

УДК 616.14–007.64–089.8–072:616.33/.34–005.1-036.11

Ендоскопічна склеротерапія варикозно розширених вен стравоходу – її місце в лікуванні гострих кровотеч

В.І. РУСИН, К.Є. РУМЯНЦЕВ, І.І. КОПОЛОВЕЦЬ

Ужгородський національний університет

ENDOSCOPIC SCLEROTHERAPY OF ESOPHAGEAL VARICES AND ITS PLACE IN TREATMENT OF ACUTE BLEEDINGS

V.I. RUSYN, K.YE. RUMYANTSEV, I.I. KOPOLOVETS

Uzhhorod National University

У роботі представлено результати комплексного лікування 37 хворих із кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу на фоні декомпенсованого цирозу печінки. Гемостазу досягнули у всіх пацієнтів, 8 (19 %) із них померли при прогресуванні печінкової недостатності. Тактика лікування обрана з огляду на положення консенсусу Baveno IV щодо діагностики, лікування та напрямків подальших наукових досліджень у царині портальної гіпертензії, запропонованого під час серії зустрічей провідних вчених Європи. Більшість тверджень консенсусу перевірена методами доказової медицини. Зауважено, що імплементація тверджень консенсусу в медичну практику України можлива в повному обсязі.

The results of complex treatment of 37 patients with acute bleeding from the esophageal varices against a background of decompensated liver cirrhosis are represented in the study. Hemostasis was attained in all patients, 8 (19 %) of them died because of progress of hepatic insufficiency. Tactics of treatment was selected according to the positions of the Baveno IV Consensus in diagnostics, treatment and directions of subsequent scientific researches in the field of portal hypertension, elaborated during the series of meetings of leading European scientists. Most of Consensus statements are proved by methods of evidence-based medicine. It is pointed that the Consensus implementation into Ukrainian medical practice is possible in full extend.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Кровотеча, зумовлена портальною гіпертензією, є однією з найбільш складних проблем невідкладної медицини, яка потребує погоджених спільних дій лікарів декількох спеціальностей: реаніматолога, ендоскопіста, хірурга, гепатолога. Підхід до лікування таких пацієнтів складний і повинен базуватися на єдиному розумінні механізмів, що викликають формування портальної гіпертензії та розвиток кровотеч [1, 2].

Частота виявлення варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу у хворих на цироз печінки коливається від 25 до 80 % і складає у середньому 60 % [1, 2, 4]. Щорічно ВРВ розвиваються у 10-15 % хворих на цироз [3]. Збільшення розмірів вариксів відбувається у 10-20 % хворих протягом року з моменту першого виявлення. Летальність при першій кровотечі із ВРВ становить близько 40 %, що зумовлює половину всіх випадків смерті хворих на цироз [4, 5].

Кровотеча з ВРВ шлунка становить 20-30 % усіх варикозних кровотеч [1, 2]. Частота розвитку шлункових вариксів у хворих із портальною гіпер-

тензією коливається від 6 до 78 %, а летальність під час першої кровотечі сягає 50-70 % [1, 2, 4, 5]. Така варіабельність пояснюється різною етіологією портальної гіпертензії та обмеженнями діагностичної техніки.

Летальність при першій кровотечі у пацієнтів із цирозом печінки сягає 40-50 %, і це становить половину летальних випадків у цій групі хворих [3].

Перший епізод кровотечі становить значний ризик повторної кровотечі. Приблизно у двох третин хворих розвивається рецидив [1, 4]. Максимальний ризик рецидиву припадає на перші дні після першого епізоду.

Фактори ризику повторної кровотечі:

- високий рівень портального тиску;
- ступінь декомпенсації функції печінки;
- вік понад 60 років;
- тяжкий перший епізод кровотечі;
- ниркова недостатність;
- великий розмір вариксів;
- активна кровотеча в момент ургентної ендоскопії при першій кровотечі [3, 4].

Високий порталний тиск є одним із визначальних факторів рецидиву кровотечі.

Провідним завданням лікування цієї тяжкої патології, безумовно, є врятування життя пацієнта, яке може бути досягнуто тільки шляхом зупинки кровотечі. Але у вітчизняній медицині, незважаючи на певні досягнення декількох хірургічних шкіл, єдина хірургічна тактика лікування й досі не напрацьована.

Дехто, схилившись до консервативної тактики, рекомендує вдаватися до хірургічного втручання не раніше ніж через 2-3 доби при рецидиві кровотечі, коли консервативні заходи, включаючи застосування зонда Блекмора, не мають успіху [2]. Деякі автори пропонують консервативну терапію протягом 7-8 год розглядати як передопераційну підготовку, після якої слід вдаватися до невідкладного хірургічного втручання [1, 2].

