

ПЛАНОВАЯ ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Гарелик П.В.¹, Дубровицк О.И.², Суров А.Н.², Живушко Д.А.,
Шевчук Д.А.², Жибер В.М.², Казак И.М.².**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Беларусь

Введение. Варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка у пациентов циррозом печени (ЦП) с синдромом портальной гипертензии (СПГ) выявляется у 60% этих пациентов, по разным статистикам составляет 25-80%. Риск развития кровотечения в первые два года после установления диагноза ВРВ пищевода и желудка составляет 30%. Известно, что после первого эпизода кровотечения повторяются у 100% пациентов [2]. Летальность при первом эпизоде кровотечения составляет 40-50%, еще 30-50% пациентов умирают при повторных кровотечениях, общая летальность достигает 25-72% [1]. Установлено, что избирательное расширение вен пищеводно-кардиальной зоны обусловлено тонкостью стенок вен, рыхлостью соединительной ткани, в которой они анатомически расположены, и нарушениями их иннервации. Еще большую угрозу для жизни этих пациентов представляют кровотечения из ВРВ желудка, особенно при высоком давлении в воротной вене. Критический уровень портального давления, при котором возникает кровотечение из ВРВ пищевода и желудка, составляет 270 мм водн. ст. (в нормальных условиях от 80 до 200 мм водн. ст.). При блокаде портального кровотока в системе воротной вены давление повышается до 230-610 мм водн. ст.

Кровотечения из варикозных вен желудка составляют 20-30% от всех пищеводно-кардиальных кровотечений и развиваются чаще всего при подпеченочной форме портальной гипертензии. Тяжесть кровотечения и смертность, особенно из фундальных варикозных вен, значительно выше, чем при кровотечениях из вен пищевода. Кровотечения из ВРВ желудка практически невозможно остановить эндоскопическими методами, а тампонада источника кровотечения зондом обтуратором Сенгстакена-Блекмора часто оказывается неэффективной.

Прогрессирование ЦП, повышение портального давления, нарастание асцита вызывает неуклонное прогрессирование расширения вен пищевода и желудка, приводит к первому эпизоду кровотечения. После остановки кровотечения прогнозировать длительность гемостатического эффекта при консервативной терапии острых кровотечений невозможно, так как рецидив может развиваться в любое время после достижения первичного гемостаза.

Диагностика пищеводно-кардиальных кровотечений портального генеза не представляет трудностей. При эзофагогастроскопии определяются

расширенные, изъязвленные и кровоточащие вены пищевода и/или желудка, однако при массивной кровопотере расширенные вены часто спадаются и становятся незаметными для эндоскописта, особенно на фоне эрозивно-язвенного рефлюкс-эзофагита и дуодено-гастрального рефлюкса. Современные эндоскопические аппараты позволяют проводить эндоскопию с высокой диагностической и лечебной эффективностью, однако лечение этих пациентов представляет сложную и трудную задачу. После активного внедрения в клиническую практику способов эндоскопического гемостаза совершенствование методов его выполнения и накопление опыта, хирургическая тактика стала активно-выжидательной в отношении оказания неотложной помощи этой тяжелой категории пациентов. Следовательно, поиск возможных путей профилактики прогрессирования варикозного расширения вен пищевода желудка у пациентов с ЦП с ПГ и развития первого эпизода кровотечения, а также рецидив уже манифестировавших ранее в анамнезе кровотечений остается самой актуальной проблемой и в веке высоких технологических успехов хирургической гастроэнтерологии.

Цель исследования. Изучить результаты применения плановой эндосклерозации варикозных вен пищевода, выполняемой с целью профилактики прогрессирования варикозного расширения вен пищевода и развития кровотечений.

Материал и методы. В публикации представлены результаты проспективного изучения применения эндосклерозации расширенных вен пищевода при ЦП с ПГ у пациентов, госпитализированных в городской центр гастродуоденальных кровотечений (ГДК) в плановом порядке из поликлиник города и по экстренным показаниям с острым кровотечением. Изучив литературу по данному вопросу, а также имея свой небольшой опыт (плановая склерозация с 2002 по 2007 гг. проводилась у 19 пациентов с острыми кровотечениями из ВРВ пищевода, данные опубликованы) нами принято решение проведения плановой профилактической склерозации ВРВ пищевода у 48 пациентов, госпитализированных в период с 2008 по 2013 годы. Показаниями для плановой госпитализации и проведения этапной эндоскопической склеротерапии у 38 (79,2%) пациентов были кровотечения в анамнезе, при этом у 18 (47,4%) из них отмечались 2 и 3 эпизода кровотечения, у 12 (31,6%) кровотечение возникло впервые, у 8 (21,1%) пациентов диагноз ЦП с СПГ был установлен впервые при обследовании желудка. Сочетание ВРВ пищевода и желудка наблюдали у 5 пациентов. У всех пациентов диагностированы II-III степень расширения вен по Шерцингеру и цирроз печени классов А и В по классификации Чайлда-Пью. Средний возраст пациентов составил $43,7 \pm 2,1$ года. Мужчин было 42 (87,5%), женщин – 6 (12,5%). Причинами развития ЦП и СПГ у 34 (70,8%) пациентов было злоупотребление алкоголем, у 9 (18,8%) – вирусный гепатит С, в 2 (4,2%) случаях перенесенный пупочный сепсис в периоде новорожденности и в 3 (6,3%) случаях причины не установлены. Оперативные вмешательства по поводу хирургического лечения данной патологии в исследуемой группе

проводились только у 1 пациента, ЦП и СПГ развились по причине перенесенного пупочного сепсиса.

