

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Р.Н. КАДЫРОВ, Ю.М. АХМЕДОВ, Ф.О. МИЗАМОВ, Н.А. КУРБОНОВ, Б.П. НОРМАМАТОВ
Самаркандский Филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚИЗИЛҲҲҒАЧНИНГ ВАРИКОЗ КЕНГАЙҒАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТГАНДА ЭНДОСКОПИК ГЕМОСТАЗ УСУЛЛАРИ

Р.Н. КАДЫРОВ, Ю.М. АХМЕДОВ, Ф.О. МИЗАМОВ, Н.А. КУРБОНОВ, Б.П. НОРМАМАТОВ
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали
Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

ENDOSCOPIC METHODS OF HEMOSTASIS IN BLEEDING FROM VARICOUSLY EXPANDED VIENNA OF THE ESOPHAGUS

R.N. KADIROV, YU.M. AHMEDOV, F.O. MIZAMOV, N.A. KURBONOV, B.P. NORMAMATOV
Samarkan Branch of the Republican Scientific Centre Emergency Medical Help
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

ҚизилҳҒҒачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишда даволаш тактикасини такомиллаштириш тиббиётнинг энг муҳим муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Хозирги вақтда қизилҳҒҒачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини тўхтатиш ва профилактикасида эндоскопик, медикаментоз ва хирургик гемостаз усуллари қўлланилади. Бизнинг асосий мақсадимиз қизилҳҒҒачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш пайти эндоскопик склеротерапия ва эндоскопик боғлаш усуллари тadbқиқ қилдик. Бунинг натижасида шошилинч тиббиётда шу боисдан қон кетишнинг қайта такрорланиш хавфини камайтирилиши, миниинвазивлиги, асоратлар ва леталликни камайишига эришилди.

Калим сузлар: жигар циррози, портал гипертензия, қон кетиш, эндоскопик склеротерапия, лигирования.

The High percent of the complications survival and low sick dictate need of the improvement medical tacticians at bleedings from varicose extended vein gullets. At present for stop and preventive maintenances of the bleedings from varicose extended vein gullets (VRVP) use the facility an endockopic, medikamentoz, and surgical gemostaz. Our purpose to introduce in practical person endockopic sclerotherapy and alloying at bleedings under varicose extended vein gullets. In consequence of which will is reached reduction of the relapse of the repeated bleeding and complications, miniinvaziveness method and mortality.

Key-words: cirrhosis liver, portal hypertension, bleeding, endoscopic sclerotherapy end alloying.

Рецидивы гастроэзофагальных кровотечений (ГЭК) у больных с портальной гипертензией (ПГ) являются одной из наиболее сложных проблем современной медицины [1,2,3]. По данным Всемирной организации здравоохранения смертность от цирроза печени и его осложнений занимает на сегодняшний день восьмое место в структуре общей летальности [7]. Многие авторы связывают эти неблагоприятные тенденции с ростом употребления алкоголя, увеличением заболеваемости вирусным гепатитом, а также недостаточностью знаний многих вопросов патогенеза заболеваний печени в целом [6,7,8]. В Цетрально-Азиатском регионе цирроз печени относится к разряду краевой патологии [2,4,5]. Пищеводно-желудочные кровотечения, составляющие от 5 до 42% всех желудочно-кишечных кровотечений, являются одним из основных причин смерти больных с синдромом портальной гипертензии [8]. Реальная опасность синдрома портальной ги-

пертензии связана с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), так как смертность от первого эпизода кровотечения составляет 50–70 %. Ещё 30 – 50 % из оставшихся пациентов впоследствии умирают от рецидива кровотечения, так как в течение первых двух лет с момента первого эпизода геморрагии кровотечения повторяется у 100 % больных. Высокий процент осложнений и низкая выживаемость больных диктуют необходимость совершенствования лечебной тактики при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.

В настоящее время для остановки и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) используют средства эндоскопического, медикаментозного и хирургического гемостаза [9]. С другой стороны, плохая переносимость больными циррозом печени каких-либо хирургических вмешательств, привела к активному поиску и разработке рационального со-

четания эффективных малоинвазивных вмешательств. Одно из важнейших направлений улучшения результатов лечения этой категории больных связано с эндоскопическим методом гемостаза, что в первую очередь касается метода эндоскопической склеротерапии и лигирования.

