

УДК:616.39-004:616.136.42-089.819

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

¹Макткулиев Уткирбек Исмаилович, ²Батиров Давронбек Юсупович,
³Умаров Зафарбек Зарипбаевич

¹д.м.н., доцент кафедры 1-й кафедры факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан.

²к.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней и трансплантологии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан.

³ассистент кафедры хирургических болезней и трансплантологии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан.

Электронная почта: doctor_uzz1986@mail.ru.

ОРЦИД: <https://orcid.org/0009-0002-6298-9144>

Резюме

Проанализированы данные обследования и лечения 54-х больных с кровотечением из варикозного расширения пищевода и желудка на фоне цирроза печени, находившихся на лечении в 2-ой клинике Ташкентской медицинской академии за период 2010-2022 годы, которым были произведены эндоскопические вмешательства. Цель исследования – изучить эффективности эндоскопического лигирования у больных с синдромом портальной гипертензии осложненной кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка. Положительный эффект наблюдался у 83,3% больных. Также выявлено, что проведение эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода и желудка снижает риск развития кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка до 3,8 %. Полученные результаты указывают на эффективность эндоскопического лигирования у больных с синдромом портальной гипертензии осложненной кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен, лигирование, этапность.

Актуальность

Актуальность и социальная значимость какого-либо заболевания определяется двумя основными факторами – распространенностью среди населения и степенью опасности патологического состояния для жизни и здоровья человека. Необходимость более глубокого изучения и обсуждения конкретной проблемы зависит от того, насколько современный уровень медицины позволяет защитить пациента от развывшейся угрозы для его здоровья [1, 7, 12].

В последнее время в нашей стране отмечен рост заболеваемости циррозом печени (ЦП), который является основной причиной развития портальной гипертензии (ПГ) [2, 8]. Её необходимо рассматривать как важное звено в патогенезе гемодинамических нарушений, приводящее к значительным изменениям кровообращения в системе воротной вены и развитию портосистемных анастомозов [3 – 5, 9].

Вопросы лечения ПГ остаются наиболее сложными и дискуссионными на протяжении десятилетий в связи со сложностью данной проблемы [6, 7, 10, 11], появлением новых технологий и нерешенностью в настоящее время предлагаемых для исследователей задач.

Цель исследования – изучить эффективности эндоскопического лигирования у больных с синдромом портальной гипертензии осложненной кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы исследования.

Проанализированы данные обследования и лечения 54-х больных с кровотечением из варикозного расширения пищевода и желудка на фоне цирроза печени, находившихся на лечении в 2-ой клинике Ташкентской медицинской академии за период 2010-2022 годы, которым были произведены эндоскопические вмешательства.

Наиболее частым этиологическим фактором цирроза печени был вирусный гепатит (В, С, D), составивший 65 % от всего количества больных, хронический алкоголизм – 18 % больных, контакт с ядохимикатами у 13% больных, криптогенный цирроз печени у 4% больных (рис.1)



Давность заболевания у большинства больных (71,2%) составляла от 3 до 7 лет. Причем у 20% больных цирроз печени выявлялся менее чем через год после перенесенного гепатита, в основном среди страдающих вирусным гепатитом.

При оценке степени выраженности ПГ и локализации блока портопеченочного кровообращения придерживались общепринятой классификации Пациоры М.Д. [9] (Табл. 2.). При этом основная часть (37%) больных была в стадии субкомпенсации ПГ.

Как в основной, так и в контрольной группах основной причиной ПГ был внутрипеченочный блок (цирроз печени), смешанный (частичный тромбоз воротной вены и цирроз печени) имел место только в основной группе у 1,1% больных.

