

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Чл.-корр. НАМНУ України В. В. БОЙКО^{1,2}, проф. В. Г. ГРОМА^{1,2},
проф. В. Н. ЛЫХМАН^{1,2}, канд. мед. наук Д. А. МИРОШНИЧЕНКО¹,
канд. мед. наук А. А. МЕРКУЛОВ²

¹ Харьковський національний медичинський університет,
² ГУ «Інститут общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины»,
Харьков, Украина

Проанализированы результаты лечения больных портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, при помощи эндоскопических методов гемостаза: лигирования и склерозирования. Показано, что основой успешного лечения кровотечений у данной группы больных является дифференцированный подход в выборе того или иного метода эндоскопического гемостаза.

Ключевые слова: кровотечение, варикозно расширенные вены, эндоскопическое склерозирование, эндоскопическое лигирование.

Лечение больных портальной гипертензией — одна из самых сложных проблем современной гепатологии. Тяжелым и сложно прогнозируемым осложнением заболевания является кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка [1, 2], летальность которого составляет 35–70% [3], рецидив возникает у 50–90% больных [4].

Хирургические вмешательства сопряжены с высоким риском развития печеночной недостаточности и летального исхода [5]. При этом одним из важнейших направлений в лечении данной категории больных являются эндоскопические методы гемостаза, носившие ранее в основном диагностический или вспомогательный характер. Сегодня они рассматриваются в ряде ситуаций как альтернатива хирургическому пособию [5].

Существуют три вида эндоскопического лечения: склеротерапия (СТ), облитерация ВРВ клеевыми композициями и эндоскопическое лигирование (ЭЛ). Из инъекционных методов наиболее изучено использование склерозантов [6, 7].

Меньшая частота осложнений (0–8%) наблюдается при ЭЛ, применение которого в настоящее время, по некоторым данным, более предпочтительно при кровотечениях из ВРВ пищевода [8]. Но прежде всего данный метод применяют с целью профилактики кровотечений [10].

Несмотря на высокую эффективность СТ ВРВ при продолжающемся кровотечении (до 85%), отмечается высокая частота повторных геморрагий (до 53%). Летальность при этом варьирует от 15 до 63% [10].

Цель данного исследования — оценить эффективность и изучить возможности эндоскопических

методов гемостаза в лечении и профилактике кровотечений из ВРВ пищевода и желудка.

Нами проанализированы результаты применения эндоскопической СТ и ЭЛ у 130 больных ПГ, осложненной кровотечением из ВРВ пищевода и желудка. Мужчин было 70 (53,8%), женщин — 60 (46,2%), их средний возраст составил 48,3±14,6 года. Большинство обследованных — 102 (78,5%) больных — это лица трудоспособного возраста (до 60 лет), что свидетельствует о социальной значимости рассматриваемой проблемы.

Эндоскопическое исследование проводилось согласно медицинским стандартам «Гастроинтестинальные вмешательства» (2017). Диагностику ВРВ пищевода и желудка проводили в соответствии с рекомендациями Всеукраинской ассоциации эндоскопистов. Выделяли три степени патологических изменений вен в зависимости от их диаметра: I — 2–3 мм; II — 3–5 мм; III — более 5 мм.

Были также определены локализация и форма ВРВ: I степень — флебэктазии нижней трети пищевода, переходящие на эзофагокардиальную розетку и имеющие прямую или извилистую форму; II — ВРВ нижней и средней трети пищевода, кардиального отдела желудка, имеющие извилистую форму; III — флебэктазии пищевода, распространяющиеся на кардиальный отдел и дно желудка и имеющие узловато-гроздевидную форму.

Лечебные эндоскопические вмешательства в экстренных условиях проводили спустя 6–12 ч от момента начала медикаментозной терапии тампонадой баллоном Блэкмора — Сенагстена для достижения «временного гемостаза», что позволяет стабилизировать общее состояние больного, минимизировать число осложнений, а также эффективнее выполнить эндоскопические вмешательства.

Распределение больных по группам согласно выполненным эндоскопическим вмешательствам представлено в таблице.

