

Кудайбергенов Т.И., Ниязов Б.С., Эгенбаев Р.Т., Адылбаева В.А.

**ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ЛАНГАН БООР ЦИРРОЗУ МЕНЕН
ООРУГАНДАРДЫН КЫЗЫЛ ӨҢГӨЧТҮН ЖАНА АШКАЗАНДЫН ВАРИКОЗДУК
ВЕНАЛАРЫНАН КАН АГУУНУ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО**

Кудайбергенов Т.И., Ниязов Б.С., Эгенбаев Р.Т., Адылбаева В.А.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ
ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ
ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

T. Kudaybergenov, B. Niyazov, R. Egenbaev, V. Adylbaeva

**SURGICAL TREATMENT OF BLEEDING FROM
ESOPHAGEAL AND GASTRIC VARICES IN PATIENTS
WITH DECOMPENSATED CIRRHOSIS**

УДК: 616.36/616.145.74 [616/36-004]-084

Макалада боордун декомпенсацияланган циррозу менен ооругандардын кызыл өңгөчтүн жана ашказандын варикоздук веналарынан кан агууну хирургиялык дарылоонун натыйжалары берилген. Изилдөөгө 62 бейтап кирген. Орточо жашы $46,7 \pm 15,2$ жашты түздү. Бейтаптардын басымдуу көпчүлүгүндө Child-Pugh критерийлерине ылайык оор боор жетишсиздигинин клиникалык белгилери болгон (В классы - 24, С классы - 38 бейтап). Оорулулардын арасында эки топ аныкталган. Консервативдик дарылоодон майнап чыкпагандыктан, көзөмөл тобунда 20 бейтапка варикозду тигиши (М.Д. Пациор операциясы) жасалган. Негизги топто 42 бейтапка алгачкы этапта комбинацияланган операция жасалган. Алынган натыйжалар суб- жана декомпенсация стадиясында алгачкы этапта жана сунушталган айкалыштырылган ыкма менен операция жасалган пациенттердин жашоо көрсөткүчүнүн жогорулагандыгын көрсөттү.

Негизги сөздөр: боор циррозу, порталдык гипертензия, кызыл өңгөч, ашказан, варикоздук кеңейиши, операция, веналардын деваскуляризациясы, склероз.

В статье представлены результаты хирургического лечения кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных декомпенсированным циррозом печени. В исследование включены 62 пациентов. Средний возраст составил $46,7 \pm 15,2$ года. Подавляющее большинство пациентов имели клинические признаки тяжелой печеночной недостаточности в соответствии с критериями Child-Pugh (класс В – 24, класс С – 38 больных). Среди больных было выделено две группы. В контрольной группе 20 больным выполнено прошивание варикозно расширенных вен (операция М.Д. Пациора) в связи с безуспешностью консервативного лечения. В основной группе 42 больных оперированы комбинированным способом в ранние сроки от момента поступления. Полученные результаты указали на повышение выживаемости пациентов в стадии суб- и декомпенсации, оперированные в ранние сроки и предложенным комбинированным способом.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, пищевод, желудок, варикозное расширение, операция, деваскуляризация вен, склероз.

The article presents the results of surgical treatment of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach in patients with decompensated liver cirrhosis. The study included 62 patients. The average age was $46,7 \pm 15,2$ years. The vast majority of patients had clinical signs of severe hepatic failure in accordance with the Child-Pugh criteria (class B - 24, class C - 38 patients).

Among the patients, two groups were identified. In the control group, 20 patients underwent suturing of varicose veins (operation by M.D. Patiör) due to the failure of conservative treatment. In the main group, 42 patients were operated on in a combined way in the early stages from the moment of admission. The results obtained indicated an increase in the survival rate of patients in the stage of sub- and decompensation, operated on in the early stages and by the proposed combined method.

Key words: cirrhosis of the liver, portal hypertension, esophagus, stomach, varicose veins, surgery, venous revascularization, sclerosis.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) – является одной из основных причин смерти у больных циррозом печени (ЦП) [1,3,5]. Летальность от первого эпизода кровотечения составляет 20-50%, достигающая при его рецидиве достигает 70% [2,3]. По данным различных авторов, общая летальность при ЦП, осложненном варикозными пищеводно-желудочными кровотечениями (ПЖК), колеблется от 39% до 100% [2,3,7].

Вопросы лечения и профилактики пищеводно-желудочных кровотечений (ПЖК) далеки от окончательного решения и являются одной из трудных областей хирургической гепатологии. На сегодняшний день известно свыше 200 способов оперативных вмешательств для хирургической коррекции портальной гипертензии (ПГ) [1]. Однако, у больных с декомпенсированной стадией ЦП возможности оперативного лечения ограничены в силу низкого функционального резерва печени [3, 4,6].

