

<b>УДК 616.329/.33-005.1</b>	<b>UDC 616.329/.33-005.1</b>
<b>ТРИНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</b>	<b>THIRTEEN YEARS OF EXPERIENCE IN ENDOSCOPIC LIGATION OF ESOPHAGEAL VARICOSE VEINS IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION</b>
Беспечный Михаил Васильевич <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	Bespechny Mikhail Vasilyevich <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Габриэль Сергей Александрович <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	Gabriel Sergey Alexandrovich <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Дынько Виктор Юрьевич <i>ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	Dynko Viktor Yuryevich <i>SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Крушельницкий Владимир Станиславович – канд. мед. наук <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	Krushelnitsky Vladimir Stanislavovich – MD <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Грицай Алиса Дмитриевна <i>ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	Gritsai Alisa Dmitrievna <i>SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
В статье представлен обзор результатов тринадцатилетнего опыта эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода у пациентов с портальной гипертензией.	The article provides an overview of the results of thirteen years of experience in endoscopic ligation of VRVP in patients with portal hypertension.
Ключевые слова: ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА, ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ	Key words: HEPATIC CIRRHOSIS, PORTAL HYPERTENSION, BLEEDING FROM VARICOSE VEINS OF THE ESOPHAGUS, ENDOSCOPIC LIGATION

## РЕЗЮМЕ

Варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) возникает как осложнение портальной гипертензии и иногда является первым ее симптомом. Проблема профилактики кровотечений из ВРВП сохраняет актуальность в связи с высокой летальностью, достигающей 50 % при рецидиве возникновения кровотечений. Эндоскопическое лигирование ВРВП считают золотым стандартном профилактики кровотечений портального генеза.

В ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) в период с 2010 по 2023 г. проанализированы результаты проведения эндоскопического лигирования у 903 пациентов, выполнено 1247 лигирований ВРВП. Среди них мужчин было 541 (55,9 %), женщин – 362 (44,1 %). Возраст пациентов составлял от 20 до 80 лет (в среднем  $51,68 \pm 12,8$ ).

Портальная гипертензия была обусловлена алиментарной этиологией у 234 (25,9 %) пациентов, вирусной этиологией – у 506 (56 %), цирроз смешанной этиологии – 78 (8,6 %), первичный билиарный цирроз печени – 27 (2,9 %), токсический цирроз – у 23 (2,7 %), аутоиммунный цирроз – 20 (2,2 %), цирроз печени в результате тромбоза воротной вены – у 15 (1,7 %) пациентов. Эффективные лигирования выполнены у 1232 пациентов (98,8 %), неэффективные – у 15 больных (1,2 %).

Таким образом, эндоскопическое лигирование ВРВП является высокоэффективным (с экономической и медицинской точек зрения) методом профилактики кровотечения из ВРВП у больных с циррозом печени.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, эндоскопическое лигирование.

## ВВЕДЕНИЕ

Варикозное расширение вен пищевода возникает как осложнение портальной гипертензии и иногда является первым ее симптомом. Портальная гипертензия приводит к формированию портосистемных коллатералей и сбросу крови в систему нижней и верхней полых вен.

Развитие повышенного давления в системе воротной вены – один из важнейших симптомов хронических диффузных заболеваний печени. Частота выявления синдрома портальной гипертензии на доцирротической стадии составляет 50 % наблюдений и достигает 90 % при сформировавшемся циррозе [1, 2].

Наиболее распространенным и грозным осложнением гипертензии в портальной системе является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода [3, 4]. Если гемостаз достигается без применения эндоскопических или оперативных методов, то в течение года рецидив кровотечений развивается у 50–70 % больных, а при двухлетнем наблюдении – у 80–90 %. У 30 % пациентов повторные кровотечения рефрактерны к консервативному лечению, а выраженная кровопотеря приводит к резкой декомпенсации функции печени. В целом уровень смертности у больных циррозом печени при пищеводных кровотечениях достигает 30–60 % [5, 6, 7, 8, 9].

Проблема профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у больных с портальной гипертензией является актуальной в связи с высоким уровнем летальности, достигающей 50 % при рецидиве [10]. Эндоскопическое лигирование пищевода латексными кольцами считают золотым стандартом профилактики кровотечений портального генеза (Baveno IV, V).

Высокая частота развития пищеводных кровотечений обусловлена анатомическими особенностями нижней трети пищевода (поверхностное расположение вен, повышение сосудистого сопротивления на этом уровне,

наличие нескольких венозных уровней, соединенных коммуникантами, воздействие желудочного рефлюкса).

