



# Диагностика и тактика лечения пищеводно-желудочных кровотечений при циррозе печени

А.А. Каюмов, К.М. Курбонов, П.К. Холматов, К.Р. Назирбоев  
Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В настоящей работе представлены результаты исследований 120 больных с пищеводно-желудочными кровотечениями (ПЖК) при циррозе печени. Ургентную ЭГДС проводили 72,5% больным, а в 15,8% наблюдений с продолжающимся ПЖК, частой рвотой кровью и нестабильной гемодинамикой ЭГДС проводили в отсроченном порядке. Различные варианты хирургических вмешательств при ПЖК, в качестве основного метода лечения, выполнены у 11,7% больных. Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения показал, что летальность при оперативном вмешательстве была выше (35,7%), чем при консервативном и эндоскопическом методах (26,2% и 26,6%, соответственно). Следовательно, хирургический метод должен применяться только при не успешности консервативного и эндоскопического методов.

**Ключевые слова:** цирроз печени, пищеводно-желудочное кровотечение, эндоскопическое склерозирование

**Введение.** Пищеводно-желудочное кровотечение (ПЖК) – грозное осложнение портальной гипертензии, развивающееся у 80% больных и являющееся главной причиной смерти при циррозе печени [ЦП] [1].

Следует также подчеркнуть, что у 40% больных происходит рецидив кровотечения в пределах 6 недель, причём 40-60% случаев заканчиваются летальным исходом [2]. Наиболее высокая смертность больных с ПЖК приходится на первые часы и дни [3]. Летальность от первого ПЖК составляет 20-50% [1,4], а при рецидиве кровотечения – до 70% [5,6]. Общая летальность при ЦП, осложнённом кровотечением, колеблется от 39,3% до 100% [7].

Лечение больных с ПЖК при портальной гипертензии (ПГ) продолжает оставаться одной из трудных проблем хирургической гепатологии. До настоящего времени предложены более 200 способов оперативных вмешательств, что объясняется чрезвычайной сложностью проблемы, многообразием клинических проявлений заболевания и отсутствием абсолютно надёжных методов хирургического лечения [6,8]. Общеизвестно, что одним из наиболее эффективных средств предупреждения ПЖК у больных с ПГ является наличие селективных и порциальных портосистемных анастомозов [6]. К сожалению, обладая минимальным воздействием на портальную перфузию печени и низкую частоту посшунтовой энцефалопатии, некоторые шунтирующие операции (мезентерико-кавальный, дистальный спленоренальный анастомоз) не всегда возможны или даже не показаны у больных в период острого ПЖК, у пациен-

тов с резко угнетённой функцией печени с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями и в преклонном возрасте [8]. Также доминирование селективных и парциальных шунтов невозможно в связи с выраженной кавернозной трансформацией, с тромбозом и отсутствием пригодных сосудов для анастомоза [3].

По-прежнему сохраняют актуальность операции, направленные на предупреждение связи между венами пищевода и желудка с венами портальной системы: операция Танера-Пациора, Sugiural [4]. Эти операции патогенетически обоснованы с той точки зрения, что наличие варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) при ПГ зависит от анатомических особенностей и связей портальных вен с венами пищевода и желудка [7]. Преимущество разобщающих операций заключается в том, что они не уменьшают портальный приток к печени, сохраняя гепатофу- гальный кровоток, не приводят к развитию энцефалопатии, которая мешает развиваться после шунтирующих операций [8]. Частота развития рецидивов ПЖК после обоих видов операций почти одинакова – 19,8% и 19,2%, соответственно [6].

Внедрение современных технологий в хирургическую гепатологию позволило шире применять эндоскопические методы профилактики и лечения ПЖК у больных циррозом печени [8].

**Цель исследования.** Анализ непосредственных результатов комплексного лечения пищеводно-желудочных кровотечений при циррозе печени.

**Материал и методы.** В клинике хирургических



болезней №1 ТГМУ за последние 10 лет на лечении находились 120 больных с ПЖК. Мужчин было 79(65,8%), женщин – 41 (34,2%). Возраст больных варьировал от 24 до 72 лет.

Для диагностики ПЖК и цирроза печени больным проводили ургентную эзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, а также исследовали клинические и биохимические анализы крови.

Показанием к консервативной терапии были: ВРВ пищевода и желудка I степени, васкулопатия и гастропатия как источник кровотечения, наличие тяжёлой сопутствующей патологии и печёночно-клеточной недостаточности в стадии декомпенсации. Из поступивших 61 (50,8%) пациента с ВРВ пищевода и желудка I степени группу А по Чайлду-Пью составили 5 (8,2%) больных, группу В – 36 (59,0%), группу С – 20 (32,8%) больных с явлениями печёночно-клеточной недостаточности и гастропатия.

