

УДК 616.149 – 008.341.1: 347.440.32

Комплексне лікування хворих із цирозами печінки, ускладненими кровотечами

В.В. ГРУБНИК, Ю.В. ГРУБНИК, О.М. ЗАГОРОДНЮК, В.Ю. ГРУБНИК, В.А. ФОМЕНКО

Одеський державний медичний університет, Одеська обласна клінічна лікарня,
Одеський центр шлунково-кишкових кровотеч на базі Міської клінічної лікарні № 11

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CIRRHOSES OF LIVER COMPLICATED BY HAEMORRHAGES

V.V. HRUBNYK, YU.V. HRUBNYK, O.M. ZAHORODNYUK, V.YU. HRUBNYK, V.A. FOMENKO

Odessa State Medical University, Odessa Regional Clinical Hospital,
Odessa Centre of Gastro-Intestinal Haemorrhages on the Basis of City Clinical Hospital № 11

З 2006 до 2009 року автори застосовували різні методи ендоскопічного гемостазу у комплексному лікуванні 360 хворих зі стравохідно-шлунковими кровотечами при портальній гіпертензії. В статті порівнюються ефективність різних методів ендоскопічного гемостазу залежно від стадії цирозу та локалізації місця кровотечі. Також описуються допоміжні методи хірургічної профілактики стравохідно-шлункових кровотеч при портальній гіпертензії та корекції вторинної спленомегалії за допомогою лапароскопічної деваскуляризації абдомінальної частини стравоходу і шлунка у 42 хворих та рентгеноваскулярної емболізації селезінкової і лівої шлункової артерій у 72 хворих. Проаналізовані ранні та віддалені результати цих втручань, а також їх ефективність у профілактиці рецидивів стравохідно-шлункових кровотеч із варикозно розширених венозних вузлів стравоходу і шлунка.

From 2006 to 2009 authors applied different methods of endoscopic hemostasis in a complex treatment 360 patients with the gastroesophageal bleeding at portal hypertension. In the article compared efficiency of different methods of endoscopic hemostasis depending on the stage of cirrhosis and localization of site of bleeding. The auxiliary methods of surgical prophylaxis of the gastroesophageal bleeding in case of portal hypertension and correction of secondary splenomegaly are also described by the authors. Laparoscopic devascularization of the cardia and stomach in 42 patients and X-rayendovascular embolizations of splenic and left gastric artery in 72 patients were also performed with the aim of prophylaxis. The early and remote results of these interferences, and also their efficiency, are also analyzed in the prophylaxis of relapses of the gastroesophageal bleeding from varicose-extended venous knots of gullet and stomach.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Лікування ускладненої портальної гіпертензії є однією з найбільш актуальних, складних і невіршених проблем хірургії. За останні десятиліття у всіх країнах світу відзначається зростання захворюваності на цироз печінки – найбільш часту причину портальної гіпертензії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), летальність від цирозу печінки займає восьме місце серед захворювань травного тракту. Багато авторів пов'язує ці несприятливі тенденції із зростанням вживання алкоголю, збільшенням захворюваності на вірусний гепатит, зростанням кількості спожитих ліків, недостатнім знанням багатьох питань патогенезу захворювань печінки. Найбільш тяжким і важкопрогнозованим ускладненням портальної гіпертензії є кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка. Ризик

виникнення першої кровотечі в перші 2 роки після встановлення діагнозу складає 30 %, а летальність при першій кровотечі – 50 % [1, 2, 3, 4].

Ще несприятливіший прогноз для хворих, які раніше перенесли кровотечу. Частота розвитку рецидивів геморагії складає 50-90 %.

Настільки високий ризик і низька виживаність визначають необхідність вдосконалення тактики лікування при стравохідно-шлункових кровотечах портального генезу, яка повинна базуватися на знаннях патогенезу їх виникнення і диференційованому підході до лікування даної категорії хворих. Погана переносимість хворими на цироз печінки оперативних втручань завжди диктувала необхідність пошуку і вдосконалення малотравматичних методів лікування. Один із найважливіших малоінвазивних напрямів лікування даної категорії хворих пов'язаний з ендоскопічними втручаннями.