Вместе с тем выполнение малоинвазивных процедур требуют дорогостоящего оборудования, а выполнение операции М.Д. Пациора отличает простота исполнения и доступность в любом хирургическом отделении.

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения и профилактики пищеводно-желудочных кровотечений у больных циррозом печени в стадии декомпенсации.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 62

больных циррозом печени, осложненным кровотечением из ВРВПиЖ, находившихся на стационарном лечении в НХЦ МЗ КР им. М.Мамакеева за период с 2009 по 2020 г.

Все пациенты разделены на 2 группы. В первой (контрольной) группе у 20 пациентов оценивались результаты хирургического лечения кровотечений из ВРВПЖ после выжидательной консервативной тактики. В этой группе выполнена операция – проксимальная субкардиальная гастротомия по М.Д. Пациора с прошиванием всех кровоточащих и некровоточащих вен кардии желудка и нижнего отрезка пищевода [5]. Во второй (основной) группе на 42 больных с кровотечением из ВРВПЖ, применена активная хирургическая тактика с использованием комбинированного способа, заключающийся в следующем. В завершении операции М.Д. Пациора, интраоперационно вводили склерозирующую смесь в виде микропены в варикозную вену нижней трети пищевода выше наложенной лигатуры во время одной инъекции общим объемом 5,0 мл, которую готовили непосредственно перед введением из 1,0 мл 3% фибровейна и 4,0 мл воздуха. Затем, аналогичным образом, приготавливали такую же смесь в указанном объеме и вводили в другие варикозные вены нижней трети пищевода выше лигатур посредством 3-4 инъекций. Гастротомическое отверстие ушивается двухрядным непрерывным швом. Операцию дополняли деваскуляризацией желудка (удостоверение на рационализаторское предложение «Комбинированный способ хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка», №847 от 21 июля 2017 г., выданное Кыргызпатентом).

Мужчин было 36(58%), женщин - 26(42%). Возраст больных колебался от 23 до 69 лет, и в среднем составил $46,7 \pm 15,2$ года. По критериям Чайлда-Пью (1973) функциональный класс В) имели 24 (38,7%), класс С - 38 (61,3%) больных. С продолжающимся пищеводно-желудочным кровотечением (ПЖК) поступило 27 (43,5%) больных. В 35 (56,5%) случаях на момент госпитализации в стационар имело место состоявшееся ПЖК.

Эндоскопическая картина у всех обследованных больных была представлена варикозным расширением вен пищевода и кардиального отдела желудка. По классификации А.Г. Шерцингеру (1986) II степень выявлена у 15(24,2%), III степень - у 47 (33,77%) больных.

Лечебные мероприятия проводились согласно консенсусу Baveno VI (2015) и «Клиническим рекомендациям по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка» (2013)

Оценивали эффективность гемостаза, а также частоту рецидива пищеводно-желудочных кровотечений в раннем и отдаленном послеоперационном

периодах. Контрольную ЭГДС осуществляли в отдаленном периоде наблюдения (через 6 месяцев и через год).

Статистическую обработку результатов исследования проводили методом вариационной статистики путем расчета средней арифметической (М), среднеквадратичного отклонения (σ) и средней ошибки (m). Достоверность различий показателей оценивали по коэффициенту Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечебная программа начиналась в отделении реанимации и интенсивной терапии. После визуализации источника кровотечения устанавливали зонд Блэкмора в сроки 12 до 72 часов. Некоторые больные нуждались в проведении реанимационных мер по стабилизации гемодинамики.

В контрольной группе 20 (32,2% наблюдений) пациентам было выполнена операция по М.Д. Пациора как вынужденная мера в связи с неэффективностью консервативного гемостаза и нарастанием тяжести состояния. Все пациенты оперированы на 7-12 сут. с момента поступления в стационар. Все эти больные имели тяжелую степень кровопотери, частые рецидивы кровотечения в анамнезе. На фоне длительного консервативного лечения, возникновения рецидива кровотечения в стационаре и позднего оперативного пособия у 7 (35%) пациентов мы наблюдали прогрессирование декомпенсации функции печени. У 6 (30% наблюдений) больных в связи с большими размерами селезенки, которые препятствовали выполнению основного этапа, вынужденно была выполнена спленэктомия.

В послеоперационном периоде у 5 (25%) больных возник рецидив кровотечения. В том числе у 3 рецидив отмечен на 2 сутки, у 2 - на 4 сутки послеоперационного периода. Источником кровотечения на 2 сутки послеоперационного периода явились ВРВП в результате недостаточно эффективного гемостаза при наложении отдельных узловых швов по периметру пищеводного отверстия. Рецидивы кровотечения на 4 сутки послеоперационного периода были вызваны прорезыванием шовных нитей и кровотечениями из варикозно расширенных вен, расположенных выше наложения лигатур.

