

АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНЫХ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**Т.И. Кудайбергенов¹, Э.А. Тилеков^{1,2}, Р.Т. Эгенбаев³**¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии²Национальный хирургический центр им. М.М. Мамакеева при Министерстве
здравоохранения Кыргызской Республики³Международная школы медицины Международного университета Кыргызстана
Кафедра специальных хирургических дисциплин
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения кровотечений из ВРВПЖ у больных ЦП за счет применения активной хирургической тактики и комбинированного способа выполнения операции.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 62 больных ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ, госпитализированных в НХЦ МЗ КР им. М.М. Мамакеева. Контрольную группу составили 20 пациентов, оперированные по М.Д. Пациора в поздние сроки в виду неэффективности консервативного лечения. В основной группе на 42 больных с кровотечением из ВРВПЖ применена активная хирургическая тактика с использованием комбинированного способа. Операция М.Д. Пациора была дополнена интраоперационным введением раствора этоксисклерола в виде микропены в вены пищевода выше лигатур и выполнением деваскуляризации желудка. В послеоперационном периоде оценивали эффективность гемостаза, частоту рецидива ПЖК в ближайшем и отдаленном периодах, эндоскопический контроль состояния слизистой пищевода осуществляли через 6 месяцев и через год.

Установлено, что выбор хирургической тактики в пользу раннего выполнения оперативного вмешательства в дополнении с комбинированным способом позволили улучшить результаты лечения больных ЦП с кровотечением из ВРВПЖ. Послеоперационная летальность в контрольной и основной группе составила 60% и 9,5%, годовая выживаемость в контрольной – 37,5%, в основной группе – 71,4%, соответственно.

Ключевые слова: цирроз печени, варикозно расширенные вены пищевода и желудка, пищеводно-желудочное кровотечение, хирургическая тактика.

БЕЙТАПТАРДЫН БООР ЦИРРОЗ ООРУСУНУН ВАРИКОЗДУК КЫЗЫЛ ӨНГӨЧ, АШКАЗАН КАН АГУУСУНДАГЫ АКТИВДУУ ХИРУРГИЯЛЫК ТАКТИКАСЫ**Т.И. Кудайбергенов¹, Э.А. Тилеков^{1,2}, Р.Т. Эгенбаев³**¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Оперативдүү хирургия курсу менен ооруканалык хирургия кафедрасы²Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигинин М.М. Мамакеев атындагы
Улуттук хирургия борбору³Кыргызстандын Эл аралык университетинин Эл аралык медицина мектебинин
Атайын хирургиялык дисциплиналар кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул изилдөөнүн максаты цирроз менен ооруган бейтаптардагы ич көңдөйүнүн жогорку бөлүгүнөн кан агууну хирургиялык дарылоонун натыйжаларын активдүү хирургиялык тактиканы жана операцияны жасоонун айкалыштырылган ыкмасын колдонуу аркылуу жакшыртуу болуп саналат.

М.М. Мамакеев атындагы Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна жаткырылган 62 цирроз менен ооруган бейтапты кызыл өңгөч, ашказан варикоздук веналарынын кан агуусу хирургиялык дарылоонун жыйынтыгына анализ жасалды. Консервативдик дарылоонун натыйжасыздыгынан кийинки этапта М.Д. Пациоранын айтымында, көзөмөл тобуна 20 бейтап кирди. РВВдан кан кеткен 42 бейтаптын негизги тобунда активдүү хирургиялык тактика айкалыштырылган ыкма менен колдонулган. М.Д. Пациордун операциясы этоксисклеролдун эритмесин микрокөп түрүндөгү кызыл өңгөчтүн веналарына лигатуралардан жогору киргизүү жана ашказандын девакуляризациясы менен толукталды. Операциядан кийинки мезгилде гемостаздын эффективдүүлүгү, жакынкы жана узак мөөнөттүү мезгилдеги ашказан-ичегинин рецидивинин жыштыгы бааланды, 6 айдан кийин жана бир жылдан кийин кызыл өңгөчтүн былжыр челинин абалына эндоскопиялык мониторинг жүргүзүлдү.

