

Кудайбергенев Т.И., Ниязов Б.С., Эгенбаев Р.Т., Ниязова С.Б.

**БООР ЦИРРОЗУ МЕНЕН ООРУГАНДАРДЫН КЫЗЫЛ ӨҢГӨЧТҮН
ЖАНА АШКАЗАНДЫН ВАРИКОЗДУК ВЕНАЛАРЫНАН
КАН АГУУНУ ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ**

Кудайбергенев Т.И., Ниязов Б.С., Эгенбаев Р.Т., Ниязова С.Б.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО
РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА
У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

T. Kudaybergenov, B. Niyazov, R. Egenbaev, S. Niyazova

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

УДК: 616.36-004 (075.8):616.15.[616/36-004]-084

Бүгүнкү күнгө чейин кызыл өңгөчтүн жана ашказандын варикоздук кеңейүүсүнөн кан кеткен бейтаптарды башкаруу жана дарылоодо олуттуу тажрыйба топтолгон. Кызыл өңгөчтүн варикоздук кеңейүүсүнөн кан кетүү боор тканынын прогрессируу фиброзунан, анын ткандары аркылуу кан агымынын бөгөлүшүнөн, порталдык гипертензия синдромунун өнүгүшүнөн келип чыккан боор циррозунун татаалдануу ырааттуулугунун акыркы звеносу болуп саналат. Боор циррозу менен ооруган бейтаптардагы кызыл өңгөчтүн жана ашказандын варикоздук кеңейүүсүнөн 10 жыл бою кан агууну консервативдик жана хирургиялык дарылоонун натыйжаларынын анализи берилген. Сунуш кылынган айкалыштырылган методго ылайык хирургиялык кийлигишүүлөрдү эрте аткаруу боор циррозунун суб- жана декомпенсацияланган стадиялары бар пациенттерде дарылоонун натыйжаларын жакшыртат.

Негизги сөздөр: боордун циррозу, порталдык гипертензия, варикоз, кеңейген тамырлар, кызыл өңгөч, ашказан, кызыл өңгөчтөн кан агуу.

К настоящему времени накоплен существенный опыт ведения и лечения пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Кровотечение из расширенных вен пищевода - завершающее звено в последовательности осложнений цирроза печени, вызванных прогрессирующим фиброзом ткани печени, блоком току крови через ее ткань, развитием синдрома портальной гипертензии, за которым следует сброс крови по путям коллатерального кровообращения в т.ч. прогрессирующее расширение вен пищевода, с последующим их разрывом. Представлен анализ результатов консервативного и хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени за 10-летний период. Ранее выполнение хирургических вмешательств по предложенному комбинированному способу позволяет улучшить результаты лечения у больных в суб- и декомпенсированной стадии цирроза печени.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, варикоз, расширенные вены, пищевод, желудок, пищеводно-желудочное кровотечение.

To date, significant experience has been accumulated in the management and treatment of patients with bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach. Bleeding from varicose veins of the esophagus is the final link in the sequence of complications of liver cirrhosis caused by progressive fibrosis of the liver tissue, blockage of blood flow through its tissue, the development of portal hypertension syndrome, followed by a discharge of blood along

the pathways of collateral circulation, incl. progressive expansion of the veins of the esophagus, followed by their rupture. The analysis of the results of conservative and surgical treatment of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach in patients with liver cirrhosis for a 10-year period is presented. Early performance of surgical interventions according to the proposed combined method improves the results of treatment in patients with sub- and decompensated stages of liver cirrhosis.

Key words: cirrhosis of the liver, portal hypertension, varicose veins, dilated veins, esophagus, stomach, esophageal-gastric bleeding.

Цирроз печени (ЦП) по-прежнему представляет собой серьезную проблему в клинической практике, поскольку он включает в себя множество осложнений из-за портальной гипертензии (ПГ), таких как наличие варикозного расширения вен, варикозное кровотечение, асцит, печеночная энцефалопатия, дисфункция свертывания крови, гепаторенальный синдром [1,6,9].