Распределение больных в соответствии с выполненными эндоскопическими вмешательствами

| Кровотечение | Эндоскопическое склерозирование | | | | | | Эндоскопическое лигирование | |
|----------------|---------------------------------|------|---------------|------|-----------------|------|-----------------------------|------|
| | интравазальное | | паравазальное | | комбинированное | | абс. ч. | % |
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % | | |
| Остановившееся | 36 | 27,7 | 24 | 18,5 | 10 | 7,7 | 4 | 3,1 |
| Продолжающееся | 12 | 9,2 | 10 | 7,7 | 20 | 15,4 | 14 | 10,8 |

При интравазальной СТ введение склерозанта мы проводили непосредственно в просвет вены. При этом гемостаз обеспечивался за счет сокращения сосуда, что приводило к уменьшению его напряжения, сдавлению сосуда вследствие возникающего паравазального компонента, отека и утолщения стенки вены. Склерозант способствует возникновению асептического воспаления на интима сосуда, его слипанию и прерыванию кровотока по вене. Вследствие СТ развивается флебит вены с вовлечением стенки сосуда и окружающей паравазальной ткани. Мы использовали 1–5 мл раствора склерозанта (инъекции в ВРВ в объеме 0,5–1,0 мл 70% раствора этанола, 3% раствора фибровейна или 2 мл 0,5% раствора этоксисклерола на одну инъекцию), на 3–4 см дистальнее разрыва вены или на расстоянии 1–1,5 см выше пищевода-желудочного перехода в неаррозированных венах. На 5-й день процедуру повторяли, при этом охватывали участки, которые оказались вне зоны действия во время первого сеанса СТ. Третий сеанс СТ приходился на 30-й день, мы оценивали эффективность лечения, динамику уменьшения степени ВРВ и снятие угрозы кровотечения. Четвертый сеанс СТ проводили через три месяца.

Паравазальная СТ выполняется под местной анестезией 1% раствора лидокаина с предварительной премедикацией. СТ начинается от области эзофагокардиального перехода и продолжается в проксимальном направлении. Из склерозирующих агентов мы использовали этоксисклерол производства Германии (20 мг полидоканола в 1 мл этилового спирта), но чаще в 0,5%-ной концентрации. При каждой инъекции вводили не более 3–4 мл склерозанта, обычно от 15 до 20 вколов. За один сеанс расходовали до 24–36 мл склерозанта. Вводимый по инъектору склерозант создает по обеим сторонам варикозной вены плотный отек, сдавливающий сосуд.

Комбинированная СТ осуществлялась путем введения склерозанта интра- и паравазально за одну процедуру. Метод осуществлялся введением паравазально на уровне разрыва, а затем интравазально на 1,5–2,0 см дистальнее. При этом за счет паравазального введения достигалась компрессия вены и создавались условия для более длительного нахождения склерозанта в вене. Повторные сеансы СТ осуществляли через 2–5 дн (всего 3–8

сеансов). На последующих сеансах СТ препарат вводился проксимальнее предыдущего места с пункцией вены на расстоянии 2–3 см друг от друга (в среднем — до 13 мл склерозаната внутривенно и до 37 мл паравазально).

Лечение продолжается до получения эффекта эрадикации либо до достижения положительного результата. Для этого требуется в среднем 4–5 сеансов СТ в год. Динамический контроль осуществляется в последующем один раз в полгода. В случае необходимости лечение повторяется.

При продолжающемся кровотечении проводили верификацию кровоточащей вены. В зависимости от локализации источника склерозант вводится по обе стороны этой вены. Для достижения эффекта необходимо, чтобы количество склерозанта превышало 10–15 мл. Данное обстоятельство требует выполнения контрольной эндоскопии через 3–4 дн после проведения эндоскопического гемостаза. При отсутствии осложнений больным выполняли контрольную эзофагогастродуоденоскопию и в случае необходимости — повторное склерозирование через 3; 6,12; 24; 36 мес.

В условиях остановившегося кровотечения ЭЛ ВРВ осуществляли наложением лигатурных петель последовательно на каждый варикозный узел в проксимальном направлении начиная с кардии. Выбранный варикозный узел отсосом засасывается в цилиндр не менее чем на половину высоты, потом сбрасывается кольцо. За сеанс в зависимости от выраженности ВРВ накладывается от 6 до 10 лигатур. При продолжающемся кровотечении первую лигатуру накладывали на источник кровотечения, что в ряде случаев делало невозможным обработать ниже лежащие вены и приводило к увеличению общего количества сеансов, необходимых для эрадикации ВРВ пищевода. В среднем число сеансов варьировало от 4 до 6 с интервалом 5–7 дн.