Таблица 1

Распределение больных по стадии синдрома портальной гипертензии

Стадия портальной гипертензии	Контрольная группа	Основная группа
Компенсированная стадия	3	4
Субкомпенсированная стадия	8	11



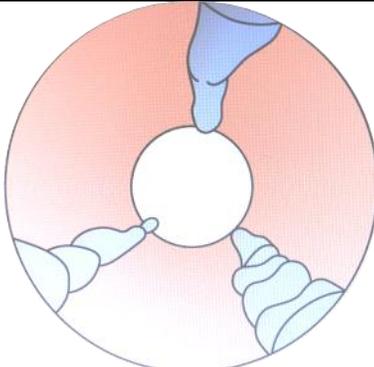
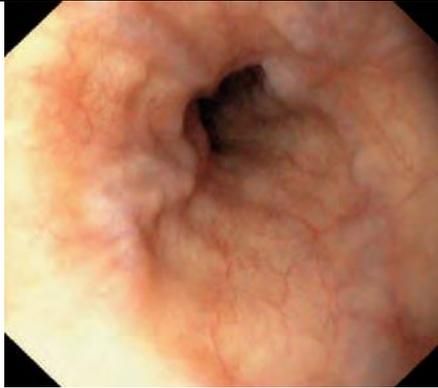
Декомпенсированная стадия	12	16
Всего	23	31

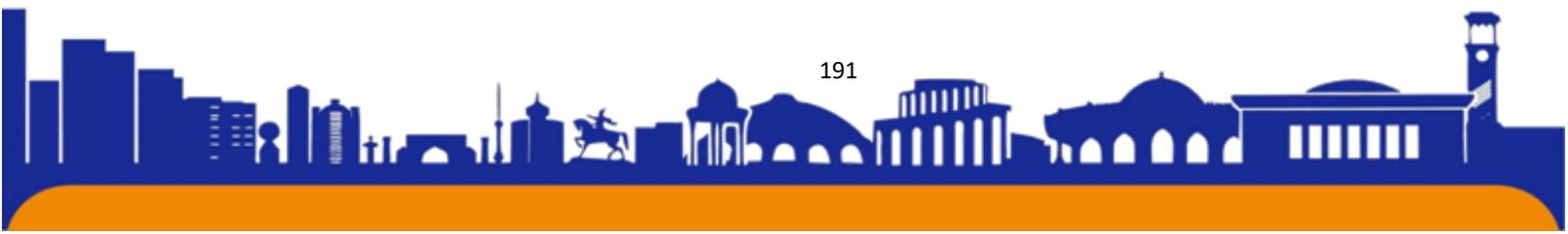
Необходимо отметить, что все обследованные больные ранее перенесли пищеводные и желудочные кровотечения, причем у 18 (14%)- многократно.

Для оценки степени выраженности печеночно-клеточной недостаточности при ЦП использовали классификацию Child-Pugh.

Комплекс обследования пациентов включал клинические, биохимические, инструментальные и радиологические исследования. На основании их данных осуществляли постановку диагноза, вели контроль над течением заболевания и оценивали результаты лечения.

Эндоскопическое исследование позволяло определить источник кровотечения, наличие варикозных вен, их диаметр и протяженность подслизистых сосудов, что позволило оценить степень их расширения по классификации *N. Soehendra, K. Binmoeller* (Таб. 2).

	
1 степень - диаметр вен не превышает 5 мм, они вытянутые, располагаются только в нижней трети пищевода.	





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023

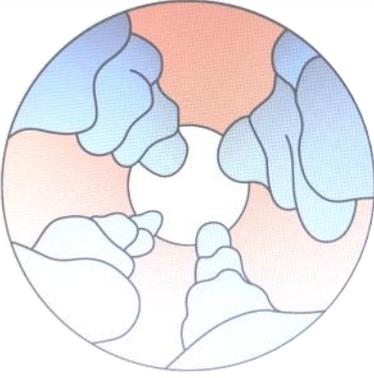
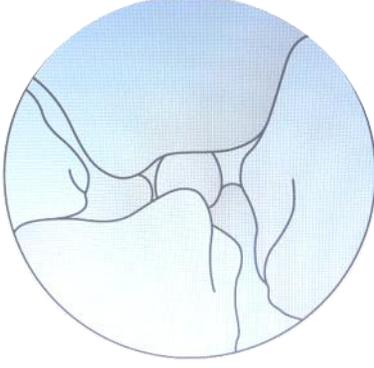
	
<p>2 степень - диаметр вен 5-10 мм, извитые, распространяются в средней трети пищевода.</p>	
	
<p>3 степень - размер вен более 10 мм, напряженные, с тонкой стенкой, расположены вплотную друг к другу, на поверхности вен «красные маркеры»</p>	

Рис. 2. Классификация варикозно расширенных вен пищевода по (N. Soehendra, K. Binmoeller)

Ультразвуковое исследование проводилось не только для подтверждения диагноза, но и для определения размеров и положения печени, состояния паренхимы органа, диаметра внутрипеченочных сосудов портальной системы и их положения, локализации ворот печени, положения желчного пузыря и нижней полой вены. Кроме того, выявляли наличие объемных образований в правой доле печени по ходу предполагаемой пункции, интерпозиции кишечника, что является противопоказанием для выполнения чреспеченочных вмешательств.

