

УДК.616.145.74-007.64-031:611.329]-005.1-084

**ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

Комилов Сафар Ортикович, Мирходжаев Ислом Асрорович, Йулдошев Умурзок Холмаматович  
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ОГРИГАН БЕМОЛЛАРДА ВАРИКОЗ КЕНГАЙГАН ҚИЗИЛЎНГАЧ ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ**

Комилов Сафар Ортикович, Мирходжаев Ислом Асрорович, Йулдошев Умурзок Холмаматович  
Бухоро давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

**PREVENTION OF BLEEDING FROM VARICOSE VEINS OF THE ESOPHAGUS IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS**

Komilov Safar Ortikovich, Mirkhodjajev Islom Asrorovich, Yuldoshev Umurzok Kholmamatovich  
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: [mirxodjajev-islom@umail.uz](mailto:mirxodjajev-islom@umail.uz)

**Резюме.** Ушбу мақолада жигар циррози, портал гипертензия синдроми билан оғриган 65 беморларда қизилўнгал веналарининг варикоз кенгайишини эндоскопик боғлаш натижалари таҳлили келтирилган. Қизилўнгал веналари варикоз кенгайиши даражалари К.Ж. Раquet (1982) классификацияси асосида тузилиб, 58 беморда (89,2%), III и IV даражадаги варикоз кенгайиши аниқланди. Жигар функциясининг этишмовчилигини аниқлашда Child-Pugh (1973) шкаласидан фойдаланилди. А синфда 11 (16,9%), В синфда - 23 (35,4%), С синфда 31 (47,7%) бемор киритилди. Қон кетишини олдини олиш мақсадида варикоз кенгайган веналарни эндоскопик усулда боғлаш самарадорлиги 92,2% ни ташиқил қилди. Қизилўнгал ва меъдадан қон кетишини қайталаниши 3 беморда кузатилди. Стационар ўлим 4,6% ни ташиқил қилди. Эндоскопик усулда варикоз кенгайган веналари бартараф қилинган беморларда, кейинги даврдаги текширувда 27,8% ҳолларда касалликнинг қайталаниши аниқланди. Жигар циррози билан оғриган беморларда варикоз кенгайган веналардан қон кетишини тўхтатиш ва қон кетишининг профлактикаси мақсадида уларни эндоскопик боғлаш самарали усул ҳисобланади.

**Калит сўзлар:** жигар циррози, портал гипертензия синдроми, қизилўнгал веналарининг варикоз кенгайиши, профлактикаси, эндоскопик усулда боғлаш.

**Abstract.** The article presents the experience of endoscopic ligation of varicose veins of the esophagus in 65 patients with cirrhosis of the liver with portal hypertension syndrome. The degree of VVE was established in accordance with the classification of K.J. Paquet (1982). Varicose veins of the esophagus III and IV degree were recorded in 58 (89.2%) patients. For a comprehensive assessment of hepatic insufficiency, the Child-Pugh scale (1973) was used. 11 (16.9%) patients were assigned to class A, 23 to 35.4% (class B), 31 patients to class C (47.7%). The effectiveness of endoscopic ligation in the prevention of bleeding was 92.2%. Relapse of esophageal-gastric bleeding in the near term occurred in 3 patients. Hospital mortality rate was 4.6%. In the remote period after endoscopic eradication, relapse of varicose veins of the esophagus was diagnosed to 27.8% of patients. Endoscopic ligation of varicose veins of the esophagus is an effective method for the treatment and prevention of bleeding in patients with cirrhosis.

**Key words:** liver cirrhosis, portal hypertension, varicose veins of the esophagus, prevention, endoscopic ligation.

**Введение.** Частота выявления синдрома портальной гипертензии достигает 90% при сформировавшимся циррозе печени. Самым частым и наиболее грозным осложнением гипертензии в портальной системы является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. При этом летальность при первом эпизоде кровотечения превышает 50% [1, 12, 13]. У 30% пациентов повторные кровотечения приводят к резкой декомпенсации функции печени. В целом смертность у больных циррозом печени при пищеводно-желудочных кровотечениях достигает 30-60% [1, 4, 7, 10]. Одним из современных минимально инвазивных методов лечения и профилактики пищеводно-желудочных кровотечений

при синдроме портальной гипертензии является эндоскопическое лигирование [5, 6, 8, 15, 17]. В основе возрастающего интереса к данному способу эрадикации варикозно расширенных вен лежит техническая простота и относительная безопасность метода, а также внедрение множества приспособлений для лигирования вариксов.

**Целью настоящего исследования** явилась оценка эффективности эндоскопического лигирования (ЭЛ) в профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии.