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) является грозным осложнением синдрома ПГ. Летальность от первого эпизода кровотечения составляет 20-50%, достигающая при его рецидиве до 70% [2,4]. По данным различных авторов, общая летальность при ЦП, осложненном кровотечениями из ВРВПиЖ, колеблется от 39% до 100% [2,4,8,10].

Проблема лечения кровотечений из ВРВПиЖ у больных ЦП далека от полного разрешения. Предложено множество методов остановки и профилактики пищеводных кровотечений, позволяющих улучшить результаты лечения больных. Не последнюю роль в этом играют оснащенность клиники современным медицинским оборудованием и аппаратурой, наличие подготовленных специалистов и научно-практической школы по вопросам хирургической гепатологии.

Материал и результаты исследования. Под нашим наблюдением находился 1981 больной с кровотечением из ВРВПиЖ и портальной гипертензией, находившийся на лечении в Национальном хирургическом центре.

ческом центре им. М.Мамакеева при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики в период с 2009 по 2018 гг. Среди обследованных мужчин было 931 (47%), женщин 1050 (53%). Возраст больных колебался от 19 до 73 лет, в среднем составил $47,2 \pm 16,4$

года. Основное число наблюдений приходилось на наиболее активный возраст от 20 до 55 лет.

По нашим данным в последние годы отмечается тенденция увеличения больных с кровотечением из ВРВПЖ (рис. 1).

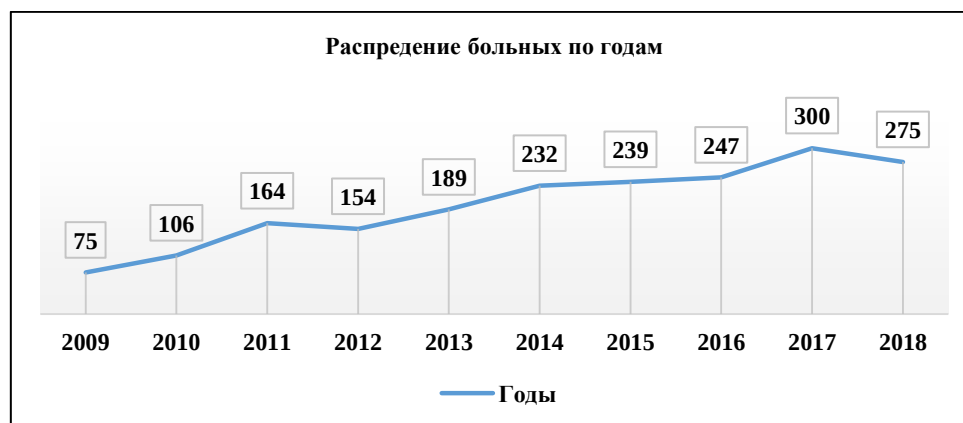


Рис. 1. Распределение больных с кровотечением из ВРВПЖ с 2009 по 2018 года.

Среди этиологических факторов ЦП у 556 больных было выявлено токсическое поражение печени, вызванное употреблением алкоголя (28,1%), у 1346 больных верифицирован вирусный гепатит В, С или D (67,8%) и у 81 (4,1%) больного не верифицированный ЦП (табл. 1).

Таблица 1

Этиологические факторы цирроза печени

Этиологический фактор	Всего (n – 1981)	
	Число больных	%
Алкогольное поражение печени	556	28,1
Вирусный гепатит В	398	20,1
Вирусный гепатит С	868	43,8
Вирусный гепатит D	78	3,9
Неуточненной этиологии	81	4,1
ИТОГО	1981	100

По критериям Чайлда-Пью (1973) функциональный класс А (компенсированный ЦП) имели 517 (26,1%), класс В (субкомпенсированный ЦП) имели 1084 (54,7%), класс С (декомпенсированный ЦП) – 380 (19,2%) пациентов.

