

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Ю.В.Грубник, В.А.Фоменко, В.Ю.Грубник,
В.В.Крыжановский, И.В.Московченко*

Одесский национальный медицинский университет,
кафедра хирургии №3, КУ «ГКБ №1», КУ «ГКБ №11»
Одесса, Украина

С 2008 по 2011 г. под нашим наблюдением находилось 360 больных с циррозом печени. 276 больным проводили эндоскопический гемостаз. С 276 больных, которым проводился эндоскопический гемостаз, 158 больным проводилось эндоскопическое склерозирование, 78 больным — эндоскопическое клипирование и лигирование и 40 больным — эндоскопическое пломбирование. У 74 пациентов, которым был выполнен эндоскопический локальный гемостаз, после стабилизации состояния была проведена рентгенэндоваскулярная частичная эмболизация селезеночной артерии и левой желудочной артерии. В 42 случаях с целью профилактики рецидивов кровотечений нами проводились лапароскопические операции, которые заключаются в коагуляции и лигировании коротких вен и артерий желудка по большой кривизне. Прослежены отдаленные результаты у 150 больных на протяжении трех лет после только эндоскопического гемостаза и эндоскопического гемостаза с последующим выполнением лапароскопических и рентгенэндоваскулярных операций. Рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии, а также лапароскопическая деваскуляризация кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода позволяет значительно снизить частоту рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде.

Ключевые слова: портальная гипертензия, цирроз, кровотечение, эндоскопия, лапароскопия.

Введение

Лечение осложненной портальной гипертензии является одной из наиболее актуальных, сложных и нерешенных проблем хирургии. За последние десятилетия во всех странах мира отмечается рост числа заболеваемости циррозом печени — наиболее частой причины портальной гипертензии. По данным ВОЗ, летальность от цирроза печени занимает 8-е 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 тяжелым и трудно прогнозируемым осложнением портальной гипертензии является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Риск возникновения первого кровотечения в первые два года после постановки диагноза составляет 30%, а летальность при первом кровотечении — 50%.

Еще более плохой прогноз для больных, которые раньше перенесли кровотечение.

Частота развития рецидивов геморрагии составляет 50-90%. настолько высокий риск и низкая выживаемость определяют необходимость совершенствования тактики лечения при пищеводно-желудочных кровотечениях портального генеза, которая должна базироваться на знаниях патогенеза их возникновения и дифференцированном подходе к лечению данной категории больных. Плохая переносимость больными циррозом печени больших оперативных вмешательств всегда диктовала необходимость поиска и совершенствования малотравматичных методов лечения. Одно из важнейших малоинвазивных направлений лечения данной категории больных связано с эндоскопическими вмешательствами. Лечебная тактика при кровотечениях портального генеза является неоднозначной и далекой от консенсуса. Летальность как при консервативном, так и при хирургическом лечении является высокой и составляет 17-45% в стадии декомпенсации. Результаты хирургического лечения в значительной степени зависят от функционального состояния печени.

Научные публикации многих авторов [2, 5, 9, 11, 12, 13] показали, что эндоскопические методики нужно использовать не только как остановку кровотечения, а также для профилактики возможных рецидивов кровотечения из вен пищевода и желудка.

Бурное развитие лапароскопических и рентгенэндоваскулярных оперативных методик позволяет надеяться на то, что именно лапароскопические операции позволят найти золотую середину в оперативном лечении портальной гипертензии и связанных с ней осложнений, так как именно они сочетают в себе малую травматичность и возможность воздействовать на главные звенья патогенеза этого синдрома. Также особый интерес представляют отдаленные результаты применения этих малоинвазивных операций.

Целью исследования было проследить и проанализировать отдаленные результаты оперативного лечения больных с портальной гипертензией, осложненной пищеводно-желудочными кровотечениями, методами лапароскопической деваскуляризации пищевода и желудка и рентгенэндоваскулярной эмболизации селезеночной и левой желудочной артерии в различные сроки после операций.

Материалы и методы исследования

С 2008 по 2011 г. под нашим наблюдением находилось 360 больных с циррозом печени, обусловленных гепатитом было 170, больных с циррозом алкогольной и другой этиологии было 190. Степень тяжести цирротического процесса оценивали по классификации Child-Pugh [14]. Больных со стадией цирроза Child-Pugh A было 120 больных, Child-Pugh B — 140 больных, Child-Pugh C — 100 больных. Кровотечение тяжелой степени было в 96 случаях, среднего — в 181 случае, легкого — у 83 больных.

