

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Тухтаев Б.Х.¹, Нарзуллаев С.И.², Мизамов Ф.О.³, Шоназаров И.Ш.⁴, Кадыров Р.Н.⁵,
Облакулов З.Т.⁶

¹Тухтаев Бобомурод Хакимович – резидент магистратуры;

²Нарзуллаев Санат Иноятович – доцент;

³Мизамов Фуркат Очилович – ассистент;

⁴Шоназаров Искандар Шоназарович – ассистент,

курс хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии, факультет постдипломного образования,
Самаркандский государственный медицинский институт;

⁵Кадыров Рустам Надырович – заведующий отделением,
отделение функциональной диагностики,

Самаркандский филиал

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи;

⁶Облакулов Захриддин Тулкинович – резидент магистратуры,

курс хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии, факультет постдипломного образования,
Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: проблема диагностики и лечения синдрома портальной гипертензии продолжает оставаться актуальной в настоящее время. В экономически развитых странах, несмотря на прогресс в подходах к диагностике и лечению, хронические заболевания печени и цирроз печени входят в число шести основных причин смерти пациентов в возрасте от 35 до 60 лет. Опасность развития синдрома портальной гипертензии связана в первую очередь, с развитием многих осложнений, которые создают реальные угрозы для жизни больного, к которым относится кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) и желудка (ВРВЖ), потому что смертность от первого эпизода кровотечения составляет 50-70%.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, склеротерапия, лигирование, эзофагогастродуоденоскопия.

Актуальность. В экономически развитых странах заболеваемость циррозом печени уступает лишь сердечно-сосудистой и онкологической патологии, при этом смертность от этого заболевания в настоящее время занимает восьмое место в ее общей структуре [7]. В Петрально-Азиатском регионе цирроз печени относится к разряду краевой патологии [3,7]. Многие авторы связывают эти неблагоприятные тенденции с ростом употребления алкоголя и увеличением заболеваемости вирусным гепатитом [2].

Опасность цирроза печени связана с развитием ряда осложнений, среди которых самым драматичным является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП), которое сопровождается летальностью, достигающей 50% уже при первом эпизоде кровотечения [1, 6]. После впервые перенесенного кровотечения его рецидив наблюдается у 40% пациентов в течение первых 6 недель [8] и у 60%-80% – в течение первого года [5]. В последнее десятилетие в литературе появились отдельные сообщения о применении с целью профилактики кровотечений из ВРВП, в основном, эндоскопическое лигирование (ЭЛ) и эндоскопическая склеротерапия в сочетании с β-блокаторами [7].

В настоящее время для остановки и профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода используют средства медикаментозного, эндоскопического и хирургического гемостаза [4, 8]. С другой стороны, плохая переносимость больными циррозом печени каких-либо хирургических вмешательств привела к активному поиску и разработке рационального сочетания эффективных малоинвазивных вмешательств. Одно из важнейших направлений улучшения результатов лечения этой категории больных может быть связано с внедрением новых надежных методов эндоскопического гемостаза, что в первую очередь касается метода эндоскопической склеротерапии и лигирования.

Таким образом, проблема лечения и уменьшения частоты рецидивов кровотечения из ВРВП является актуальной и практически значимой, что и послужило поводом для настоящего исследования.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка.

Материалы и методы. Представлен анализ комплексного лечения 62 больных ЦП с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП), за период 2010-2018 гг. в СФРНЦЭМП. В соответствии поставленной цели и задачами исследования все больные были разделены на 2 исследуемые группы. I (контрольную) группу составили 30 (48,4%) больных получивших общепринятое или традиционное лечение. II (основную) группу составили 32 (51,6%) пациента, которым после поступления в стационар в ургентном порядке проводилась эзофагогастродуоденофиброскопия (ЭГДФС) и по показаниям выполнялась эндоскопическое лигирование в сочетании со склеротерапией. Традиционное лечение контрольной группы больных с портальной гипертензией осложненной пищеводным кровотечением складывалось из установки зонда Блэкмора, катетеризации магистральных вен, восстановления объема циркулирующей крови (ОЦК), трансфузионно-

инфузионной терапии, гемостатической терапии, антацидной терапии (H₂-блокаторы), симптоматической терапии, а при неэффективностью консервативной терапии – выполнялась хирургическая операция. Среди 62 обследованных мужчин было 42 человек (67,7%), женщин – 20 (32,3%).

Кровотечение у 27 (43,5%) больных отмечено впервые, у 15 (24,2%) больных оно было повторным и у 20 (32,3%) больных отмечались неоднократные эпизоды кровотечений из ВРВП в различной степени тяжести. Алкогольная этиология ЦП выявлена у 27 (43,5%), вирусная – у 22 (35,5%), смешанная – у 8 (12,9%), первичный билиарный цирроз (ПБЦ) – у 5 (8,1%) больных. При клиническом исследовании нами оценивалось наличие астенического, диспепсического, отечно-асцитического, геморрагического, болевого синдромов, печеной энцефалопатии, желтухи, гепато-и/или спленомегалии. Наиболее часто выявляемыми клиническими признаками ЦП у обследованных нами пациентов были астенический (85,5%) и отечно-асцитической синдромы (70,9%), желтуха (72,6%), малые печёночные знаки (82,3%), печеночная энцефалопатия (46,8%).

