



В. І. Десятирик,
С. О. Федюшкін,
А. В. Вінівтін,
В. А. Ковтонюк,
В. М. Дубарь,
К. Е. Агафонов

Дніпропетровська медична
академія

КУ «Криворізька міська
лікарня № 16»

© Колектив авторів

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА КРОВОТЕЧІ З ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ

Резюме. У статті висвітлено перший досвід лігування варикозно розширених вен стравоходу у хворих з синдромом портальної гіпертензії, яка ускладнилася кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу, особливості методики за даними авторів та ускладнення даної методики, здійснено порівняння з результатами лігування з ендосклерозуванням розширених вен стравоходу.

Ключові слова: *варикозно розширені вени стравоходу, кровотеча, синдром портальної гіпертензії, ендоскопічне лігування*

Вступ

Синдром портальної гіпертензії – часто зустрічається у хворих з дифузними захворюваннями печінки, є поліпатологічними процесом, наслідком нерозривної ланки запалення гепатоцитів різного генезу – фіброзу-цирозу гепатоцитів та характеризується патологічним підвищенням градієнту тиску в системі ворітної вени (різністю тиску в ворітній та нижній порожнистій венах). Портальна гіпертензія призводить до утворення портосистемних колатералів, через які частина крові з ворітної вени відводиться в системи верхньої порожнистої та нижньої порожнистої вен від печінки. Нормальне значення градієнту тиску в ворітній вені 1-5 мм рт. ст. Про клінічне значення портальної гіпертензії говорять при виникненні варикозного розширення вен стравоходу, шлунку, прямої кишки або коли градієнт портального тиску перевищує 10 мм рт. ст. Значення градієнту портального тиску в інтервалі 5-9 мм рт. ст. є доклінічним проявом портальної гіпертензії. За останні роки число хворих з проявами портальної гіпертензії збільшилось за рахунок збільшення кількості хворих з дифузними захворюваннями печінки.

Клінічні прояви синдрому портальної гіпертензії різноманітні. Найчастіше в стадіях субкомпенсації та декомпенсації у хворих з'являється асцит, явища гіперспленізму, варикозне розширення вен стравоходу та шлунку, печінкова енцефалопатія. Найважливіше для практичних лікарів хірургів є наявність кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу, яка відбувається при підвищенні портального тиску більше ніж 12 мм.рт.ст., кровотеча є першим симптомом цирозу печінки приблизно у 35-40 % хворих, при цьому 20-50 % з них помирає при першому епізоді кровотечі, в останніх хворих перші 2 роки в 100 % випадків виникає рецидив кровотечі, 50 % з них помирає. Варикозне розширення вен стра-

воходу приблизно формується в 75 % хворих з портальною гіпертензією. Кровотеча з ВРВ стравоходу є останньою ланкою патофізіології портальної гіпертензії при цирозі печінки, «кульмінація» прогресу патології печінки. [5]

У даний період часу, коли медична наука йде шляхом прогнозування протікання та ускладнень тієї чи іншої патології, синдром портальної гіпертензії також розглядається з точки зору попередження його розвитку та розвитку його ускладнень. На даний момент усі можливі методи направлені на зменшення тиску в ворітній вені та профілактику кровотеч з ВРВС. У цьому питанні на перший план виступають ендоскопічні та ендоваскулярні методики лікування та профілактики кровотеч з ВРВС. У 2015 році були опубліковані Європейські рекомендації консенсусу щодо портальної гіпертензії Vaveno VI., у 2017 році Американо-асоціація по вивченню захворювань печінки опублікувала основні позиції лікування та профілактики первинної кровотечі з ВРВС, які включають саме ендоскопічні, ендоваскулярні методики та неселективних призначення В – блокаторів.

У середині 90-х років в США був розроблений та впроваджений новий ендоскопічний метод лікування кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу, а саме лігування вен стравоходу латексними кільцями [2, 4].

Таким чином проблема кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу та портальної гіпертензії є дуже актуальною та незважаючи на всі досягнення медичної науки повністю не вивченою, що потребує впровадження новітніх методик лікування та профілактики цієї патології.

