ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Ф. Г. Назыров, Р. А. Ибадов, А. В. Девятов, Ш. Х. Хашимов,
Н. Р. Гизатулина, А. Х. Бабаджанов

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Therapeutic and Diagnostic Tactics for Bleedings from Esophagogastric Varices

F. G. Nazyrov, R. A. Ibadov, A. V. Devyatov, Sh. Kh. Khashimov,
N. R. Gizatulina, A. Kh. Babadzhanov

Acad. V. Vakhidov Republican Specialized Center of Surgery, Tashkent, Uzbekistan

Цель исследования **— разработать лечебно-диагностическую тактику при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в условиях ОРИТ. *Материал и методы*. Обобщен опыт лечения 102 пациентов с профузными кровотечениями из ВРВПЖ, поступивших в ОРИТ РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период 2000—2008 гг. *Результаты*. Согласно полученным данным, чуть менее 40% пациентов с циррозом печени (ЦП) поступают с клиникой активного кровотечение из ВРВПЖ, причем у 17,6% — это кровотечение носит профузный характер. По нашим данным обращает на себя внимание заметное преобладание при поступлении в стационар пациентов с 1-й степенью кровопотери и низким удельным весом пациентов с критической 3-й степенью кровопотери. Ретроспективный анализ показал, что гемостаз исключительно консервативными мероприятиями с применением зонда Блекмора (в обеих вариантах его использования) достигается у 97 (95,1%) пациентов. Устойчивый гемостаз после удаления зонда Блекмора, сохраняется у 88,9% пациентов при кровотечениях из вен средней трети пищевода, в 71,8% наблюдений — из вен нижней трети пищевода и только у 24,1% пациентов — из кардиального отдела желудка. *Заключение*. По результатам проведенного исследования нами предлагается лечебно-диагностическая тактика для пациентов с профузным кровотечением из ВРВПЖ, включающая использование зонда Блекмора и комплекса консервативных мероприятий с традиционной гемостатической терапией, применением препаратов, снижающих портальное давление, для профилактики или лечения печеночной недостаточности. *Ключевые слова:* кровотечение, варикозное расширение вен пищевода и желудка, печёночная недостаточность, интенсивная терапия.**

***Objective*: to elaborate therapeutic and diagnostic tactics for bleedings from esophagogastric varices (EGV) in an intensive care unit (ICU). *Subjects and methods:* The experience in treating 102 patients with profuse bleeding from EGV, admitted to the ICU, Acad. V. Vakhidov Republican Specialized Center of Surgery, in 2000—2008, was summarized. *Results*. The findings show that just less than 40% of the patients with hepatic cirrhosis are admitted for the clinical manifestations of active bleeding from EGV, the latter being profuse in 17.6%. These indicate that the noticeable admission preponderance of patients with first-degree blood loss and the low proportion of those with critical third-degree blood loss are noteworthy. Retrospective analysis demonstrated that hemostasis was achieved in 97 (95.1%) patients, by applying solely conservative measures using a Blakemore tube (in both variants of its use). After removal of the Blakemore tube, stable hemostasis retained in 88.9% of the patients with bleedings from the veins of the middle third of the esophagus, in 71.8% of cases of those from its lower third and only in 24.1% of the patients with those from the cardiac stomach. *Conclusion*. According to the results of the study, we propose the therapeutic and diagnostic tactics for patients with profuse bleedings from EGV, which involve the use of a Blakemore tube and a complex of conservative measures with traditional hemostatic therapy, the administration of portal pressure-reducing agents to prevent or treat hepatic failure. *Key words:* bleeding, esophagogastric varices, hepatic failure, intensive therapy.**

Треть всех пациентов с циррозом печени (ЦП) и варикозно расширенными венами пищевода и желудка (ВРВПЖ) продолжают умирать от пищеводно-желудочного кровотечения. Даже ведущие медицинские учреждения добиваются снижения летальности от геморрагического синдрома лишь до 30% [1, 2, 4], а в группе пациентов, соответствующей функциональному классу Child «C», летальность достигает 100% [2].