Все больные, которые поступали в клиники, госпитализировались в реанимационное отделение, где стабилизировалось их состояние. После стабилизации состояния больных им проводилось эндоскопическое исследование с последующим эндоскопическим гемостазом. При профузном кровотечении всегда возникают значительные трудности эндоскопического гемостаза. Наиболее эффективной методикой было эндоскопическое лигирование. Всем больным, которые поступили с кровотечением, проводилось эндоскопическое исследование.

Принципиальным моментом диагностического этапа эндоскопии является дифференциальная диагностика желудочного или пищеводного кровотечения. Процесс обзора проводили с подведенным главным концом, который создает условия для перемещения крови в дистальную часть желудка и облегчает обзор кардиального и субкардиального отдела желудка при инверсии, а также способству-

ет отмыванию сгустков крови из пищевода в желудок. В ряде случаев мы использовали фиброгастроскоп с большим диаметром рабочего канала или гастроскоп с двумя рабочими каналами, что позволяет более эффективно удалять кровь и сгустки при кровотечении. 84 больным проводили лишь консервативную терапию. 276 больным проводили эндоскопический гемостаз. Для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода нами использовалось их эндоскопическое лигирование, склерозирование и пломбирование. Склерозирование выполняли как иглами фирмы «Olympus», так и иглами собственной конструкции. Как склерозант использовали тромбовар, 1% этоксисклерол. Введение препарата выполняли как интравазально, так и паравазально. Эндоскопическое лигирование выполняли по методике Stiegmann-Goff с помощью лигаторов фирмы «Olympus» HX21L1 и «Cook», а также модифицированного нами лигатора. Пломбирование выполняли применяя двухпросветную иглу-инжектор. Использовали фибриновый клей «Immuno» (Австрия), а также приготовленный по методике, разработанной в нашей клинике.

Из 276 больных, которым проводился эндоскопический гемостаз, 158 больным проводилось эндоскопическое склерозирование, 78 больным — эндоскопическое клипирование и лигирование и 40 больным — эндоскопическое пломбирование.

После остановки кровотечения и стабилизации состояния больного в 72 случаях для профилактики рецидивов кровотечений нами проводилась рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии по модифицированной нами методике [4, 7, 8]. Эмболизацию селезеночной артерии у всех больных мы выполняли методикой «хронической эмболизации», то есть последовательным введением 30-40 эмболов из поролонa диаметром 2 мм с последующим введением конусообразной спирали типа Гиантурко с диаметром витков от 12 до 4 мм. Во всех случаях эмболизация выполнялась в начальном отделе на уровне отхождения левой желудочной артерии с перекрытием ее просвета. У 5 больных из-за невозможности выполнения окклюзии в начальном отделе из-за анатомических особенностей эмболизация селезеночной артерии в средней трети сопровождалась селективной эмболизацией левой желудочной артерии 25-30 поролоновыми эмболами. После выполнения вмешательства катетер удалялся из артериального русла, на место пункции накладывалась давящая повязка. На протяжении суток пациенты

придерживались строгого постельного режима и получали консервативную и инфузионную терапию в условиях ОРИТ. Все пациенты получали антибиотики широкого спектра действия с профилактической целью не менее 7 суток после вмешательства.

В 42 случаях с целью профилактики рецидивов кровотечений нами проводились лапароскопические операции, которые заключаются в коагуляции и лигировании коротких вен и артерий желудка по большой кривизне с применением высокочастотного коагулятора фирмы «KLS Martin» с функцией «заваривания» сосудов. Потом выполняли обязательное клипирование или лигирование левой желудочной артерии и вены. Видимые расширенные вены кардиоэзофагеального перехода прошивались и лигировались. Все больные получали курс гепатотропной и гемостатической терапии, которая включает (сандостатин этамзилат, питуитрин, бета-блокаторы, нитраты, блокаторы протонной помпы, гепатопротекторы).

Результаты исследования и их обсуждение

В 84 случаях после применения консервативной терапии остановки кровотечения мы достигли в 50 (59%) случаев. Рецидив кровотечения мы наблюдали в 34 (41%) случаях, летальность была в 33 (19%) случаях.

Разные методики локального эндоскопического гемостаза нами были применены в 276 случаях. Эффективно остановить кровотечение нам удалось в 224 (81%) случаях. Летальность ввиду неэффективности локального гемостаза наблюдалась у 52 (19%) больных.