Матеріали та методи досліджень

В основу нашої роботи покладено аналіз історій хвороб 120 хворих з цирозом печінки, портальною гіпертензією та кровотечею з ва-



рикозно розширених вен стравоходу за 2018 рік у хірургічному відділенні «Криворізька міська лікарня №16» КМ», яка є міським центром по лікуванню шлунково-кишкових кровотеч. Були проведені різноманітні методи первинної зупини кровотеч та профілактики рецидиву кровотеч у хворих, з них – чоловіків 79 (65 %), жінок 4 (35 %), вік хворих складав від 30 до 65 років.

У приймальному відділенні після огляду та оцінки стану хворого згідно клінічної постанови Я.С. Березницького з співавторами 2012 рік [3] ми розділяли хворих на три групи. Перша група - 68 (56,6 %) хворих зі стабільною гемодинамікою, в свідомості, без ознак рецидиву кровотечі та післягеморагічною анемією легкої та середньої важкості. Цю групу хворих госпіталювали у хірургічне відділення, де проводилася медикаментозна гемостатична та стабілізуюча терапія до 2 годин, після чого проводилася ФГДС і ендоскопічний гемостаз.

Друга група — 39 (32,5 %) — важкі хворі з нестабільною гемодинамікою, спутаною свідомістю, ознаками рецидиву кровотечі, післягеморагічною анемією важкого ступеню. Цих хворих госпіталювали у відділення інтенсивної терапії, де їм проводилася медикаментозна гемостатична та стабілізуюча терапія від 2 до 6 годин, після чого проводилася ФГДС і ендоскопічний гемостаз різними методами.

Третя група - 13 (10,8 %) - вкрай важкі хворі з установленим раніше діагнозом «цироз печінки», декомпенсацією, з важкими проявами НФПК, гепаторенальним синдромом та кровотечею з ВРВ стравоходу вкрай важкого ступеня або агонуючі хворі до 50 років. Хворі до 50 років госпіталізувалися у відділення інтенсивної терапії, хворі після 50 років - у хірургічне або терапевтичне відділення, де їм проводилася симптоматична терапія, гемостаз досягався у цих хворих методом установки зонда Блекмора в приймальному відділенні. Цим хворим ФГДС не проводилася. 72 хворим, що становить 67,2 % від загальної кількості людей першої та другої групи, проводилась ФГДС та лікувальні ендоскопічні операції (лігування вен стравоходу, ендосклерозування) під наркозом. Усім хворим проводилося загальноклінічні обстеження, на вірусні гепатити «В» та «С», деяким хворим СКТ портальної системи.

Результати досліджень та їх обговорення

За 2018 рік у хірургічне відділення №1 16 міської лікарні надійшло 575 хворих з проявами шлунково-кишкової кровотечі, з них 259 виразкового генезу, 160 не виразкового генезу, 120 хворих з цирозами печінки в різних стадіях компенсації, що складає 20,8 % від усіх хворих з кровотечами. З них впродовж року померло 52

хворих, що складає 43,3 %. 11 хворих померло в першу добу після госпіталізації, їм ендоскопічний гемостаз не виконувався у зв'язку з вкрай важким станом хворих, гемостаз досягався методом постановки зонда Блекмора 3 хворим (5,7 %), 2 хворим (3,8 %) виконано лігування варикозно розширених вен стравоходу, але у цих хворих смерть наступила більш ніж за 2 місяці після лігування у зв'язку з наростанням проявів печінково-клітинної недостатності. 39 хворим (32,5 %), які за рік померли, виконувалося ендоскопічна склеро терапія, 34 (65,3 %) з них комбінована (рецидив кровотечі був відмічений у 14 хворих (41 %), що і призвело до летального кінця, усі інші кровотечі відбулися у 5 хворих (100 %) , що і привело до смерті хворих). Останнім 68 хворим (56,5 %) було виконано: 41 хворому (60,3 %) відповідно до загальноприйнятої методики було проведено лігування вен стравоходу, з них 37 хворим (90 %) процедура була виконана з внутрішньовеною ситацією, 4 (9,7 %) після внутрішньо м'язової примедикації. Технічних труднощів та ускладнень у хворих, яким виконувалася процедура лігування під наркозом, не було. У хворих, яким виконувалася процедура після примедикації, були незначні технічні труднощі, пов'язані з відсутністю синхронізації дихання, вагусної гикавки та відрижки повітря, що є одним з правил проведення лігування вен стравоходу. Контрольна гастроскопія всім хворим виконувалася через 2 місяці після лігування, чим підтверджувалося утворення стабільних рубців в ділянці накладання лігатур та зменшення ступеню варикозного розширення вен стравоходу. У 80 % випадків ми користувалися лігуючою системою Endo-flex (Німеччина). 27 хворим (39,7 %) з варикозним розширенням вен стравоходу була виконана ендоскопічна склеротерапія, з них 7 (26 %) - паравазальна, 20 (74 %) – комбінована. Повторні сеанси склерозування у цих хворих виконувалися на 5-14 добу, через 1 місяць. «Великих» ускладнень (рецидиву кровотечі) у цих хворих не було), у 12 хворих спостерігалися малі ускладнення (больовий за грудинний синдром, субфібрилітет, незначна нудота та періодична гикавка), які медикаментозно нівелювалися, 1 хвора після склеротерапії була направлена у м. Київ для проведення операції трансюлярного інтрапечінкового порто системного шунтування (TIPS). Усім хворим після виписки зі стаціонару назначалися В-блокатори, інгібітор протонної помпи, соматостатини та деяким хворим нїтрати [2].

