

Эндоскопическое склерозирование варикозно расширенных вен желудка у больных портальной гипертензией, осложненной кровотечением

С.А. Алиев, Т.М. Рзаев, Н.М. Хыдырова, Э.А. Алиев, А.М. Ахмедов

Кафедра хирургических болезней №1 (зав.-чл.кор. НАН АР проф. Н.Ю. Байрамов) Азербайджанского медицинского университета, Баку

Резюме: В работе представлен анализ результатов эндоскопического склерозирования (ЭС) варикозно расширенных вен желудка у 26 больных портальной гипертензией, осложненной пищеводно-желудочным кровотечением. Всем больным ЭС выполнено по экстренным показаниям - на высоте пищеводно-желудочного кровотечения. В ближайшем периоде после ЭС гемостатический эффект наблюдался у 21 (80.7%) больного из 26. При этом первичный гемостаз был достигнут у 18 (69.2%), вторичный - у 3 (11.5%). У 5 (19.2%) больных после ЭС гемостаз не наступил. У 2 из них после трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования был достигнут окончательный гемостаз. 3 больных умерли от продолжающегося кровотечения. Еще 2 больных умерли в результате печеночной недостаточности (1) и абдоминального тяжелого сепсиса (1), развившегося вследствие асцит-перитонита. Летальность составила 19.2% (умерли 5 больных).

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода и желудка, пищеводно-желудочное кровотечение, эндоскопическое лигирование, эндоскопическое склерозирование, цианокрилат.

*Хирургическое сознание не может мириться
с тем, что больные
гибнут на наших глазах от неостановленного
кровотечения
С.С. Юдин.*

Введение.

По данным литературы, в нозологической структуре желудочно-кишечных кровотечений варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка занимает лидирующее положение, составляя 25-30% всех причин гастроинтестинальных геморрагий [1,3,7,9]. Актуальность проблемы лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка обусловлена все возрастающим числом больных циррозом печени (ЦП), осложненным портальной гипертензией (ПГ), отсутствием надежных и эффективных методов лечения этого грозного осложнения и стабильно высокой летальностью, составляющей 14-43% [2,4,8,11-13].

Проблема выбора метода лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка традиционно является актуальной и предметом постоянных дискуссий среди хирургов - гепатологов. В последние годы в связи с широким внедрением в клиническую практику малоинвазивных эндоскопических технологий и интервенционной радиологии, расширились возможности лечения пищеводно-желудочных кровотечений (ПЖК) у больных с ПГ [1,17-20,22,23,24].

Согласно резолюции XVII международного конгресса хирургов - гепатологов (Уфа, 2011), для профилактики и лечения ПЖК из ВРВ пищевода и желудка у больных с ЦП используют метод эндоскопического лигирования (ЭЛ) или склеротерапию подслизистых вен, а при его неэффективности - селективное или парциальное портокавальное шунтирование (ПКШ) и трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование при компенсированной или субкомпенсированной ПГ. По данным литературы, ЭЛ считается

общепризнанным “золотым стандартом” малоинвазивного лечения кровотечений из ВРВ пищевода. Однако относительно эффективности ЭЛ среди хирургов имеются противоречивые мнения.

