

УДК 617.5-089

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/83/24>

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

©*Кудайберген Т. И., Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан*

©*Ниязов Б. С., д-р мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан, niyazov1949@mail.ru*

©*Ашимов Ж. И., канд. мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан*

©*Эгенбаев Р. Т., канд. мед. наук, Национальный хирургический центр, г. Бишкек, Кыргызстан*

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

©*Kudaibergenov T., I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy, Bishkek, Kyrgyzstan,*

©*Niyazov B., Dr. habil., Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training, Bishkek, Kyrgyzstan, niyazov1949@mail.ru*

©*Ashimov Zh., M.D., Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training, Bishkek, Kyrgyzstan*

©*Egenbaev R., M.D., National Surgical Center, Bishkek, Kyrgyzstan*

Аннотация. В статье представлены результаты хирургического лечения кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных суб- и декомпенсированным циррозом печени. В исследование включены 62 пациента. Средний возраст составил $46,7 \pm 15,2$ года. Подавляющее большинство пациентов имели клинические признаки тяжелой печеночной недостаточности в соответствии с критериями Child-Pugh (класс В — 24, класс С — 38 больных). Среди больных было выделено две группы. В контрольной группе 20 больным выполнено прошивание варикозно расширенных вен (операция М. Д. Пациоры) в связи с безуспешностью консервативного лечения. В основной группе 42 больных оперированы комбинированным способом в ранние сроки от момента поступления. Полученные результаты указали на повышение выживаемости пациентов в стадии суб- и декомпенсации оперированные в ранние сроки и предложенным комбинированным способом.

Abstract. The article presents the results of surgical treatment of bleeding from esophageal and gastric varices in patients with sub- and decompensated hepatic cirrhosis. The study included 62 patients. The average age was 46.7 ± 15.2 years. The vast majority of patients had clinical signs of severe hepatic failure in accordance with the Child-Pugh criteria (class B — 24, class C — 38 patients). Among the patients, two groups were identified. In the control group, 20 patients underwent suturing of varicose veins (operation by M. D. Patsiora) due to the failure of conservative treatment. In the main group, 42 patients were operated on in a combined way in the early stages from the moment of admission. The results obtained indicated an increase in the survival rate of patients in the stage of sub- and decompensation, operated on in the early stages and by the proposed combined method.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, операция М. Пациоры, интраоперационное склерозирование.

Keywords: hepatic cirrhosis, portal hypertension, Patsiora operation, intraoperative hardening.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) — является одной из основных причин смерти у больных циррозом печени (ЦП). Летальность от первого эпизода кровотечения составляет 20–50%, достигающая при его рецидиве до 70% [2, 3]. По данным различных авторов, общая летальность при ЦП, осложненном варикозными пищеводно-желудочными кровотечениями (ПЖК), колеблется от 39% до 100% [3, 4, 8].

Вопросы лечения и профилактики ПЖК далеки от окончательного решения и являются одной из трудных областей хирургической гепатологии. На сегодняшний день известно свыше 200 способов оперативных вмешательств для хирургической коррекции портальной гипертензии [1]. В нашей стране наибольшее распространение получила гастротомия с прошиванием ВРВПиЖ, предложенная М. Д. Пациорой [6]. При своей простоте исполнения и доступности в любом хирургическом отделении она дает вполне удовлетворительные результаты в профилактике и лечении ПЖК. Однако, у больных с декомпенсированной стадией ЦП возможности оперативного лечения ограничены в силу низкого функционального резерва печени [4, 5, 7].

Вместе с тем, в условиях недоступности малоинвазивных технологий, безуспешности консервативного лечения и рецидиве ПЖК выполнение операции М. Д. Пациоры остается востребованной.

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения и профилактики ПЖК у больных ЦП в стадии декомпенсации.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ результатов хирургического лечения 62 больных ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПиЖ, находившихся на стационарном лечении в НХЦ МЗ КР им. М. Мамакеева за период с 2009 по 2020 г.

