УДК 616.329-006.1:616-089.811

М.С. Малгаждаров, К.К. Амантаева, М.Н. Турбекова
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Казахстанско-Российский Медицинский Университет

МЕТОДЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА, У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Метод эндоскопического лигирования (ЭЛ) является высокоэффективным для первичной профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода, а применение асцитотерапии в сочетании с ЭЛ, позволяет уменьшить количество осложнений при первичной профилактике кровотечений.
Ключевые слова: *варикоз вен пищевода, лигирование, асцитотерапия, профилактика*

Актуальность:
Варикозно расширенные вены (ВРВ) пищевода формируются у 75% больных портальной гипертензией (ПГ) [1-4]. Примерно у трети из них развивается кровотечение из ВРВ пищевода [1, 2, 5, 6]. По данным S.K. Sarin, у 35% больных пищеводно-желудочное кровотечение из ВРВ является первым проявлением ПГ. Летальность после первого эпизода кровотечения составляет 20–50% [7-12]. В течение последующих двух лет у 100% больных развивается повторное кровотечение, летальность при котором достигает 50%. В арсенале хирургов были обширные абдоминальные и торакальные оперативные вмешательства. Развитие тяжелых послеоперационных осложнений заставляло сомневаться в целесообразности применения хирургических вмешательств, для профилактики кровотечения. Единственным миниинвазивным методом была склеротерапия, разработанная вначале 40-х гг. Паравазальному введению препарата отдавали предпочтение при вторичной профилактике кровотечения из ВРВ. В условиях значительного расширения ВРВ возможности паравазальной склеротерапии ограничены. Интравазальное введение склерозантов может сопровождаться тяжелыми осложнениями, такими как перфорация пищевода, гнойный или некротический тромбофлебит и высокой летальностью [13, 14]. В настоящее время склеротерапию не рекомендуют для первичной профилактики кровотечения: интравазальную – ввиду большого числа осложнений, паравазальную – вследствие трудностей в ликвидации больших ВРВ [13, 14]. С появлением в середине 90-х гг. прошлого века новых миниинвазивных эндоскопических технологий – лигирования ВРВ латексными кольцами или нейлоновыми петлями – первичную профилактику кровотечения из ВРВ стали обсуждать более активно.
В литературе нет однозначного мнения о целесообразности проведения первичной профилактики у пациентов с декомпенсированным циррозом печени. Абсолютное большинство авторов [5, 13] считают, что декомпенсация цирроза печени является одним из наиболее весомых прогностических критериев угрозы кровотечения. По данным исследователей, с одной стороны, пациенты с ЦП класса С по Child–Pugh и небольшими ВРВ без “красных маркеров” угрозы кровотечения могут рассматриваться в качестве кандидатов для лечения неселективными β-блокаторами [13, 15–17].
Альтернативный метод лечения – ЭЛ у пациентов с декомпенсированным ЦП может приводить к серьезным осложнениям ввиду исходных трофических изменений слизистой оболочки пищевода и желудка [18].
В исследованиях Г.В. Манукьяна [19] подчеркнуто, что группа С в классификации Child–Pugh неоднородна. Автор отдельно выделяет пациентов с начальной (В–С) и полной декомпенсацией (С) заболевания, результаты лечения у которых значительно отличаются. Возможности первичной профилактики в группе В– С значительно больше, особенно при проведении соответствующей адекватной поддерживающей терапии.
На сегодняшний день остается неясным, необходимо ли проводить первичную профилактику кровотечения из ВРВ больным с полной декомпенсацией ЦП. Таким образом, до настоящего времени нет единства в вопросах, связанных с показаниями и выбором медикаментозных средств, а также их сочетанием с ЭЛ для проведения первичной профилактики кровотечения у больных с ПГ. В этой связи мы решили рассмотреть сочетание ЭЛ с асцитотерапией после асцитосорбции у больных с декомпенсированными формами цирроза печени с наличием отечно асцитического синдрома с целью первичной профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.
Цель: Улучшить результаты лечения больных при декомпенсированном циррозе печени, применением ЭЛ с целью первичной профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, на фоне асцитотерапии.
Материалы и методы:
Асцитосорбцию мы проводили на сферических углях СКН-2М и уголь ВНИИТУ. Для асцитосорбции с последующей реинфузией камера с угольными сорбентами помещалась между перфузионным насосом и веной. Угольные сорбенты подготавливали по общеизвестной методике, но меньшим количеством гепарина (10000 ЕД), так как в асцитической жидкости (АЖ) содержится небольшое количество фибриногена, выпадающего в осадок при сорбции и отсутствуют тромбоциты, нарушающие атромбогенность сорбента. Количество однократно сорбированной и реинфузированной АЖ составляло от 1000,0 до 6000,0 мл. При открытом способе асцитореинфузии, АЖ из флакона пропускалась через сорбент и собиралась в другой стерильный флакон для последующей внутривенной инфузии, для лигирования используется устройство фирмы G-Flex “Multiband Ligator”.
Нами сформированны 2 группы больных. Одна собрана ретроспективно из больных поступивших в стационар за 5 лет с наличием декомпенсированного цирроза печени и отечно асцитическим синдромом по классификации Child–Pugh класс В и начальный С, а также полной декомпенсацией С заболевания, в количестве 11 случаев с первичной профилактикой ЭЛ. Вторая группа сформирована из таких же пациентов В-С класса в количестве 10 пациентов, которым проводилась асцитотерапия с ЭЛ. Также имеется контрольная группа пациентов (49 человек), которым с целью профилактики назначались b-блокаторы.
Результаты исследования:
В первой группе пациентов из 11 больных, поступивших в стационар без наличия кровотечений, но, которым проводилась первичная профилактика ЭЛ без асцитотерапии, в 2 (18%) случаях отмечается появления