Анализ полученных нами результатов свидетельствует о том, что на высоте пищеводно-желудочного кровотечения факторами, способствующими возникновению рецидива кровотечения в послеоперационном периоде после прошивания кровоточащих вариксов, являются прорезывание шовных нитей, а в более поздние сроки кровотечения из ВРВ, расположенных выше наложения лигатур.

Гнойно-септические осложнения в виде нагноения послеоперационной раны отмечены у 1 (5%) из 20 пациентов.

Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 65% (12 человек), за счет больных в стадии декомпенсации (таблица 1).

В основной группе все 42 (100% наблюдений) пациентов были оперированы в ранние сроки (от 2 до 5 суток), т.е. до наступления декомпенсации функции печени. Всем больным операция М.Д. Пациора была дополнена интраоперационным введением раствора этоксисклерола в виде микропены в вены пищевода выше лигатур и выполнения деваскуляризации желудка. На наш взгляд, этим достигается полное разобщение пищеводно-желудочной венозной системы и повышается эффективность хирургического лечения.

В послеоперационном периоде у 1 (2,4%) больного был рецидив кровотечения, связанный с пост-

инъекционным кровотечением, который после проведенной медикаментозной терапии был полностью остановлен. У 2 пациентов (4,8% наблюдений) были диагностированы экссудативный плеврит. Местные осложнения, связанные с инфекционным процессом в области послеоперационной раны, были выявлены у 2 (4,8%) больных. У 4 (9,5%) больных в послеоперационном периоде наступило прогрессирование печеночно-клеточной недостаточности с летальным исходом. Прочих серьезных осложнений после введения склерозанта (медиастинита, бронхо-эзофагальных свищей, перфорации пищевода) не наблюдалось.

Послеоперационная летальность в основной группе составила 16%.

Таблица 1

Показатели рецидива кровотечения и летальности в послеоперационном периоде.

Показатели	Контрольная группа, n=20		Основная группа, n=42	
	Класс В n=7	Класс С n=13	Класс В n=17	Класс С n=25
Рецидив кровотечения	1	4	--	1
Прогрессирование печеночной недостаточности	--	7	--	4
Послеоперационная летальность	1 (14,3%)	11 (84,6%)	0	4 (16,0%)

В отдаленном периоде (6 мес.) обследовано 8 пациентов из контрольной группы и 21 пациент из основной группы. У всех больных за счет выполненной полноценной деваскуляризации венозной системы желудка и пищевода наблюдался регресс ВРВПиЖ с III до I-II степени.

К 12 мес. наблюдения в контрольной группе в связи с наступлением прогрессирования печеночной недостаточности умерло 2 больных (25%), рецидив ВРВП наблюдался у 5 (62,5%) больных с рецидивом геморрагии у 3 (37,5%) пациентов.

В основной группе через 12 мес. обследовано 21 пациент. Прогрессирование печеночной недостаточности наступило у 4 (19,0%) больных. Рецидив ВРВП наблюдался у 3 (14,3%), с рецидивом пищеводно-желудочного кровотечения у 2 (9,5%) больных. Гастроэзофагеальное кровотечение и прогрессирование печеночно-клеточной недостаточности явилось причиной летального исхода у 5 (35,7%) больных контрольной группы и у 5 (23,8%) больных основной группы (таблица 2).

Таблица 2

Отдаленные результаты в сравниваемых группах

Сроки наблюдения, дни/мес.	Число больных, n		Рецидив ВРВП, n (%)		Рецидивы кровотечения, n (%)		Летальность общая / летальность от кровотечения, n	
	конт.гр.	основн. гр.	контр. гр.	основн. гр.	контр. гр.	основн.гр.	контр.гр.	основн. гр.
6 мес	8	21	--	--	--	--	--	--
12 мес	8	21	5(62,5%)	3(14,3%) *	3(37,5%)	2(9,5%) *	5(62,5%) / 3(37,5%)	7(33,3%) / 1(4,8%) *

Примечание: * - p<0,05.

Рецидив ВРВП через 12 месяцев чаще наступал в контрольной группе больных. Эндоскопическая картина у 62,5% больных была представлена ВРВП III ст., портальной гастропатией. В то время как при эндоскопическом исследовании больных основной группы только у 14,3% больных наблюдалось ВРВП III ст. Рецидив гастроэзофагеального кровотечения встречался примерно в 4 раза чаще в контрольной группе наблюдения. Выживаемость пациентов в основной группе оказалась статистически достоверно выше, чем в контрольной группе наблюдения.