Комплекстуу методдон тышкары эрте хирургиялык кийлигишуунун пайдасына хирургиялык тактиканы тандоо сыйдик чыгаруучу органдардан кан агуу менен ооруган цирроз менен ооругандарды дарылоонун натыйжаларын жакшыртууга мумкундук бергендиги аныкталды. Контролдук жана негизги топтордо операциядан кийинки өлүм 60% жана 9,5%, контролдук топто бир жылдык жашоо көрсөткүчү 37,5%, негизги топто – 71,4% түздү.

Негизги сөздөр: Цирроз оорусу, кызыл өңгөч, ашказан варикоздук кенейген веналары, кызыл өңгөч, ашказан варикоздук веналарынын кан агуусу.

ACTIVE SURGICAL TACTICS IN THE TREATMENT OF VARICOSE ESOPHAGAL-GASTRIC BLEEDING IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

T.I. Kudaybergenov¹, E.A. Tilekov^{1,2}, R.T. Egenbaev³

¹Department of Hospital Surgery with a course of operative surgery
Kyrgyz State Medical Academy named after. I.K. Akhunbaev

²National Surgical Center named after M.M. Mamakeev
at the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

³International School of Medicine of the International University of Kyrgyzstan
Department of Special Surgical Disciplines
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The purpose of this study is to improve the results of surgical treatment of bleeding from the upper abdominal cavity in patients with cirrhosis through the use of active surgical tactics and a combined method of performing the operation.

An analysis of the results of surgical treatment of 62 patients with cirrhosis complicated by bleeding from the urinary tract, hospitalized at the Scientific Clinical Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic named after. M. Mamakeev. The control group consisted of 20 patients who were operated on according to M.D. Patsiora at a later stage due to the ineffectiveness of conservative treatment. In the main group of 42 patients with bleeding from the RVV, active surgical tactics were used using a combined method. The operation of M.D. Patsior was supplemented by the intraoperative introduction of a solution of ethoxysclerol in the form of microfoam into the veins of the esophagus above the ligatures and devascularization of the stomach. In the postoperative period, the effectiveness of hemostasis, the frequency of recurrence of gastrointestinal tract in the immediate and long-term periods were assessed, endoscopic monitoring of the condition of the esophageal mucosa was carried out after 6 months and after a year.

It was established that the choice of surgical tactics in favor of early surgical intervention in addition to a combined method allowed to improve the results of treatment of patients with cirrhosis with bleeding from the urinary tract. Postoperative mortality in the control and main groups was 60% and 9.5%, one-year survival rate in the control group was 37.5%, in the main group – 71.4%, respectively.

Key words: cirrhosis, esophageal and gastric varices, esophageal-gastric bleeding, surgical tactics.

Введение. Варикозное расширение вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), как одно из частых и грозных клинических проявлений цирроза печени (ЦП), встречается в верхних отделах желудочно-кишечного тракта от 30 до 40% при компенсированных формах цирроза, а при декомпенсированном ЦП достигает 60% [1,2]. Основной причиной смерти больных ЦП является кровотечение из ВРВПЖ при их разрыве, возникающее примерно у 30% пациентов с ВРВ. Первый эпизод кровотечения для 20-80% больных является смертельным. У 50–70% пациентов в течение нескольких дней возникает рецидив кровотечения, а с момента первого эпизода выживаемость не превышает 40% в течение 2 лет [3,4].

В данной статье не затронуты аспекты применения малоинвазивных, эндоскопических вмешательств остановки и профилактики варикозных ПЖК, поскольку клинический материал формировался до внедрения указанных методик в нашу клинику. В то же время выполнение простых азигопортальных разобщающих операций находят свою нишу в urgentных случаях и в условиях районных территориальных больниц республики, где оснащенность современным медицинским оборудованием представлена не на должном уровне.

В таких условиях неудовлетворительные результаты лечения больных ЦП с ПЖК во многом объясняются тем, что хирургическая тактика и лечебная программа в большинстве случаев базируется на ошибочных представлениях о возможности достижения гемостаза за счет выжидательной консервативной терапии. По мнению ряда авторов [5,6], надежды на консервативный гемостаз являются одним из слабых мест в лечении этой категории пациентов, а существующую на сегодняшний день выжидательную хирургическую тактику нельзя считать удовлетворительной.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения кровотечений из ВРВПЖ у больных ЦП за счет применения активной хирургической тактики и комбинированного способа выполнения операции.