Все пациенты разделены на 2 группы. Первую (контрольную) группу составили 20 пациентов, оперированные в поздние сроки ввиду неэффективности консервативного лечения. В этой группе выполнена операция — проксимальная субкардиальная гастротомия по М. Д. Пациоре с прошиванием всех кровоточащих и некровоточащих вен кардии желудка и нижнего отрезка пищевода. Во второй (основной) группе на 42 больных с кровотечением из ВРВПиЖ применена активная хирургическая тактика с использованием комбинированного способа, заключающийся в следующем. В завершении операции М. Д. Пациоры, интраоперационно вводили склерозирующую смесь в виде микропены в варикозную вену нижней трети пищевода выше наложенной лигатуры во время одной инъекции общим объемом 5,0 мл, которую готовили непосредственно перед введением из 1,0 мл 3% фибровейна и 4,0 мл воздуха. Затем, аналогичным образом, приготавливали такую же смесь в указанном объеме и вводили в другие варикозные вены нижней трети пищевода выше лигатур посредством 3–4 инъекций. Операцию дополняли деваскуляризацией желудка (удостоверение на рационализаторское предложение «Комбинированный способ хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка», №847 от 21 июля 2017 г., выданное Кыргызпатентом).

Мужчин было 36 (58%), женщин — 26 (42%). Возраст больных колебался от 23 до 69 лет, и в среднем составил $46,7 \pm 15,2$ года. По критериям Чайлд-Пью (1973) функциональный класс В имели 24 (38,7%), класс С — 38 (61,3%) больных. С продолжающимся ПЖК поступило 27 (43,5%) больных. В 35 (56,5%) случаях на момент госпитализации в стационар имело место состоявшееся ПЖК.

Эндоскопическая картина у всех обследованных больных была представлена варикозным расширением вен пищевода и кардиального отдела желудка. По классификации А. Г. Шерцингера (1986) II степень выявлена у 15 (24,2%), III степень — у 47 (75,8%) больных.

Лечебные мероприятия проводились согласно рекомендациям Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени [2]. Оценивали эффективность гемостаза, а также частоту рецидива ПЖК в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. Контрольную ЭГДС осуществляли в отдаленном периоде наблюдения (через 6 месяцев и через год).

Результаты исследования и их обсуждение

Лечебная программа начиналась в отделении реанимации и интенсивной терапии. После визуализации источника кровотечения устанавливали зонд Блэкмора в сроки от 12 до 72 часов. Некоторые больные нуждались в проведении реанимационных мер по стабилизации гемодинамики.

В контрольной группе 20 (32,2%) пациентам на 7–12 сутки была выполнена операция М. Д. Пациоры как вынужденная мера в связи с неэффективностью консервативного гемостаза и нарастанием тяжести состояния. Все эти больные имели тяжелую степень кровопотери, частые рецидивы кровотечения в анамнезе. На фоне длительного консервативного лечения, возникновения рецидива кровотечения в стационаре и позднего оперативного вмешательства у 7 (35%) пациентов мы наблюдали прогрессирование декомпенсации функции печени.

В послеоперационном периоде у 5 (25%) больных возник рецидив кровотечения. В том числе у 3 рецидив отмечен на 2 сутки, у 2 — на 4 сутки послеоперационного периода. Источником кровотечения на 2 сутки послеоперационного периода явились ВРВП в результате недостаточно эффективного гемостаза при наложении отдельных узловых швов по периметру пищеводного отверстия. Рецидивы кровотечения на 4 сутки послеоперационного периода были вызваны прорезыванием шовных нитей и кровотечениями из ВРВ, расположенных выше наложения лигатур.

Анализ полученных нами результатов свидетельствует о том, что на высоте ПЖК факторами, способствующими возникновению рецидива кровотечения в послеоперационном периоде после прошивания кровоточащих вариксов, являются прорезывание шовных нитей, а в более поздние сроки — кровотечения из ВРВ, расположенных выше наложения лигатур.

Гнойно-септические осложнения в виде нагноения послеоперационной раны отмечены у 1 (5%) из 20 пациентов. Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 65% (12 человек), за счет больных в стадии декомпенсации (Таблица 1).

В основной группе все 42 пациента были оперированы в ранние сроки (от 2 до 5 суток), т. е. до наступления декомпенсации функции печени. Всем больным операция М. Д. Пациоры была дополнена интраоперационным введением раствора этоксисклерола в виде микропены в вены пищевода выше лигатур и выполнения деваскуляризации желудка. На наш взгляд, этим достигается полное разобщение пищеводно-желудочной венозной системы и повышается эффективность хирургического лечения.

