

УДК 616.149-008.341.1:347.440.32

*Ю.В. Грубник, В.Ю. Грубник, В.А. Фоменко, И.В. Московченко***МИНИИВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ***Одесский национальный медицинский университет*

Лечение осложнений цирроза печени, портальной гипертензии и кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка является одной из наиболее актуальных, сложных и нерешенных проблем хирургии. За прошедших 5 года под нашим наблюдением находилось 1012 больных с циррозом печени, обусловленных вирусным гепатитом было 572, больных с циррозом алкогольной и другой этиологии было 460. В 416 случаях после применения консервативной терапии остановки кровотечения мы достигли в 245 (59%) случаев. Рецидив кровотечения мы наблюдали у 171 (41%) случаев, летальность была у 112 (27%) случаев. Разные методики локального эндоскопического гемостаза нами были применены в 476 случаев. Эффективно остановить кровотечение нам удалось 409 (86%) случаев. Летальность ввиду неэффективности локального гемостаза наблюдалась в 65 (14%) больных. У 74 пациентов, которым был выполнен эндоскопический локальный гемостаз, после стабилизации состояния была проведена рентгенэндоваскулярная частичная эмболизация селезеночной артерии и левой желудочной артерии, а у 48 пациентов – лапароскопическая деваскуляризация желудка и абдоминальной части пищевода с лигированием левой желудочной артерии и вены. В остановке и последующей профилактике кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка наиболее эффективной является комплексное применение различных методов на различных этапах лечения.

**Ключевые слова:** эндоскопичний гемостаз, лапароскопічні втручання, локальний гемостаз, цирроз печінки.

Лечение осложнений цирроза печени, портальной гипертензии и кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка 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. [6] 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 первых 2 года после постановки диагноза составляет 30%, а летальность при первом кровотечении – 50% [1-4].

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 [2, 5, 9, 11-13] 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 пособий 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.

**Цель работы** — анализ эффективности эндоскопического локального гемостаза и оперативного лечения больных с портальной гипертензией осложненной пищеводно-желудочными кровотечениями методами лапароскопической деваскуляризации пищевода и желудка и рентгенэндоваскулярной эмболизации селезеночной и левой желудочной артерии в различные сроки после операций.

#### **Материал и методы**

За прошедших 5 года под нашим наблюдением находилось 1012 больных с циррозом печени, обусловленных вирусным гепатитом было 572, больных с циррозом алкогольной и другой этиологии было 460. Степень тяжести цирротического процесса оценивали по классификации Child-Pugh. Больных: Child-Pugh A было 360 больных, Child-Pugh B – 420 больных, Child-Pugh C – 232 больных. Кровотечение тяжелой степени были в 242 случаях, среднего – у 410 случаев, легкого – у 360 больных.

После стабилизации состояния больных им проводилось эндоскопическое исследование. Принципиальным моментом диагностического этапа эндоскопии является дифференциальная диагностика желудочного или пищеводного кровотечения. Процесс обзора проводили в положении с приподнятой верхней частью туловища, которая создает условия для перемещения крови в дистальную часть желудка и облегчает обзор кардиального и субкардиального отдела 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. При профузном крово-

течении всегда возникают значительные трудности эндоскопического гемостаза. Наиболее эффективными методиками было эндоскопическое лигирование. Всем больным, которые поступают с кровотечением, проводилось эндоскопическое исследование.

416 больным проводили лишь консервативную терапию, которая заключалась в применении нитратов, терлипрессина, в-блокаторов, сандостатина, гемостатической терапии, мочегонных и гепатотропных средств. В случае рецидива кровотечения мы использовали постановку зонда Блэкмора.

476 больным проводили эндоскопический гемостаз, который мы стали применять более активно в последние годы. 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% этокси-склерол. Введения 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.

С 476 больных, которым проводился эндоскопический гемостаз, 320 больным проводилось эндоскопическое склерозирование, 98 больным – эндоскопическое клипирование и лигирование и 48 больным – эндоскопическое пломбирование.

После остановки кровотечения и стабилизации состояния больного в 74 случаях для профилактики рецидивов кровотечений нами проводилась рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии по модифицированной нами методике [4, 7, 8]. Эмболизацию селезеночной артерии у всех больных мы выполняли методикой «хронической эмболизации», то есть последовательным введением 30-40 эмболов из поролонa 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 отделения реанимации. Все пациенты получали антибиотики широкого спектра действия с профилактической целью не менее 7 суток после вмешательства.