Материал и методы исследования. Объектом исследования послужили 62

больных ЦП, поступивших с ПЖК в приемное отделение Национального хирургического центра им. М. Мамакеева Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Среди больных преобладали мужчины – 36 (58%), женщин было – 26 (42%). Возраст больных колебался от 23 до 69 лет, и в среднем составил $46,7 \pm 15,2$ года. Функциональный класс В по Чайлд-Пью (1973) выявлен у 24 (38,7%), класс С – у 38 (61,3%) больных. На момент обращения продолжающееся ПЖК отмечено у 27 (43,5%) больных, в 35 (56,5%) случаях имело место состоявшееся ПЖК. При экстренном эндоскопическом исследовании ВРВП II степени выявлено у 15 (24,2%), III степень – у 47 (75,8%) больных (по Шерцингеру А.Г., 1986) [7].

В зависимости от сроков проведения оперативных вмешательств пациенты разделены на 2 группы. Первую (контрольную) группу составили 20 пациентов, оперированные на 7-12 сутки в виду рецидива ПЖК или высокой его угрозы на фоне проводимого консервативного лечения. Всем больным выполнена операция по М.Д. Пациора с прошиванием всех кровоточащих и некровоточащих вен кардии желудка и нижнего отрезка пищевода [8]. Пациентам второй (основной) группы (42 больных) применена активная хирургическая тактика с использованием комбинированного способа. В послеоперационном периоде оценивали эффективность гемостаза, частоту рецидива ПЖК в ближайшем и отдаленном периодах, эндоскопический контроль состояния слизистой пищевода осуществляли через 6 месяцев и через год.

Методика операции. Трансабдоминально в проксимальном отделе желудка в косопоперечном направлении осуществляли гастротомию. Далее отдельными лигатурами в шахматном порядке прошивали все расширенные складки слизистой оболочки (с подслизистыми вариксами), затем, максимально высоко прошивали вены пищевода. В завершении операции Пациоры, интраоперационно готовили склерозирующую смесь в виде 5,0 мл микропены из 1,0 мл 3% фибровейна и 4,0 мл воздуха [9] и вводили в варикозные вены нижней трети пищевода выше наложенных

лигатур. Всего требовалось 3-4 инъекций. Гастротомическое отверстие ушивали двухрядным непрерывным швом. Операцию дополняли деваскуляризацией желудка, заключающейся в перевязке левой желудочной артерии, перевязке сосудов по большой кривизне (Рационализаторское предложение № 847 от 21 июля 2017 года, выданное Кыргызпатентом) (рис. 1).

Всем больным выполняли комплексное обследование с применением общеклинических, специальных лабораторных и инструментальных методов исследования. Статистическая обработка результатов проведенных исследований осуществлена с использованием прикладного пакета «Statistika 6,0» (StatSoft, USA).