Источником кровотечения у 116 (89,2%) больных были ВРВ пищевода и зоны кардиоэзофагального перехода, а у 14 (10,8%) — кардиального отдела желудка.

При эндоскопии у больных выявлено такое расширение ВРВ: I степени — в 6 (4,6%) случаях, II — в 52 (40%) и III — в 72 (55,4%). Отмечена закономерность: чем больше размеры вен, тем больше вероятность развития кровотечения.

Эндоскопическая склеротерапия (ЭС) ВРВ пищевода и желудка в условиях продолжающегося кровотечения выполнена у 42 (32,3%) больных. У 50 (38,5%) пациентов проведена СТ в условиях остановившегося кровотечения, так как во время диагностической ЭГДС из-за технических трудностей (невозможно было верифицировать источник кровотечения) 4 (3,1%) больным был поставлен зонд-обтуратор. В 12 (9,2%) случаях профузное кровотечение из ВРВ не позволило провести адекватную СТ. Таким образом, выполнимость метода СТ в экстренной ситуации составила 87,7%. В группе с продолжающимся кровотечением стойкий гемостатический эффект отмечен у 38 (29,2%) больных, поэтому эффективность метода составила 96,9%.

В послеоперационном периоде в 10 (7,7%) наблюдениях возник рецидив кровотечения: в раннем (на 1–2-е сутки) — у 4 (3,1%) больных и в позднем (на 5–7-е сутки) — у 6 (4,6%) по причине развития постсклеротических язв. Несмотря на достигнутый гемостаз, 4 (3,1%) пациента умерли при нарастании явлений печеночной недостаточности. Таким образом, в группе больных, которым вмешательство выполнялось при продолжающемся кровотечении, летальность составила 9,5%, а общая летальность — 3,1%. Рецидив кровотечений в группе — 23,8%.

В группе больных, которым ЭС выполнена после остановившегося кровотечения, СТ предпринята в отсроченном порядке после предварительного гемостаза зондом-обтуратором. Рецидивы кровотечения отмечены в 8 (6,2%) случаях, из них с летальным исходом у 2 (1,5%) пациентов с циррозом печени. Остальным 6 (4,6%) больным с поздними рецидивами кровотечения проводили повторные сеансы СТ до достижения стойкого гемостаза. Гемостатический эффект ЭС в этой группе составил 81,0%. На 4–5-е сутки произошло 4 летальных исхода: 2 (1,5%) больных умерли от рецидива кровотечения и 2 (1,5%) — при нарастании явлений печеночной

недостаточности. Рецидивы кровотечений отмечены в 16,0% наблюдениях. Летальность в этой группе составила 8,0%, общая — 3,1%.

Таким образом, в группах больных, которым проведена СТ, стойкий гемостатический эффект составил 86,2%; рецидив кровотечений с благоприятным исходом — 9,2%; общая летальность — 6,1%.

В группах больных, поступивших в экстренном порядке, была выполнена ЭЛ, топическая визуализация источника кровотечения и гемостаз при продолжающемся кровотечении оказались возможными у 14 (10,8%). Выполнимость ЭЛ при продолжающемся кровотечении из ВРВ составила 77,8%. Непосредственного гемостаза удалось достичь во всех наблюдениях, однако стойкий гемостатический эффект в ближайшем периоде сохранялся только в 85,7% случаев. Рецидив кровотечения отмечен у 2 (11,1%) больных на 3–4-е сутки. У 4 (22,2%) больных, которым ЭЛ выполнялось в отсроченном порядке (после предварительного гемостаза зондом-обтуратором и медикаментозной терапии), гемостатический эффект в ближайшем периоде составил 100,0%, без рецидива кровотечения. Таким образом, при применении ЭЛ для лечения кровотечений из ВРВ непосредственный гемостатический эффект составил 100,0%, стойкий гемостаз в ближайшем периоде — 82,4%, без летальных случаев.