После эндоскопической остановки кровотечения и стабилизации состояния больных для профилактики рецидива кровотечения нами произведена в 42 случаях лапароскопическая деваскуляризация кардиального отдела желудка и абдоминальной части пищевода. В одном случае нам понадобилось выполнить конверсию — переход на лапаротомию — в связи с кровотечением при деваскуляризации кардиального отдела желудка. Нами наблюдались такие ранние послеоперационные осложнения: в 3 случаях — нагноения троакарных проколов, в 1 случае — поддиафрагмальный абсцесс, который нуждался в последующей пункции, дренировании и санации под УЗ-контролем, в 1 случае — пневмония. После выполнения лапароскопической деваскуляризации летальности нами не наблюдалось.

У 74 пациентов, которым был выполнен эндоскопический локальный гемостаз, после стабилизации состояния была проведе-

на рентгенэндоваскулярная частичная эмболизация селезеночной артерии и левой желудочной артерии. После выполнения рентгенэндоваскулярных операций летальности не было. Из местных осложнений мы наблюдали лишь небольшие подкожные гематомы в области пункции бедренной артерии у 32 больных. У 5 пациентов, которым эмболизация была выполнена по типу острой окклюзии, наблюдался выраженный болевой синдром, который требовал неоднократного употребления наркотических анальгетиков. В периферической крови у них развивалась картина полицитемии, характерная для спленэктомии: резкий подъем уровня тромбоцитов (до 300×10^9) с последующим изменением показателей способности сгущаться, эритремия до 14×10^{12} , гиперкоагуляция. В связи с резким изменением портальной гемодинамики у 3 из 5 этих больных (2 со стадией Child-Pugh C и 1 со стадией Child-Pugh B) развилось повторное кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка в первые сутки или на следующий день после вмешательства. Во всех трех случаях кровотечение было остановлено повторным эндоскопическим лигированием и консервативной терапией. В течение двух недель после вмешательства больные лихорадили от $37,5^\circ\text{C}$ до 39°C .

Прослежены отдаленные результаты у 150 больных на протяжении трех лет после только эндоскопического гемостаза и эндоскопического гемостаза с последующим выполнением лапароскопических и рентгенэндоваскулярных операций. Все больные были разделены на три группы.

В 1 группе проследили результаты 40 больных, которым проводилась рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной и левой желудочной артерии. Из этого количества умерло 5 больных в разные сроки после операции. От прогрессирования печеночной недостаточности умерло 3 больных, и 2 больных умерло от кровотечения.

Во 2 группе в течение трех лет нами прослежены результаты 26 больных, которым выполнялись лапароскопические операции, — деваскуляризация кардиального отдела желудка и абдоминальной части пищевода. В этой группе через 1,5 года после операции умер один больной от печеночной недостаточности.

В 3 группе отслежены результаты в течение трех годов 84 больных, которым проводился только эндоскопический гемостаз и консервативная терапия. Рецидивы кровотечений наблюдались у 37

(44%) больных, 21 (25%) из которых умерли от кровотечений и прогрессирования печеночной недостаточности.

Анализируя полученные результаты, следует отметить, что эндоскопический локальный гемостаз позволяет эффективно остановить кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, а рентгенэндоваскулярные и лапароскопические операции позволяют, кроме того, еще и достоверно снизить возникновение рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде.

Выводы

Эндоскопический локальный гемостаз является эффективным методом, что позволяет остановить кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени и снизить летальность почти в 2 раза. Рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии, а также лапароскопическая деваскуляризация кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода позволяет значительно снизить частоту рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде. Однако данные методики еще требуют дополнительной отработки техники исполнения, а также выработки четких показаний к их применению.

Литература

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. — К.: Здоровья, 1991. — С. 213-250
2. Борисов А.Е., Кузьмин-Крутецкий М.И., Кащенко В.А., Васюкова Е.Л., Распереза Д.В. Кровотечения портального генеза. — СПб.: НИИ СПбГУ ООП 2001. — С. 26-38.
3. Буланов К.И., Чуклин С.Н. Декомпенсированный цирроз печени. — Львов: СТИП, 1999 — С. 7-10.
4. Грубник В.В., Ковальчук А.Л., Загороднюк О.Н., Грубник В.Ю. Эндоваскулярные операции в комплексном лечении больных желчнокаменной болезнью с сопутствующим циррозом печени // Украинский журнал хирургии. — 2009. — №5. — с. 58-60.
5. Русин В.І., Сипливий В.О., Русин А.В., Береснев О.В., Румянцев К.Є. Декомпенсований цироз печінки. — Ужгород: ВЕТА-Закарпаття, 2006. — С. 148.
6. Дроздовая А.С. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: обзор // Международные медицинские обзоры. — 1994. — №5. — С. 326-329.
7. Никишин Л.Ф., Попик М.П. Клинические лекции по рентгеноэндоваскулярной хирургии. — Львов: Кобзар, 1996. — 186 с.