Сообщения некоторых авторов свидетельствуют о недостаточной эффективности метода ЭЛ из-за высокой частоты рецидива кровотечения. Так, по данным И.И. Дзидзавы [1], рецидив ПЖК в сроки от 1 до 6 мес после ЭЛ, наблюдался у трети (29,6%) больных, что было обусловлено развитием ВРВ пищевода у 55,2%, прогрессированием течения ПГ и формированием варикоза вен желудка у 32,8%. И.И. Затевахин и соавт. [4], сообщают, что в течение первых 2 лет частота рецидивов ПЖК составила 19,1-25,6%, летальность - 21,3-28,2%. По данным С.В.Михина и соавт. [15], через 1 год после ЭЛ рецидив ВРВ пищевода отмечен у 42,4%, а летальность в сроки до 6 лет составил 11,9%. В исследованиях других авторов [17], приводится более высокая частота рецидивов ВРВ пищевода (50%) и кровотечений (28,6%) через 1 год после ЭЛ. Проведение комбинированного лечения и дополнение ЭЛ паравазальной эндоскопической склеротерапией, позволило авторам снизить число рецидивов ВРВ и рецидивов кровотечений. Аналогичными результатами располагают Н.В.Ташкинов и соавт.[18], по сообщениям которых в течение 18 мес. после ЭЛ частота рецидивов кровотечений из ВРВ пищевода снизилась с 60% до 29,4%. По результатам рандомизированных исследований установлено, что средняя частота рецидивов кровотечений у больных после ЭЛ составляет 32%. Многие авторы [2,13,17], декларируют, что эффективность ЭЛ, как метода редукции ВРВ пищевода и профилактики рецидивов ПЖК, явно преувеличена. Некоторые [4,5,15] авторы склонны квалифицировать ЭЛ только лишь как способ воздействия на ВРВ пищевода, не учитывая необходимость исследования желудка и важность воздействия на ВРВ желудка для их редукции. По мнению М.В. Кабанова [8], ЭЛ ВРВ пищевода не показана пациентам с локализацией варикозов в кардиальном и фундальном отделах желудка, и показанием к ЭЛ однозначно является ВРВ пищевода 2-3 степени. По мнению А.Т.Шерцингера и соавт.[21], ЭЛ ВРВ пищевода без учета ВРВ в кардиальном отделе желудка считается ошибочным. По данным Е.А. Киценко и соавт. [9] распространение ВРВ на кардию и дно желудка у больных с внепеченочной формой ПГ, ограничивает применение ЭЛ. Авторами ЭЛ было выполнено только у 12 (14,8%) больных из 81. Таким образом, данные литературы свидетельствуют, что причиной недостаточной эффективности ЭЛ ВРВ пищевода и столь высокой частоты рецидивов кровотечения является наличие у пациентов с ПГ расширенных вен желудка и отсутствие воздействия на эти варикозы. На современном этапе хирургии ПЖК у пациентов

ПГ проблема лечения ВРВ желудка является наиболее дискуссионной и представляется весьма актуальной. По данным М.Ш. Хубутия и соавт. [20], при выполнении ЭЛ ВРВ пищевода, сочетанное ВРВ пищевода и желудка было выявлено лишь у 25,6% и только у 11,6% выполнено комбинированное ЭЛ пищевода и желудка. При этом ЭЛ ВРВ пищевода осуществлено латексными кольцами с помощью многоэлектродного лигатора фирмы “WILSON COOK MEDICAL Inc” (США), а ЭЛ ВРВ желудка- нейлоновыми петлями фирмы “Olympus” (Япония). Д.Н. Ульяновым и соавт. [19], одновременно с ЭЛ ВРВ пищевода безопасно выполнено ЭЛ вен субкардии и свода желудка латексными кольцами под прикрытием ингибиторов протонной помпы у 11 больных ПГ, осложненной ПЖК. Многие авторы [2,10,15,18,20], считают, что широкий диапазон значений и разноречивость сведений о частоте выявления ВРВ желудка связана с трудностью диагностики и недоступностью эндоскопической визуализации варикозных вен, локализующихся часто в складках слизистой оболочки желудка и повторяющих ее рельеф. При этом немаловажное значение имеют возможности эндоскопической техники и опыт эндоскописта. Ряд авторов для улучшения диагностики ВРВ желудка альтернативой перед традиционной гастроскопией считают эндоскопическую ультрасонографию, применяемую при ВРВ пищевода. Эффективность применения ЭУС для улучшения топической диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта доказана исследованиями Г.К.Жерлова и соавт. [5]. Применение метода эндоскопического эндовазального склерозирования у 42 пациентов позволило А.П.Кошевому и соавт. [13], достичь облитерации не только ВРВ пищевода, но ВРВ желудка I и II типов, что доказано выполнением ЭУС. Эндоскопическая визуализация вен желудка имеет свою особенность, которую осуществляют в инверсионном положении эндоскопа при максимальной инсuffляции воздухом. Чаще ВРВ пищевода III степени соответствует резко выраженное расширение вен кардиального отдела желудка. Значительно реже при ВРВ пищевода I степени в кардиальном отделе обнаруживают резко выраженные ВРВ в виде крупных, напряженных и пролабирующих в просвет органа складок слизистой оболочки, что характерно для внепеченочной формы ПГ. По данным литературы, частота верификации ВРВ желудка у больных ПГ варьируется и составляет в пределах от 6 до 78% [7]. А.А.Козинец [10] ВРВ пищевода и желудка обнаружил у 96,9% пациентов с ЦП, при этом расширение вен кардиального отдела выявил у 45,3% больных, дна желудка - у 9,5%. Анализируя результаты ПКШ и ЭЛ у 129 больных Ю.В.Мехтиева [14] сообщает, что ВРВ желудка удалось установить только у 9 (7%) из них, хотя ВРВ пищевода III-IV степени были