Ранее проведенные исследования показали, что пищеводное кровотечение может развиваться у 30—70% пациентов с ЦП, причем у 80% оно рецидивирует и 60—70% из них умирают в течение одного года [3, 5].

Адрес для корреспонденции (Correspondence to):

Гизатулина Назира Расуловна
E-mail: nazira_77@mail.ru

Ретроспективный анализ накопленного опыта РСЦХ им. акад. В. Вахидова позволяет разработать и адаптировать вариант оптимальной лечебно-диагностической тактики для данного контингента больных на этапе оказания медицинской помощи в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Материал и методы

Обобщен опыт лечения 102-х пациентов с кровотечениями из ВРВПЖ, поступивших в ОРИТ РСЦХ им. акад. В.Вахидова за период 2000—2008 гг.

Степень тяжести функционального состояния печени оценивалась согласно классификации Child-Pugh (A. Pugh, 1973).

Эзофагогастрофиброскопия (ЭФГДС) производилась всем пациентам с ЦП при поступлении в стационар с подозрением на кровотечение. Эндоскопическое исследование позволяло верифицировать источник кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в 70% случаев. При этом использовалась оценка степени активности кровотечения по J. Forrest (1974), с учетом портального генеза кровотечений.

Учитывая тот факт, что кровотечения из ВРВПЖ отличаются массивной кровопотерей, где дефицит ОЦК, как правило, превышает 15% рубеж, в оценке степени кровопотери нами использовалась адаптированная для пациентов с ЦП классификация (до 20% потери ОЦК с шоковым индексом 0,78; до 30% потери ОЦК с шоковым индексом 0,99; до 40% потери ОЦК с шоковым индексом 1,11).

Результаты и обсуждение

Согласно полученным данным, чуть менее 40% пациентов с ЦП поступили с клиникой активного кровотечения из ВРВПЖ.

Ретроспективный анализ показал, что гемостаз исключительно консервативными мероприятиями с применением зонда Блекмора (в обоих вариантах его использования) достигнут у 97 (95,1%) пациентов (рис. 1). Высокие показатели эффективности применения зонда Блекмора достигается не только его правильной установкой, но и раздуванием манжетки, блокирующей зону интереса и при этом не нарушающей естественные пути оттока крови. Так, одной из вероятных причин неэффективности методики у больных с кардиофундальной локализацией источника кровотечения была компрессия пищеводным баллоном выше источника кровотечения.

Следует учесть, что разумная продолжительность использования механической компрессии таким способом не может превышать 12-и часов, после чего манжетки зонда положено распускать и оценивать устойчивость полученного гемостаза.

В случае рецидива кровотечения манжеты вновь раздуваются, и оценивается возможность использования других мер гемостаза. При этом не следует забывать о том, что степень ишемии слизистой желудка и пищевода на местах компрессии баллоном, в эти сроки резко возрастает (рис. 2).

Как следует из данной диаграммы, устойчивый гемостаз после удаления зонда Блекмора, сохранился у 88,9% пациентов при кровотечениях из вен средней трети пищевода, в 71,8% наблюдений — из вен нижней трети пищевода и только у 24,1% пациентов — из кардиального отдела желудка.

Следует отметить, что группа пациентов с ЦП с локализацией струйного (Forrest Ia) источника кровотечения из вен кардиофундального отдела желудка должна сразу оцениваться на переносимость оперативного вмешательства.

Использование зонда Блекмора в течение 12-и часов на фоне медикаментозной терапии остается основным способом гемостаза при эндоскопически видимом подсачивании крови (Forrest Ib) из вен желудка и при активном кровотечении любой интенсивности (Forrest Ia-b) из вен пищевода. Спустя 12 часов манжетки зонда Блекмора положено распустить, не удаляя зонда. В случае отсутствия гемостатического эффекта и рецидива кровотечения состояние пациента должно быть оценено на переносимость полостного вмешательства. Признаки состоявшегося кровотечения из варикозно расширенных вен желудка (Forrest II) требуют использования исключительно медикаментозных средств его профилактики. Таких же мер требует ситуация с эндоскопичес-