Эндоскопическое склерозирование (ЭС) ВРВ пищевода впервые описали в 1939 г. С. Crawford и P. Freckner. И лишь в 70-х гг. XX века Jonston, Raschke, Pajuet опубликовали сведения, полученные на большом числе клинических наблюдений. С тех пор и было начато интенсивное внедрение в клиническую практику ЭС, что связано с развитием и совершенствованием эндоскопических установок.

Используемые склерозанты имеют различные механизмы действия и различный уровень осложнений. Выбор склерозанта может быть самым различным и зависит от способа его введения. В США наиболее часто используются производные жирных кислот (5 % раствор морруата натрия, 5 % раствор этаноламинолеата) и 3 % раствор тетрациклинсульфата натрия (тромбовар). В Европе и России наиболее популярен 0,5–1 % раствор полидоканола (этоксисклерола). Но в некоторых странах с ограниченными экономическими ресурсами продолжают использоваться абсолютный этанол (несмотря на риск образования язв и стенозов пищевода после его применения), гипертонические растворы глюкозы и натрия хлорида из-за их относительной дешевизны. Нет определенного вещества, доказавшего своего преимущества перед другими.

Существуют два способа введения склерозанта: интеравазально: непосредственно в вену и паравазально в подслизистую с целью создать пролиферацию соединительной ткани.

Интервазальный способ склерозирования варикозных вен нашел Сельпное распространение в Ирландии. G.W. Johnston, H.W. Rodgers (1973) обобщили опыт лечения 117 больных с кровотечением из ВРВП, которым под общим обезболиванием через жесткий эзофагоскоп произвели 217 инъекций склерозирующего препарата и наблюдали только 3 осложнения: у одного больного наступил некроз стенки пищевода, у 2 - воспаление стенки пищевода, у 1 стриктуру пищевода.

Для интравазального тромбирования варикозных вен пищевода в Советском Союзе было предложено использовать фиброгастроскоп. Через биопсийный канал проводят иглу-катетер, который фиксирует варикозные узлы и вводят склерозант [6]. Преимущество данной методики заключается в малой травматичности и отсутствии необходимости проводить общий наркоз. После введения склерозанта вместе с контрастным веществом без пережатия зондом вен кардии,

В настоящее время склеротерапия по мнению A.S. Wright и L.F. Rikkers (2005) остается методом «первой линии» в лечении кровотечений из ВРВ как пищевода, так и желудка. При кровотечении из ВРВ желудка методика ЭС в настоящее время не всегда возможна вследствие несовершенства эндоскопической техники. Добиться гемостаза удастся в случае локализации источника в непосредственной близости от «кардиальной розетки». При выявлении варикозных узлов преимущественно в субкардиальном отделе желудка и на дне желудка, ряд авторов отдает предпочтение операции гастротомии с прошиванием варикозных вен. Отмечено также, что использование метода ЭС в отношении ВРВ желудка связано с большим числом осложнений: язв, перфораций, рецидивов кровотечений, в 37–53 % случаях. Причиной около 50 % кровотечений в ближайшем периоде после вмешательства являются язвы слизистой оболочки после склеротерапии. В отличие от язв пищевода, которые ограничиваются слизистой, после склеротерапии ВРВ желудка развиваются глубокие подслизистые некрозы. Тем не менее ЭС продемонстрировала высокую эффективность в отношении гемостаза в 90–95 % случаев, что говорит о наиболее перспективном ее использовании при кровотечениях из ВРВ пищевода.

Улучшение результатов лечения и профилактики кровотечений из ВРВ связано с началом использования метода эндоскопического лигирования (ЭЛ), предложенного в 1985 г. G.V. Stiegmann. ЭЛ быстро позволяет достичь желаемого эффекта, более безопасно и легче переносится пациентами. С помощью лигирующего кольца, захватывающего перивазальные ткани, происходит прекращение кровотока по ВРВ пищевода, развитие асептического воспаления, язвообразование с последующим рубцеванием. Установлено, что при струйном кровотечении из вариксов лигирование достоверно эффективнее склеротерапии. Анализ отдаленного периода свидетельствовал, что в течение месяца после вмешательства рецидивы кровотечений наблюдались у 17 % больных после ЭЛ и у 33 % пациентов после склеротерапии. Летальность в течение первого года наблюдения в группе лигирования была значительно ниже – 5 % сравнительно с 29 % после склерозирования. А.Г. Шерцингер (2003) указывает, что ЭЛ нужно проводить при ВРВ пищевода, т.к. наложение их на ВРВ желудка технически сложно, а порой невозможно ввиду анатомических особенностей, а также приводит к образованию язв желудка в зоне наложения латексных колец на 1–2 сутки после процедуры и последующему кровотечению. Причиной язвообразования является раннее отторжение некротизированных узлов со слизистой желудка, связанное с агрес-

сивным действием соляной кислоты и влиянием желудочной перистальтики.