выявлены у 105 (81,4%).

В настоящее время в арсенале лечения кровотечений из ВРВ желудка широко применяются малоинвазивные методы гемостаза, среди которых многие хирурги отдают предпочтение способам эндоскопического склерозирования (ЭС) и эндоваскулярной эмболизации ВРВ пищевода и желудка. Публикация последних лет свидетельствуют, что по сравнению с ЭЛ ЭС является более надежным методом гемостаза и профилактики кровотечения из ВРВ пищевода желудка, эффективность которой по данным ряда авторов достигает 95-100%. В зависимости от методики введения склерозанта применяют два способа ЭС: эндовазальный и паравазальный. Эффективность эндовазального введения склерозанта основана на формировании внутрисосудистого тромбообразования, развитии асептического некроза и соединительной ткани с последующей облитерацией просвета ВРВ. При паравазальном склерозировании действие склерозанта основано на формировании инфильтрата в паравазальной клетчатке и механической компрессии кровоточащего венозного ствола.

Цель работы - изучение эффективности эндоскопического гемостаза с использованием тканевого адгезива N-butyl 2-сукроцилат при кровотечении из ВРВ желудка у больных ПГ.

Материал и методы

За период с 2011 по 2017 г.г в клинике хирургических болезней №1 Азербайджанского медицинского университета на обследовании и лечении находились 92 больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка. Возраст больных колебался от 26 до 74 лет (средний возраст $46,1 \pm 1,7$). Мужчин было 15 (57,7%), женщин - 11(42,3%). Диагностический алгоритм включал рутинные общеклинические, лабораторные, биохимические исследования и современные неинвазивные и малоинвазивные методы обследования (УЗИ, КТ, МРТ, эзофагогастродуоденоскопия). В последние годы в комплексе обследования применяем соноэластографию для оценки структурных изменений печени. У всех больных оценивали функциональное состояние печени (цитолитический синдром, синдром печеночно-клеточной недостаточности, состояние пигментного обмена), состояние иммунной системы. Оценку функционального состояния печени проводили в соответствии с критериями Child-Pugh.

Из 26 больных первый эпизод ПЖК наблюдали у 9, второй - у 13, третий эпизод - у 4. Гепатит В явился нозологической причиной ЦП у 5 больных, гепатит С - у 8, хронический алкоголизм - у 6, тромбоз воротной вены - у 4. У 3 пациентов причину ЦП выявить не удалось (криптогенный ЦП). Фактическим клини-

ческим материалом является 26 из 92 больных. У этих больных в комплексе лечения кровотечений из ВРВ желудка был использован эндоскопический метод, у которых при эзофагогастродуоденоскопии выявлено ВРВ желудка. У 10 из 26 больных констатировано активное кровотечение, у 16 состоявшееся кровотечение. Локализацию ВРВ желудка ранжировали согласно классификации S.K.Sarin и соавт. Из 26 больных I тип гастрозофагеального варикоза (ГЭВ) наблюдали у 5 (19,2%), II тип - у 18 (69,2%). У 3 (11,5%) пациентов выявлен изолированное ВРВ желудка (рис.1).