**Материалы и методы.** Исследование основана на ретроспективном анализе лечения 65

больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии в период с 2014 го по 2019 годы. Из них мужчин было 37 (56,9%), женщин 28 (43,1%) возраст пациентов колебался от 27 до 69 лет. Основное число наблюдения приходилось на больных в наиболее активном трудоспособном возрасте – от 28 до 55 лет. Цирроз печени был обусловлен хроническим вирусным гепатитом В у 39,8% пациентов, у 28,6% выявлены антитела к вирусу гепатита С, а у 24,5% определялись маркеры гепатита В и С. Пищеводно-желудочные кровотечения в анамнезе перенесли 17(26,2%) пациентов. Из них почти каждый второй перенес 2 и более эпизодов геморрагии. У остальных 48 (73,8%) пациентов в анамнезе не было кровотечений. Все больные госпитализированы для профилактической коррекции портальной гипертензии.

Всем больным после премедикации и местной анестезии лидокаином, пищевод и желудок осмотрели видеогастроскопом фирмы Fujinon. Степень ВРВП устанавливали в соответствии с классификацией К.Л. Raquet (1982). Варикозное расширение вен пищевода III и IV степени зафиксировано у 58 (89,2%) пациентов.

Для комплексной оценки степени печёночной недостаточности использовали шкалу Child-Pugh (1973). К классу А отнесены 11 (16,9%) больных, к классу В- 23 (35,4%), к классу С 31 (47,7%) пациентов. 64 больным с целью профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода выполнялось эндоскопическое лигирование. Для выполнения последнего использовали многозарядный лигатор производства компании SAEED Multi Band Ligator Cook, состоящий из цилиндра с фиксированными на нем лигатурами, который присоединялся к дистальному концу эндоскопа. Цилиндр соединялся через биопсийный канал эндоскопа с рукояткой, с помощью которой осуществляли поочередное высвобождение фиксированных эластических лигатур. Эндоскоп с лигирующим устройством вводили в пищевод, подвели к наиболее проблемному участку варикозно измененной вены. С помощью аспиратора создавали отрицательное давление в полости колпачка и засасывали в него вену вместе с прилегающей к ней слизистой. Путем вращения тракционного механизма растянутое латексное кольцо отстреливали с насадки на вену, перетягивая её в виде удавки. В итоге в просвете пищевода образовывался «венозный шарик» с лигатурой у основания. За один сеанс накладывали от 3 до 6 лигатур. Эндоскопическую эрадикацию варикозно измененных вен сочетали с назначением нитропрепаратов или β-блокаторов, противоязвенных препаратов в течение 5-7 суток. При наличии множество узлов сеанс эндоскопического лигирования повторяли на 2-3-дни. Через 3-4 недели, при отсутствии осложнений выполняли кон-

трольную фиброэзофагоскопию и определяли адекватность предыдущего сеанса.

Результаты и обсуждение: Для оценки эффективности эндоскопической эрадикации варикозно расширенных вен пищевода, всем больным проведена контрольное эндоскопическое исследование с целью профилактики кровотечений в ближайшем и отдаленном после операционном периоде, При необходимости на 3-4 сутки или на 7-10 сутки, а также спустя 2-3 месяца праведно повторная эндоскопия II-IV ст ВРВП. На момент поступления в стационар IV степень варикозного расширение вен пищевода выявлен у 23 больного, III степень ВРВП установлена у 35 пациентов, II степень - у 6, I степень - у 1. Всем больным II-III-IV степени ВРВП выполнены одного сеанса эндоскопическое лигирование. У 1-го больного с ВРВП I степени проведена эндоскопическая паравазальная склеротерапия. Рецидив пищеводно-желудочного кровотечения в ближайшем периоде наблюдения развился в 3 (4,6%) случаях. Из них у 2-х больных с частыми рецидивами геморрагии в анамнезе. Во всех случаях источником кровотечения были варикозно измененные вены пищевода. Основное причиной развития кровотечения было раннее отторжения лигатур. В результате повторного ЭЛ устойчивый гемостаз был достигнут в 2 случаях. В 1 наблюдении, несмотря на проводимой гемостатической терапии и неоднократные повторные сеансы эндоскопической лигирования, из-за безуспешности проводимых мероприятий пациент погиб. Ещё в 2 случаях причина летального исхода была прогрессирующая печеночная недостаточность, оба пациента относились к классу С по Child-Pugh. Госпитальная летальность составила 4,6% (n=3).

По данным целого ряда исследователей, использование минимально инвазивных технологий в комплексе лечебных мероприятий, направленных на предупреждение рецидива и профилактику пищеводно-желудочных кровотечений портального генеза при циррозе печени показывает их высокую эффективность, отличающийся относительно безопасностью и улучшающий качество жизни этого тяжелого контингента больных. Для снижения вероятности раннего повторного кровотечения, спустя 7-10 суток после ЭЛ, необходимо выполнять контрольное эндоскопическое исследование и при необходимости дополнительно лигировать «подозрительные» вариксы. В период наблюдения до одного года и более после ЭЛ рецидив варикозного расширения вен пищевода, нами выявлено в 27,8% случаев.