Программа комплексного консервативного лечения ПЖК включала:

- коррекцию анемии и гипоксии (переливание эритроцитарной массы, реамберина);
- коррекцию нарушений электролитного баланса и гипотензии (переливание растворов кристаллоидов);
- коррекцию гипогликемии (10% раствор глюкозы);
- коррекцию коагулопатии и повышенной кровоточивости (введение свежезамороженной плазмы, назначение синтетических аналогов соматостатина);
- коррекцию печёночной энцефалопатии (с-лактолоза – внутрь по 30-35 мл в 3 приёма или гепа-марц по 3-6 г 3 раза в день, в тяжёлых случаях – внутривенно капельно, 25-50 г/сут, по 500-1000 мл изотонического раствора);
- гепатопротекцию (эссенциале или эссенциал-н – внутрь по 600 мг 2-3 раза в день в комбинации с внутривенным введением 500-1000 мл в сутки (по 250-300 мл) 5% раствора глюкозы, по мере улучшения состояния больного лечение продолжали только капсулами);
- блокаторы желудочной секреции (омепразол 20 мг/2 раза).

**Результаты и их обсуждение.** Причиной цирроза

печени у больных с ПЖК в 84 (70,0%) наблюдениях являлось вирусное поражение печени, в 36 (30,0%) – алкогольное поражение. Функциональное состояние печени у больных с ПЖК по Чайлду-Пью выглядело следующим образом (табл. 1).

Как видно из таблицы 1,42 (35,0%) случая составили пациенты с функциональным классом С, 67 (55,8%) – В и 11 (9,2%) –А.

С тяжёлой и крайне тяжёлой степенями ПЖК поступили 46 (38,3%) пациентов. Из 120 больных с ПЖК в 35(29,2%) наблюдениях имело место продолжающееся кровотечение, а у 85 (70,8%) - состоявшееся ПЖК. В 38 (31,7%) наблюдениях ПЖК у больных отмечено впервые, у 82 (68,3%) - кровотечения были в анамнезе. Источником продолжающегося ПЖК в 28 наблюдениях (60,9%) были ВРВ нижней трети пищевода, у 8 (17,4%) - ВРВ средней трети пищевода и у 10 (21,7%) – источником продолжающегося кровотечения были ВРВ кардиального перехода и кардиального отдела желудка.

При поступлении больных с ПЖК, после оценки степени тяжести острой кровопотери и тяжести состояния, прибегали к выполнению ургентной эндоскопии. Ургентную ЭГДС проводили 87 (72,5%) больным с ПЖК при стабильных гемодинамических показателях. ЭГДС позволило получить следующую информацию:

1. Подтверждение ВРВП, степень их расширения, локализацию источника кровотечения.
2. Констатация продолжающегося ПЖК.
3. Диагностика тяжести гастропатии.
4. Сопутствующие заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.

Оценка степени выраженности ВРВП по А.Г. Шерцингеру показала, что в 18 (15,0%) наблюдениях имело место ВРВП I степени, в 29 (24,2%) – II степени и в 73 (60,8%) случаях – III степени.

В 19 (15,8%) наблюдениях больным с продолжающимся ПЖК, частой рвотой кровью и нестабильной гемодинамикой ЭГДС проводили в отсроченном порядке. При этом в первую очередь больным ставили зонд Сентстакина-Блекмора и начинали проведение интенсивных лечебных мероприятий.

**ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЖК СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ (n=120)**

Функциональный класс	Количество больных	%
А	11	9,2
В	67	55,8
С	42	35,0
Всего	120	100

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЖК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Методы лечения	Функциональный класс			Всего	%
	A	B	C		
Консервативный	5	36	20	61	50,8
Эндоскопический	4	27	14	45	37,5
Хирургический	2	4	8	14	11,7
Всего	11	67	42	120	100



РИС. ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ СКЛЕРОЗИРОВАНИЕ

При ПЖК придерживались дифференцированной хирургической тактики, которая зависела от тяжести общего состояния больных, функционального состояния печени, сопутствующих заболеваний, а также локализации кровоточащих вен пищевода. В зависимости от метода лечения больные с ПЖК были распределены следующим образом (табл. 2).

У 45 (37,5%) больных применялись эндоскопические методы лечения ПЖК. Выбор эндоскопической склеротерапии (см. рис.) определялся степенью выраженности ВРВ пищевода. У 30 больных эндоскопические методы лечения после достигнутого временного гемостаза выполнялись в срочном порядке (24 часа). В 5 случаях придерживались принципов склерокомпрессии – перед проведением эндоскопической склеротерапии освобождали зонд обтуратор от воздуха, далее проводили зонд в дистальном направлении до попадания обоих обтураторов в просвет желудка. Затем раздували пищеводную манжету, которая при подтягивании прижимает «кардиальную розетку», чем обеспечивает уменьшение наполнения кровью вен пищевода. Непосредственно после проведения эндоскопической склеротерапии переводили зонд в стандартное положение, чем достигали эффект скорейшей склерокомпрессии на «пустой вене» по принципу Фетана, разработанному для лечения ВРВ нижних конечностей.

В отсроченном порядке (на 2-е сутки) эндоскопическое склерозирование выполнили у 15 (12,5%) больных, что было связано в основном с тяжёлым кровотечением, требующим коррекции восстановления гемостаза. В противном случае риск осложнений, которые могли развиваться после эндоскопических вмешательств, был значительно выше.