кровотечения: один случай - на 3 сутки и второй - на 7 сутки. В ходе дальнейшего лечения кровотечения удалось остановить в первом случае (начавшегося на 3 сутки) с помощью повторного ЭЛ и во втором (на 7 сутки) с помощью зонда Блэкмора. В более отдаленном времени отмечается рецидив кровотечения у 1 (9%) больного через 3 месяца, у остальных в течение полугода кровотечение не отмечалось.

Больным из второй группы после предварительного проведения эзофагогастродуоденоскопии, как и в первой группе, установки диагноза с целью первичной профилактики проводилось ЭЛ наиболее опасных вариксов. Больным одномоментно выполнено лигирование от 2-3 и до 5 варикозных вен. При наиболее опасных в прогностическом плане ВРВ 3 и 4 степени - кровотечение возникают у 90% больных. Нами производилось ЭЛ именно при этих стадиях, в сочетании с ЭЛ проводилась асцитотерапия, после асцитосорбции в объеме от 1000 до 2000 с количеством от 3 до 5 сеансов. У всех больные за время нахождения в стационаре не отмечалось кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и при дальнейшем наблюдении в течение полугода кровотечений было в 1 случае. При применении данной методики ЭЛ с асцитотерапией с целью первичной профилактики кровотечении показали хорошие результаты.

С целью сравнения нами была сформирована группа больных 49 с В начальной С и полной декомпенсацией С заболевания находившихся на стационарном лечении за период 5 лет, которым проводилась первичная профилактика b-блокаторами. В данной группе больных при изучении историй обнаружено появление кровотечений в течение полугода у 12 больных, что составило 24,5%.