Летальність як при консервативному, так і при хірургічному лікуванні висока і складає 17-45 % у стадії декомпенсації. Результати хірургічного лікування значною мірою залежать від функціонального стану печінки.

Мета роботи: оцінка застосування ендоскопічної склеротерапії у пацієнтів із кровотечею із ВРВ стравоходу на фоні декомпенсованого цирозу печінки.

Матеріали і методи. За період 2006-2009 рр. у хірургічну клініку Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака госпіталізовано 37 пацієнтів із кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу на ґрунті суб- і декомпенсованого цирозу печінки.

Серед 37 хворих за класифікацією Child-Turcotte-Pugh у 9 хворих діагностували В-клас цирозу печінки, у 28 – С-клас.

Під час ендоскопії встановлено, що у всіх хворих із В-класом джерелом кровотечі були ВРВ стравоходу III ст.

Серед 28 хворих із С-класом у 11 діагностували кровотечу із ВРВ стравоходу III ст., у решти 17 пацієнтів джерелом кровотечі стали також ВРВ стравоходу, але у них же діагностували і ВРВ шлунка, які на момент огляду не кровоточили. Пацієнтів із кровотечами із ВРВ шлунка з даного досліджен-

ня виключали, у зв'язку із завідомо низькою ефективністю ЕС у них [5].

При цьому у всіх хворих із ЦП діагностували асцит, а в 12 хворих С-класу мали місце клінічні ознаки портосистемної енцефалопатії III-IV стадій (сопор-кома) на фоні триваючої стравохідно-шлункової кровотечі.

У решти 25 хворих виявлена ПЕ I-II ст.

З метою зупинки кровотечі використовували підшкірні ін'єкції октрестатину у початковій дозі 200 мкг, потім по 100 мкг кожні 8 год. Також використовували замісну терапію розчинами колоїдів і кристалоїдів, свіжозаморожену плазму та за показаннями – еритромасу. Як гемостатики, крім того, застосовували вікасол, етамзилат та амінокапронову кислоту.

При гострій кровотечі ми вводили 5-20 мл (максимально 35 мл) 2 % розчину полідоканолу (Склеровейн®, Резінаг АГ, Швейцарія) інтравазально, паравазально або комбіновано, починаючи від кута шлунка і оральніше, на 7-10 см вище стравохідно-шлункового переходу, до зупинки кровотечі по 1 мл на одну ін'єкцію.

Маніпуляції виконували із припіднятою на 45 % верхньою частиною тулуба хворого з попередньою анестезією глотки та премедикацією.

Завдяки такому положенню хворого, постійному промиванню та відсмоктуванню, вдавалося утримувати стравохід порожнім. Якщо джерело кровотечі чітко встановити не вдавалося, то виконували 15-20 паравазальних ін'єкцій 1 % розчину полідоканолу у нижній частині стравоходу, починаючи від кардії.

Результати застосування ендоскопічної склеротерапії (ЕС) залежно від ступеня тяжкості крововтрати та класу цирозу печінки представлені у таблиці 1.

При екстреній ЕС найчастіше виникали такі ускладнення: незначна кровотеча з місця ін'єкції (45,9%), гіпертермія (27%), виразка стравоходу (2,7%). При інтравазальному способі введення найчастіше всього спостерігали незначну кровотечу з місця ін'єкції. При паравазальному способі введення – гіпертермію та утворення виразки на місці ін'єкції. При комбінованому способі спостерігали гіпертермію та незначну кровотечу з місця ін'єкції.

Таблиця 1. Результати екстреної ЕС у хворих на ЦП

Ступінь тяжкості крововтрати	Клас цирозу печінки					
	В, n=9			С, n=28		
	зупинено	рецидив	померли	зупинено	рецидив	померли
Легкий	1	–	–	17	2	2
Середній	7	1	–	5	2	1
Тяжкий	1	–	–	6	4	4

Ми можемо стверджувати, що протиставляти способи ЕС не варто, оскільки кожен з них має право на існування, і в основному частота використання того чи іншого залежить від кваліфікації ендоскопіста.

Із вдосконаленням методики ЕС на сьогодні перед самою процедурою місце уколу зрошуємо 5 мл 96 % спирту не тільки з міркувань асептики, а також з метою ущільнення стінки стравоходу. При кровотечах з місця ін'єкції після інтравазальної ЕС боковою стінкою гастроскопа притискали місце уколу протягом 5 хв.