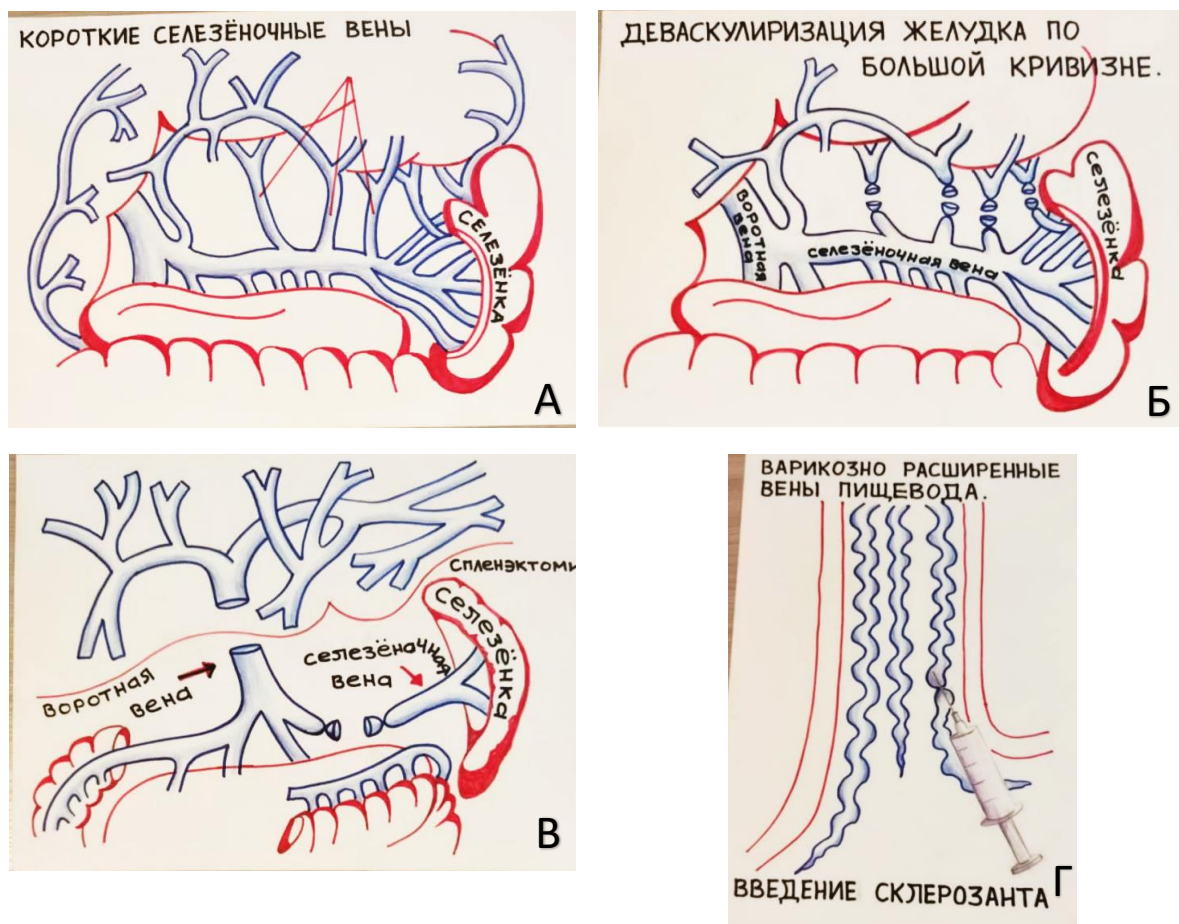


Рис. 1. Методика комбинированного способа хирургического лечения кровотечений из ВРВПиЖ (А, Б, В, Г – этапы операции).

Результаты и обсуждение. Большинство исследуемого клинического материала относится к периоду до введения эндоскопических методик остановки ПЖК. Поэтому обязательным компонентом консервативного лечения ПЖК служила установка зонда Блэкмора в сроки от 12 до 72 часов. Эффективность баллонной тампонады зондом-обтуратором в контрольной группе составила 70% (14 больных). Повторная установка зонд-обтуратора понадобилась 6 больным. Как результат длительного неэффективного консервативного лечения и нарастания тяжести состояния 20 (32,2%) больным на 7-12 сутки выполнена операция

М.Д. Пациора. В ближайшем послеоперационном периоде умерло 12 больных, что составило 60%. Летальность зависела от тяжести печеночно-клеточной недостаточности ЦП и была выше у больных с функциональным классом С (табл. 1). Основными причинами наступления летальных исходов послужили: рецидив кровотечения в ранние сроки после операции с массивной кровопотерей (5 больных), прогрессирование печеночной недостаточности (ПН) на фоне тяжелой геморрагии и перенесенного оперативного вмешательства с развитием полиорганной недостаточности (7 больных).

Таблица 1 – Показатели рецидива кровотечения и летальности в послеоперационном периоде (группа контроля, n=20)

Показатели	Контрольная группа, n=20		
	Класс В (n=7)	Класс С (n=13)	Итого (n=20)
Рецидив кровотечения	1 (14,3%)	4 (30,8%)	5 (25,0%)
Летальность от кровотечения	1 (14,3%)	4 (30,8%)	5 (25,0%)
Прогрессирование печеночной недостаточности	--	7 (53,8%)	7 (35,0%)
Послеоперационная летальность в зависимости от функционального класса	1 (14,3%)	11 (84,6%)	12 (60,0%)

Таким образом, можно констатировать, что, чем длительнее проводятся консервативные мероприятия в надежде добиться гемостаза, тем хуже результаты операции. Несмотря на все достоинства операции М.Д. Пациоры, чисто с хирургических позиций, оказалось, что она не лишена недостатков. В частности, прошивание только лишь ВРВ подслизистого слоя пищевода явилось причиной недостаточно эффективного гемостаза при наложении отдельных узловых швов по периметру пищеводного отверстия, а также прорезывания швов и кровотечений из них в

ранние послеоперационные сроки. В этой группе хирургический гемостаз составил 75%, послеоперационная летальность составила 60%.