8. Рабкин И.Х., Матевосов А.Л., Готман Л.Н. Рентгеноэндоваскулярная хирургия. — М.: Медицина, 1987. — 416 с.
9. Abraldes J.G., Angermayr B., Bosch J. The management of portal hypertension // Clin. Liver. Dis. — 2005. — №9. — P. 685-713.
10. 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. — 1997. — №26. — P. 1034-1041.
11. Peura D.A., Lanza F.L., Gostout C.J. et al: The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: Preliminary findings // Am. J. Gastroenterol. — 1997. — №92. — P. 924-928.
12. Portal Hypertension: Pathobiology, Evaluation, and Treatment, edited by Arun J. Sanyal and Vijay H. Shah, Humana Press, Totowa. — New Jersey, 2005. — P. 167-285.
13. Rockey D.C. Gastrointestinal bleeding // Gastroenterol. Clin. North. Am. — 2005. — № 34. — P. 581-588.
14. Pugh R.N., Murray-Lyon I.M., Dawson J.L., Pietroni M.C., Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices // The British journal of surgery. — 1973.— №60 (8). — P. 9-646.

Ю.В.Грубнік, В.А.Фоменко, В.Ю.Грубнік, В.В.Крижанівський, І.В.Московченко. Комплексне лікування хворих на цироз печінки, ускладнений кровотечею. Одеса, Україна.

Ключові слова: портальна гіпертензія, цироз, кровотечі, ендоскопія, лапароскопія.

З 2008 до 2011 р. під спостереженням перебувало 360 хворих на цироз печінки. 276 хворим проводили ендоскопічний гемостаз. З 276 хворих, яким проводився ендоскопічний гемостаз, 158 хворим проводилося ендоскопічне склерозування, 78 хворим — ендоскопічне кліпування і лігування і 40 хворим — ендоскопічне пломбування. У 74 пацієнтів, яким був виконаний ендоскопічний локальний гемостаз, після стабілізації стану була проведена рентгеноендоваскулярна часткова емболізація селезінкової артерії та лівої шлункової артерії. У 42 випадках з метою профілактики рецидивів кровотеч проводилися лапароскопічні операції, які полягають у коагуляції і лігуванні коротких вен та артерій шлунка по великій кривизні. Простежено віддалені результати у 150 хворих протягом трьох років після тільки ендоскопічного гемостазу й ендоскопічного гемостазу з подальшим виконанням лапароскопічних і рентгеноендоваскулярної операції. Рентгеноендоваскулярна емболізація селезінкової артерії, а також лапароскопічна деваскуляризація кардіального відділу шлунка та аб-

домінального відділу стравоходу дозволяють значно знизити частоту рецидивів кровотеч та летальність у віддаленому періоді.

U.I.Grubnik., V.A.Fomenko, V.U.Grubnik., V.V.Krizanovsky, I.V.Moskovchenko. Complex treatment of patients with liver cirrhosis complicated by bleeding. Odessa, Ukraine.

Key words: portal hypertension, cirrhosis, bleeding, endoscopy, laparoscopy.

From 2008 to 2011 under our supervision there were 360 patients with liver cirrhosis. 276 patients underwent endoscopic hemostasis. From 276 patients who had endoscopic hemostasis was performed, 158 patients underwent endoscopic sclerotherapy, 78 patients — endoscopic clipping and ligation and 40 patients — endoscopic sealing. In 74 patients, which was carried out endoscopic hemostasis, after stabilization was carried out endovascular partial embolization of the splenic artery and the left gastric artery. In 42 cases, in order to prevent a recurrence of bleeding, we performed laparoscopic surgery, which consist of coagulation and ligation of short gastric veins and arteries of the greater curvature We followed up long-term results in 150 patients for 3 years after the only endoscopic hemostasis and endoscopic hemostasis followed by the implementation of laparoscopic and rentgenendovaskulyarnih operations. Rentgenendovaskulyarnaya embolization of the splenic artery, as well as laparoscopic devaskulyarizatsiya gastric cardia and abdominal esophagus can significantly reduce the recurrence rate of bleeding and mortality in the long run.