Результати досліджень та їх обговорення. У групі хворих із С-класом цирозу печінки кровотечу зупинено одномоментно у 20 хворих, при цьому рецидив кровотечі настав у 8 хворих. У всіх 8 пацієнтів рецидив кровотечі також зупинено застосуванням ЕС, але 7 пацієнтів померли на фоні прогресування гепатаргії.

У групі пацієнтів із В-класом кровотечу зупинено одномоментно у 8 пацієнтів, рецидив відбувся у одного, який також був зупинений застосуванням ЕС на тлі фармакотерапії.

Таким чином, ЕС ВРВ на тлі фармакотерапії октрестатином зумовила зупинку кровотечі у всіх хворих, при цьому смерть пацієнтів настала не від крововтрати і гіпоксії, а від прогресування печінкової недостатності.

Загальна летальність склала 18,9 %. При цьому слід відмітити, що більша частина рецидивів кровотечі відбулася у хворих із декомпенсованими ЦП.

З приводу летальності слід відмітити, що практично усі хворі при госпіталізації або під час кровотечі мали клінічні прояви ПЕ різного ступеня, а також підвищений ВЧТ, що, в свою чергу, приводило до гепато-пульмонального та серцево-судинного синдрому.

На наш погляд, відсутність єдиної напрацьованої тактики є доволі закономірною і зумовленою декількома суб'єктивними та об'єктивними чинниками. Справа у тому, що у випадку портальної кровотечі неефективним виявився "останній аргумент хірурга" – лапаротомне (відкрите) операційне втручання. У випадку портальної кровотечі результат операції в першу чергу залежить не від майстерності лікаря і навіть не від ефективності служби інтенсивної терапії – результат залежить виключно від фонового функціонального стану печінки. Печінкові функції порушені при цирозі печінки тією чи іншою мірою ще до кровотечі, крім того, сама кровотеча ще поглиблює цей розлад. Отже, відкриті втручання закінчуються не урятуванням життя, а смертю з імовірністю від 60 до 80 %.

Із розвитком уявлення про патогенез кровотеч при портальній гіпертензії відбулись два "прориви" у стратегії їх лікування. Це, безумовно, впровадження ендоскопічних методів зупинки кровотечі і застосування фармакотерапії [3, 4, 5]. Результати відразу поліпшились, але запровадження цілодобової служби ургентних лікарів-ендоскопістів у всіх стаціонарах і досі вважаємо туманною перспективою. Відсутнє як матеріальне, так і забезпечення штатами, і переконати адміністраторів у тому, що лікар-ендоскопіст при кровотечах ефективніший і "дешевший" за хірурга, напевно ще довго не вдасться.

Отже, у вітчизняних реаліях хірург стаціонару часто не може сподіватись на ендоскопічне втручання у зв'язку з відсутністю служби, а від відкритого операційного втручання відмовляється у зв'язку із безперспективністю – результат від нього не залежить. У такому випадку пацієнти отримують фармакотерапію у терапевтичних стаціонарах, де й помирають.

Тим більшу зацікавленість вітчизняних хірургів викликають рекомендації консенсусу провідних європейських вчених із портальної гіпертензії, відомого як Baveno IV [3]. Нижче наведено його рекомендації з лікування гострої кровотечі з варикозно розширених вен.

3.3. Лікування гострої кровотечі з вариків *Відновлення об'єму крові*

- Відновлення об'єму крові повинно здійснюватись обережно і консервативно, застосовуючи плазмаекспандери для підтримання стабільності гемодинаміки та еритроцитарну масу для підтримання гемоглобіну на рівні приблизно 80 г/л, враховуючи також такі фактори, як супутні захворювання, вік, гемодинамічний статус і клінічні ознаки продовження кровотечі (1b; A).

- Рекомендації щодо лікування коагулопатії та тромбоцитопенії не можуть бути вироблені на основі наявних на теперішній час даних (5; D).

Застосування антибіотиків для попередження бактеріальних інфекцій – спонтанного бактеріального перитоніту

- Антибіотикопрофілактика є невід'ємною частиною лікування пацієнтів із варикозною кровотечею і повинна бути призначена відразу після госпіталізації (1a; A).

Профілактика печінкової енцефалопатії

- У пацієнтів, у яких наявна енцефалопатія, остання повинна бути лікована лактулозою/лактилолом або іншими медикаментами (5; D).

- Не існує досліджень, які б встановили користь лактулози/лактилолу в профілактиці печінкової енцефалопатії (5; D).