Для установления источника кровотечения экстренно выполнялась диагностическая ЭГДС. Эндоскопическая картина у всех обследованных больных была представлена варикозным расширением вен пищевода и кардиального отдела желудка. По классификации А.Г. Шерцингера (1986) I степень выявлена у 283 (14,3%) пациента, II степени – у 668 (33,7%), III степени у 1030 (52,0%) больных. У 1213 больных (61,2%) при обследовании был выявлен разной степени выраженности асцит. Спленомегалия выявлена

в 92,4% случаев (1830 больных), признаки гиперспленизма установлены у 1138 (57,4%) больных. У 1046 (52,8%) пациентов в анамнезе было варикозное пищеводно-желудочное кровотечение, при этом у 373 больных (35,6%) наблюдалась 2 и более эпизодов кровотечения.

На момент обращения в стационар продолжающееся пищеводно-желудочным кровотечением (ПЖК) отмечено у 551 (27,8%) больного. В остальных 72,2% случаях (1430) имело место состоявшееся ПЖК. В 85% случаев кровопотеря была средней и тяжелой степени.

Лечебная программа начиналась в отделении реанимации и интенсивной терапии. Некоторые больные нуждались в проведении реанимационных

мер по стабилизации гемодинамики. После визуализации источника кровотечения устанавливали зонд Блэкмора в сроки от 12 до 72 часов. Сроки нахождения зонда-обтуратора зависели от факта наступления гемостаза и были продолжительными у категории больных с функциональным классом С. Инфузионную терапию начинали с устранения дефицита объема циркулирующей жидкости для стабилизации гемодинамики и сохранения перфузии тканей. Эффективность восполнения ОЦК оценивали по динамике ЦВД (целевые значения 8-12 мм рт.ст.) и почасовому диурезу (не менее 60 мл/час). Трансфузию эритроцитарной массы проводили осторожно при достижении целевого уровня гемоглобина крови в 7-8 г/л с учетом сердечно - сосудистых заболеваний, возраста, гемодинамического статуса и возможности продолжающегося кровотечения. Обязательным компонентом гемостатической терапии при появлении лабораторных признаков гипокоагуляции было введение 300-600 мл одногруппной свежемороженой плазмы.

Как можно раньше в лечебную программу включали вазоактивные препараты терлипрессин (ремистип). Его вводили внутривенно болюсно в дозе 2 мг, затем по 1 мг каждые 6 часов, не превышая суточную дозу более 120 мкг/кг веса тела. С целью профилактики повторного кровотечения к терапии добавляли постоянный прием бета-блокаторов (про-

пранолол 10-20мг 2 раза в сутки, либо атенолол в дозе 12,5-25мг 2 раза в сутки).

Для проведения антибиотикопрофилактики при остром кровотечении из ВРВ назначили цефтриаксон внутривенно в дозе 1г/24 часа. Для предотвращения развития печеночной энцефалопатии назначили лактулозу.

В случае продолжающегося ПЖК или высокой угрозы рецидива кровотечения выполнялось хирургическое вмешательство.

По результатам исследования выявлено, что консервативное лечение с установкой зонда Блэкмора позволило достичь первичного гемостаза у 1382 (72%) больных. Рецидив кровотечения на 3-7-е сутки возник у 537 (28%). Возникшее в стационаре кровотечение утяжеляло состояние исходно тяжелых больных, включая больных с функциональным классом А. общая летальность от кровотечения достигла 23,7% (455 больных) и была выше в группе больных с функциональным классом С (71,9%) (табл. 2).

Полученные данные свидетельствуют о неудовлетворительных результатах консервативного лечения ПЖК вследствие применения выжидательной консервативной тактики, отсутствия эндоскопических способов остановки кровотечения, низкой хирургической активности в отношении лечения и профилактики ПЖК.