**Выводы:** Таким образом, эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода является высокоэффективным методом в профилактике рецидива пищеводно-желудочных геморрагии при синдроме портальной гипертен-

зии. Необходимо проведение пролонгированного (повторные курсы через 2-3 месяца) лечения с последующими контрольными эндоскопическими исследованиями.

#### Литература:

1. Анисимов А.Ю., Верткин А.Л., Девятков А.В. Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. г. Воронеж, 5-6 июня 2014 г.
2. Анисимов А.Ю., Кузнецов М.В. Хирургическая тактика при портальных кровотечениях у больных циррозом печени //Актуальные проблемы хирургической гепатологии. Материалы XVII международного конгресса. Уфа. 2010, с155.
3. Гарбузенко Д.В. Принципы первичной профилактики кровотечений из ВРВ пищевода у больных с циррозом печени: Клиническая медицина. 2016; 94(6) - С. 503-509.
4. Дашацыренова Д.Б., Гаврилова А.К., Твердохлебов П.О. Эндоскопическое лигирование как метод первичной и вторичной профилактики пищеводных кровотечений при варикозно-расширенных венах пищевода. Acta Biomedica Scientifica. 2017;5-2:151-153.
5. Мелкумов А.Б. Варикозное расширение вен желудка: особенности диагностики и лечения. Дисерт. канд.мед.наук, М., 2010. - С. 59-70.
6. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Хашимов Ш.Х. и др. Критерии оценки состояния больных циррозом печени с кровотечением и ВРВ пищевода и желудка. МатфХУП международно конгресса «Актуальные проблемы хирургической гепатологии.» Уфа, 2010. – С. 190-191.
7. Пальгова Л.К., Меньшикова И.Л., Нагребецкая Е.Ю. Оценка результатов эндоскопического лигирования и комбинированного эндоскопического вмешательства в профилактике и лечении кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода при циррозе печени. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2011;2-3:М71-М71б.
8. Шерцингер А.Г., Жигалова СБ., Маргиани З.Ш. Анализ осложнений при выполнении эндоскопического лигирования варикозных вен пищевода // Сб. тезисов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. - Москва. 2005. - С. 447-448.
9. Bosch J, Iwakiri Y. The portal hypertension syndrome: etiology, classification, relevance, and animal models. Hepatology International. 2018;1:1-10.
10. De Franchis R. Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. Journal of Hepatology. 2015;3:743-752.

11. Kim YD. Management of acute variceal bleeding. Clinical Endoscopy. 2014;47:308-314.
12. Ramirez F.C., Colon V.J., Landan D. et al. The effect of the numbers of rubber bands placed et each endoscopic session upon variceal outcomes:a prospective, randomized study // Am.J. Gastroenterol. 2007, 102(7): 1372 -1376.
13. Sugimoto N., Watanabe K., Watanabe K., et al. Endoscopic hemostasis for bleeding gastric varices treated by combination of variceal ligation and sclerotherapy with N-butyl-2-cyanoacrylate // J.Gastroenterol. 2007; 42 (7): 528-532.
14. Thabut D., Bernard Chabert B. Management of acute bleeding from portal hypertension // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. - 2007; 21(1): 19-29.
15. Yoshida H., Mamada Y., Tani N Treatment modalities for bleeding esophagogastric varices. J.Nihon Med.Sch. 2012, 79(1): 19-30.

### ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Комилов С.О., Мирходжаев И.А.,  
Йулдошев У.Х.

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

**Резюме.** В статье представлен опыт эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у 65 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии. Степень ВРВП устанавливали в соответствии с классификацией К.Л. Raquet (1982). Варикозное расширение вен пищевода III и IV степени зафиксировано у 58 (89,2%) пациентов. Для комплексной оценки степени печеночной недостаточности использовали шкалу Child-Pugh (1973). К классу А отнесены 11 (16,9%) больных, к классу В- 23 (35,4%), к классу С 31 (47,7%) пациентов. Эффективность эндоскопического лигирования в профилактике кровотечения составила 92,2%. Рецидив пищеводно-желудочного кровотечения в ближайшем периоде имело место у 3 больных. Госпитальная летальность составила 4,6%. В отдаленном периоде после эндоскопической эрадикации рецидив варикозного расширения вен пищевода диагностирована у 27,8% больных. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода является эффективным методом остановки и профилактики кровотечений у больных циррозом печени.

**Ключевые слова:** цирроз печени, синдром портальной гипертензии, варикозное расширение вен пищевода, профилактика, эндоскопическое лигирование.