

УДК 616.149-008.341.1:347.440.32

© Ю. В. ГРУБНИК, В. Ю. ГРУБНИК, В. А. ФОМЕНКО, А. Н. ЮЗВАК

Одесский государственный медицинский университет
Одесская областная клиническая больница
Одесский центр желудочно-кишечных кровотечений на базе Городской клинической больницы № 11

Нестандартный подход к лечению больных с циррозом печени, осложненным кровотечением, с применением малоинвазивных технологий

YU. V. HRUBNYK, V. YU. HRUBNYK, V. A. FOMENKO, A. N. YUZVAK

Odessa State Medical University
Odessa Regional Clinical Hospital
Odessa Center of Gastro-Intestinal Bleeding Based on City Clinical Hospital № 11

NONSTANDARD APPROACH TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER CIRROSIS COMPLICATED BY BLEEDING WITH THE USE OF MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES

Лечение осложненной портальной гипертензии является одной из наиболее актуальных, сложных и нерешенных проблем хирургии. За последние десятилетия во всех странах мира отмечается рост числа заболеваемости циррозом печени – наиболее частой причины портальной гипертензии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), летальность от цирроза печени занимает восьмое место среди заболеваний пищеварительного тракта [4]. Много авторов связывают эти неблагоприятные тенденции с ростом потребления алкоголя, увеличением заболеваемости вирусным гепатитом, увеличением количества потребляемых лекарств, недостаточным знанием многих вопросов патогенеза заболеваний печени. Наиболее тяжелым и трудно прогнозируемым осложнением портальной гипертензии является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Риск возникновения первого кровотечения в первые 2 года после постановки диагноза составляет 30 %, а летальность при первом кровотечении – 50 % [1, 2, 4].

Еще более плохой прогноз для больных, которые раньше перенесли кровотечение.

Частота развития рецидивов геморрагии составляет 50–90 % [2]. Настолько высокий риск и низкая выживаемость определяют необходимость совершенствования тактики лечения при пищеводно-желудочных кровотечениях портального генеза, которая должна базироваться на знаниях патогенеза их возникновения и дифференцированном подходе к лечению данной категории больных. Плохая переносимость больными циррозом печени больших оперативных вмешательств всегда

диктовала необходимость поиска и совершенствования малотравматичных методов лечения. Одно из важнейших малоинвазивных направлений лечения данной категории больных связано с эндоскопическими вмешательствами. Лечебная тактика при кровотечениях портального генеза является неоднозначной и далекой от консенсуса. Летальность как при консервативном, так и при хирургическом лечении является высокой и составляет 17–45 % в стадии декомпенсации. Результаты хирургического лечения в значительной степени зависят от функционального состояния печени [4].

Научные публикации многих авторов [5, 6, 7] показали, что эндоскопические методики нужно использовать не только как остановку кровотечения, а также для профилактики возможных рецидивов кровотечения из вен пищевода и желудка.

Бурное развитие лапароскопических и рентгенэндоваскулярных оперативных методик позволяет надеяться на то, что именно лапароскопические операции позволят найти золотую середину в оперативном лечении портальной гипертензии и связанных с ней осложнений, так как именно они сочетают в себе малую травматичность и возможность воздействовать на главные звенья патогенеза этого синдрома. Также особый интерес представляют отдаленные результаты применения этих малоинвазивных операций.

Целью данной работы было отследить и проанализировать отдаленные результаты оперативного лечения больных с портальной гипертензией, осложненной пищеводно-желудочными кровотечениями, методами лапароскопической деваскуляризации пищевода и желудка и рентгенэндоваскуляр-

ной эмболизации селезеночной и левой желудочной артерии в различные сроки после операций.

С 2010 по 2015 г. под нашим наблюдением находились 360 больных с циррозом печени; обусловленных гепатитом было 170, больных с циррозом алкогольной и другой этиологии было 190. Степень тяжести цирротического процесса оценивали по классификации Child–Pugh [8]. Больных со стадией цирроза Child–Pugh A было 120, Child–Pugh B – 140, Child–Pugh C – 100. Кровотечения тяжелой степени были в 96 больных, средней – в 181 пациента, легкой – в 83 больных.