Различные варианты хирургических вмешательств при ПЖК, в качестве основного метода лечения, выполнены у 14 (11,7%) больных. Показаниями к оперативному лечению было продолжающееся ПЖК при наличии ВРВ III степени с локализацией преимущественно в желудке при условии, что функциональное состояние печени было в стадии компенсации или субкомпенсации (больные группы А и В), сопутствующие заболевания – в стадии компенсации, а также неэффективность консервативной терапии и эндоскопического лечения. У 9 из 14 больных с ПЖК методом выбора остановки кровотечения явилась операция М.Д. Пациоры, которая была выполнена в срочном порядке в первые 24 часа. Следует подчеркнуть, что у всех этих больных вены III степени расширения локализовались не только в пищеводе, но и в желудке, что не позволяло использовать эндоскопический гемостаз. В отсроченном порядке выполнено 3 операции после остановки ПЖК консервативными мероприятиями. Лишь в 2 наблюдениях



ТАБЛИЦА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЖК

Методы лечения	Функциональный класс			Всего	Умерло
	А	В	С		
Консервативный	5 (1)	36 (8)	20 (7)	61	16 (26,2%)
Эндоскопический	4 (1)	27 (5)	14 (6)	45	12 (26,6%)
Хирургический	2	4 (1)	8 (4)	14	5 (35,7%)
Всего	11 (2)	67 (14)	42 (17)	120	33

прибегали к неотложному хирургическому лечению ПЖК при продолжающемся кровотечении.

Непосредственные результаты различных методов лечения ПЖК в зависимости от степени тяжести кровопотери, функционального состояния печени, возраста и сопутствующей патологии, характера ПЖК и времени от начала кровотечения представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, процент летальности при хирургическом вмешательстве превышает (35,7%) аналогичные показатели при консервативном и эндоскопическом методах (26,2% и 26,6%, соответственно). Следовательно, хирургический метод должен применяться только при не успешности консервативного и эндоскопического методов. Таким образом, непосредственные результаты эндоскопических и консервативных методов лечения острых ПЖК у больных с циррозом печени в значительной степени лучше по сравнению с хирургическими методами лечения, выполненных на высоте кровотечения при продолжающемся кровотечении.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ерамишанцев А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. 50 лекций по хирургии / А.К.Ерамишанцев // Под ред. В.С. Савельева. М: Триада-Х. - 2004. -С. 490-501
2. Даян З.А. Эндовидеохирургические методы лечения синдрома портальной гипертензии /З.А. Даян, А.В. Хохлов // Вестник хирургии. - 2007. -№1, -Т. 166. -С. 67-71
3. Бойко В.В. К вопросу о тактике лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии / В.В. Бойко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. -2009. -№2.- Т.5. -С. 212
4. Cappell M.S. Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy / M.S. Cappell, D. Friedel // Med. Clin. North. Am. - 2008. - Vol. 92. - P. 491–509
5. Анисимов А.Ю. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией / А.Ю. Анисимов, М.В. Кузнецов // Анналы хирургической гепатологии. М., - 2005. - Т. 10. - №2. - С. 7
6. Gluud L.L. Meta-analysis: isosorbide-mononitrate alone or with either beta-blockers or endoscopic therapy for the management of oesophageal varices / L.L. Gluud, E. Langholz, A. Krag // Aliment. Pharmacol. Ther. 2010. Vol. 32. - P. 859–871
7. Профилактика пищеводных кровотечений при внутрипечёночной портальной гипертензии / Е.В. Гаврилин [и др.] // Матер. науч.-практ. конф. ТВМедИ. – Вып. IX. – Томск. - 2005. – С. 39-40
8. Совершенствование оценки риска кровотечения из варикозных вен пищевода / Г.К. Жерлов [и др.] // Анналы хир. гепатол. – 2005. – Т. 10.- №2. – С. 77



# Summary

## Diagnosis and treatment tactics of esophageal-gastric bleeding in liver cirrhosis

A.A. Kayumov, K.M. Kurbonov, P.K. Kholmatov, K.R. Nazirboev

*Department of surgical diseases №1 Avicenna TSMU*

This study presents results of examinations of 120 patients with esophageal-gastric bleeding (EGB) in liver cirrhosis. Urgent endoscopy was performed in 72.5% of patients and in 15.8% of cases with continued EGB, frequent vomiting blood and with unstable hemodynamic endoscopy was performed in a delayed manner. Various surgical procedures in EGB as the main treatment method were performed in 11.7% of patients. Comparative analysis of immediate results of treatment showed that mortality rate in surgical intervention was higher (35.7%) than in conservative and endoscopic methods (26.2% and 26.6%, respectively). Consequently, the surgical method should be used only when conservative and endoscopic techniques are not successful.

**Key words:** liver cirrhosis, esophageal-gastric bleeding, endoscopic sclerotherapy

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Курбонов Каримхон Муродович** – заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ;  
Таджикистан, г.Душанбе, Ипр. Айни, 46  
E – mail: [murod-kurbonov@rambler.ru](mailto:murod-kurbonov@rambler.ru)