Несмотря на то что СТ ВРВ является паллиативной операцией, данный метод относительно прост и общедоступен, практически не имеет противопоказаний. Улучшить результаты применения СТ в экстренных случаях можно, выполняя вмешательство в отсроченном порядке после стабилизации состояния больного. Однако метод ЭЛ показал свою эффективность относительно эндоскопической СТ.

Для оценки эффективности методов в отдаленном периоде мы предпочли объединить больных

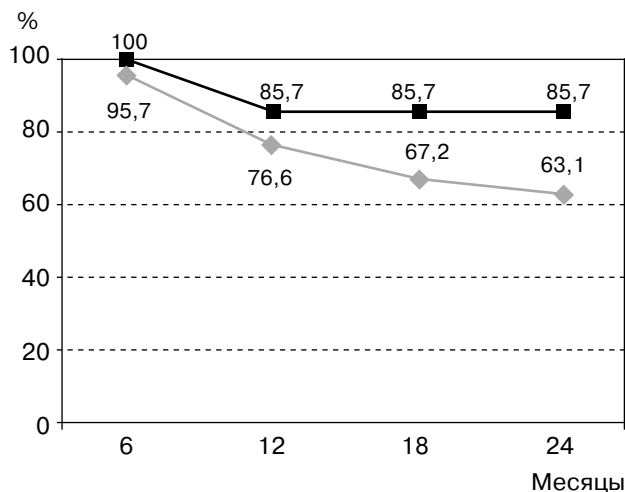


Рис. 1. Выживаемость больных после эндоскопических лигирования и склерозирования варикозно расширенных вен пищевода в отдаленном периоде: —■— ЭЛ; —◆— СТ

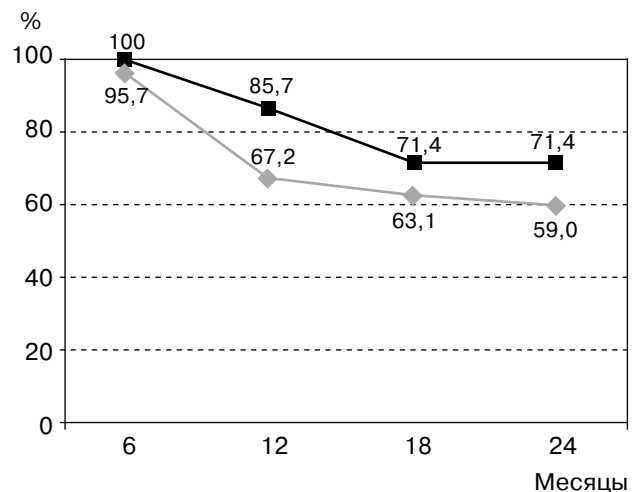


Рис. 2. Гемостатический эффект после эндоскопических лигирования и склерозирования варикозно расширенных вен пищевода в отдаленном периоде: —■— ЭЛ; —◆— СТ

с продолжающимся и остановившимся кровотечением и проанализировать показатели выживаемости, частоты рецидивов кровотечения в зависимости от характера вмешательства отдельно в группах СТ и ЭЛ.

Отдаленные результаты изучены у 14 (10,8%) больных после ЭЛ и у 98 (75,4%) — после СТ ВРВ в сроки до 24 мес по выживаемости (рис. 1) и гемостатическому эффекту (рис. 2).

При анализе отдаленных результатов применения ЭС и СТ в лечении кровотечений из ВРВ пищевода и желудка установлено, что ЭЛ имеет лучшие результаты. Но следует отметить, что его применение при продолжающемся кровотечении невелико и уступает СТ, ограничениями метода являются маленький размер вен, недостаточный для аспирации с последующим лигированием ВРВ, и недостаточный опыт специалиста.

Таким образом, в основе успешного лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка при синдроме портальной гипертензии являет-

ся дифференцированный подход в выборе того или иного метода эндоскопического гемостаза. При выборе метода лечения следует принимать во внимание локализацию, степень расширения ВРВ, а также тяжесть основного заболевания.

Эндоскопические методы гемостаза и профилактики осложнений эффективны и должны оставаться на «первой линии» в программе лечения у данной категории больных.

