

УДК 617.5-089

https://doi.org/10.33619/2414-2948/83/23

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

©**Мамакеев К. М.**, д-р мед. наук, Национальный хирургический центр,
г. Бишкек, Кыргызстан

©**Кудайбергенов 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

©**Динлосан О. Р.**, ORCID: 0000-0003-4604-8731, SPIN-код: 7397-2085, канд. мед. наук,
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения
квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан, khalif.kgma@gmail.com

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

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF BLEEDING FROM ESOPHAGEAL AND GASTRIC VARICES IN PATIENTS WITH HEPATIC CIRRHOSIS

©**Matakeev K.**, Dr. habil., National Surgical Center, Bishkek, Kyrgyzstan

©**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

©**Dinlosan O.**, ORCID: 0000-0003-4604-8731, SPIN-code: 7397-2085, M.D.,
Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training,
Bishkek, Kyrgyzstan, khalif.kgma@gmail.com

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

Аннотация. Представлен анализ результатов консервативного и хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени за 10-летний период. Полученные результаты свидетельствуют о неудовлетворительных результатах консервативного лечения вследствие применения выжидательной консервативной тактики, низкой хирургической активности в отношении лечения и профилактики пищеводно-желудочных кровотечений. Раннее выполнение хирургических вмешательств по предложенному комбинированному способу позволяет улучшить результаты лечения у больных в суб- и декомпенсированной стадии цирроза печени.

Abstract. An analysis of the results of conservative and surgical treatment of bleeding from esophageal and gastric varices in patients with hepatic cirrhosis over a 10-year period is presented. The results obtained indicate unsatisfactory results of conservative treatment due to the use of expectant conservative tactics, low surgical activity in relation to the treatment and prevention of esophageal-gastric bleeding. Early performance of surgical interventions according to the proposed combined method allows to improve the results of treatment in patients with sub- and decompensated stages of hepatic cirrhosis.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, пищеводно-желудочное кровотечение.

Keywords: hepatic cirrhosis, portal hypertension, esophageal-gastric bleeding.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении заболеваний печени — цирроз печени (ЦП) по-прежнему представляет собой серьезную проблему в клинической практике, вызванную развитием множества осложнений из-за портальной гипертензии, одним из которых является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) [1, 7, 10].

Летальность от первого эпизода кровотечения составляет 20–50%, достигающая при его рецидиве до 70% [2, 4]. По данным различных авторов, общая летальность при ЦП, осложненном варикозными пищеводно-желудочными кровотечениями (ПЖК), колеблется от 39% до 100% [3, 5, 9, 11].

Проблема лечения кровотечений из ВРВПиЖ у больных ЦП далека от полного разрешения. Предложено множество методов остановки и профилактики пищеводных кровотечений, позволяющих улучшить результаты лечения больных. Не последнюю роль в этом играют оснащенность клиники современным медицинским оборудованием и аппаратурой, наличие подготовленных специалистов и научно-практической школы по вопросам хирургической гепатологии.

Материал и результаты исследования

Материал основан на результатах лечения 1981 больного с кровотечением из ВРВПиЖ и ПГ, госпитализированных в Национальный хирургический центр им. М.М. Мамакеева при Министерстве здравоохранения Киргизской Республики в период с 2009 по 2018 гг. Среди поступивших больных мужчин было 931 (47%), женщин 1050 (53%). Возраст больных колебался от 19 до 73 лет, и в среднем составил $47,2 \pm 16,4$ года. Основное число наблюдений приходилось на наиболее активный возраст от 24 до 55 лет.

Среди этиологических факторов ЦП у 556 больных было выявлено токсическое поражение печени, вызванное употреблением алкоголя (28,1%), у 1346 больных верифицирован вирусный гепатит В, С или D (67,8%) и у 81 (4,1%) больного не верифицированный ЦП (Таблица 1).

Таблица 1

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

<i>Этиологический фактор</i>	<i>Всего (n 1981)</i>	
	<i>Число больных</i>	<i>%</i>
Алкогольное поражение печени	556	28,1
Вирусный гепатит В	398	20,1
Вирусный гепатит С	868	43,8
Вирусный гепатит D	78	3,9
Неуточненной этиологии	81	4,1
ИТОГО	1981	100

Лечебно-диагностический алгоритм заключался в установлении источника кровотечения, определении степени компенсации печени, объема кровопотери. Эндоскопическая картина у всех обследованных больных была представлена варикозным расширением вен пищевода и кардиального отдела желудка. По классификации А. Г. Шерцингера [8] I степень выявлена у 283 (14,3%) пациента, II степень — у 668 (33,7%), III степень — у 1030 (52,0%) больных. У 1213 больных (61,2%) при обследовании был выявлен разной степени выраженности асцит. Спленомегалия выявлена в 92,4% случаев (1830 больных), признаки гиперспленизма установлены у 1138 (57,4%) больных. У 1046 (52,8%)

пациентов в анамнезе было варикозное ПЖК, при этом у 373 больных (35,6%) наблюдалось 2 и более эпизодов кровотечения.