Таблица 2

Результаты лечения больных в зависимости от вида лечения и функционального класса Child-Pugh

Консервативное лечение (n-1919)			
Показатели	Класс А (n-513)	Класс В (n-1064)	Класс С (n-342)
Консервативный гемостаз	475 (92,6%)	748 (70,3%)	159 (46,5%)
Рецидив кровотечения	38 (7,4%)	316 (29,7%)	183 (53,5%)
Летальность от кровотечения	4 (0,8%)	205 (19,3%)	246 (71,9%)
Общая летальность	455 (23,7%)		
Оперированные больные (n-62)			
Показатели	Класс А (n-0)	Класс В (n-24)	Класс С (n-38)
Рецидив кровотечения	--	1 (1,6%)	5 (8.1%)
Летальность от кровотечения	--	1 (1,6%)	4 (6.4%)
Общая летальность	5 (8,1%)		
Всего больных:	1981		

За 10-летний период наблюдения хирургическая активность составила 3,1% (оперировано 62 больных). Столь низкая активность была связана с отсутствием тактических подходов в лечении и профилактике кровотечений, превалированием консервативных методов достижения гемостаза и приходилась на первые годы исследования.

Из числа 62 оперированных, 20 больных были подвергнуты хирургическому вмешательству в поздние сроки на 7-14 сутки из-за безуспешности консервативного лечения (субкардиальная гастротомия и прошивание ВРВПЖ по методу М.Д. Пациора) [5]. Остальные 42 пациента были оперированы как можно раньше, до наступления декомпенсации функции печени в сроки от 2 до 5 суток. Всем больным для полного разобщения пищеводно-желудочной венозной системы и повышения эффективности хирургического лечения операция М.Д. Пациора дополнена интраоперационным введением раствора этоксисклерола в виде микропены [3] в вены пищевода выше лигатур и деваскуляризацией желудка.

В послеоперационном периоде у 1 (2,4%) больного был рецидив кровотечения, связанный с постинъекционным кровотечением, который после проведенной медикаментозной терапии был полностью остановлен. У 2 пациентов (4,8% наблюдений) был диагностирован экссудативный плеврит. После введения склерозанта серьезных осложнений (медиастинит, бронхо-эзофагальные свищи, перфорация пищевода) не наблюдалось.

В целом, в группе оперированных, такие показатели как рецидив кровотечения (9,7% случаев) и летальность (8,1%) чаще наблюдались у пациентов в декомпенсированной стадии, но в значительно меньшей степени по сравнению с пациентами получившими только консервативное лечение.

При сравнительном анализе результатов хирургического лечения по срокам и объему выполнения операции выявлены следующие различия. В послеоперационном периоде из 20 больных, оперированных в поздние сроки, рецидив кровотечения возник у 5 (25%) больных, прогрессирование печеночной недостаточности наступило у 7 (35%) больных, послеоперационная летальность составила 60%. В группе больных (42 больных), оперированные комбиниро-

ванным способом и в ранние сроки, рецидив кровотечения наступил в 1 случае (2,4%), прогрессирование печеночной недостаточности наступило у 4 (9,5%) больных, а послеоперационная летальность составила 16%.

Таким образом, хирургическое лечение пациентов с суб- и декомпенсированной стадией болезни позволяет улучшить результаты лечения больных с кровотечением за счет раннего выполнения хирургического вмешательства, выполнения комбинированного способа оперативного вмешательства.

Литература:

1. Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Киценко Е.А. Портальная гипертензия. Клиническая хирургия: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 626-665.
2. 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.
3. Кошевой, А.П. Эндоскопическая микропенная склерооблитерация варикозных вен пищевода / А.П. Кошевой, Д.Н. Чирков, О.А. Шелко // *Тезисы докладов XVII международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные вопросы хирургической гепатологии»*. - Уфа, 2010. - С. 177.
4. 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.
5. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. - Ташкент: Медицина, 1984. - 319 с.
6. Шерлок Ш., Дули Дж. - Заболевания печени и желчных путей. - М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - 864 с.
7. Шерцингер А.Г. Патогенез, диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией: Автореф. дис. докт. мед. наук. - М., 1986. - 310 с.
8. 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.
9. Scaglione S, Kliethermes S, Cao G, Shoham D, Durazo R, Luke A, Volk ML. The Epidemiology of Cirrhosis in the United States: A Population-based Study. *J Clin Gastroenterol*. 2015; 49: 690-696. [PubMed] [Google Scholar].