Наиболее оптимальным является достижение временного гемостаза на фоне проведения медикаментозной терапии, баллонной тампонады и коррекции функций гомеостаза, с последующим выбором метода и окончательного эндоскопического гемостаза в отсроченном периоде.

Сравнительный анализ применения эндоскопических методов лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка показал, что ЭЛ по сравнению с СТ имеет лучшие результаты при продолжающемся кровотечении.

Список литературы

1. *Ерамеццанцев А. К.* Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / А. К. Ерамеццанцев // *Анналы хирургической гепатологии.*— 2007.— Т. 12, № 2.— С. 8–15.
2. Совершенствование оценки риска кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода / Г. К. Жерлов, Н. С. Рудая, А. П. Кошевой [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.*— 2012.— Т. 10, № 2.— С. 77.
3. Алгоритм лечебной тактики при портальной гипертензии, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / П. Д. Фомин, В. И. Никишаев, В. А. Кондратюк [и др.] // *Здоров'я України.*— 2015.— Тематичний номер.— С. 26–29.
4. Natural history of a randomized trial comparing distal spleno-renal shunt with endoscopic sclerotherapy in the prevention of variceal rebleeding: a lesson from the past / R. Santambrogio, E. Opocher, M. Costa [et al.] // *World J. Gastroenterology.*— 2016.— Vol. 12, № 39.— P. 6331–6338.
5. *Абдурахманов Б. А.* Эффективность эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях портального генеза у больных циррозом печени / Б. А. Абдурахманов, Ш. Х. Ганцев, О.К. Кулакеев // *Анналы хирургической гепатологии.*— 2011.— Т. 16, № 3.— С. 65–71.
6. *Ангелич Г. А.* Диагностика и хирургическое лечение осложнений цирроза печени: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра. мед. наук; спец. 14.01.17 «Хирургия» / Г. А. Ангелич.— Кишинев, 2008.— 20 с.
7. *Park W. G.* Injection Therapies for variceal bleeding disorders of the GI tract / W. G. Park, R. W. Yeh, G. Tnadofilopoulos // *Gastrointestinal endoscopy.*— 2015.— Vol. 67, № 2.— P. 313–321.
8. *Жигалова С. Б.* Эндоскопические технологии в лечении и профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра. мед. наук; спец. 14.01.17 «Хирургия» / С. Б. Жигалова.— М., 2011.— 50 с.
9. *De Franchis R.* Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension / R. De Franchis // *Journal of Hepatology.*— 2017.— № 53.— P. 762–768.
10. *Triantos C. K.* Prevention of the development of varices and first portal hypertensive bleeding episode / C. K. Triantos, A. K. Burroughs // *Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol.*— 2016.— Vol. 24, № 1.— P. 31–42.

ЕНДСКОПІЧНІ МЕТОДИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ КРОВОТЕЧІ З ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН У ХВОРИХ НА ПОРТАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

В. В. БОЙКО, В. Г. ГРОМА, В. М. ЛИХМАН, Д. О. МИРОШНИЧЕНКО, А. О. МЕРКУЛОВ

Проаналізовано результати лікування хворих на портальну гіпертензію, яка ускладнена кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка, за допомогою ендоскопічних методів гемостаза: лігування і склерозування. Показано, що основою успішного лікування кровотеч у цієї групи хворих є диференційований підхід до вибору того чи іншого методу ендоскопічного гемостаза.

Ключові слова: кровотеча, варикозно розширені вени, ендоскопічне склерозування, ендоскопічне лігування.

**ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN BLEEDING FROM VARICOSE VEINS
IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION**

V. V. BOIKO, V. G. GROMA, V. M. LYKHMAN, D. O. MYROSHNYCHENKO, A. O. MERKULOV

The results of treatment of the patients with portal hypertension, which is complicated by bleeding from the esophagus and stomach varicose veins by means of endoscopic methods of hemostasis, i.e. ligation and sclerosis, have been analysed. When choosing one or another method of endoscopic haemostasis a differentiated approach has been shown as being the basis of successful treatment of bleeding in this group of patients.

Key words: bleeding, varicose veins, endoscopic sclerotherapy, endoscopic ligation.

Поступила 19.04.2019