На момент обращения в стационар продолжающееся ПЖК отмечено у 551 (27,8%) больного. В остальных 72,2% случаях (1430 больных) имело место состоявшееся ПЖК. В 85% случаев кровопотеря была средней и тяжелой степени. По критериям Чайлда-Пью (1973) функциональный класс А (компенсированный ЦП) имели 517 (26,1%), класс В (субкомпенсированный ЦП) имели 1084 (54,7%), класс С (декомпенсированный ЦП) — 380 (19,2%) пациентов.

В первые часы поступления установка зонда Блэкмора как вынужденная мера потребовалась 551 больному (27,8%) на время от 12 до 72 часов. Сроки нахождения зонда-обтуратора зависели от факта наступления гемостаза и были продолжительными у категории больных с функциональным классом С. При проведении медикаментозной терапии придерживались рекомендаций Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени [2]. Инфузионную терапию начинали с устранения дефицита объема циркулирующей жидкости для стабилизации гемодинамики и сохранения перфузии тканей. Волемическая поддержка оценивалась по динамике ЦВД (целевые значения 8–12 мм рт. ст.) и почасовому диурезу (не менее 60 мл/час). Трансфузию эритроцитарной массы проводили до достижения целевого уровня гемоглобина крови в 7–8 г/дл. Лабораторные признаки гипокоагуляции коррегировались введением 300–600 мл одногруппной свежезамороженной плазмы.

С первых часов начала медикаментозной терапии вводили терлипрессин внутривенно болюсно в дозе 2 мг, затем по 1 мг каждые 6 часов. С целью профилактики рецидива кровотечения к терапии добавляли постоянный прием бета-блокаторов (пропранолол 10–20 мг 2 раза в сутки, либо атенолол в дозе 12,5–25 мг 2 раза в сутки). С целью антибиотикопрофилактики при остром кровотечении из ВРВ назначали цефтриаксон внутривенно в дозе 1 г / 24 часа. Для предотвращения развития печеночной энцефалопатии назначали лактулозу. В случае продолжающегося ПЖК или высокой угрозы рецидива кровотечения выполнялось хирургическое вмешательство. По результатам исследования выявлено, что консервативное лечение с установкой зонда Блэкмора позволило достичь первичного гемостаза у 1382 (72%) больных. Рецидив кровотечения на 3–7-е сутки возник у 537 (28%). Возникшее в стационаре кровотечение утяжеляло состояние исходно тяжелых больных, включая больных с функциональным классом А. Общая летальность от кровотечения достигла 23,7% (455 больных) и была выше в группе больных с функциональным классом С (71,9%) (Таблица 2).

Полученные данные свидетельствуют о неудовлетворительных результатах консервативного лечения ПЖК вследствие применения выжидательной консервативной тактики, отсутствия эндоскопических способов остановки кровотечения, низкой хирургической активности в отношении лечения и профилактики ПЖК. За 10-летний период наблюдения хирургическая активность составила всего 3,1% (оперировано 62 больных). Столь низкая активность была связана с отсутствием тактических подходов в лечении и профилактике кровотечений, превалированием консервативных методов достижения гемостаза и приходилась на первые годы исследования.

Из числа 62 оперированных, 20 больных были подвергнуты хирургическому вмешательству в поздние сроки на 7–14 сутки из-за безуспешности консервативного лечения (субкардиальная гастротомия и прошивание ВРВПЖ по методу М. Д. Пациора) [6]. Остальные 42 пациента были оперированы как можно раньше, до наступления декомпенсации функции печени в сроки от 2 до 5 суток. Всем больным для полного разобщения пищеводно-желудочной

венозной системы и повышения эффективности хирургического лечения операция М. Д. Пациора дополнена интраоперационным введением раствора этоксисклерола в виде микропены [3] в вены пищевода выше лигатур и деваскуляризацией желудка.

Таблица 2

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ЛЕЧЕНИЯ
 И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА CHILD-PUGH

Показатели	Класс А (n 513)	Класс В (n 1064)	Класс С (n 342)
<i>консервативное лечение (n 1919)</i>			
Консервативный гемостаз	475 (92,6%)	748 (70,3%)	159 (46,5%)
Рецидив кровотечения	38 (7,4%)	316 (29,7%)	183 (53,5%)
Летальность от кровотечения	4 (0,8%)	205 (19,3%)	246 (71,9%)
Общая летальность			455 (23,7%)
Показатели	Класс А (n 0)	Класс В (n 24)	Класс С (n 38)
<i>Оперированные больные (n 62)</i>			
Рецидив кровотечения	—	1 (1,6%)	5 (8,1%)
Летальность от кровотечения	—	1 (1,6%)	4 (6,4%)
Общая летальность			5 (8,1%)
Всего больных:			1981

В послеоперационном периоде у 1 (2,4%) больного был рецидив кровотечения, связанный с постинъекционным кровотечением, который после проведенной медикаментозной терапии был полностью остановлен. У 2 пациентов (4,8% наблюдений) был диагностирован экссудативный плеврит. После введения склерозанта серьезных осложнений (медиастинит, бронхо-эзофагальные свищи, перфорация пищевода) не наблюдалось.