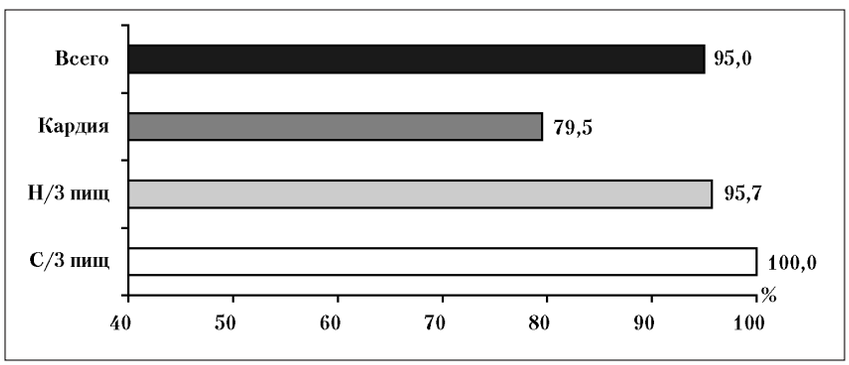

Рис. 1. Эффективность гемостаза зондом Блекмора (в %).

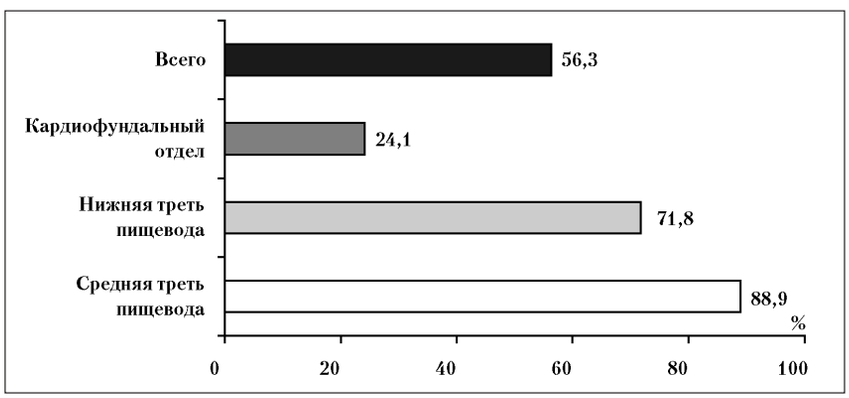

Рис. 2. Оценка устойчивости гемостаза с использованием зонда Блекмора.

кими признаками состоявшегося кровотечения из вен пищевода в виде множественных мелких тромбов (Forrest II c). Локализованный одиночный источник состоявшегося кровотечения из вен пищевода с крупным тромбом (Forrest II a-b) является показанием к эндоскопической склеротерапии (ЭСТ). При отсутствии эндоскопических признаков кровотечения (Forrest III) предпочтение следует отдать медикаментозным средствам его профилактики.

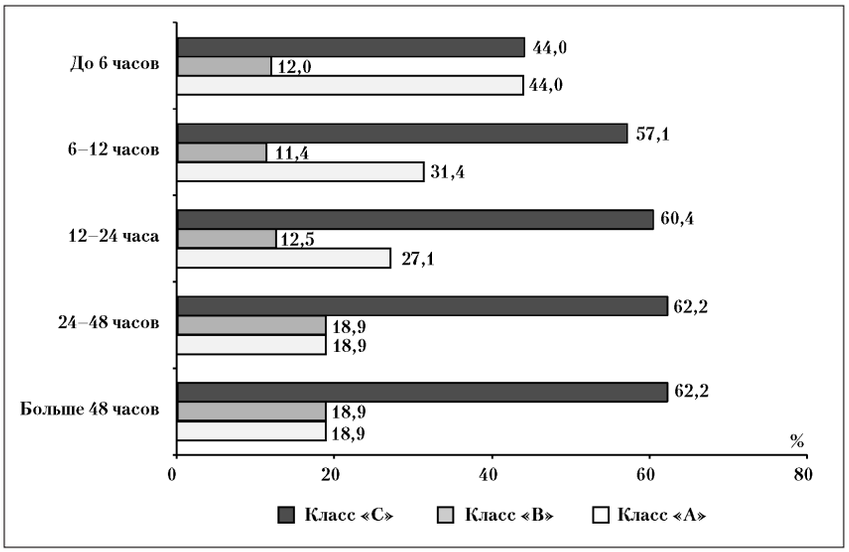

Рис. 3. Динамика изменения структуры групп больных по функциональному классу, поступивших в различные сроки от начала кровотечения.