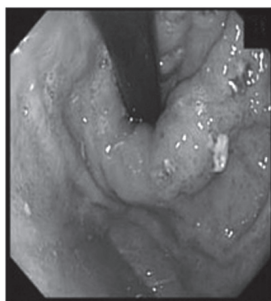


Рисунок 1. Локализация варикозных вен в желудке по классификации Sarin S. K et al. (2002) а. I тип ГЭВ; б. II тип ГЭВ; в. изолированное ВРВ желудка.

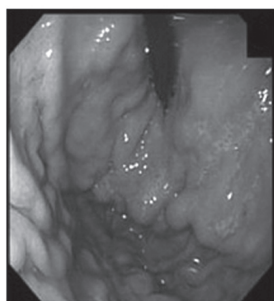
У всех пациентов процедуру ЭС предшествовало проведение инфузионной гемостатической и корригирующей терапии. Всем больным назначали профилактическую антибиотикотерапию, ингибиторы протонной помпы и сандостатин. ЭС выполняли под общей внутривенной анестезией с использованием 1% раствора пропофола из расчета 1,5-2 мг на кг веса.

С целью ЭС ВРВ желудка использовали смесь цианокрилата и липиодола, которая при контакте с сывороткой крови превращается в однородную твердую массу (рис.2). При использовании цианокрилата в качестве самостоятельного мономера, полимеризация и затвердевание происходят медленно и поэтому пломбирующий эффект смеси бывает недостаточно выраженным. В связи с этим использовали смесь цианокрилата и липиодола из соотношения 0,5:0,8. Перед введением место инъекции промываем раствором липиодола. Инъекцию осуществляли с верхушки варикозного узла. Субмукозное и интрамуральное введение смеси может вызвать некроз и изъязвление стенки варикозной вены вплоть до перфорации желудка. В полость варикозного узла смесь инъецируем до тех пор, пока кровотечение не остановится. Если полость варикозных узлов желудка полностью не облитерируется и узлы остаются мягкими, инъекцию продолжаем. Через 3-4 нед. проводим динамический эндоскопический контроль, во время которого венозные узлы пальпируются с помощью биопсийного щипца. При отсутствии склерозирования просвета больших венозных узлов, инъекцию смеси повторяем. Процедуры повторяем также при рецидиве кровотечения. В ближайшем периоде после ЭС гемостатический эф-

фект наблюдали у 21 (80,7%) больного из 26. При этом первичный (непосредственный) гемостаз был достигнут у 18 (69,2%) больных. У 3 (11,5%) больных возник рецидив кровотечения. Гемостаз у этих больных был достигнут после повторной инъекции СЦАЛ. У 5 (19,2%) пациентов после введения СЦАЛ гемостаз не наступил. У всех больных зарегистрирован ЦП декомпенсированной стадии. У 2 из них после ТВПШ был достигнут окончательный гемостаз. 3 больных умерли от продолжающегося кровотечения. Еще 2 больных умерли в результате печеночной недостаточности (1) и абдоминального тяжелого сепсиса (1), развившегося вследствие асцит - перитонита. Летальность составила 19,2% (умерли 5 больных). У 6 больных после ЭС наблюдали «малые» осложнения (дискомфорт в желудке – у 4, поверхностные постинъекционные изъязвления слизистой оболочки желудка), не требующие специального лечения. Отдаленные результаты ЭС оценивали по данным контрольно-динамической эндоскопии, которую проводили в интервале от 3 до 8 мес и 2 лет. Рецидивов кровотечений не наблюдали.



а



б

Рисунок 2. Эндоскопическая картина сразу (а) и через 6 недель (б) после введения цианокрилата в варикоз в желудке.

