. 575 of them had liver cirrhosis. 127 patients treated only with drug therapy. We used endoscopic therapy in 448 cases. Endoscopic sclerotherapy was used in 239 patients, legation in 141 patients, applying of fibrin glue in 68 patients. Analyzing our results we can declare that endoscopic method of hemostasis are more effective than drug therapy and can decrease a

lot rate of haemorrhage relapses and mortality in the case of this dangerous pathology.

Key words: Upper gastroesophageal hemorrhage, portal hypertension, endoscopic hemostasis

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь В. Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. – К.: Здоровья, 1991. – с.213-250
2. Дроздова А. С. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: обзор // Международные медицинские обзоры. – 1994. - №5. – с. 326-329.
3. Abraldes JG, Angermayr B, Bosch J. The management of portal hypertension. Clin Liver Dis. - №9. – 2005.- p. 685–713
4. Avgerinos A, Armonis A, Manolakopoulos S, et al: Endoscopic sclerotherapy versus variceal ligation in the long-term management of patients with cirrhosis after variceal bleeding: A prospective randomized study. J Hepatol. № 26. - 1997. – p. 1034-1041.
5. Corley DA, Cello JP, Adkisson W. et al: Octreotide for acute esophageal variceal bleeding: A meta-analysis. Gastroenterology, №120. - 2001. – p. 946-954.
6. Peura DA, Lanza FL, Gostout CJ, et al: The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: Preliminary findings. Am J Gastroenterol. - № 92, 1997, p.924-928.
7. Portal Hypertension: Pathobiology, Evaluation, and Treatment, edited by Arun J. Sanyal and Vijay H. Shah, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2005
8. Rockey DC: Gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am. № 34, - 2005. – p. 581-588.