В отличие от кровотечений любой другой этиологии, где ведущим определяющим прогноз моментом является степень тяжести кровопотери, у пациентов с ЦП этот фактор тесно взаимосвязан и конкурирует по значимости с функциональным состоянием печени.

По нашим данным обращает на себя внимание заметное преобладание при поступлении в стационар пациентов с 1-й степенью кровопотери и низким удельным весом пациентов с критической 3-й степенью кровопотери. Это предполагает высокий уровень догоспитальной летальности среди пациентов с ЦП с большими объемами кровопотери.

Основной причиной госпитальной летальности больных с ЦП с пищеводно-желудочными кровотечениями была печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелой постгеморрагической анемии. Летальность в различных функциональных группах и ее детальная зависимость от степени тяжести кровопотери представлена в таблице.

Как следует из данных таблицы, показатели летальности в очевидно большей степени зависели от функционального статуса печени, чем от степени тяжести кровотечения. Анализ функционального состояния печени больных с циррозом печени, поступивших в различные сроки от начала кровотечения (рис. 3), показал, что в более поздние сроки уменьшается число больных с функциональным классом «А» и увеличивается число больных с функциональными классами «В» и «С» по Child.

Таким образом, продолжающееся кровотечение усугубляет функциональную декомпенсацию печени и ухудшает прогноз у этой группы больных. Существенные структурные изменения функциональных групп пациентов с ЦП происходят в течение первых суток с начала кровотечения. Именно этот срок следует признать оптимальным для ответа на вопрос о целесообразности оперативного лечения. В этой связи грамотно подобранная интенсивная терапия преследует цели не только сохранить пациента в исходном функциональном статусе, но и перевести его в более благоприятную группу с последующей возможностью оперативного лечения.

Дифференцированная интенсивная терапия у пациентов с ЦП может быть использована на основании следующего протокола:

1. Восстановление объема циркулирующей крови: препараты крови, а так же использование до 1000 мл в сутки синтетических коллоидных растворов производных желатиноля (Гелофузин 4% — 500 мл) и гекса-этиленкрахмала (Стабизол — 500 мл).

2. Гемостатическая терапия: а)парааминометилбензойная кислота (Амбен) вводится внутривенно струйно в дозе 50—100 мг (5—10 мл 1% раствора). В случае необходимости возможно повторное введение с промежутками не менее 6 ч; б) эпсилон-аминокапроновая кислота 5% — 100 мл вводится внутривенно капельно, 3—4 раза в сутки; в) транексамовая кислота (Тромин) используется в качестве внутривенного струйного вливания до 10 мл в сутки; г) этамзилат натрия, парентерально — 0,125—0,25 г, при необходимости увеличивают до 0,375 г; д) викасол — в/м, разовая доза для взрослых — 10—15 мг, суточная — 30 мг.

3. Фармакотерапия портальной гипертензии: а) вазопрессин внутривенно капельно 2 мл на изотоническом растворе в течение 15 минут, далее через 6 часов; б) соматостатин (Октреотид или Сандоста-

Летальность в различных группах в зависимости от степени тяжести кровопотери и функционального состояния печени

Функциональный класс	Общая летальность (в %)	Степень тяжести кровотечения (в %)		
		I	II	III
«А»	26,9	15,5	38,09	37,5
«В»	58,04	48,1	54,1	75
«С»	83,7	81,7	83,3	100