Во второй (основной) группе все 42 пациента были оперированы в ранние сроки. Основное значение в остановке кровотечения у больных основной группы мы придавали более раннему до наступления декомпенсации функции печени оперативному пособию. Именно поэтому все 42 (100% наблюдений) пациента были прооперированы в ранние сроки от момента госпитализации (табл. 2).

Таблица 2 – Сроки выполнения оперативных вмешательств во второй группе (n=42 больных)

Сроки операции	Количество больных
через 12 часов	4 (9,5%)
через 24 часа	7 (16,7%)
через 48 часов	5 (31,25%)
через 72 часа	12 (11,9%)
от 3 до 5 суток	14 (33,3%)

Всем больным операция М.Д. Пациора была дополнена интраоперационным введением раствора этоксисклерола в виде микропены в вены пищевода выше лигатур и выполнением деваскуляризации желудка. На наш взгляд, этим достигается полное разобщение пищеводно-желудочной венозной системы и повышается эффективность хирургического лечения.

В послеоперационном периоде в 1 случае (2,4%) возник рецидив кровотечения, возникший на месте введения склерозанта,

путем консервативных мероприятий был полностью остановлен. Прочих серьезных осложнений после введения склерозанта (медиастинита, бронхо-эзофагальных свищей, перфорации пищевода) не наблюдалось. У 4 (9,5%) больных в послеоперационном периоде наступило прогрессирование печеночно-клеточной недостаточности с летальным исходом. Послеоперационная летальность в этой группе составила 16% за счет больных функционального класса С (табл. 3).

Таблица 3 – Показатели рецидива кровотечения и летальности в послеоперационном периоде в основной группе

Показатели	Основная группа, n=42		
	Класс В (n=17)	Класс С (n=25)	Итого (n=42)
Рецидив кровотечения	--	1 (4,0%)	1 (2,4%)
Летальность от кровотечения	--	--	--
Прогрессирование печеночной недостаточности	--	4 (16,0%)	4 (9,5%)
Послеоперационная летальность в зависимости от функционального класса	--	4 (16,0%)	4 (9,5%)

В сроки 6 мес. обследовано 8 пациентов из первой и 21 пациентов из второй группы. Эндоскопическая картина характеризовалась регрессом ВРВПЖ с III до I-II степени.

К 12 мес. наблюдения в первой группе от прогрессирования ПН умерло 2 больных

(25%). Рецидив ВРВП до 3 степени выявлен у 5 (62,5%) больных. Рецидив кровотечения возник у 3 (37,5%) больных, которые впоследствии умерли. Общая годовичная летальность в этой группе составила 62,5% (табл. 4).

Таблица 4 – Отдаленные результаты в сравниваемых группах

Сроки наблюдения, мес.	Число больных, n		Рецидив ВРВП, n (%)		Рецидивы кровотечения, n (%)		Летальность от кровотечения / летальность общая, n	
	1 гр.	2. гр.	1. гр.	2. гр.	1. гр.	2. гр.	1. гр.	2. гр.
6 мес	8	21	--	--	--	--	--	--
12 мес	8	21	5 (62,5%)	3 (14,3%)*	3 (37,5%)	2 (9,5%)*	3 (37,5%)/ 5 (62,5%)	2 (9,5%)/ 6 (28,6%)*

Примечание: * - $p < 0,05$

Во второй группе через 12 мес. под наблюдением оставалось 21 больной. Рецидив кровотечения из ВРВПЖ с летальностью наблюдался у 2 (9,5%) больных. Прогрессирование ПН наступило у 4 (19,0%) больных, приведших к летальному исходу. Общая летальность составила 28,6% (6 больных).

Заключение. Выбор хирургической тактики в пользу раннего выполнения оперативного вмешательства в дополнении с комбинированным способом, направленного на профилактику и достижение надежного гемостаза, позволили улучшить результаты

лечения больных ЦП с кровотечением из ВРВПЖ. Послеоперационная летальность зависела от исходного функционального состояния печени, сроков оперативного вмешательства, тяжести геморрагии, прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности, рецидива кровотечения и составила 60% в первой группе и 9,5% во второй группе, соответственно. Годичная выживаемость была выше почти в два раза в группе, где применена активная хирургическая тактика с использованием комбинированного способа (71,4%), чем в контрольной группе наблюдения (37,5%).