В целом, в группе оперированных, такие показатели как рецидив кровотечения (9,7% случаев) и летальность (8,1%) чаще наблюдались у пациентов в декомпенсированной стадии, но в значительно меньшей степени по сравнению с пациентами получившими только консервативное лечение.

При сравнительном анализе результатов хирургического лечения по срокам и объему выполнения операции выявлены следующие различия. В послеоперационном периоде из 20 больных, оперированных в поздние сроки, рецидив кровотечения возник у 5 (25%) больных, прогрессирование печеночной недостаточности наступило у 7 (35%) больных, послеоперационная летальность составила 60%. В группе больных (42 больных), оперированные в ранние сроки и комбинированным способом, рецидив кровотечения наступил в 1 случае (2,4%), прогрессирование печеночной недостаточности наступило у 4 (9,5%) больных, а послеоперационная летальность составила 16%.

Таким образом, хирургическое лечение пациентов с суб- и декомпенсированной стадией болезни позволяет улучшить результаты лечения больных с кровотечением за счет раннего выполнения хирургического вмешательства, выполнения комбинированного способа оперативного вмешательства.

Список литературы:

1. Ерамишанцев А. К., Шерцингер А. Г., Киценко Е. А. Портальная гипертензия. Клиническая хирургия: национальное руководство 2008 г, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 626-665.
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. Кошевой А. П., Чирков Д. Н., Шелко О. А. Эндоскопическая микропенная склерооблитерация варикозных вен пищевода // *Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Тезисы докладов XVII международного конгресса*. Уфа, 2010. С. 177.

5. Назыров Ф. Г., Девятков 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.

6. Пациора М. Д. Хирургия портальной гипертензии. Ташкент: Медицина, 1984. 319 с.

7. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. 864 с.

8. Шерцингер А. Г. Патогенез, диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1986.

9. 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.

10. Scaglione S., Kliethermes S., Cao G., Shoham D., Durazo R., Luke A., Volk M. L. The epidemiology of cirrhosis in the United States // *Journal of clinical gastroenterology*. 2015. V. 49. №8. P. 690-696. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000208>

11. 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>

References:

1. Eramishantsev, A. K., Shertsinger, A. G., & Kitsenko, E. A. (2008). Portal'naya gipertenziya. *Klinicheskaya khirurgiya: natsional'noe rukovodstvo 2008 g*, Moscow. 626-665. (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 partsial'nogo portokaval'nogo shuntirovaniya i prognosticheskie faktory dolgosrochnoi vyzhivaemosti bol'nykh tsirrozmom pecheni. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, 20(2), 46-58. (in Russian).

4. Koshevoi, A. P., Chirkov, D. N., & Shelko, O. A. (2010). Endoskopicheskaya mikropennaya skleroobliteratsiya varikoznykh ven pishchevoda. In *Aktual'nye voprosy khirurgicheskoi gepatologii: Tezisy dokladov XVII mezhdunarodnogo kongressa*, Ufa, 177. (in Russian).

5. 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).

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

7. Sherlok, Sh., & Duli, Dzh. (1999). *Zabolevaniya pecheni i zhelchnykh putei*. Moscow.

8. Shertsinger, A. G. (1986). Patogenez, diagnostika, profilaktika i lechenie krvotechenii iz varikozykh ven pishchevoda i zheludka u bol'nykh portal'noi gipertenziei: authoref. Dr. diss. Moscow. (in Russian).

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

10. Scaglione, S., Kliethermes, S., Cao, G., Shoham, D., Durazo, R., Luke, A., & Volk, M. L. (2015). The epidemiology of cirrhosis in the United States. *Journal of clinical gastroenterology*, 49(8), 690-696. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000208>

11. 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>

Работа поступила
в редакцию 09.09.2022 г.

Принята к публикации
14.09.2022 г.

Ссылка для цитирования:

Мамакеев К. М., Кудайбергенов Т. И., Ниязов Б. С., Динлосан О. Р., Эгенбаев Р. Т. Наш опыт лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 8. №10. С. 184-189. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/83/23>

Cite as (APA):

Mamakeev, K., Kudaibergenov, T., Niyazov, B., Dinlosan, O., & Egenbaev, R. (2022). Our Experience in the Treatment of Bleeding From Esophageal and Gastric Varices in Patients With Hepatic Cirrhosis. *Bulletin of Science and Practice*, 8(10), 184-189. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/83/23>