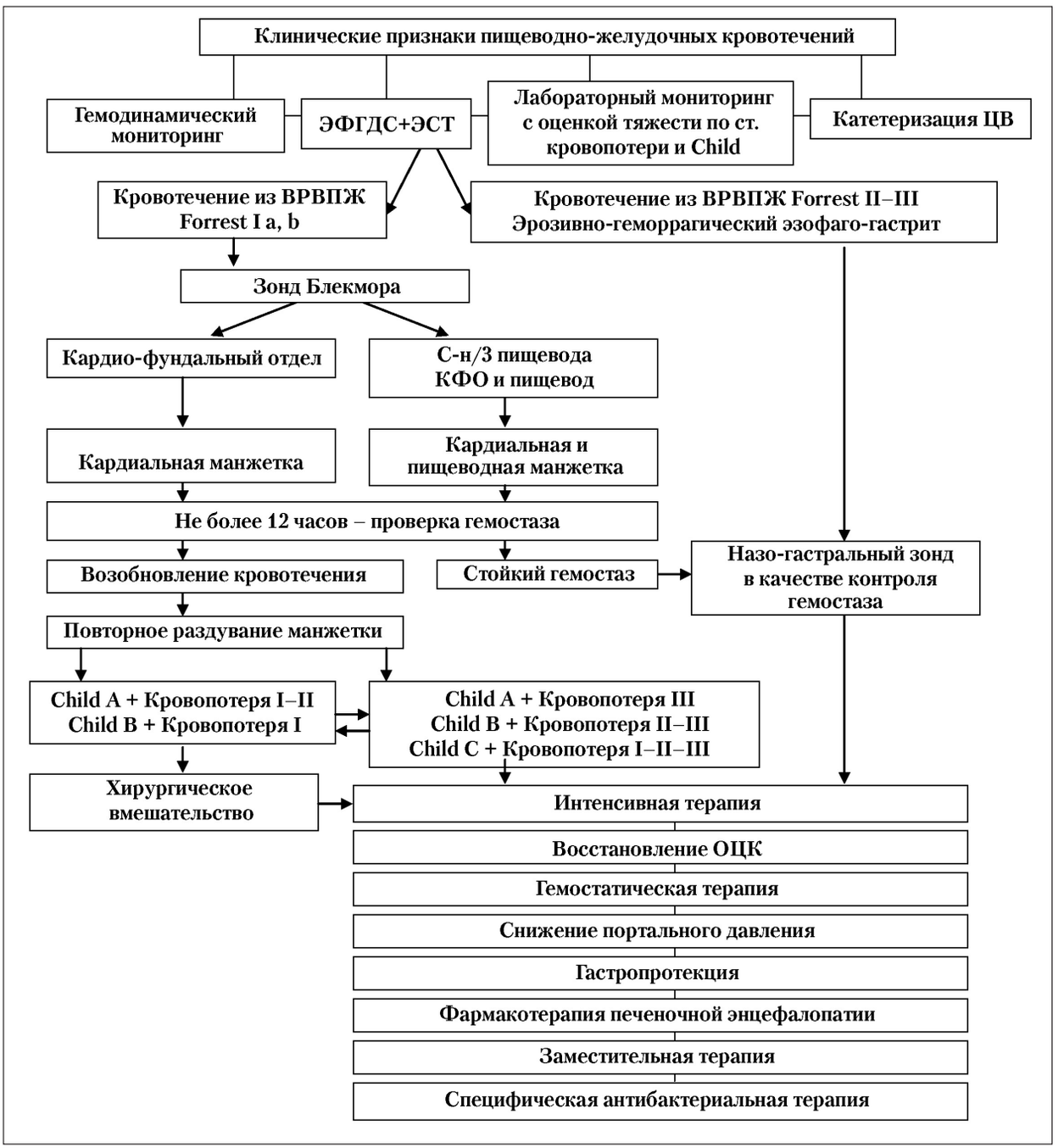

Рис. 4. Лечебно-тактический алгоритм при кровотечениях из ВРВПЖ.

тин по 0,1), назначается в виде постоянной инфузии по 25—50 мкг/ч; в) небиволол (Небилет) — сублингвально 2,5—5,0 мг/сут; г) нитраты (Перлинганит) вводятся внутривенно, в дозе 1—2 мкг/кг/мин.

Обязательно применение препаратов, направленных на снижение портального давления во время кровотечения, входит в протоколы лечения данной группы больных и не является на сегодняшний день предметом дискуссии. Наибольший эффект, по нашим данным, достигается при их комплексном применении.