Наукові публікації багатьох авторів [5, 6, 7] показали, що ендоскопічні методики потрібно використовувати не лише як зупинку кровотечі, а також для профілактики можливих рецидивів кровотечі з вен стравоходу і шлунка. Бурхливий розвиток лапароскопічних методів також вніс істотний вклад в лікування цієї категорії хворих.

Проте досі не визначені чіткі показання і проти-показання до ендоскопічних методів лікування і зупинки кровотеч у хворих із портальною гіпертензією, не визначено місце лікувальної ендоскопії в комплексному лікуванні цієї категорії хворих, не вироблені показання до малоінвазивних ендоскопічних операцій у хворих із портальною гіпертензією. Для досягнення даної мети і проведені дані дослідження.

Матеріали і методи. З 2006 до 2009 року під нашим спостереженням перебували 360 хворих із цирозом печінки; зумовленим гепатитом – 170, хворих із цирозом алкогольної та іншої етіології було 190. Ступінь тяжкості циротичного процесу оцінювали за класифікацією Child-Pugh. Хворих із стадією цирозу Child-Pugh A було 120, Child-Pugh B – 140, Child-Pugh C – 100. Кровотечі тяжкого ступеня були в 96 випадках, середнього – в 181 випадку, легкого – у 83 хворих.

Всіх хворих госпіталізували в реанімаційне відділення, де стабілізувався їх стан. Після стабілізації стану хворих їм проводили ендоскопічне дослідження з подальшим ендоскопічним гемостазом. При профузній кровотечі завжди виникають значні труднощі ендоскопічного гемостазу. Найбільш ефективним методом стало ендоскопічне лігування. Всім хворим, яких приймають з кровотечею, проводили ендоскопічне дослідження.

Принциповим моментом діагностичного етапу ендоскопії є диференційна діагностика шлункової або стравохідної кровотечі. Процес огляду проводили з підведеним головним кінцем, що створює умови для переміщення крові в дистальну частину шлунка і полегшує огляд кардіального і субкардіального відділу шлунка при інверсії, а також сприяє відмиванню згустків крові із стравоходу в шлунок. У ряді випадків ми використовували фіброгастроскоп із великим діаметром робочого каналу або гастроскоп із двома робочими каналами, що дозволяє більш ефективно видаляти кров та згустки при кровотечі. У 128 хворих разом із кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу виявлені гострі виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, а також гострі виразки стравоходу внаслідок ерозивного гастриту й езофагіту, що кровоточать. 84 хворим здійснювали лише консервативну терапію. 276 хворим проводили ендоскопічний гемостаз. Для зупин-

ки і профілактики рецидиву кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу нами використовувалося їх ендоскопічне кліпування, лігування, склерозування та пломбування. Склерозування виконували як голками фірми “Olympus”, так і голками власної конструкції. Як склерозант використовували тромбовар, 1 % етоксисклерол. Введення препарату виконували як інтравазально, так і паравазально. Ендоскопічне лігування виконували за методикою Stiegmann-Goff за допомогою лігаторів фірми “Olympus” HX21L1 і Cook, а також модифікованого нами лігатора. Пломбування виконували, застосовуючи двопросвітну голку-інжектор. Використовували фібриновий клей “Immuno” (Австрія), а також приготований за методикою, розробленою в нашій клініці.

Із 276 хворих, яким проводився ендоскопічний гемостаз, 158 пацієнтам виконували ендоскопічне склерозування, 78 хворим – ендоскопічне кліпування та лігування та 40 хворим – ендоскопічне пломбування.