В 48 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 кардиоэзофагеального перехода прошивались и лигировались. Все больные получали курс гепатотропной и гемостатической терапии, которая включает (сандостатин, этамзилат, питуитрин, бета-блокаторы, нитраты, блокаторы протонной помпы, гепатопротекторы).

### *Результаты и обсуждение*

В 416 случаях после применения консервативной терапии остановки кровотечения мы достигли в 245 (59%) случаев. Рецидив кровотечения мы наблюдали у 171 (41%) случаев, летальность была у 112 (27%) случаев.

Разные методики локального эндоскопического гемостаза нами были применены в 476 случаев. Эффективно остановить кровотечение нам удалось 409 (86%) случаев. Летальность ввиду неэффективности локального гемостаза наблюдалась в 65 (14%) больных.

После эндоскопической остановки кровотечения и стабилизации состояния боль-

ных для профилактики рецидива кровотечения нами произведенная в 48 случаях 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. 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 УЗИ-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 в 32 больных. В 5 пациентов, которым эмболизация была выполнена по типу острой окклюзии, наблюдался выраженный болевой синдром, который требовал неоднократного употребления наркотических анальгетиков. В периферической крови у них развивалась картина полицитемии, характерная для спленэктомии: резкий подъем уровня тромбоцитов (до  $300 \times 10^9$ ) с последующим изменением показателей способности сгущаться, эритроцитоз до  $14 \times 10^{12}$ , гиперкоагуляция. В связи с резким изменением портальной гемодинамики у 3 из 5 этих больных (2 со стадией Child-Pugh C и 1 со стадией Child-Pugh B) 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°C.

Нами прослежены отдаленные результаты у 250 больных на протяжении 3 лет после только эндоскопического гемостаза, и эндоскопического гемостаза с последующим вы-

полнением 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 умерло 5 больных в разные сроки после операции. От прогрессирования печеночной недостаточности умерло 3 больных и 2 больных умерло от кровотечения.

Во второй группе в течение 3 лет нами прослежены судьба 26 больных, которым выполнялись лапароскопические операции, – девакуляризация кардиального отдела желудка и абдоминальной части пищевода. В этой группе через 1,5 года после операции умер 1 больной от печеночной недостаточности.

В третьей группе отслежены результаты в течение 3 годов в 184 больных, которым проводился только эндоскопический гемостаз и консервативная терапия. Рецидивы кровотечений наблюдались в 81 (44%) больных. Всего за 3 года умерло 46 (25%) больных от рецидивов кровотечений и прогрессирования 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 достоверно снизить возникновение рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде.

### **З а к л ю ч е н и е**

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. Рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии, а также лапароскопическая девакуляризация кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода позволяет значительно снизить частоту рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде. Однако, данные методики еще требуют дополнительной отработки техники исполнения, а также выработки четких показаний к их применению.

### **МІНІІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ КРОВОТЕЧЕЮ**

*Ю.В. Грубник, В.Ю. Грубник, В.А. Фоменко, І.В. Московченко*

Лікування ускладнень цирозу печінки, портальної гіпертензії і кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку є однією з найбільш актуальних, складних і невирішених проблем хірургії. За минулі 5 років під нашим спостереженням знаходилося 1012 хворих з циррозом печінки, обумовлених вірусним гепатитом було 572, хворих з циррозом алкогольною і іншої етіології було 460. У 416 випадках після застосування консервативної терапії зупинки кровотечі ми досягли в 245 (59%) випадків. Рецидив кровотечі ми спостерігали в 171 (41%) випадку, летальність була в 112 (27%) випадків. Різні методики локального ендоскопічного гемостазу нами були застосовані в 476 випадків. Ефективно зупинити кровотечу нам удалося 409 (86%) випадків. Летальність зважаючи на неефективність локального гемостазу спостерігалася в 65 (14%) хворих. У 74 пацієнтів, яким був виконаний ендоскопічний локальний гемостаз, після стабілізації стану була проведена рентгенендоваскулярна часткова емболізація селезінкової артерії і лівої шлункової артерії, а у 48 пацієнтів – лапароскопічна девакуляризація шлунку і абдоминальної частини стравоходу з лігуванням лівої шлункової артерії і вени. У зупинці і подальшій профілактиці кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку найбільш ефективним є комплексне використання різних методик на різних етапах лікування.