Таким образом, техническая простота и безопасность применения ЭС с использованием цианокрилата и высокий гемостатический эффект методики, позволяет рекомендовать ее в комплексном лечении кровотечений из ВРВ желудка у больных ПГ. Наш опыт лечения кровотечений из ВРВ желудка у больных ПГ с использованием ЭС цианокрилатом показал, что эффективность методики выражена при первом эпизоде геморрагии. При рецидивах кровотечения повторное ЭС не позволяет достичь желаемого результата. С другой стороны, выраженность гемостатического эффекта цианокрилата зависит от стадии цирроза печени, степени ПГ и глубины метаболических нарушений. При поздних стадиях ЦП гемостатический эффект цианокрилата недостаточен.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

1. Алиев Садай Агалар оглы - Доктор мед.наук, проф. кафедры хирургических болезней №1 Азербайджанского ме-

дицинского университета

2. Рзаев Тарверди Мирзалы оглы - канд.мед.наук, доцент той же кафедры

3. Хыдырова Натаван Махар кызы - канд.мед.наук, ассистент той же кафедры

4. Алиев Эльдар Аллахверди оглы - док.мед.наук, доцент той же кафедры

5. Ахмедов Амрах Музаффар оглы - канд.мед.наук, ассистент той же кафедры

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Дзидзава И.И.** Отдаленные результаты хирургической коррекции портальной гипертензии и прогностические факторы выживаемости у больных циррозом печени: Автореф. дис. ...д-ра мед.наук.-СПб, 2010.-46с.
- Ерамишанцев А. К., Щерцингер А.Т., Боур А.В. и др.** Эндоскопическое склерозирование варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией // Анн. хир. гепатол. - 1998. - Т. 3, № 2 - С. 30-38
- Ерамишанцев А. К.** Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Анн. хир. гепатол. -2007. - Т. 12, № 2.- С. 8-15.
- Затевахин И. И., Цициашвили М.Ш., Монахов Д.В. и др.** Отдаленные результаты эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени // Вестник РГМУ. -2010. - № 2. - С. 18-21.
- Жерлов Г. К.** Руководство по ультразвуковой диагностике заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / Под ред. Г. К. Жерлова, С. А. Соколова. - Новосибирск: Наука, 2005. - 208 с.
- 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-ра мед.наук. - М.,2011. - 50 с.
- Ивашкин В.Т., Надинская М.Ю.** Лечение кровотечений, обусловленных портальной гипертензией // Consilium med.-2001.-Т.3. № 11. Прил.- С.16-19
- Кабанов М. В.** Эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода у больных с портальной гипертензией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2004. - 19 с.
- Киценко Е.А., Любимый Е.Д., Фандеев Е.Е.** Внепеченочная портальная гипертензия у взрослых // Тезисы докл. XVII междунар. конгресса хир.- гепатологов стран СНГ « Актуальные проблемы хирургической гепатологии »15-17 сентября 2010г.- Уфа. 2010. - С. 172-173
- Козинец А.А.** Оценка эффективности диагностических методов при циррозе печени: Автореф. дис. ...канд.мед.наук. СПб. 2001.- 27с.
- Котиг Б. Н., Дзидзава И. И., Алентьев С. А.** Портокавальное шунтирование в лечении больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии // Анн. хир. гепатол. — 2008. — Т. 13, № 4. — С. 76—85.
- Кошевой А. П.** Совершенствование диагностики и тактики лечения больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009. — 50 с.
- Кошевой А. П., Кошель А. П., Чирков Д. Н., Эгенбаев Р. Т.** Эндоскопическая профилактика рецидивов кровотечений

из варикозных вен пищевода и желудка: проблемы и перспективы // Вопросы реконструктивной хирургии 2012 №4(43). С. 60-66

14. Мехтиева Ю. В. Профилактика и лечение пищеводно-желудочных кровотечений в послеоперационном периоде у больных после хирургической коррекции синдрома портальной гипертензии : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2008. — 22 с.