Після зупинки кровотечі і стабілізації стану хворого в 72 випадках для профілактики рецидивів кровотеч нами проводилася рентгенендоваскулярна емболізація селезінкової артерії за модифікованою нами методикою. Емболізацію селезінкової артерії у всіх хворих ми виконували за методикою “хронічної емболізації”, тобто послідовним введенням 30-40 емболів із поролону діаметром 2 мм з подальшим введенням конусоподібної спіралі типу Гіантурко з діаметром витків від 12 до 4 мм. У всіх випадках емболізація виконувалася в початковому відділі на рівні відходження лівої шлункової артерії з перекриттям її просвіту. В 5 хворих через неможливість виконання оклюзії в початковому відділі через анатомічні особливості емболізація селезінкової артерії в середній третині супроводжувалася селективною емболізацією лівої шлункової артерії 25-30 поролоновими емболами. Після виконання втручання катетер видалявся з артеріального русла, на місце пункції накладалася стискальна пов'язка. Протягом доби пацієнти дотримували суворого ліжкового режиму і отримували консервативну та інфузійну терапію в умовах ВРІТ. Всі пацієнти отримували антибіотики широкого спектра дії з профілактичною метою протягом не менше 7 діб після втручання. У 42 випадках з метою профілактики рецидивів кровотеч нами проводилися лапароскопічні операції, що полягають в коагуляції та лігуванні коротких вен і артерій шлунка по великій кривизні із застосуванням високочастотного коагулятора фірми “KLS Martin” з функцією “заварювання” судин. Потім виконували обов'язкове кліпування або лігування лівої шлункової артерії і вени.

Видимі розширені вени кардіоезофагеального переходу прошивалися і лігувалися. Для прискорення лігування вен і артерій шлунка ми застосовували свої оригінальні пристрої, на які ми отримали авторські права. Всі хворі отримували курс гепатотропної і гемостатичної терапії, що включає сандостатин, етамзилат, пітуїтрин, бета-блокатори, нітрати, блокатори протонної помпи, гепатопротектори.

Результати досліджень та їх обговорення.

У 84 випадках після застосування консервативної терапії зупинки кровотечі ми досягли в 50 (59 %) випадках. Рецидив кровотечі ми спостерігали в 34 (41 %) випадках, летальність мала місце в 33 (19 %) випадках.

Різні методики локального ендоскопічного гемостазу нами були застосовані в 276 пацієнтів. З них склерозування застосоване в 158 випадках, лігування та кліпування – в 78 випадках, введення фібринового клею – в 40 випадках. Ефективно зупинити кровотечу нам удалося у 224 (81 %) хворих. Летальність, зважаючи на неефективність локального гемостазу, спостерігалася в 52 (19 %) хворих. Нами застосовувався багатократний ендоскопічний гемостаз для профілактики рецидивів кровотеч. Аналізуючи наведені дані, слід зазначити, що найбільш ефективним був локальний ендоскопічний гемостаз у групі хворих Child A. Найбільш надійним методом зупинки кровотечі стало ендоскопічне кліпування з подальшим ендоскопічним лігуванням варикозно розширених вен стравоходу і шлунка. При цьому у хворих в групі Child A результати ендоскопічного лігування і склерозування майже ідентичні. Враховуючи те, що методика ендоскопічного склерозування є економічнішою і легко виконуваною, перевагу можна віддати їй. Водночас у хворих в групі Child B ефективнішими методами локального гемостазу є ендоскопічне кліпування і лігування, ніж склерозування і введення фібринового клею. При ендоскопічному гемостазі в групі Child C всі методики є малоефективними, проте, враховуючи великий ризик пошкодження варикозно розширених вен при склерозуванні, слід віддати перевагу ендоскопічному кліпуванню і лігуванню. Після проведеного ендоскопічного гемостазу ми спостерігали такі ускладнення: виразка стравоходу – 4 випадки, лихоманка – 15 випадків, стеноз стравоходу – 1 випадок, пневмонія – 5 випадків.

Після ендоскопічної зупинки кровотечі і стабілізації стану хворих для профілактики рецидиву кровотечі нами виконана в 42 випадках лапароскопічна деваскуляризація кардіального відділу шлунка і абдомінальної частини стравоходу. В 1 випад-

ку ми виконали конверсію – перехід на лапаротомію – у зв'язку з кровотечею при деваскуляризації кардіального відділу шлунка. Кровотеча виникла у зв'язку з вираженою коагулопатією внаслідок декомпенсованої функції печінки. Ми спостерігали такі ранні післяопераційні ускладнення: у 3 випадках нагноєння троакарних проколів, в 1 випадку – піддіафрагмальний абсцес, який потребував подальшої пункції, дренивання та санації під УЗ-контролем, у 1 випадку – пневмонія. Після виконання лапароскопічної деваскуляризації летальності ми не спостерігали.

