

УДК 616.145.74-007

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Абдуллаева М.А., Баракатов И.Б., Кудратова М.О.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ Резюме,

В основу научной работы представлен опыт эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у 65 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии. Степень ВРВП устанавливали в соответствии с классификацией К.Ж.Пакуэ (1982). Варикозное расширение вен пищевода III и IV степени зафиксировано у 58 (89,2%) пациентов. Для комплексной оценки степени печеночной недостаточности использовали шкалу Child-Pugh (1973). К классу А отнесены 11 (16,9%) больных, к классу В- 23 (35,4%), к классу С 31 (47,7%) пациентов. Эффективность эндоскопического лигирования в профилактике кровотечения составила 92,2%. Рецидив пищеводно-желудочного кровотечения в ближайшем периоде имело место у 3 больных. Госпитальная летальность составила 4,6%. В отдаленном периоде после эндоскопической эрадикации рецидив варикозного расширения вен пищевода диагностирован у 27,8% больных. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода является эффективным методом остановки и профилактики кровотечений у больных циррозом печени.

Ключевые слова: цирроз печени, синдром портальной гипертензии, варикозное расширение вен пищевода, профилактика, эндоскопическое лигирование.

QIZILO'NGACHNING VARIKOZ TOMIRLARIDAN QON KETISHINI JARROHLIK YO'LI BILAN OLDINI
OLGANDAN KEYIN SIROZLI BEMORLARNING HAYOT SIFATINI BAHOLASH

Abdullaeva M.A. Barakatov I.B. Kudratova M.O.,

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ Rezyume,

Ilmiy ishning asosi portal gipertenziya sindromli jigar sirrozi bilan og'rig'an 65 bemorda qizilo'ngachning varikoz tomirlarini (HRV) endoskopik bog'lash tajribasi hisoblanadi. HRVP darajasi K.J. Paquet (1982) tasnifiga muvofiq o'rnatildi. III va IV darajali qizilo'ngachning varikoz tomirlari 58 (89,2%) bemorda qayd etilgan. Jigar etishmovchiligi darajasini har tomonlama baholash uchun Child-Pugh shkalasi (1973) ishlatilgan. A sinfiga 11 (16,9%), 23 dan 35,4% (35,4%) va 31 kishiga (47,7%) "C" toifasi tayinlandi. Qon ketishining oldini olishda endoskopik bog'lashning samaradorligi 92,2% tashkil etdi. Yaqin kelajakda qizilo'ngach-me'da qon ketishi 3 bemorda ro'y bergan. Kasalxonada o'lim darajasi 4,6% ni tashkil etdi. Endoskopik bartaraf etishdan keyingi uzoq davrda bemorlarning 27,8% da qizilo'ngach varikoz tomirlarining qaytalanishi aniqlangan. Qizilo'ngachning varikoz tomirlarini endoskopik bog'lash sirozli bemorlarda qon ketishini to'xtatish va oldini olishning samarali usuli hisoblanadi.

Kalit so'zlar: sirroz, portal gipertenziya sindromi, qizilo'ngachning varikoz tomirlari, oldini olish, endoskopik bog'lash.

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CIRRHOSIS AFTER SURGICAL
PREVENTION OF BLEEDING FROM VARICOSE VEINS OF THE ESOPHAGUS

Abdullaeva M.A., Barakatov I.B., Kudratova M.O.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina
200101, Uzbekistan, Bukhara city, 1 Navai Avenue stride <http://bsmi.uz>.

✓ Resume,

The basis of the scientific work is the experience of endoscopic ligation of varicose veins of the esophagus (HRVP) in 65 patients with cirrhosis of the liver with portal hypertension syndrome. The degree of HRVP was established in accordance with the classification of K.J. Paquet (1982). Varicose veins of the esophagus III and IV degree were recorded in 58 (89.2%) patients. For a comprehensive assessment of the degree of liver failure, the Child-Pugh scale (1973) was used. 11 (16.9%) patients were assigned to class A, 23 to 35.4% (35.4%), and 31 patients (47.7%) to class C. The effectiveness of endoscopic ligation in the prevention of bleeding was 92.2%. Relapse of gastrointestinal bleeding in the near term occurred in 3 patients. Hospital mortality was 4.6%. In the distant period after endoscopic eradication, recurrence of varicose veins of the esophagus was diagnosed in 27.8% of patients. Endoscopic ligation of varicose veins of the esophagus is an effective method of stopping and preventing bleeding in patients with cirrhosis.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension syndrome, varicose veins of the esophagus, prevention, endoscopic ligation.