В статье представлен тринадцатилетний опыт лечения больных с варикозно расширенными венами пищевода и желудка.

## **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Изучение эффективности эндоскопического лигирования как метода профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП).

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

В ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) в период с 2010 по 2023 г. проанализированы результаты лигирования у 903 пациентов, выполнено 1247 лигирований ВРВП. Из них мужчин было 541 (55,9 %), женщин – 362 (44,1 %). Возраст пациентов колебался от 20 до 80 лет (в среднем  $51,68 \pm 12,8$ ). Портальная гипертензия была обусловлена алиментарной этиологией у 234 (25,9 %) пациентов, вирусной этиологией – 506 (56 %) пациентов, цирроз смешанной этиологии – 78 (8,6 %), первичный билиарный цирроз печени – 27 (2,9 %), токсический цирроз – 23 (2,7 %), аутоиммунный цирроз – 20 (2,2 %), цирроз печени в результате тромбоза воротной вены – 15 (1,7 %) пациентов.

Степень ВРВП устанавливали при выполнении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в соответствии с классификацией N. Soehendra et al. (1997). Варикозное расширение вен пищевода II–III ст. зафиксировано у 1182 (94,8 %) пациентов. Портальная гипертензивная гастропатия наблюдалась у 278 пациентов.

Всем больным с целью лечения и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода выполняли эндоскопическое лигирование. За один сеанс накладывали от 7 до 10 лигатур. После проведения манипуляции пациента выписывали на вторые – третьи сутки.

Последовательность изменений в тканях после выполнения эндоскопического лигирования достаточно изучена: на второй день после процедуры изменений в эндоскопической картине не наблюдают; в период с 4-го по 7-й день узел некротизируется и отторгается, образуя поверхностную язву. Она, как правило, эпителизируется к концу третьей недели.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Эффективные лигирования выполнены у 1232 пациентов, неэффективные – у 15 больных.

Один этап лигирования варикозно расширенных вен пищевода был проведен у 672 пациентов. Два этапа лигирования ВРВП были выполнены у 160 пациентов, три этапа – у 45, четыре этапа – у 20, пять этапов – у 3 пациентов, шесть этапов – у 2 пациентов, восемь этапов – у одного пациента.

В рамках одной госпитализации больного не ставили задачу – добиться полной эрадикации варикозно расширенных вен благодаря проведению дополнительных сеансов эндоскопического лигирования. Больных повторно госпитализировали в стационар через 3 мес, 6, 12, 18, 24, 30, 36 мес. Всем пациентам в течение госпитализации выполняли ЭГДС и при наличии показаний – повторные однократные сеансы эндоскопического лигирования, проводили гепатотропную терапию и при необходимости – коррекцию отечно-асцитического синдрома.

Эффективность эндоскопического лигирования вен пищевода на высоте кровотечения составила 38,9 % ( $n = 7$ ) из 18 наблюдений. У 11 больных применение предложенной методики оказалось безуспешным вследствие профузного характера кровотечения, что предусматривало установку зонда

Блэкмора. Этим пациентам лигирование выполнено через 10–12 ч после постановки зонда Блэкмора и остановки кровотечения. Консервативная терапия, включавшая постановку зонда Блэкмора с назначением вазоактивных препаратов, и последующая операция в объеме азигопортального разобщения применены у одного больного.

В четырех наблюдениях, несмотря на повторные попытки добиться устойчивого гемостаза на фоне прогрессирующей печеночной недостаточности, наступил летальный исход. В одном случае сформировалась рубцовая стриктура пищевода после двух этапов лигирования ВРВП.

Пациентам после лигирования вен пищевода назначали неселективные бета-блокаторы, дозировку препарата рассчитывали в зависимости от уровня артериального давления. Неселективные бета-блокаторы составляют основу медикаментозной первичной и вторичной профилактики кровотечений из ВРВП; их эффективность и безопасность доказаны во многих проспективных рандомизированных исследованиях. Механизм действия неселективных бета-блокаторов заключается в сужении сосудов и уменьшении кровотока в органах брюшной полости, снижении давления в портальной системе и венозных коллатералях [12, 13].

Основным критерием эффективности препарата является снижение градиента печеночного венозного давления до 12 мм рт. ст. и ниже, или на 20 % меньше от исходного, что практически устраняет возможность кровотечения из ВРВП или значительно уменьшает его риск [11, 14].