У 74 випадках для профілактики рецидивів кровотечі нами проводилася рентгенендоваскулярна часткова емболізація селезінкової артерії і лівої шлункової артерії. Після виконання рентгенендоваскулярних операцій летальності не було. З місцевих ускладнень ми спостерігали лише невеликі підшкірні гематоми в ділянці пункції стегнової артерії в 32 хворих. У 5 пацієнтів, яким емболізація була виконана за типом гострої оклюзії, спостерігався виражений больовий синдром, що потребувало неодноразового приймання наркотичних анальгетиків. У периферичній крові у них розвивалася картина поліцитемії, характерна для спленектомії: різке збільшення рівня тромбоцитів (до 300×10^9) з подальшою зміною показників здатності згущуватися, еритремія до 14×10^{12} , гіперкоагуляція. У зв'язку з різкою зміною портальної гемодинаміки в 3 із 5 хворих (2 із стадією C та стадією B) розвинулася повторна кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунка в першу добу або наступного дня після втручання. У всіх трьох випадках кровотеча була зупинена повторним ендоскопічним лігуванням і консервативною терапією. Протягом двох тижнів після втручання хворі лихоманили (від 37,5 до 39 °C).

У 150 хворих ми простежили впродовж 3 років віддалені результати після ендоскопічного гемостазу, лапароскопічних і рентгенендоваскулярних операцій. Всі хворі були поділені на 3 групи.

У першій групі простежили результати у 40 хворих, яким проводилася рентгенендоваскулярна емболізація селезінкової і лівої шлункової артерії. З цієї кількості померли 5 хворих у різні терміни після операції. Від наростання печінкової недостатності померли 3 хворих, і 2 пацієнти померли від кровотечі.

У другій групі протягом 3 років ми спостерігали за 26 хворими, яким виконувалися лапароскопічні операції: деваскуляризація кардіального відділу шлунка й абдомінальної частини стравоходу. У цій групі через 1,5 року після операції помер 1 хворий від печінкової недостатності.

У третій групі протягом 3 років відстежені результати у 84 хворих, яким проводився тільки ендоскопічний гемостаз і консервативна терапія. Рецидиви кровотеч спостерігали у 37 хворих, 21 з яких помер від кровотеч і наростання печінкової недостатності.

Аналізуючи отримані результати, слід зазначити, що ендоскопічний локальний гемостаз дозволяє ефективно зупинити кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка, а рентгеновааскулярні і лапароскопічні операції дають можливість, крім того, ще й знизити вірогідність виникнення рецидивів кровотеч і летальність у віддаленому періоді.

Висновки. 1. Ендоскопічний локальний гемостаз є ефективним методом, що дозволяє зупинити кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу у хворих із цирозом печінки і зменшити летальність майже у 2 рази.

2. Найбільш ефективним методом локального гемостазу є ендоскопічне лігування і кліпування варикозно розширених вен у хворих із цирозом печінки.

3. Рентгеновааскулярна емболізація селезінкової артерії, а також лапароскопічна деваскуляризація кардіального відділу шлунка й абдомінального відділу стравоходу дозволяють значно зменшити частоту рецидивів кровотеч і летальність у віддаленому періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. – К.: Здоров'я, 1991. – С. 213-250.
2. Борисов А.Е., Кузьмин-Крутецкий М.И., Кашенко В.А. и др. Кровотечения портального генеза. – СПб.: НИИ СПбГУ ООП, 2001. – С. 26-38.
3. Дроздова А.С. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: обзор // Международные медицинские обзоры. – 1994. – № 5. – С. 326-329.
4. Abraldes J.G., Angermayr B., Bosch J. The management of portal hypertension // Clin. Liver Dis. – 2005. – № 9. – P. 685-713.

5. 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.
6. 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.
7. Portal Hypertension: Pathobiology, Evaluation, and Treatment- Edited by Arun J. Sanyal, Vijay H. Shah. – Humana Press, Totowa, New Jersey, 2005. – P.167-285.
8. Rockey D.C. Gastrointestinal bleeding // Gastroenterol. Clin. North Am. – 2005. – № 34. – P. 581-588.