Оцінка прогнозу

- Не існує прогностичних моделей для прогнозування висліду (2b; B).
- Жодна з індивідуальних характеристик не здатна ефективно забезпечити прогноз (2b; B).
- Клас за Чайльд-Пью, активна кровотеча під час ендоскопії, інфекція, ниркова недостатність, тяжкість кровотечі на початку, наявність тромбозу ворітної вени або гепатоцелюлярної карциноми, а також АлАТ ідентифікуються як предиктори поганого прогнозу (2b; B).

Розрахунок часу ендоскопії

- Ендоскопія повинна бути виконана якнайшвидше після госпіталізації (в межах 12 год), особливо у пацієнтів із клінічними ознаками значної крововтрати або з ознаками, які дають змогу запідозрити цироз (5; D).

Застосування балонної тампонади

- Балонна тампонада повинна застосовуватись виключно при масивній кровотечі як “міст” до того часу, поки визначене лікування може бути призначене.

Фармакотерапія

- При підозрі на варикозну кровотечу вазоактивні препарати повинні бути призначені якомога швидше – ще до діагностичної ендоскопії (1b; A).
- Лікування вазоактивними препаратами (терліпресин, соматостатин, вапреотид, октреотид) повинно застосовуватись у пацієнтів із кровотечею зі стравохідних вариксів протягом 2-5 діб (1a; A).

Ендоскопічне лікування

- Ендоскопічна терапія рекомендована всім пацієнтам із підтвердженою гастроінтестинальною кровотечею з верхніх відділів, де джерелом кровотечі є езофагеальні варикси (1a; A).
- Лігування є рекомендованим способом ендоскопічної терапії гострої езофагеальної варикозної кровотечі, хоча склеротерапія також може бути застосована в гострій ситуації, якщо лігування є технічно важким (1b; A).

- Ендоскопічна терапія тканинними адгезивами (наприклад N-бутил-ціаноакрилат) рекомендована при гострій кровотечі із шлункових вариксів (1b; A).

- Ендоскопічне лікування краще використовувати у поєднанні із фармакотерапією, яка, по можливості, повинна бути почата до ендоскопії (1a; A).

Тактика при невдачі лікування

- При невдачі початкової терапії, яка складалась із комбінації фармакотерапії та ендоскопічного лікування, найкраще застосувати ще одну спробу ендоскопічної терапії або TIPS (по можливості із стентом, вкритим політетрафторетиленом (PTFE)) (2b; B).

Вивчивши запропоновані консенсусом положення можна зауважити, що імплементація їх в українську медицину є нескладною. У більшості регіонів доступні запропоновані медикаментозні осередки (бета-блокатори, октреотид), або ендоскопічна склеротерапія, або лігування вариксів. Таким чином, ми отримали алгоритм лікувальних дій, які, окрім того, що є повсякчас доступними, ще й перевірені методами доказової медицини.

Грунтуючись на положеннях консенсусу із 2006 року, ми не використовували відкритих лапаротомних втручань з метою зупинки кровотечі, що дозволило зменшити летальність.

Висновки. 1. Ендоскопічна склеротерапія є ефективним методом зупинки кровотечі із ВРВ стравоходу.

2. Ефективність склеротерапії змінюється залежно від: функціонального стану печінки, застосування адекватної фармакотерапії (октреотид), наявності служби ургентної ендоскопії.

3. Застосування положень Всесвітнього консенсусу Baveno IV в лікуванні кровотеч із ВРВ стравоходу в Україні є можливим, перевіреність його положень доказовою медициною дозволяє сподіватись реального поліпшення результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Декомпенсований цироз печінки / Русин В.І., Сипливий В.О., Русин А.В. та ін. – Ужгород: ВЕТА – Закарпаття, 2006. – 232 с.
2. Портальная гипертензия и её осложнения / В.В. Бойко, В.И. Никишаев, В.И. Русин и др.; Под общ. ред. В.В. Бойка. – Х.: ФОП Мартиняк, 2008. – 335 с.
3. deFranchis R. Evolving Consensus in Portal Hypertension. Report of the Baveno IV Consensus Workshop on methodology

of diagnosis and therapy in portal hypertension // J. Hep. – 2005. – Vol. 43. – P. 167-176.

4. Dib N. Current management of the complications of portal hypertension: variceal bleeding and ascites / N. Dib, F. Oberti, P. Cales // CMAJ. – 2006. – Vol. 174, № 10. – P. 1433-1443.

5. Terblanche J. The management of portal hypertension: controversies / J. Terblanche // Journal Of Gastroenterology And Hepatology. – 2002. – Vol. 17. – P. 439-440.