Результаты и их обсуждение. В плановом порядке эндосклерозация расширенных вен пищевода проводилась по разработанной в центре ГДК методике. В первые сутки после госпитализации в хирургический стационар (необходимое обследование всем пациентам проведено в поликлинике, по месту жительства) выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), проводилось эндосклерозирование одновременно от 3 до 4 расширенных венных столбов введением интравазально от 1 до 3 мл 2% раствора этоксисклерола. При наличии большого количества расширенных вен через 7-8 дней проводился эндоскопический контроль и при необходимости склерозировали оставшиеся расширенные вены. Всего выполнены 72 плановые эндосклерозации ВРВ пищевода у 48 пациентов. Максимальное количество – 4 и 5 этапных склерозаций – выполнены у 3 пациентов, у 6 – по 3-4 склерозации и у 40 – по 2-3 склерозации с целью профилактики прогрессирования расширения вен и развития кровотечений. Через 3 месяца обязательно проводился контроль ЭФГДС и в зависимости от эндоскопических данных принималось решение о склерозации. В ближайшем периоде после плановой эндосклерозации (1-2 сутки) у 2 пациентов наблюдали кровотечение в зоне проведения склерозации в пищеводно-кардиальном переходе, гемостаз был достигнут постановкой зонда Сенгстакена-Блекмора. В последующем через 6 и 12 месяцев опять проводился контроль ЭФГДС и при появлении расширенных вен пищевода проводилась их склерозация.

Осложнения после эндосклеротерапии в плановом порядке были у 5 пациентов: дисфагия у 4, и в 1 случае – эрозивный эзофагит. Рецидивов кровотечения в сроки от 6 месяцев до 2-х лет не наблюдали у 7 пациентов, у 19 – до 5-6 месяцев и у 13 – 3-4 месяца.

Заключение. Для улучшения результатов лечения и снижения летальности у пациентов с ЦП с СПГ и ВРВ пищевода и желудка следует искать пути ранней диагностики этой патологии и как можно раньше, до развития кровотечения, направлять в специализированные центры или хирургические отделения для проведения плановой этапной склеротерапии ВРВ пищевода при циррозе классов А и В по классификации Чайлда-Пью.

При ВРВ желудка, особенно его свода, когда имеет место большая протяженность и площадь расширенных вен, большое количество сосудистых анастомозов, а также при трудном эндоскопическом доступе – эндогемостаз и склерозация малоэффективны, а нередко практически невыполнимы.

За период применения склеротерапии в плановом порядке снизилась летальность у этой тяжелой категории пациентов. Так, в 2004 г. в центр ГДК госпитализировано 30 пациентов, умерли – 17, летальность составила 56,7%. В 2005 г. в Республике Беларусь сертифицирован этоксисклерол и был применен в центре ГДК клиники общей хирургии для плановой

склеротерапии. В 2007 г. госпитализировано 49 пациентов, умерли 16, летальность – 32,6%. В 2013 г. госпитализировано – 69, умерли 21, летальность – 30,4%, при этом 7 (10%) из них умерли в первые сутки госпитализации в связи с декомпенсацией ЦП (класса С) и полиорганной недостаточностью.

Таким образом, плановая этапная склеротерапия ВРВ пищевода является эффективным способом профилактики прогрессирования варикозного расширения вен пищевода и желудка и развития рецидивов кровотечений. Внедрение и активное применение плановой склеротерапии для профилактики прогрессирования расширения вен и при прогнозировании риска развития кровотечения – один из реальных, возможных и доступных методов улучшения непосредственных результатов лечения, улучшения качества жизни данных пациентов и снижение летальности.

Литература:

1. Лыткин, М.И. Отдаленные результаты лечения больных с портальной гипертензией, осложненной гастродуоденальным кровотечением / М.И. Лыткин, И.А. Ерохин, В.М. Диденко // Вестник хирургии. – 1984. - № 12. – С. 11-15.

УДК 616.37 – 006.6 – 089

ЗНАЧЕНИЕ АНОМАЛИЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ

**Гривачевский А.С.¹, Угляница К.Н.², Камарец А.М.¹, Балбатун А.И.¹,
Божско Г.Г.²**

¹ УЗ «Тродненская областная клиническая больница»

² УО «Тродненский государственный медицинский университет», Тродно, Беларусь

Известно, что кровоснабжение поджелудочной железы формируется соответственно двум ее эмбриональным зачаткам. Верхняя половина железы кровоснабжается из бассейна чревного ствола, а ее нижняя половина – верхней брыжеечной артерии [1]. Многовариантность деления сосудов в гепатопанкреатодуоденальной зоне настолько выражена, что потребовала даже разработки классификаций деления сосудов в этой зоне. Из них наиболее соответствующей запросам для применения в клинической практике является классификация таких аномалий, предложенная К. Adachi.

Особое значение в хирургической панкреатогепатологии имеет знание кровоснабжения поджелудочной железы, которое осуществляется ветвями печеночной, селезеночной и верхней брыжеечной артерий. В прогностическом плане наибольшее значение имеет кровоснабжение печени. При этом установлено, что вариабельность анатомических вариантов отхождения общей печеночной артерии и ее ветвей встречается от 5,4 до 20,4% наблюдений. Знание вариантов и аномалий артериального кровоснабжения печени имеет большое значение при операциях в этом