Целесообразность сочетания ЭЛ и ЭС обусловлена тем, что с одной стороны склеротерапия наиболее успешна для лечения варикозных вен небольших размеров. ЭС больших стволов требует значимого объема склерозанта и увеличивает количество постсклеротических изъязвлений. С другой стороны, ЭЛ идеально подходит для лечения больших вариксов, но имеются определенные трудности при аспирации небольших вен.

Осложнения при ЭЛ встречаются значительно реже. Язвы на месте отторгнутых лигированных вен более поверхностные по сравнению с подобными после ЭС. Они затрагивают только слизистый и подслизистый слои, мышечный слой при этом не повреждается. Поверхностные язвы, образующиеся в результате ЭЛ, быстро эпителизируются. Положительным моментом при применении ЭЛ является также отсутствие образования стриктур пищевода. Субъективные ощущения в виде дисфагии, ретростеральных болей и субфебрильной температуры не имеют значимой выраженности и, как правило, беспокоят пациентов в течении нескольких дней.

Цель работы – сравнительный анализ результатов лечения больных с варикозным пищеводно-желудочным кровотечением в условиях Самаркандского Филиала Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи с использованием эндоскопических методов (ЭЛ и ЭС).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 238 пациентов с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка и портальной гипертензией, находившихся на лечении в Самаркандском Филиале Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи за период с 2014 по 2016 гг. Больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 62 пациентов, в лечении которых по экстренным показаниям использовали эндоскопические технологии – лигирование и склеротерапию. У 15 больных проводили сеансы эндоскопической склеротерапии. При этом у данных больных отмечалось ВРВ пищевода II-III степени. В качестве склерозанта использовали 3 % раствор этоксисклерола. Техника

склеротерапии включала пара- и интравазальное введение склерозанта. У 47 пациентов проводили сочетанное эндоскопическое лечение: первые сеансы были представлены эндоскопическим склерозированием с последующим эндоскопическим лигированием. Группу сравнения составили 176 пациентов, которым проводили традиционное лечение, основанное на установке зонда-обтуратора, консервативной терапии и хирургических вмешательствах.

Техника склеротерапии включала пара- и интравазальное введение склерозанта. За одну процедуру вводили от 2 до 8 мл, на каждый венозный ствол приходилось от 2 до 4 мл. В 47 (75,8 %) наблюдениях одновременно склерозировали 2 вены. У 15 (24 %) пациентов первично склерозировали все ВРВ (1–3 ствола). 6 (40 %) пациентам потребовались повторные (1–3) сеансы. При первом рецидиве кровотечения в стационаре выполняли срочную ЭС вены в ближайшие часы.

Метод ЭЛ использовался при ВРВ пищевода и желудка II–III степени и локализации вен выше зубчатой линии пищевода. При продолжающемся кровотечении выполнялось эндоскопическое лигирование. При выполнении процедуры использовали лигатор НХ-21L-1 фирмы «Olympus», состоящий из рабочей части с блоком управления и набора нейлоновых петель MAJ-339, или лигирующее устройство фирмы «Wilson-Cook Medical Inc.». За один сеанс ЭЛ (в зависимости от выраженности ВРВ) накладывалось от 2 до 6 лигатур. Отмечено преобладание пациентов класса Child-Pugh B (73,0 %) в основной группе и больных класса Child-Pugh C (20 %) в группе сравнения. Наименьшее количество пациентов оказалось в числе класса Child-Pugh A (7%).

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке результатов консервативного лечения в группе сравнения без использования эндоскопических технологий выявлена высокая частота развития рецидива кровотечения – 65 (36,9 %) против 6 (9,7 %) в основной группе и случаев летальности – 21 (11,9 %) против 2 (3,2 %) основной группы (табл. 1).

Как видно из представленных данных, использование эндоскопических вмешательств позволило достоверно чаще добиться остановки кровотечения.

Таблица 1.