Наиболее специфическим в оценке состояния больных циррозом печени является функциональное состояние печени по Child-Pugh (1964). Компенсированный ЦП (класса А) был выявлен у 12 (19,4%), субкомпенсированный ЦП (класса В) – у 26 (41,9%), декомпенсированный ЦП (класса С) – у 24 (38,7%) больных.

Компенсированный ПГ выявлялась у 16 (25,8%), субкомпенсированная – у 31 (50,0%), декомпенсированная – у 15 (24,2%) больных.

Всем больным для диагностики пищеводно-желудочных кровотечений проведены клинко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие эндоскопическое, ультразвуковое, рентгенологические и сонографические методы. Всем больным проведено эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) по стандартной методике.

Для оценки степени варикозного расширения вен нами использовалась классификация А.Г. Шерцингера (1986), в которой выделяется три степени расширения вен пищевода. В основной группе источниками кровотечения у 4 (13,33%) больных была вена средней трети пищевода, у 21 (70,0%) – нижней трети пищевода и у 5 (16,67%) больных – вены кардиального отдела желудка.

Основными эндоскопическими методами остановки кровотечения в основной группе больных из ВРВП были лигирование и склеротерапия. Всем пациентам выполняли эндоскопической лигировании (ЭЛ) ВРВП. В 11 (36,6%) случаях ЭЛ с целью профилактики рецидива вариксов дополняли эндоскопической склеротерапией (ЭС) в области кардии и дистальной трети пищевода с использованием этоксисклерола 3% (6-8мл). Препарат вводили интравазально и паравазально. При наличии эндоскопической картины продолжающегося кровотечения из ВРВП всем пациентам выполняли повторное эндоскопическое исследование с установкой эндоскопический зонд-обтуратор (автор к.м.н. Кадыров Р.Н.), задачей которого является временная остановка кровотечения во время проведения склеротерапии варикозно расширенных вен пищевода.

При исследовании наряду с ВРВП и желудка выявлена сопутствующая патология: эрозивный эзофагит обнаружен у 3 больных, хронический антральный гастрит – у 11, хроническая язва луковицы 12-типерстной кишки – у 2, хронический дуоденит – у 10; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии – у 2, в стадии обострения – у 5 пациентов.

Таким образом, в основной группе больных, которым в комплекс лечебных мероприятий в качестве методов «первой линии» была использована эндоскопической лигировании со склеротерапией, летальность составила 6,67%, тогда как у больных контрольной группы этот показатель равнялся 18,92%.

Результаты исследования показали, что эндоскопической лигировании со склеротерапией при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка почти в 3 раза снизило летальность, по сравнению с традиционными методами лечения. В то же время эти мероприятия позволяют выиграть время для принятия решения о дальнейшей тактике, а именно: о продолжении консервативного лечения, либо об операции.

Выводы. 1. Анализ традиционных методов лечения показывает, что несмотря на множество предложенных консервативных и оперативных вмешательств, при портальной гипертензии осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, рецидивы и летальной остаются в высоких цифрах, что диктует необходимость дальнейших разработок в этом направлении. 2. Применение эндоскопической лигировании со склеротерапией при острых пищеводно-желудочных кровотечениях портального генеза позволяет в 84,38% случаев добиться устойчивого гемостаза. В то же время она позволяет выиграть время для принятия решения о дальнейшей тактике, а именно: о продолжении консервативного лечения, либо об операции. 3. В группе больных, которым в комплекс лечебных мероприятий в качестве методов «первой линии» была использована эндоскопической лигировании со склеротерапией, позволило снизить количество осложнений и летальность в 3 раза (с 29,17 до 9,38%). Снижение риска развития рецидива кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка, путем проведения лечебной эндоскопической программы позволяет улучшить качество жизни больных циррозом печени.

Список литературы

1. *Ахмедов Ю.М., Кадыров Р.Н.* Эндоскопический способ остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода // Проблемы биологии и медицины, 2009. № 4 (59). С. 13–14.
2. *Давлатов С.С. и др.* Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография / С.С. Давлатов, Ш.С. Касымов, З.Б. Курбаниязов. Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. 160 с.
3. *Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Хашимов Ш.Х. и др.* Лечебно–диагностический стандарт интенсивного введения больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Хирургия Узбекистана, 2009. № 3. С. 25.
4. *Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э.* Анализ результатов хирургического лечения больных с повреждениями магистральных желчных протоков // Врач-аспирант, 2012. Т. 50. № 1.1. С. 215-221.
5. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
6. *Kasymov S.Z., Davlatov S.S.* Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome // Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri, 2013. Т. 9. № 1. С. 31-32.
7. *Kurbaniyazov Z.B. et al.* Surgical treatment of patients with intraoperative damages of the main cholic ducts // Academic Journal of Western Siberia, 2013. Т. 9. № 1. С. 32-32.
8. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.