Результаты и обсуждения



Проанализированы результаты лечения 54 пациентов с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией и кровотечением из ВРВПЖ, за 2010-2022 гг. находившихся на стационарном лечении в клиниках Ташкентской медицинской академии. Средний возраст больных составил $42,3 \pm 1,1$ года. Среди больных преобладали пациенты мужского пола - 21. Во всех случаях ПГ имела характер внутripеченочного блока, т.е. ЦП, причиной которого в 93% случаев была вирусная инфекция и 7% случаев - ассоциация алкогольного и вирусного гепатита.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы: I – группа контрольная (n=23) и II – основная (n=31). В отличие от контрольной группы в основную группу включены 31 больных, которым наряду с консервативной терапией были выполнены эндоскопические вмешательства в плановом порядке.

На материале контрольной группы, состоящей из 23 больных, которым проводили традиционные консервативной терапией, проведен анализ течения заболевания, определена частота и сроки развития осложнений, выявлена продолжительность жизни и причины летальных исходов.

В основную группу (31 больных) вошли пациенты, которым проводились эндоскопические вмешательства как в экстренном порядке, так и по отсроченным показаниям на основании разработанных методик и алгоритма лечения.

ЭЛ ВРВПЖ по экстренным показаниям выполнено у 31 больных: 18 – в экстренном порядке, 13 – в отсроченном после остановки кровотечения зондом Сенгстейкена-Блэкмора. Выполнение ЭЛ в экстренных случаях при продолжающемся кровотечении без предварительного достижения временного гемостаза зондом-обтуратором Сенгстейкена-Блэкмора в большинстве случаев было выполнено на высоте кровотечения.

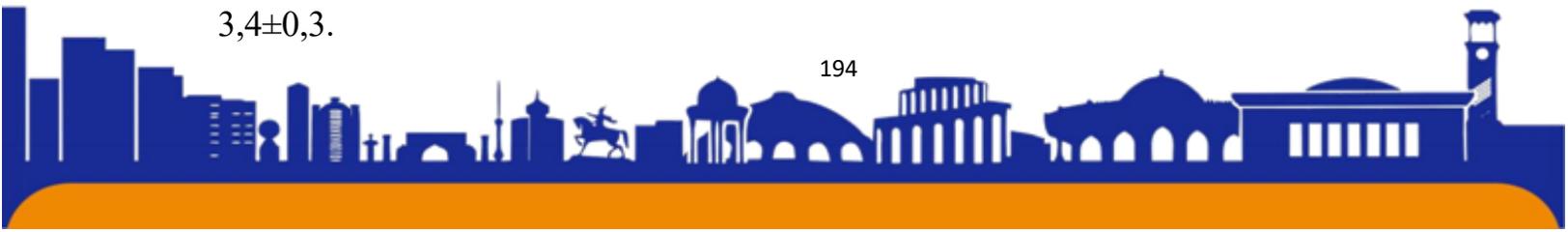
Для проведения ЭЛ нами использовалось многозарядное устройство Saeed`a фирмы Wilson–Cook (США) и НММ-7 (Корея). Курсы ЭЛ выполнялись с периодичностью от 1 до 6 месяцев. Если при визуальном эндоскопическом осмотре после серии курсов лигирования ВРВП не определялись или оценивались как I степень, то проведенное эндоскопическое лечение считали эффективным и пациент наблюдался каждые 3 месяца. Продолжительность

общего лечения занимала от 6 до 12 месяцев, период наблюдения составил 24 месяца.