Висновки

Незважаючи на те, що кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу є однією з



найбільш важких ускладнень синдрому портальної гіпертензії та кульмінацією цирозу печінки, виконані своєчасно лігування та ендоскопічне склерозування варикозно розширених вен стравоходу дають позитивні результати та дозволяють вивести хворих з тяжкого стану.

За нашими даними краще виконувати ендоскопічне лігування варикозно розширених вен стравоходу під загальною сидацією відповідно до загальноприйнятої методики, яке дає більш позитивні результати лікування, ніж ендосклерозування, як з точки зору технічного

виконання процедури, так і з точки зору стану хворого після проведення лікувальних маніпуляцій.

При виявленні хворих з портальною гіпертензією та варикозно розширеними венами стравоходу хворий має бути якнайшвидше направлений на лігування вен стравоходу з метою профілактики первинної кровотечі. Вирішення клінічного питання ведення хворих з портальною гіпертензією є міждисциплінарним та потребує комплексного підходу опираючись на міжнародні рекомендації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О.Я. Колесникова Е.В. Патофизиология портальной гипертензии. Цирроз печени и его осложнения. – Киев, 2011. – С. 76-87
2. Шепетько Є.М. Сучасні методи лікування кровотеч із стравохідних флєбектазій. Інноваційні технології хірургічного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч. Розділ XI. – С. 259-276.
3. Фомін П.Д. Березницікий Я.С. Код МКХ К 74. Кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі (методичні рекомендації). – Київ, 2012. – С.72-85.
4. Молигеевец Э.В., Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Жибер В.М., Карпович А.П., Божко Е.Н. Портальная гипертензия, осложненная кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: современное состояние проблемы лечения и профилактики. Украинский журнал Хирургии. – №1 (36). – 2018. – С. 67-71.
5. Ерамишанцев А.К. Портальная гипертензия // Клиническая хирургия: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 626-665.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

*В. И. Десятирик,
С. А. Федюшкин,
А. В. Винивитин,
В. А. Ковтонюк,
В. М. Дубарь,
К. Э. Агафонов*

Резюме. В статье описан первый опыт лигирования варикозно расширенных вен пищевода у больных с синдромом портальной гипертензии, которая осложнилась кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода, особенности методики по данным авторов и осложнения данной методики, проведено сравнение с результатами лигирования с эндосклерозированием расширенных вен пищевода.

Ключевые слова: *варикозно расширенные вены пищевода, кровотечение, синдром портальной гипертензии, эндоскопическое лигирование.*

TREATMENT AND PREVENTION BLEEDING FROM ESOPHAGEAL VARICOSE VEINS

*V. I. Decyatirik,
S. O. Fedyushkin,
A. V. Vinivitin,
V. A. Kovtonyuk,
V. M. Dubar, K. E. Agafonov*

Summary. The article describes the first experience of the ligation of varicose veins of the esophagus in patients with portal hypertension syndrome, which complicated the bleeding from varicose veins of the esophagus, the features of the method according to the authors and the complication of this technique, a comparison with the results of ligation with endosclerosis of the advanced veins of the esophagus.

Key words: *varicose veins of the esophagus, bleeding, portal hypertension syndrome, endoscopic ligation.*