Литература

1. Киценко Е.А., Анисимов А.Ю., Андреев А.И. Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Вестник современной клинической медицины. 2014;7(5):89–98. [Kicenka EA, Anisimov AYU, Andreev AI. The current state of the problem of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach. Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny /Bulletin of modern clinical medicine. 2014;7(5):89–98 (In Russ.).]
2. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. Hepatology. 2017; 65(1): 310–335. <https://doi.org/10.1002/hep.28906>

3. Ardevol A., Ibanez-Sanz G., Profitos J, Aracil C, Castellvi JM, Alvarado E et al. Survival of patients with cirrhosis and acute peptic ulcer bleeding compared with variceal bleeding using current first-line therapies. *Hepatology*. 2018; 67(4): 1458–1471. <https://doi.org/10.1002/hep.29370>
4. Villanueva C., Albillos A., Genesca J, Garcia-Pagan JC, Calleja JL, Aracil C et al. β blockers to prevent decompensation of cirrhosis in patients with clinically significant portal hypertension (PREDESCI): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet*. 2019; 393(10181): 1597–1608. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31875-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31875-0)
5. Якупов А.Ф., Сангаджиев С.Б., Мустафин Р.Р., Анисимов А.Ю. Сравнительная оценка эффективности диагностики и хирургического лечения больных портальной гипертензией. *Вестник современной клинической медицины*, 2013, 6(5):11–17. [Jakupov AF, Sangadzhiev SB, Mustafin RR, Anisimov AY. Comparative evaluation of the effectiveness of diagnosis and surgical treatment of patients with portal hypertension. *Vestnik sovremennoj klinicheskoj mediciny* /Bulletin of modern clinical medicine. 2013;6(5):11–17 (in Russ.).] [https://doi.org/10.20969/vskm.2013.6\(5\).1-170](https://doi.org/10.20969/vskm.2013.6(5).1-170)
6. Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Киценко Е.А. Портальная гипертензия. Клиническая хирургия: национальное руководство. М.: GEOTAR-Media; 2008:626–665. [Eramishantsev AK, Sherzinger AG, Kitsenko EA. Portal hypertension. Clinical surgery: national guidelines. М.: GEOTAR-Media; 2008:626–665 (in Russ.).]
7. Шерцингер А.Г. Патогенез, диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией [автореф. диссертации]. М.; 1986. 310 с. [Sherzinger AG. Pathogenesis, diagnosis, prevention and treatment of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach in patients with portal hypertension [dissertation abstract]. М.; 1986. 310 p. (in Russ.).]
8. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. Ташкент: Медицина; 1984. 319 с. [Patsiora MD. Surgery for portal hypertension. Tashkent: Medicine; 1984. 319 p. (in Russ.).]
9. Кошевой А.П., Чирков Д.Н., Шелко О.А. Эндоскопическая микропенная склерооблитерация варикозных вен пищевода. Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Тезисы докладов XVII международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Уфа; 2010:80. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/flebologiya/2010/2/downloads/ru/031997-69762010210>. [Koshevoy AP, Chirkov DN, Shelko OA. Endoscopic microfoam scleroobliteration of esophageal varicose veins. Actual issues of surgical hepatology: Abstracts of the XVII International Congress of Hepatologists of Russia and CIS countries. Ufa; 2010:80 (in Russ.).]

Для цитирования

Кудайбергенов Т.И., Тилеков Э.А., Эгенбаев Р.Т. Активная хирургическая тактика в лечении варикозных пищеводно-желудочных кровотечений у больных циррозом печени. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2023;4:61–67. https://doi.org/10.54890/1694-6405_2023_4_61

Сведения об авторах

Кудайбергенов Толобек Исмаилович – ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: tolobek14011958@mail.ru

Тилеков Эрнис Абдышевич – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, заведующий отделением хирургии печени и портальной гипертензии Национального хирургического центра им. М. Мамакеева при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: tilekovernis@mail.ru

Эгенбаев Руслан Токтосунович – к.м.н., старший научный сотрудник, ассистент кафедры специальных хирургических дисциплин Международной школы медицины Международного университета Кыргызстана, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: ruslan.egen@gmail.com