Все больные, которые поступали в клиники, госпитализировались в реанимационное отделение, где стабилизировалось их состояние. После стабилизации состояния больных им проводилось эндоскопическое исследование с последующим эндоскопическим гемостазом. При профузном кровотечении всегда возникают значительные трудности эндоскопического гемостаза. Наиболее эффективной методикой стало эндоскопическое лигирование. Всем больным, которые поступают с кровотечением, проводилось эндоскопическое исследование.

Принципиальным моментом диагностического этапа эндоскопии является дифференциальная диагностика желудочного или пищеводного кровотечения. Процесс обзора проводили с подведенным главным концом, который создает условия для перемещения крови в дистальную часть желудка и облегчает обзор кардиального и субкардиального отделов желудка при инверсии, а также способствует отмыванию сгустков крови из пищевода в желудок. В ряде случаев мы использовали фиброгастроскоп с большим диаметром рабочего канала или гастроскоп с двумя рабочими каналами, что позволяет более эффективно удалять кровь и сгустки при кровотечении. 84 больным проводили лишь консервативную терапию. 276 больным проводили эндоскопический гемостаз. Для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода нами использовалось их эндоскопическое лигирование, склерозирование и пломбирование. Склерозирование выполняли как иглами фирмы “Olympus”, так и иглами собственной конструкции. Как склерозант использовали тромбовар, 1 % этоксисклерол. Введение препарата выполняли как интравазально, так и паравазально. Эндоскопическое лигирование выполняли по методике Stiegmann–Goff с помощью лигаторов фирмы “Olympus” HX21L1 и “Cook”, а также модифицированного нами лигатора. Пломбирования выполняли, применяя двухпросветную иглу-инжектор. Использовали фибриновый клей “Immuno” (Австрия), а также приготовленный по методике, разработанной в нашей клинике.

Из 276 больных, которым проводился эндоскопический гемостаз, 158 больным проводилось эндо-

скопическое склерозирование, 78 больным – эндоскопическое клипирование и лигирование, стентирование и 40 больным – эндоскопическое пломбирование.

После остановки кровотечения и стабилизации состояния больного в 72 случаях для профилактики рецидивов кровотечений нами проводилась рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии по модифицированной нами методике [3, 6, 7]. Эмболизацию селезеночной артерии у всех больных мы выполняли методикой “хронической эмболизации”, то есть последовательным введением 30–40 эмболов из поролон диаметром 2 мм с последующим введением конусообразной спирали типа Гиантурко с диаметром витков от 12 до 4 мм. Во всех случаях эмболизация выполнялась в начальном отделе на уровне отхождения левой желудочной артерии с перекрытием ее просвета. В 5 больных из-за невозможности выполнения окклюзии в начальном отделе из-за анатомических особенностей эмболизация селезеночной артерии в средней трети сопровождалась селективной эмболизацией левой желудочной артерии 25–30 поролоновыми эмболами. После выполнения вмешательства катетер удалялся из артериального русла, на место пункции накладывалась давящая повязка. На протяжении суток пациенты придерживались строгого постельного режима и получали консервативную и инфузионную терапию в условиях ОРИТ. Все пациенты получали антибиотики широкого спектра действия с профилактической целью не менее 7 суток после вмешательства.

В 42 случаях с целью профилактики рецидивов кровотечений нами проводились лапароскопические операции, которые заключаются в коагуляции и лигировании коротких вен и артерий желудка по большой кривизне с применением высокочастотного коагулятора фирмы “KLS Martin” с функцией “заваривания” сосудов. Потом выполняли обязательное клипирование или лигирование левой желудочной артерии и вены. Видимые расширенные вены кардиоэзофагального перехода прошивались и лигировались. Все больные получали курс гепатотропной и гемостатической терапии, которая включает сандостатин, этамзилат, питуитрин, бета-блокаторы, нитраты, блокаторы протонной помпы, гепатопротекторы.

У 18 больных с кровотечением из варикозно расширенных вен желудка ввиду неэффективности эндоскопического гемостаза произведена лапароскопическая вертикальная резекция тела и дна желудка.

В 84 случаях после употребления консервативной терапии остановки кровотечения мы достигли в 50 (59 %) случаях. Рецидив кровотечения мы наблюдали в 34 (41 %) случаях, летальность была в 33 (19 %) случаях.