Основные результаты лечения больных

<i>Результат лечения</i>	<i>Группы больных</i>			
	Основная группа (n = 62)		Группа сравнения (n = 176)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
<i>Остановка кровотечения</i>	56	90,3	111	63,0
<i>Рецидив кровотечения</i>	6	9,7	65	36,9
<i>Летальность</i>	2	3,2	21	11,9

В основной группе, где в лечении использовались эндоскопические методы остановки кровотечений, число больных, у которых развились рецидивы кровотечения, составило 6 (9,7 %), что оказалось в 5 раз меньше, чем группе в сравнения 65 (36,9 %). Таким образом, при отсутствии эндоскопического лечения рецидивы возникали чаще. Использование эндоскопических вмешательств, привело не только к уменьшению числа больных с рецидивом кровотечения, но и к снижению показателя летальности. Летальный исход в основной группе наступил в 2 (3,2 %) случаях. Один пациент, получивший сеансы эндоскопического склерозирования с последующей установкой зонда Сенгстакена–Блекмора, который впоследствии умер от рецидива пищевода кровотечения. Второй больной умер вследствие нарастающей печеночно-клеточной недостаточности. Итого, госпитальная летальность оказалась в 4 раза меньше.

Выводы. Ведущим неблагоприятным прогностическим фактором у больных с варикозным кровотечением является рецидив – 9,7 % в основной группе и 36,9 % в группе сравнения. Эндоскопические методы (ЭЛ и ЭС), выполняемые в экстренном порядке, уменьшают вероятность рецидива кровотечения с 65 (36,9 %) до 6 (9,7 %) и госпитальную летальность с 21 (11,9 %) до 2 (3,2 %). ЭС и ЭЛ – методы лечения «первой линии» ввиду их малоинвазивности, высоких показателей остановки кровотечения, низкого уровня осложнений и летальности.

Литература:

1. Винокуров М. М. Применение аргонплазменной коагуляции при эндоскопической остановке язвенных гастродуоденальных кровотечений. – XI Моск. Междунар. конгресс по эндоскопической хирургии: тез. докл. / М. М. Винокуров, М. А. Капитонова. – М.: НЦХ РАМН, 2007. – С. 88-89.
2. Винокуров М. М. Алгоритм хирургического лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением / М. М. Винокуров, М. А. Капитонова // Наука и образование. – 2007. – № 3 (47). – С. 102-107.
3. Винокуров М. М. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: пути оптимизации лечебной тактики / М. М. Винокуров, М. А. Капитонова // Хирургия. – 2008. – № 2. – С. 33-36.
4. Борисов А.Е., Веселов Ю.Е., Акимов В.П. и др. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта в диагностике язвенной болезни и выборе тактики до и после оперативного вмешательства. Вестник хирургии. 2007. № 5. С. 90-95.

5. Гостишев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Хирургия. 2007. № 7. С. 7-11.
6. Осипов В.В., Петров В.П., Есин С.В., Тимин Е.Н. Нейросетевая модель определения лечебной тактики у больных язвенной болезнью. Хирургия. 2004. № 2. 8 с.
7. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Войташевская Н.В. и др. Гастродуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия. 2007. № 3. С. 17-21.
8. Липницкий Е.М., Алекберзаде А.В.. Диагностика и лечение хеликобактериоза у больных с кровоточащей пептической язвой. Хирургия. 2008. № 4. С. 11-15.
9. Al-Sabah S, Barkun AN, Herba K, et al. Cost-effectiveness of proton-pump inhibition before endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol 2008;6:418–25.
10. Davlatov S. S. et al. Optimization of surgical treatment of varicose disease of lower extremities //Проблемы современной науки и образования. – 2017. – №. 26. – С. 85-88.
11. Tsoi KK, Lau JY, Sung JJ. Cost-effectiveness analysis of high-dose omeprazole infusion prior to endoscopy for patients presenting with upper-GI bleeding. Gastrointest Endosc 2008;67:1056–63.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Р.Н. КАДЫРОВ, Ю.М. АХМЕДОВ,
Ф.О. МИЗАМОВ, Н.А. КУРБОНОВ,
Б.П. НОРМАМАТОВ

Самаркандский Филиал Республиканского
Научного Центра Экстренной
Медицинской Помощи
Самаркандский государственный медицинский
институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В настоящее время для остановки и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) используют средства эндоскопического, медикаментозного и хирургического гемостаза. Наша цель внедрить в практику эндоскопическую склеротерапию и лигирование при кровотечениях при варикозно расширенных вен пищевода. Вследствие чего будет достигнуто снижение рецидива повторного кровотечения и осложнений, миниинвазивность метода и летальность

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение, эндоскопическая склеротерапия, лигирование.