Таким образом, выжидательная консервативная тактика у больных циррозом печени, осложненным ПЖК, не позволяет избежать большого количества осложнений и существенно уменьшить показатели летальности. Гемостатический эффект операции М.Д. Пациора в раннем послеоперационном периоде составил 75%, при применении комбинированного способа – 100%. Лучшие результаты достигаются выполнением полноценной деваскуляризации венозной системы желудка и пищевода в сочетании с интраоперационным склерозированием варикозных вен пищевода.

Литература:

1. Абдурахманов Б.А. Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2006. - Т. 11, № 3. - С. 157.
2. Габриэль С.А., Дурлештер В.М., Гучегль А.Я., Дынько В.Ю., Мурашко Д.С., Крушельницкий В.С. Эффективность эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода // *Кубанский научный медицинский вестник*. - 2016. - № 5(160). - С. 19-25.
3. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Байбеков Р.Р. Эффективность эндоскопических вмешательств у больных циррозом печени // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2017. - Т. 22, № 2. С. 45-53.
4. Зубарев П.Н. Развитие идеи хирургического лечения больных портальной гипертензией в Военно-медицинской академии. – СПб. Изд-во ВМедА, 2000. 24 с.
5. Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Солдатов С.А., Кашкин Д.П., Алентьев С.А., Смородский А.В., Слободяник А.В., Онинцев И.Е. Результаты селективного и парциального портального шунтирования и прогностические факторы долгосрочной выживаемости больных циррозом печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2015. – Т. 20, № 2. С. 46-58.
6. Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Семенова Т.С., Мартиросян Р.А. Роль эндоскопии в выборе лечения больных портальной гипертензией // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2015. – Т. 20, № 2. С. 20-30.
7. Akahoshi T., Uehara H., Tomikawa M., Kawanaka H., Hashizume M., Maehara Y. Comparison of open, laparoscopic, and hand-assisted laparoscopic devascularization of the upper stomach and splenectomy for treatment of esophageal and gastric varices: a single-center experience // *Asian J Endosc Surg*. □ 2014. – Vol. 7, N 2. – P. 138-144. – DOI: 10.1111/ases.12096.
8. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии / М.Д. Пациора. - 2-е изд., доп. - Ташкент, 1984.
9. Danis J., Hubmann R., Pichler P., Shamiyeh A., Wayand W.U. Novel technique of laparoscopic azygoportal disconnection for treatment of esophageal varicosis: preliminary experience with five patients // *Surg Endosc*. - 2004. - Vol. 18, N 4. - P.702-705. – DOI: 10.1007/s00464-003-9096-7.
10. Helmy A., Abdelkader Salama I., Schwaitzberg S.D. Laparoscopic esophagogastric devascularization in bleeding varices // *Surg Endosc*. – 2003. – Vol. 17, N 10. – P. 1614-1619. – DOI: 10.1007/s00464-002-8928-1.
11. Jiang M., Liu F., Xiong W.J., Zhong L., Xu W., Xu F., Liu Y.B. Combined MELD and blood lipid level in evaluating the prognosis of decompensated cirrhosis // *World J Gastroenterol*. – 2010. – Vol. 16, N 11. – P. 1397-1401.
12. Kitano S., Tomikawa M., Iso Y., Hashizume M., Moriyama M., Sugimachi K. Laparoscopy-assisted devascularization of the lower esophagus and upper stomach in the management of gastric varices // *Endoscopy*. – 1994. – Vol. 26, N 5 – P. 486-487. – DOI: 10.1055/s-2007-1009006.
13. Kobayashi T., Miura K., Ishikawa H., Soma D., Zhang Z., Ando T., Yuza K., Hirose Y., Katada T., Takizawa K., Nagahashi M., Sakata J., Kameyama H., Wakai T. Hand-assisted laparoscopic Hassab's procedure for esophagogastric varices with portal hypertension // *Surg Case Rep*. – 2017. – Vol. 3, N 1. – P. 111. – DOI: 10.1186/s40792-017-0387-y.
14. Tomikawa M., Hashizume M., Saku M., Tanoue K., Ohta M., Sugimachi K. Effectiveness of gastric devascularization and splenectomy for patients with gastric varices // *J Am Coll Surg*. – 2000. - Vol. 191, N 5. - P. 498-500.
15. Yoshida H., Mamada Y., Taniat N., Tajiri T. New methods for the management of esophageal varices // *World J Gastroenterol* – 2007. – Vol. 13, N 11. – P. 1641-1645.
16. Zilberstein B., Sallet J.A., Ramos A., Eshkenazy R. Video laparoscopy for the treatment of bleeding esophageal varices // *Surg Laparosc Endosc*. – 1997. – Vol. 7, N 3. – P. 185-191.
17. Джуманова Р.Г., Джумабаев М.Н., Калиев Р.П. О дисфункции эндотелия у больных хроническим гепатитом и циррозом печени. / *Известия ВУЗов Кыргызстана*. 2017. № 6. С. 43-46.