Разные методики локального эндоскопического гемостаза нами были применены в 276 случа-

ях. Эффективно остановить кровотечение нам удалось в 224 (81 %) случаях. Летальность ввиду неэффективности локального гемостаза наблюдалась в 52 (19 %) больных.

После эндоскопической остановки кровотечения и стабилизации состояния больных для профилактики рецидива кровотечения в 42 случаях нами произведена лапароскопическая деваскуляризация кардиального отдела желудка и абдоминальной части пищевода. В 1 случае нам понадобилось выполнить конверсию – переход на лапаротомию – в связи с кровотечением при деваскуляризации кардиального отдела желудка. Кровотечение возникло в связи с выраженной коагулопатией в результате декомпенсированной функции печени. Нами наблюдались такие ранние послеоперационные осложнения: в 3 случаях нагноения троакарных проколов, в 1 случае – поддиафрагмальный абсцесс, который нуждался в последующей пункции, дренировании и санации под УЗ-контролем, в 1 случае – пневмония. После выполнения лапароскопической деваскуляризации летальности нами не наблюдалось.

У 74 пациентов, которым был выполнен эндоскопический локальный гемостаз, после стабилизации состояния была проведена рентгенэндоваскулярная частичная эмболизация селезеночной артерии и левой желудочной артерии. После выполнения рентгенэндоваскулярных операций летальности не было. Из местных осложнений мы наблюдали лишь небольшие подкожные гематомы в области пункции бедренной артерии у 32 больных. У 5 пациентов, которым эмболизация была выполнена по типу острой окклюзии, наблюдался выраженный болевой синдром, который требовал неоднократно употребления наркотических анальгетиков. В периферической крови у них развивалась картина полицитемии, характерная для спленэктомии: резкий подъем уровня тромбоцитов (до 300×10^9) с последующим изменением показателей способности сгущаться, эритремия до (14×10^{12}) , гиперкоагуляция. В связи с резким изменением портальной гемодинамики у 3 из 5 этих больных (2 со стадией С и 1 со стадией В) развилось повторное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка в первые сутки или на следующий день после вмешательства. Во всех трех случаях кровотечение было остановлено повторным эндоскопическим лигированием и консервативной терапией. В течение двух недель после вмешательства больные лихорадили от 37,5 до 39 °С.

Нами прослежены в 162 больных на протяжении 3 лет отдаленные результаты после только эндоскопического гемостаза и эндоскопического ге-

мостаза с последующим выполнением лапароскопических и рентгенэндоваскулярных операций. Все больные были разделены на 3 группы.

В первой группе проследили результаты 40 больных, которым проводилась рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной и левой желудочной артерии. Из этого количества умерли 5 больных в разные сроки после операции. От прогрессирования печеночной недостаточности умерли 3 больных и 2 больных – от кровотечения.

Во второй группе в течение 3 лет нами прослежена судьба 26 больных, которым выполнялись лапароскопические операции, – деваскуляризация кардиального отдела желудка и абдоминальной части пищевода, а также 12 больных, которым произведена вертикальная резекция желудка при варикозно расширенных венах желудка. В этой группе через 1,5 года после операции умер 1 больной от печеночной недостаточности и 1 больной после рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен кардии.

В третьей группе отслежены результаты в течение 3 годов у 84 больных, которым проводились только эндоскопический гемостаз и консервативная терапия. Рецидивы кровотечений наблюдались у 37 больных, 21 из которых умер от кровотечений и прогресса печеночной недостаточности.

Анализируя полученные результаты, следует отметить, что эндоскопический локальный гемостаз позволяет эффективно остановить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, а рентгенэндоваскулярные и лапароскопические операции позволяют, кроме того, еще и снизить достоверность возникновения рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде.

Выводы. Эндоскопический локальный гемостаз является эффективным методом, что позволяет остановить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени и снизить летальность почти в 2 раза.

2. Наиболее эффективным методом локального гемостаза является эндоскопическое лигирование, стентирование и клипирование варикозно расширенных вен у больных с циррозом печени.

3. Нестандартные методы лечения, такие как рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии, лапароскопическая деваскуляризация кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода, а также лапароскопическая вертикальная резекция желудка, позволяют значительно снизить частоту рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде.

Получено 27.01.15