**Ключові слова:** ендоскопічний гемостаз, лапароскопічні втручання, локальний гемостаз, цироз печінки.

### **MINI-INVASIVE METHODS OF TREATMENT OF PATIENT WITH LIVER CIRRHOSIS COMPLICATED WITH BLEEDING**

*Y.V. Hrubnyk, V.Y. Hrubnyk, B.A. Fomenko, I.V. Moskovchenko*

Treatment of complications of hepatocirrhosis, portal hypertension and bleeding from the varices of esophagus and stomach is to one of the most actual, difficult and unsolved problems of surgery. For passing 5 years under our supervision there was 1012 patients with a hepatocirrhosis, conditioned by virous hepatitis there was 572, patients with a cirrhosis alcoholic and other etiology was 460. In 416 cases after application of conservative therapy stop of bleeding we attained in 245 (59%) cases. The relapse of bleeding we looked after at 171 (41%) cases, 112 (27%) cases had lethality. Different methods of local endoscopic hemostasis were applied by us in 476 cases. Effectively to stop bleeding we succeeded 409 (86%) cases. Lethality because of uneffectiveness of local hemostasis was observed in 65 (14%) patients. For 74 patients which endoscopic local hemostasis was executed, after stabilizing of the state was conducted X-ray endovascularpartial embolization of splenic artery and left gastric artery, and for 48 patients – laparoscopic devascularization stomach and epicardia with ligating of the left gastric artery and vein. In a stop and subsequent prophylaxis of bleeding from the varicose-extended veins of gul-

let and stomach most effective is complex application of different methods on the different stages of treatment.

**Key words:** endoscopic hemostasis, laparoscopic procedure, local hemostasis, liver cirrhosis

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений / В.Д. Братусь. – К.: Здоровья, 1991. – С. 213-250.
2. Кровотечения портального генеза. / А.Е. Борисов, М.И. Кузьмин-Крутецкий, В.А. Кашенко и др. – СПб.: НИИ СПбГУ ООП, 2001. – С. 26-38.
3. Буланов К.И. Декомпенсированный цирроз печени / К.И. Буланов, С.Н. Чуқлин. – Львов: ИП «СТИП», 1999. – С. 7-10.
4. Эндоваскулярные операции в комплексном лечении больных желчекаменной болезнью с сопутствующим циррозом печени / В.В. Грубник, А.Л. Ковальчук, О.Н. Загороднюк, В.Ю. Грубник // Украинский журнал хирургии. – 2009. – № 5. – С. 58-60.
5. Декомпенсированный цирроз печінки / В.І. Русин, В.О. Сипливиий, А.В. Русин [и др.]. – Ужгород: ВЕТА-Закарпаття, 2006. – 148 с.
6. Дроздовая А.С. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: обзор / А.С. Дроздовая // Международные медицинские обзоры. – 1994. – № 5. – С. 326-329.
7. Никишин Л.Ф. Клинические лекции по рентгеноэндоваскулярной хирургии / Л.Ф. Никишин, М.П. Попик. – Львов: «Кобзар», 1996. – 186 с.
8. Рабкин И.Х. Рентгеноэндоваскулярная хирургия. / И.Х. Рабкин, А.Л. Матевосов, Л.Н. Готман. – М.: Медицина, 1987. – 416 с.
9. Abraldes J.G. The management of portal hypertension. / J.G. Abraldes, B. Angermayr, J. Bosch // Clin Liver Dis. – № 9. – 2005. – P. 685-713.
10. Endoscopic sclerotherapy versus variceal ligation in the long-term management of patients with cirrhosis after variceal bleeding: A prospective randomized study. / A. Avgerinos, A. Armonis, S. Manolakopoulos [et al.] // J Hepatol. – 1997 – № 26. – P. 1034-1041.
11. The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: Preliminary findings. / D.A. Peura, F.L. Lanza, C.J. Gostout [et al.] // Am J Gastroenterol. – 1997. – № 92 – P. 924-928.
12. Portal Hypertension: Pathobiology, Evaluation, and Treatment / edited by Arun J. Sanyal and Vijay H. Shah. – Humana Press, Totowa, New Jersey. – 2005 – P. 167-285.
13. Rockey D.C. Gastrointestinal bleeding. / D.C. Rockey // Gastroenterol Clin North Am. – 2005. – № 34. – P. 581-588.
14. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. / R.N. Pugh, I.M. Murray-Lyon, J.L. Dawson [et al.] // The British journal of surgery. – 1973. – Vol. 60 (8). – P. 646-9.

Стаття надійшла 16.02.2011