В виду всего выше изложенного мы пришли к выводу, что метод ЭЛ является правомочным для первичной профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода, а применение асцитотерапии в сочетании с ЭЛ позволяет уменьшить количество осложнений при первичной профилактики кровотечений. Так, в период полугодового наблюдения после проведенного профилактических мероприятий при ЭЛ отмечается кровотечение в 9% (1 случай), в группе с асцитотерапией 10% (1 случай), а в группе, где первичная профилактика проводилась b – блокаторами кровотечение в течение полугода отмечалось у 24,5 % (12 пациентов из 49). Но в группе с асцитотерапией в раннем периоде после ЭЛ количество осложнений не наблюдалось, а в группе только с ЭЛ 2 случая (18%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Борисов А.Е., Кащенко В.А., Распереза Д.В., Сергеев П.В. Анализ результатов лечения больных с острым кровотечением в Санкт-Петербурге. Роль эндоскопических технологий // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. - №XIII(1). – С. 28-32.
2 Maruyama H., Yokosuka O. Current management of gastric varices // JNMA. – 2007. - №46(167). – P. 143–150.
3 Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. - Ташкент: Медицина, 1984. - 319 с.
4 Nevens F., Fevery J. Oesophageal varices: assessment of the risk of bleeding and mortality // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2000. - №15(8). – P. 842–848.
5 Аль-Сабунчи О.М. Обоснование принципов малоинвазивной хирургии в лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода: автореф. дис. … д-р.мед.наук - М., 2007. - 213 с.
6 Burroughs A.K., De Heygere F., Mclntyre N. Pitfalls in studies of prophylactic therapy of variceal bleeding in cirrhotics // Hepatology. – 1986. - №6(6). – P. 1407–1413.
7 Ангелич Г.А. Диагностика и хирургическое лечение осложнений цирроза печени: автореф. дис. ... д-р. мед. наук - Кишинев, 2008. – 20 с.
8 Киценко Е.А. Прямые вмешательства на варикозно расширенных венах пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией: дис. … д-р. мед. наук - М., 2004. - 215 с.
9 Котив Б.Н. Лечение и профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии // Материалы III Международной научно-практической конференции “Высокие технологии в медицине”. Современные технологии в медицине. – 2010. - №1(2). – С. 46–52.
10 Мансуров А.А. Тактические аспекты и новые технологии разобщающих и реконструктивных шунтирующих операций у больных с портальной гипертензией: автореф. дис. ... д-р. мед. наук - Ташкент, 2004. – 12 с.
11 Abraldes J.G., Dell'Era A., Bosch J. Medical management of variceal bleeding in patients with cirrhosis // Can. J. Gastroenterol. – 2004. - №18(6). – P. 109–113.
12 Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Мандриков В.В. Выбор метода эндоскопического лечения варикозно-расширенных вен // Тезисы докладов X Всероссийского съезда эндохирургов. – 2006. – 39 с.
13 Sanyal A.J., Runyon B.A. Primary and pre-primary prophylaxis against variceal hemorrhage in patients with cirrhosis // Med. Clin. N. Am. – 2013. - №97(5). – P. 196–203.
14 Жигалова С.Б. Эндоскопические технологии в лечении и профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией: автореф. дис. … д-р. мед. наук - М., 2011. - 42 с.
15 Burroughs A.K., Tsochatzis E.A., Triantos C. Primary prevention of variceal hemorrhage: A pharmacological approach // J. Hepatology. – 2010. - №52(6). – P. 946–948. doi: 10.1016/j.jhep.2010.02.015.
16 Филин А.А., Мяукина Л.М., Филин А.В. Эндоскопические методы лечения и профилактики кровотечений у больных с варикозными венами пищевода и желудка // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2011. - №4. – С. 23–25.
17 Винокуров М.М., Яковлева З.А., Булдакова Л.В., Тимофеева М.С. Варикозное расширение вен пищевода и желудка при портальной гипертензии. Эндоскопические методы остановки и профилактики кровотечений // Фундаментальные исследования. – 2013. - №7(2). – С. 281–285.
18 Гамидов А.Б. Роль непарной вены в патогенезе кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных с декомпенсированным циррозом печени: автореф. дис. … канд. мед. наук - М., 2008. - С. 11–26.
19 Манукьян Г.В. Патогенез, лечение и профилактика осложнений в хирургии портальной гипертензии у больных циррозом печени: автореф. дис. … д-р. мед. наук - М., 2003. - С. 3–45.

М.С. Малгаждаров, К.К. Амантаева, М.Н. Турбекова
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Қазақстан-Ресей Медицина Университеті

ДЕКОМПЕНСИРЛЕНГЕН БАУЫР ЦИРРОЗЫНДА ВАРИКОЗДЫ КЕҢІГЕН ТАМЫРЛАРДАН ҚАН КЕТУДІҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ БІРІНШІЛІК ӘДІСТЕРІ

Түйін: Эндоскопиялық жолмен варикозды кеңіген қан тамырларын лигирлеу қан кетудің алдын алу мақсатындағы біріншілік және жоғары нәтижелі әдіс, онымен қоса асцитотерапияны қолдану қан кету салдарынан болатын асқынуларды азайтуға мүмкіндік береді.
Түйінді сөздер: Өңештің варикозы, лигирлеу, асцитотерапия, алдын алу

M.S. Malgazhdarov, K.K. Amantayeva, M.N. Turbekova
Asfendiyarov Kazakh National medical university
Kazakh-Russian Medical University

METHODS OF PRIMARY PREVENTION OF BLEEDING ESOPHAGEAL VARICES IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED CIRRHOSIS

Resume: The method of endoscopic ligation (EL) is highly effective for the primary prevention of bleeding esophageal varices. The use of ascite-therapy in combination with EL can reduce the number of complications during the primary prevention of bleeding.
Keywords: the esophageal varices, the ligation, the bleeding, the ascite-therapy, the prevention