Частота выявления синдрома портальной гипертензии достигает 90% при сформировавшемся циррозе печени. Самым частым и наиболее грозным осложнением гипертензии в портальной системе является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. При этом летальность при первом эпизоде кровотечения превышает 50% (1, 12, 13). У 30% пациентов повторные кровотечения приводят к резкой декомпенсации функции печени. В целом смертность у больных циррозом печени при пищеводно-желудочных кровотечениях достигает 30-60% (1, 4, 7, 10).

Одним из современных минимально инвазивных методов лечения и профилактики пищеводно-желудочных кровотечений при синдроме портальной гипертензии является эндоскопическое лигирование (5, 6, 8, 15, 17). В основе возрастающего интереса к данному способу эрадикации варикозно расширенных вен лежит техническая простота и относительная безопасность метода, а также внедрение множества приспособлений для лигирования варикозов.

Цель исследования - изучение, оценка эффективности эндоскопического лигирования (ЭЛ) в профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии.

Материал и методы

Были обследованы на ретроспективном анализе лечения 65 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии в период с 2014 го по 2019 годы. Из них мужчин было 37 (56,9%), женщин 28 (43,1%) возраст пациентов колебался от 27 до 69 лет. Основное число наблюдения приходилось на больных в наиболее активном трудоспособном возрасте - от 28 до 55 лет. Цирроз печени был обусловлен хроническим вирусным гепатитом В у 39,8% пациентов, у 28,6% выявлены антитела к вирусу гепатита С, а у 24,5% определялись маркеры гепатита В и С. Пищеводно-желудочные кровотечения в анамнезе перенесли 17(26,2%) пациентов. Из них почти каждый второй перенес 2 и более эпизодов геморрагии. У остальных 48(73,8%) пациентов в анамнезе не было кровотечений. Все больные госпитализированы для профилактической коррекции портальной гипертензии.

Всем больным после премедикации и местной анестезии лидокаином, пищевод и желудок осмотрели видеогастроскопом фирмы Fujinon. Степень ВРВП устанавливали в соответствии с классификацией K.J.Paquet (1982). Варикозное расширение вен пищевода III и IV степени зафиксировано у 58 (89,2%) пациентов.

Для комплексной оценки степени печёночной недостаточности использовали шкалу Child-Pugh (1973). К классу А отнесены 11 (16,9%) больных, к классу В- 23 (35,4%), к классу С 31 (47,7%) пациентов. 64 больным с целью профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода выполнялось эндоскопическое лигирование. Для выполнения последнего использовали многозарядный лигатор производства компании SAEED Multi Band Ligator Cook, состоящий из цилиндра с фиксированными на нем лигатурами, который присоединялся к дистальному концу

эндоскопа. Цилиндр соединялся через биопсийный канал эндоскопа с рукояткой, с помощью которой осуществляли поочередное высвобождение фиксированных эластических лигатур. Эндоскоп с лигирующим устройством вводили в пищевод, подводили к наиболее проблемному участку варикозно измененной вены. С помощью аспиратора создавали отрицательное давление в полости колпачка и засасывали в него вену вместе с прилегающей к ней слизистой. Путем вращения тракционного механизма растянутое латексное кольцо отстреливали с насадки на вену, перетягивая её в виде удавки. В итоге в просвете пищевода образовывался "венозный шарик" с лигатурой у основания. За один сеанс накладывали от 3 до 6 лигатур. Эндоскопическую эрадикацию варикозно измененных вен сочетали с назначением нитропрепаратов или β-блокаторов, противоязвенных препаратов в течение 5-7 суток. При наличии множество узлов сеанс эндоскопического лигирования повторяли на 2-3-дни. Через 3-4 недели, при отсутствии осложнений выполняли контрольную фиброэзофагогастроскопию и определяли адекватность предыдущего сеанса.