ЭЛ выполняли натошак с помощью устройства из 6 или 10 колец фирмы Wilson-Cook Medicine. После предварительной эндоскопии насадка с лигирующими латексными кольцами настраивалась на дистальный конец гастроскопа. Лигирование начинали после перехода через кардиальное кольцо с области кардиоэзофагеального перехода, продолжая выше в шахматном порядке по спирали. Для захвата варикозных узлов вакуум внутри цилиндра создавали с помощью медицинского отсоса. При этом после затягивания варикозного узла внутрь цилиндра, с наружной ее стороны опускали латексные кольца на основания узла. ЭЛ при активном кровотоке выполнялось с захватом кровотокающего сосуда или ниже участка кровотока.

Учитывая, что ЭЛ проводилось с помощью многозарядных лигаторов, за один сеанс производили «циркулярное» лигирование всех варикозно расширенных вен пищевода, начиная с уровня пищеводно-желудочного перехода. При необходимости повторное лигирование варикозно расширенных вен осуществлялось через месяц.

Важным показателем безопасности эндоскопического вмешательства является частота осложнений и побочных эффектов. Мы изучили частоту возникновения побочных эффектов при ЭЛ. Наиболее частыми побочными явлениями были загрудинные боли, преходящая дисфагия и транзиторная гипертермия. Болевой синдром и дисфагия постепенно уменьшались самостоятельно на 4-5 сутки после лигирования. Появление гипертермии больше было связано с длительным нахождением зонда-обтуратора, что вызывало пролежни и воспаления слизистой пищевода у 3 (8,1%) пациентов. Данное обстоятельство также усложняло проведение адекватного лигирования ВРВ пищевода и желудка. С другой стороны, выраженный воспалительный процесс вокруг лигированных участков вызывает системную гипертермию. Всасывание кровяных масс в кишечнике также вызывает подъем температуры и прогрессирование печеночной недостаточности. В данных ситуациях мы сочли необходимым назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия. Среднее количество курсов ЭЛ на пациента в течение 2 лет составило $3,4 \pm 0,3$.



У 2 больных отмечен рецидив кровотечения. Во всех случаях рецидив был обусловлен соскальзыванием лигатур на 2 и 3 сутки после их наложения. С целью остановки кровотечения у этих больных была применена обтурация просвета пищевода зондом Блэкмора с последующим повторным эндоскопическим лигированием в 3 случаях.

Таким образом, у больных ЦП изолированное применение эндоваскулярных методик (эмболизация левой желудочной вены, эмболизация селезеночной артерии) характеризуется низким показателем 2-х летней выживаемости – 38,1%, что обусловлено частыми анатомическими и техническими сложностями выполнения – до 54,3%, нестойким первичным гемостазом – 30,8%, высокой частотой развития рецидива кровотечений из ВРВПЖ – 52,2% с риском летальности – 32,6%.

Выводы:

1. Применение эндоскопического лигирования при острых пищеводно-желудочных кровотечениях портального генеза позволяет остановить кровотечение в 68,6 - 83,3% случаев, увеличить двухлетнюю выживаемость пациентов до 58,7% по сравнению с пациентами, получавшими чреспеченочное вмешательство.

2. При этом важнейшими прогностическими факторами, влияющими на выживаемость пациентов перенесших кровотечение портального генеза, являются их принадлежность к функциональному классу по Child-Pugh и развитие рецидива кровотечения. Основным фактором, взаимосвязанным с развитием рецидива варикозного кровотечения после программы эндоскопического лечения, является отсутствие достижения эндоскопической эрадикации варикозных вен кардиального отдела желудка, которая в наших наблюдениях составила после ЭЛ - 20,2%

Литература.

1. Атаханов Д.А. Оптимизация выбора чреспеченочного доступа к воротной вене для выполнения эндоваскулярных вмешательств у больных с портальной гипертензией: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Ташкент, 2004 – 29 с.

2. Ерамишанцев А.К., Киценко Е.А., Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б. Кровотечения из ВРВ пищевода и желудка: диагностика, лечебная тактика



(лекция) // *Анналы хирургической гепатологии.* –2006. –том.XI. –№2. –С105-111.

3. Кадыров Р.Н., Усовершенствование эндоскопического метода остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода- Автореф. дисс.... канд.мед.наук. Ташкент 2010. - 22 с.