15. Михин С. В., Мандриков В. В., Кондаков В. И., Денисова О. Ю. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода в комплексном лечении кровотечений при портальной гипертензии // Мат-лы XI съезда хирургов.РФ, 25—27 мая 2011 года. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2011. — С. 413.

16. Патент РФ №2398514. Способ прогнозирования риска кровотечения из варикозно расширенных вен желудка /Г. К. Жерлов, А. П. Кошевой, Д. Н. Чирков и др. (РФ). — № 2008148690/14; заявл. 9.12.2008; опубл. 10.09.2010.

17. Распереза Д.В., Шишкова Е.А. Оценка эффективности эндоскопического лигирования и комбинированного лечения (лигирование +склерозирование) в профилактике варикозных кровотечений при циррозе печени //Вестник Санкт Петербургского университета. - 2008. - Сер.11(Прил.1). - С 140-147

18. Ташкинов Н.В., Качалов С.Н., Сигаева Ю.С. [и др.] Роль эндоскопии в выборе методов профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2011. — № 4. -С. 78-79.

19. Ульянов Д.Н., Ковязина И.О., Ким Д.О. Возможности

эндоскопического лечения больных циррозом печени и расширением вен пищевода с распространением на желудок // Тез. докл. XI съезда НОГР. — М. : ЦНИИ гастроэнтерологии, 2011. — С. 284.

20. Хубутия М. Ш., Пинчук Т.П., Согрешилин С.С. [и др.] Эндоскопическое лигирование в остановке и профилактике кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // Клинические перспективы гастроэнтерол., гепатол. — 2012. — № 1. — С. 10—15.

21. Шерцингер А. Г., Мусин Р. А., Манукьян Г. В., Жигалова С. Б. Современные принципы лечения больных с синдромом портальной гипертензии и кровотечениями из варикозных вен пищевода и желудка // Хирургия. — 2011. — № 2. — С. 82—84.

22. Ríos Castellanos, Seron P., Gisbert J.P., Bonfill Cosp X. Endoscopic injection of cyanoacrylate glue versus other endoscopic procedures for acute bleeding gastric varices in people with portal hypertension //Cochrane Database Syst Rev. 2015 May 12;(5): CD010180. doi: 10.1002/14651858.CD010180.pub2.

23. Slawomir K., Konrad K., Rafal P., Marek K., Tadeusz W. Endoscopic treatment of gastric varices bleeding with the use of n-butyl-2 cyanoacrylate //Prz Gastroenterol. 2015; 10(4): 239-3. Published online 2015 Dec 16. doi: 10.5114/pg.2015.56112 PMID: PMC4697040

24. Gallet B., Zémour G., Saudemont J.P., et al. Echocardiographic demonstration of intracardiac glue after endoscopic obturation of gastroesophageal varices //J Am Soc Echocardiogr 1995; 8: 759

Endoscopy hardening of varicose dilated gastric veins in patients with portal hypertension complicated of bleeding

S.A. Aliev, T.M. Rzaev, N.M. Khydyirova, E.A. Aliev, A.M. Akhmedov – MD

Department of surgical diseases Nr 1 Azerbaijan medical university, Baku

Summary: The study presented the results of endoscopy hardening (EH) of varicose dilated gastric veins in 26 patients with portal hypertension complicated of bleeding. EH was urgently performed to all patients on a peak of esophago-gastric bleeding. Haemostatic effect was reached in 21 (80.7%) in the early post-operative period. The primary hemostasis was observed in 18 (69.2%), secondary one – in 3 (11.5%) of patients. Hemostasis wasn't occurred in 5 (19.2%) patients. 2 patients from these underwent the trans-yugular intra-hepatic shunting. After that the hemostasis was reached. 3 patients died from hemorrhage. 2 patients died because of hepatic insufficiency (1) and severe abdominal sepsis (1) after ascite-peritonitis. The lethality was 19.2% (5 patients died).

Key words: hepatic cirrhosis, portal hypertension, varicose dilated esophageal and gastric veins, esophageal-gastric bleeding, endoscopy ligation, endoscopy hardening, cyanocrylat.