Таблица 1

ПОКАЗАТЕЛИ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ
 И ЛЕТАЛЬНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Показатели	Контрольная группа, n=20		Основная группа, n=42	
	Класс В n=7	Класс С n=13	Класс В n=17	Класс С n=25
Рецидив кровотечения	1	4	—	1
Прогрессирование печеночной недостаточности	—	7	—	4
Послеоперационная летальность	1 (14,3%)	11 (84,6%)	0	4 (16,0%)

В послеоперационном периоде у 1 (2,4%) больного наступил рецидив кровотечения, связанный с постинъекционным кровотечением, который после проведенной медикаментозной терапии был полностью остановлен. У 2 пациентов (4,8% наблюдений) был диагностирован экссудативный плеврит. Местные осложнения, связанные с инфекционным процессом в области послеоперационной раны, были выявлены у 2 (4,8%) больных. У 4 (9,5%) больных в послеоперационном периоде наступило прогрессирование печеночно-клеточной недостаточности с летальным исходом. Прочих серьезных осложнений после введения склерозанта (медиастинита, бронхо-эзофагальных свищей, перфорации пищевода) не наблюдалось.

Послеоперационная летальность в основной группе составила 16%.

В отдаленном периоде (6 мес) обследовано 8 пациентов из контрольной группы и 21 пациентов из основной группы. У всех больных за счет выполненной полноценной деваскуляризации венозной системы желудка и пищевода наблюдался регресс ВРВПиЖ с III до I-II степени.

К 12 мес наблюдения в контрольной группе в связи с наступлением прогрессирования печеночной недостаточности умерло 2 больных (25%). Рецидив ВРВП до 3 степени выявлен у 5 (62,5%) больных с рецидивом кровотечения у 3 (37,5%) пациентов, которые в последствии умерли. Общая годовичная летальность в этой группе составила 62,5%.

В основной группе через 12 мес из 21 пациента прогрессирование печеночной недостаточности наступило у 4 (19,0%) больных с летальным исходом. Рецидив ВРВП наблюдался у 3 (14,3%), с фатальным рецидивом кровотечения у 2 (9,5%) больных. Прогрессирование печеночно-клеточной недостаточности и ПЖК явилось причиной летального исхода у 6 (28,6%) больных основной группы (Таблица 2).

Таблица 2

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В СРАВНИВАЕМЫХ ГРУППАХ

Сроки наблюдения, дни/мес	Число больных, n		Рецидив ВРВП, n (%)		Рецидивы кровотечения, n (%)		Летальность общая / летальность от кровотечения, n	
	контр. гр.	основн. гр.	контр. гр.	основн. гр.	контр. гр.	основн. гр.	контр. гр.	основн. гр.
6 мес	8	21	—	—	—	—	—	—
12 мес	8	21	5 (62,5%)	3 (14,3%)*	3 (37,5%)	2 (9,5%)*	5 (62,5%)/ 3 (37,5%)	6 (28,6%)/ 2 (9,5%)*

Примечание: * — p<0,05

Рецидив ВРВП через 12 месяцев чаще наступал в контрольной группе больных. Эндоскопическая картина у 62,5% больных была представлена ВРВП III ст., портальной гастропатией. В то время как при эндоскопическом исследовании больных основной группы только у 14,3% больных наблюдалось ВРВП III ст. Рецидив ПЖК встречался примерно в 4 раза чаще в контрольной группе наблюдения. Выживаемость пациентов в основной группе оказалась статистически достоверно выше, чем в контрольной группе наблюдения.

Таким образом, выжидательная консервативная тактика у больных ЦП, осложненным ПЖК, не позволяет избежать большого количества осложнений и существенно уменьшить показатели летальности. Гемостатический эффект операции М. Д. Пациоры в раннем послеоперационном периоде составил 75%, при применении комбинированного способа – 100%. Лучшие результаты достигаются выполнением полноценной деваскуляризации венозной системы желудка и пищевода в сочетании с интраоперационным склерозированием варикозных вен пищевода.