4. Гастропротекция: а) обволакивающие (альмагель и другие аналоги) — в зонд по 15 мл до 4 раз в день; б) ингибиторы протонной помпы (Лосек) по 40 мг внутривенно капельно; в) H_2-блокаторы (Фамотидин) — внутривенно капельно 40 мг, 2—3 раза/сут + антибиотикотерапия с учетом чувствительности препаратов на *Helicobacter pylori* (Hp) (амоксицилин до 1 гр/сут, метронидазол до 250 мг/сут).

Несмотря на то, что эрозивное поражение слизистой пищевода и желудка, характерное для портальной гастропатии у больных с ЦП, сопровождается значительным снижением секреторной активности на фоне выраженной обсемененности Hp, использование всего комплекса гастропротекции у этих пациентов обосновано ранее проведенными исследованиями в этом направлении у нас в центре. Так, были выявлены различия

уровней гистамина и серотонина у больных с ЦП с ВРВПЖ, которые могут предопределить тяжесть заболевания, что клинически проявляется либо развитием пищеводного кровотечения, либо высоким риском его рецидива.

5. Гепатопротекция и заместительная терапия: а) аминоплазмаль Гепа 10% — 500,0 внутривенно капельно; б) гептрал до 800 мг в сутки внутривенно капельно; в) альбумин 10% (20%) до 200 мл в сутки.

6. Нейропротекция: а) L-орнитина-L-аспартата (Гепа-Мерц) 20-60 мл в сутки внутривенно капельно (до 30 капель в минуту); б) препараты на основе лактулозы (Дюфалак, Нормазе) в зонд до 50 мл в сутки, ректально (в виде лечебных клизм) — до 200 мл.; в) группа энтеросептиков в зонд (Альфа Нормикс 250 мг — 750 мг/сут); в) группа лактобактерий в зонд (лактобактерии «Ором» до 200 мл).

По результатам проведенного исследования предлагаем следующую лечебную тактику (рис. 4), которая предусматривает медикаментозные средства гемостаза, временное использование зонда Блекмора и оценку состояния больного на переносимость оперативного лечения.

Таким образом, основными задачами лечебно-диагностической тактики при кровотечениях из ВРВПЖ в отделении интенсивной терапии являются:

- распознавание источника и остановка кровотечения;
- оценка степени тяжести и адекватное восполнение кровопотери;
- патогенетическое воздействие на заболевание, осложнением которого стало кровотечение.

Заключение

Универсальным тактическим решением для пациентов с профузным кровотечением из ВРВПЖ является использование зонда Блекмора и комплекса консервативных мероприятий с традиционной гемостатической терапией, применением препаратов, снижающих портальное давление, профилактикой или лечением уже развившейся печеночной недостаточности.

Литература

1. *Ерамишанцев А. К.* Хирургическое лечение портальной гипертензии. Росс. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. 1997; 7 (3): 72—75.
2. *Назыров Ф. Г., Акилов Х. А., Девятов А. В.* Хирургия осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2002. 414.
3. *Шерлок Ш., Дули Дж.* Заболевания печени и желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2002. 864.
4. *Пациора М. Д.* Хирургия портальной гипертензии. Ташкент: Медицина; 1984. 320.
5. *McCormack P. A., Burroughs A. K.* Relation between liver pathology and prognosis in patients with portal hypertension. World J. Surg. 1985; 18 (2): 171—175.

Поступила 07.02.10

Календарь ключевых международных мероприятий по анестезиологии-реаниматологии в 2010 г.

2—4 декабря 2010 г.
Annual Congress of the European Resuscitation Council «Resuscitation 2010».
Porto, Portugal.
www.congress.erc.edu/

10—14 декабря 2010 г.
Sixty-fourth Postgraduate Assembly, New York State Society of Anesthesiologists.
New York, NY.
E-mail: hq@nyssa-pga.org

17—18 декабря 2010 г.
4th International Congress: Aortic Surgery and Anesthesia «How to do it».
Milano, Italy.
E-mail: info@aorticsurgery.it
www.aorticsurgery.it