## **ОБСУЖДЕНИЕ**

По данным ряда исследований, использование минимально инвазивных технологий в комплексе лечебных мероприятий, направленных на остановку, предупреждение рецидива и профилактику пищеводно-желудочных кровотечений портального генеза при циррозе печени, показывает их высокую эффективность, отличается относительной безопасностью и улучшает

качество жизни тяжелого контингента больных. Несмотря на более чем десятилетний мировой опыт применения эндоскопического лигирования, однозначные показания к использованию этого метода не установлены, что определяет актуальность материалов статьи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода является высокоэффективным (с экономической и медицинской точек зрения) методом лечения и профилактики кровотечения из ВРВП у больных с циррозом печени. Однако для достижения положительных отдаленных результатов профилактики рецидивов пищеводно-желудочных геморрагий при синдроме портальной гипертензии необходимо проведение пролонгированного (повторные курсы через 12 мес) лечения с последующими регулярными эндоскопическими исследованиями. Наиболее эффективен метод для профилактики развития кровотечений из ВРВП не на высоте кровотечения. Результаты опыта показали, эффективность эндоскопического лигирования ВРВП на высоте кровотечения составляет 38,9 %.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Портальная гипертензия у больных хроническим гепатитом и циррозом печени / С. Н. Мехтиев [и др.]. – СПб.: Береста, 2004. – 320 с.
2. Frachis R. Updating Consensus in Portal Hypertension: report of the Baveno III Consensus Workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension / R. Frachis // *Hepatology*. – 2000. – Vol. 33. – P. 846–852.
3. De Gottardi A. Oesophageal and fundic variceal bleeding / A. De Gottardi, J. F. Dufour // *Ther. Umsch.* – 2006. – Vol. 63. – P. 295–299.
4. Wolff M. Surgical treatment of portal hypertension / M. Wolff, A. Hirner // *Zentralbl. Chir.* – 2005. – Vol. 130. – P. 238–245.
5. Ерамишанцев А. К. Прошлое и настоящее хирургии портальной гипертензии: взгляд на проблему / А. К. Ерамишанцев // *Клинические перспективы гастроэнтерологии*. – 2001. – № 5. – С. 20–26.
6. Борисов А. Е. Сравнительный анализ результатов лечения больных с острым варикозным пищеводно-желудочным кровотечением: роль эндоскопических технологий / А. Е. Борисов, В. А. Кащенко // *Вестник хирургии*. – 2003. – Т. 162, № 3. – С. 88–90.

7. *Binmoeller K. F.* Variceal bleeding and portal hypertension / *K. F. Binmoeller, R. Bor-satto* // *Endoscopy*. – 2000. – Vol. 32. – P. 189–199.
8. *Gow P. J.* Modern management of oesophageal varices / *P. J. Gow, R. W. Chapman* // *Postgrad. Med. J.* – 2001. – Vol. 77. – P. 75–81.
9. Clinical significance of variceal hemorrhage in recent years in patients with liver cirrhosis and esophageal varices / *D. K. Park [et al.]* // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2004. – Vol. 19. – P. 1024–1051.
10. Meta-analysis: endoscopic variceal ligation for primary prophylaxis of oesophageal variceal bleeding / *M. S. Khuroo [et al.]* // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2005. – Vol. 21. – P. 347–361.
11. *Андреев Г. Н.* Диагностика и лечение осложнений портальной гипертензии / *Г. Н. Андреев, Э. А. Ансатаров, А. С. Ибадильдин*. – Алматы, 1994. – 320 с.
12. *Ерамишанцев А. К.* Применение нитроглицерина и бета-адреноблокаторов для профилактики и лечения кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка / *А. К. Ерамишанцев, Е. А. Киценко* // *Кровотечения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта*. – Новосибирск, 1994. – С. 7–9.
13. *Оноприев В. И.* Прецизионные хирургические технологии в предупреждении кровотечений из варикозных гастроэзофагеальных вен / *В. И. Оноприев, В. М. Дурлештер, О. Ю. Ключников* // *Физиология и патология заболеваний пищевода: матер. науч. программы учредительного съезда Российского общества хирургов-гастроэнтерологов*. – Сочи, 2004. – С. 135–136.
14. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for the treatment of bleeding esophageal varices / *L. Laine, H. M. El-Newihi, B. Migikovsky, F. Garsia* // *Ann Intern.* – 1993 (119), 1–7.