Список литературы:

1. Абдурахманов Б. А. Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени // *Анналы хирургической гепатологии*. 2006. Т. 11. №3. С. 157.
2. Ивашкин В. Т., Маевская М. В., Павлов Ч. С. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016. №26 (4). С. 71–102.
3. 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 портокавального шунтирования и прогностические факторы долгосрочной выживаемости больных циррозом печени // *Анналы хирургической гепатологии*. 2015. Т. 20. №2. С. 46-58.
4. Назыров Ф. Г., Девятов 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. 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.
6. Пациора М. Д. Хирургия портальной гипертензии. Ташкент: Медицина, 1984. 319 с.
7. Jiang M., Liu F., Xiong W. J., Zhong L., Xu W., Xu F., Liu Y. B. Combined MELD and blood lipid level in evaluating the prognosis of decompensated cirrhosis // *World journal of gastroenterology: WJG*. 2010. V. 16. №11. P. 1397. <https://doi.org/10.3748%2Fwjg.v16.i11.1397>
8. Kobayashi T., Miura K., Ishikawa H., Soma D., Zhang Z., Ando T., Wakai T. Hand-assisted laparoscopic Hassab's procedure for esophagogastric varices with portal hypertension // *Surgical Case Reports*. 2017. V. 3. №1. P. 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40792-017-0387-y>

References:

1. Abdurakhmanov, B. A. (2006). Lechenie krovotечeniya iz varikozno rasshirenykh ven pishchevoda i zheludka pri tsirroze pecheni. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, 11(3), 157. (in Russian).
2. Ivashkin, V. T., Maevskaya, M. V., & Pavlov, Ch. S. (2016). Klinicheskie rekomendatsii Rossiiskogo obshchestva po izucheniyu pecheni i Rossiiskoi gastroenterologicheskoi assotsiatsii po lecheniyu oslozhnenii tsirroza pecheni. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*, (26 (4)), 71–102. (in Russian).

3. Kotiv, B. N., Dzidzava, I. I., Soldatov, S. A., Kashkin, D. P., Alent'ev, S. A., Smorodskii, A. V., Slobodyanik, A. V., & Onintsev, I. E. (2015). Rezul'taty selektivnogo i partial'nogo portokaval'nogo shuntirovaniya i prognosticheskie faktory dolgosrochnoi vyzhivaemosti bol'nykh tsirrozmom pecheni. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, 20(2), 46-58. (in Russian).

4. Nazyrov, F. G., Devyatov, A. V., Babadzhanov, A. Kh., Dzhumaniyazov, D. A., & Baibekov, R. R. (2017). Effektivnost' endoskopicheskikh vmeshatel'stv u bol'nykh tsirrozmom pecheni. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, 22(2), 45-53. (in Russian).

5. Shertsinger, A. G., Zhigalova, S. B., Semenova, T. S., & Martirosyan, R. A. (2015). Rol' endoskopii v vybore lecheniya bol'nykh portal'noi gipertenziei. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, 20(2), 20-30. (in Russian).

6. Patsiora, M. D. (1984). Khirurgiya portal'noi gipertenzii. Tashkent. (in Russian).

7. Jiang, M., Liu, F., Xiong, W. J., Zhong, L., Xu, W., Xu, F., & Liu, Y. B. (2010). Combined MELD and blood lipid level in evaluating the prognosis of decompensated cirrhosis. *World journal of gastroenterology: WJG*, 16(11), 1397. <https://doi.org/10.3748%2Fwjg.v16.i11.1397>

8. Kobayashi, T., Miura, K., Ishikawa, H., Soma, D., Zhang, Z., Ando, T., ... & Wakai, T. (2017). Hand-assisted laparoscopic Hassab's procedure for esophagogastric varices with portal hypertension. *Surgical Case Reports*, 3(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40792-017-0387-y>

Работа поступила
в редакцию 08.09.2022 г.

Принята к публикации
12.09.2022 г.

Ссылка для цитирования:

Кудайбергенов Т. И., Ниязов Б. С., Ашимов Ж. И., Эгенбаев Р. Т. Результаты хирургического лечения кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 8. №10. С. 190-195. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/83/24>

Cite as (APA):

Kudaibergenov, T., Niyazov, B., Ashimov, Zh., & Egenbaev, R. (2022). Results of Surgical Treatment of Bleeding From Esophageal and Gastric Varices in Patients With Hepatic Cirrhosis. *Bulletin of Science and Practice*, 8(10), 190-195. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/83/24>