4. Морозова Е.И. Роль портальной гипертензии и некоторых метаболических нарушений в развитии кардиогемодинамических расстройств у больных вирусным циррозом печени // автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. код специальности 14.01.04 Внутренние болезни. — 2013

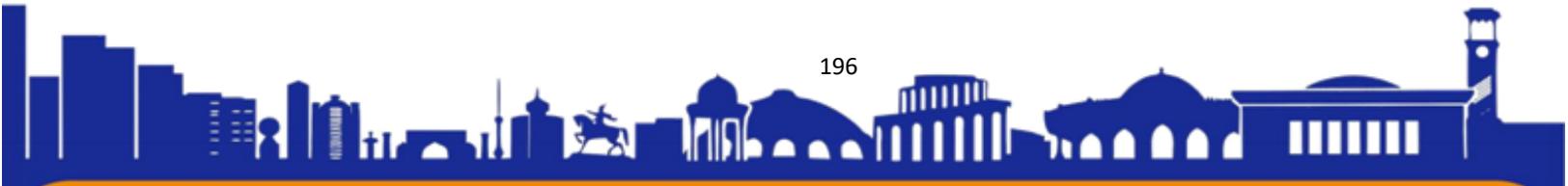
5. Krowka MJ, Wiesner RH, Heimbach JK. Pulmonary contraindications, indications and MELD exceptions for liver transplantation: a contemporary view and look forward. *J Hepatol.* 2013 Aug;59(2):367-74. doi: 10.1016/j.jhep.2013.03.026. Epub 2013 Apr 1. Review. PMID: 23557870.

6. Menahem B, Lubrano J, Desjouis A, Lepennec V, Lebreton G, Alves A. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt placement increases feasibility of colorectal surgery in cirrhotic patients with severe portal hypertension // *Dig Liver Dis.* 2015 Jan;47(1):81-4. doi: 10.1016/j.dld.2014.09.013. Epub 2014 Oct 18. PMID: 25445406.

7. Maktuliev UI, Batirov DY, Umarov ZZ, Allanazarov AKh, Rakhimov AP, Nurmatov ST. Minimally Invasive Interventions in Portal Hypertension Complication with Esophageal and Gastric Varicose Veins // *Scholastic: Journal of Natural and Medical Education.* 2023. №2 (4). 274-279. URL: <http://univerpubl.com/index.php/scholastic/article/view/1315>

8. Маткулиев У.И., Батиров Д.Ю., Умаров З.З., Алланазаров А.Х., Рахимов А.П. Портал гипертензия ва унинг асоратларини даволашда эндоскопик ҳамда эндоваскуляр усуллар // *Научная перспектива Научно-аналитический журнал.* 2023. №3 (157). 60-62. URL: <http://naupers.ru/wp-content/uploads/2016/11/Naupers-3-2023.pdf#page=60>

9. Hakimov MSh; Matkuliev UI; Umarov ZZ. Portal gipertenziya asoratlarini oldini olish va davolashda kaminvazivli aralashuvlar kompleksining samaradorligi // *Science and innovation.* 2022. №1 (Special Issue 2). 379-383. URL:



<https://cyberleninka.ru/article/n/portal-gipertenziya-asoratarini-oldini-olish-va-davolashda-kaminvazivli-aralashuvlar-kompleksining-samaradorligi/viewer>

10. Маткулиев УИ, Умаров ЗЗ. Малоинвазивные вмешательства в профилактике и лечении кровотечений у больных с портальной гипертензией // Научный обозреватель научно-аналитический журнал. 2020. №10 (118). С. 47-50.

11. Khakimov MSh, Matkuliev UI, Batirov DY, Umarov ZZ. Modern Treatment and Prevention of Bleeding from Esophagus and Gastrous Varicose Veins with Portal Hypertension (Review of Literature) // American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2023. №13 (5). 762-767. URL: <http://journal.sapub.org/ajmms>

12. Khakimov MSh, Matkuliev UI, Batirov DY, Umarov ZZ, Allanazarov AX, Rakhimov AP. The factor analysis of the results of modern treatment of patients with liver cirrhosis with portal hypertension // Astana Medical Journal. 2023. №116 (2023). P. 30-34. URL: <https://doi.org/10.54500/2790-1203-2023-116-30-34>