Результат и обсуждение

Для оценки эффективности эндоскопической эрадикации варикозно расширенных вен пищевода, всем больным проведено контрольное эндоскопическое исследование с целью профилактики кровотечений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, При необходимости на 3-4 сутки или на 7-10 сутки, а также спустя 2-3 месяца проведена повторная эндоскопия II-IV ст ВРВП. На момент поступления в стационар IV степень варикозного расширения вен пищевода выявлен у 23 больного, III степень ВРВП установлена у 35 пациентов, II степень - у 6, I степень - у 1. Всем больным II-III-IV степени ВРВП выполнен один сеанс эндоскопического лигирования. У 1-го больного с ВРВП I степени проведена эндоскопическая паравазальная склеротерапия. Рецидив пищеводно-желудочного кровотечения в ближайшем периоде наблюдения развился в 3 (4,6%) случаях. Из них у 2-х больных с частыми рецидивами геморрагии в анамнезе. Во всех случаях источником кровотечения были варикозно измененные вены пищевода. Основное причиной развития кровотечения было раннее отторжения лигатур. В результате повторного ЭЛ устойчивый гемостаз был достигнут в 2 случаях. В 1 наблюдении, несмотря на проводимой гемостатической терапии и неоднократные повторные сеансы эндоскопической лигирования, из-за безуспешности проводимых мероприятий пациент погиб. Ещё в 2 случаях причина летального исхода была прогрессирующая печеночная недостаточность, оба пациента относились к классу С по Child-Pugh. Госпитальная летальность составила 4,6% (n=3).

По данным целого ряда исследователей, использование минимально инвазивных технологий в комплексе лечебных мероприятий, направленных на предупреждение рецидива и профилактику пищеводно-желудочных кровотечений портального генеза при циррозе печени показывает их высокую эффективность, отличающийся относительной безопасностью и улучшающий качество жизни этого тяжелого контингента больных. Для снижения вероятности раннего повтор-

ного кровотечения, спустя 7-10 суток после ЭЛ, необходимо выполнять контрольное эндоскопическое исследование и при необходимости дополнительно лигировать "подозрительные" вариксы. В период наблюдения до одного года и более, после ЭЛ, рецидив варикозного расширения вен пищевода, нами выявлен в 27,8% случаях.

Выводы

Таким образом, эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода является высокоэффективным методом в профилактике рецидива пищеводно-желудочных геморрагии при синдроме портальной гипертензии. Необходимо проведение пролонгированного (повторные курсы через 2-3 месяца) лечения с последующим контрольным эндоскопическим исследованием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдурахманов Д.Т. Тактика врача при кровотечении из варикозно- расширенных вен пищевода // Врач. 2009. № 7. С. 85-87.
2. Авдосьев Ю.В., Бойко В.В. Эндоваскулярный гемостаз в комплексном лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии // Диагностическая и интервенционная радиология. 2008. Т. 2. № 1. С.39-57.
3. Азигопортальное разобщение с формированием арелфлюксной кардии при варикозном расширении вен пищевода / В.И. Оноприев и др.. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2007. № 5. С. 9-12.
4. Альперович Б.И., Орлов А.В., Киселёва Ю.В. Криодеструкция как метод лечения цирроза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10. №3. С. 26-30.
5. Ангелич Г.А., Панич И.И., Морару В.А. Эндоскопическая фибринклеевая окклюзия в лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Анналы хирургической гепатологии. 2003. Т. 8. № 2. С. 259.
6. Анисимов А.Ю., Кузнецов М.В., Богуславский В.А. Диагностическая и лечебная тактика при кровотечениях из варикозно - расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени // Казанский мед. журнал. 2008. №3. С. 335-340.
7. Афанасьев В.В., Лукьянова И.Ю. Особенности применения цитофлавина в современной клинической практике. СПб. : "Тактик - Студио ", 2010. 80 с.
8. Бакулин И.Г., Сандлер Ю.Г. Возможности применения гепатопротекторов в практике врача-терапевта // Consiliummedicum. Гастроэнтерология. 2010. № 8. С. 72-76.
9. Бебуришвили А.Г., Михин С.В. Пищеводно-желудочные кровотечения при портальной гипертензии //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2006. № 2. С. 68-73.
10. Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Овчаров А.Н. Эндоскопическая склеротерапия варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова: Научно-практический журнал. 2006. №1. С. 44-48.
11. Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности // Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике: сб. материалов III межрегион. конф. Иркутск, 22-23 мая 2009 г. Иркутск: Изд-во ИГМУ, 2009. С. 47-52.
12. Ивашкина В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / под ред. Ивашкина В.Т.. М.: ООО "Издательский дом "М-Вести", 2002. 415 с.

Поступила 10.03. 2020