

Диагностическая и лечебная тактика при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка

А.К. Ерамишанцев, А.Г.
Шерцингер, В.М.
Лебезев, Е.А. Киценко,
А.Д. Семенова,
Р.А. Мусин
Научный центр
хирургии РАМН
(директор — академик
РАМН Б.А.
Константинов), Москва

Обсуждаются различные подходы к диагностике пищеводно-желудочного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Описываются алгоритмы действий хирурга, эндоскописта и анестезиолога в момент, когда пищеводно-желудочное кровотечение при поступлении больного в стационар остановилось или продолжается.

Подчеркивается роль зонда-обтуратора как наиболее простой и эффективной меры гемостаза и дифференциальной топической диагностики источника кровотечения, а также важность проведения диагностических исследований при продолжающемся массивном пищеводно-желудочном кровотечении в условиях операционной под эн-дотрахеальным наркозом.

Авторы указывают на необходимость активных диагностических мероприятий при кровотечениях из ВРВПЖ в первые же минуты пребывания больного в стационаре для решения вопроса о лечебной тактике и выборе метода гемостаза - эндоскопического склерозирования или оперативного вмешательства.

Diagnosis and Treatment of Esophageal and Gastric Varices Bleeding

A.K. Eramishantsev, A.G.
Shertsinger, V.M.
Lebezev, E.A. Kitsenko,
A.D. Semenova, and
R.A. Musin
Research Center of
Surgery (Director -
Academician RAMSci
B.A. Konstantinov),
Moscow

Various approaches to diagnosis of the esophageal and the stomach varicos at the time of severe gastroesophageal hemorrhage, the source of which had to be established endoscopically, are discussed. Action algorithms of the surgeon, endoscopist and anesthesiologist are described upon the admission of a patient whose gastroesophageal hemorrhage has ceased or continues.

The role of the obturator-probe as the simple and most effective mean of hemostasis is emphasized and differentiated topical diagnosis of the source of bleeding: as well as the importance of carrying out diagnostic examinations during continuous massive gastroesophageal hemorrhage with endotracheal anesthesia in operating room. The authors point to the need for vigorous diagnostic measures in hemorrhage from gastroesophageal veins within the very first minutes of the patient's admission to hospital in order to decide on therapy tactics and elect the hemostatic technique: endoscopic sclerotherapy or surgery.

Распознавание варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при плановом эндоскопическом исследовании, как правило, трудностей не представляет. Однако при поступлении больного в стационар в момент остро возникшего пищеводно-желудочного кровотечения поиск истинного источника кровотечения резко усложняется. Эндоскопическое исследование в этой ситуации сопряжено с рядом трудностей, обусловленных переполнением желудка жидкой кровью и сгустками и затеканием ее в пищевод, возможностью регургитации и аспирации. Вместе с тем своевременная диагностика ВРВПЖ обуславливает использование специальных лечебных и гемостатических мероприятий, промедление с которыми в критической ситуации может быть фатальным.

Данные мировой литературы свидетельствуют о различных подходах к лечению острых кровотечений из ВРВПЖ. Так, одни авторы отдают предпочтение эндоскопическому тромбированию варикозных вен пищевода [8, 11, 12], другие - использованию медикаментозных

препаратов - соматостатина или сандостатина [6, 13], третьи - эндоваскулярной эмболизации варикозных вен желудка [1, 7]. По-прежнему широко используются экстренные оперативные вмешательства, среди которых как различные виды портокавальных анастомозов [9, 14], так и прямые вмешательства на венах эзофагокардиальной области [4, 5]. За последние несколько лет в арсенал методов борьбы с кровотечениями из ВРВПЖ прибавилось еще два: трансюгулярный внутрипеченочный портокавальный анастомоз [3] и эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода [12].

Особое место занимает трансплантация печени, которая в единичных сообщениях описана как мера борьбы с кровотечениями из ВРВПЖ у больных циррозом печени [10].

Анализ литературы последних 10 лет свидетельствует о том, что в тех странах, где широкое распространение получила трансплантация печени, операцией выбора для лечения кровотечений из ВРВПЖ являются малоинвазивные методики, такие, как эндоскопическое тромбирование ВРВПЖ или трансюгулярный чреспеченочный портокавальный анастомоз, которые дают возможность решить ситуационную задачу достижения гемостаза и не усложняют последующую пересадку печени.

Вместе с тем наши наблюдения показали, что далеко не все варикозно расширенные вены пищевода поддаются эндоскопическому тромбированию, а варикозные вены желудка тромбировать просто опасно из-за угрозы рецидива кровотечения из участка некроза слизистой на месте тромбирования и возможности последующей перфорации стенки желудка. Что же касается трансюгулярного чреспеченочного портокавального анастомоза, то эта сложная в техническом отношении манипуляция, требующая дорогостоящего оборудования и опытных эндоваскулярных хирургов, рассчитана на непродолжительный клинический эффект и довольно часто сопровождается развитием тяжелой энцефалопатии, что само по себе делает последующую пересадку печени уже неотвратимой. Кроме того, появились сообщения о трудностях последующей трансплантации печени после этой манипуляции, обусловленных пролабированием протеза в нижнюю полую вену.

В работах последних лет незаслуженно забыт зонд Сенгстакена-Блекмора, который, по нашему мнению, является наиболее простым и быстрым методом достижения гемостаза, нет указаний на место проведения диагностического исследования в зависимости от состояния больного в момент продолжающегося кровотечения. Приведенный в отдельных работах алгоритм лечебных действий при кровотечении из ВРВПЖ дискутабелен, прежде всего в аспекте очередности и объема гемостатических пособий, которые при локализации источника кровотечения в пищеводе начинаются необоснованно, как мы считаем, с попыток эндоскопического тромбирования, при локализации же в желудке - с медикаментозной терапии.

Учитывая вышеприведенное, в настоящем сообщении мы изложим нашу диагностическую и лечебную концепцию при кровотечениях из ВРВПЖ, связывая при этом алгоритм лечебных мероприятий с результатами эндоскопического исследования пищевода и желудка и состоянием больного, что в конечном итоге и определяет тактику хирурга.

Созданная нами 3-степенная классификация варикозного расширения вен (ВРВ) пищевода (1-я ст. - расширение до 3 мм, 2-я ст. - расширение 3-5 мм и 3-я ст. - 5 мм и более) оказалась удобной в практическом отношении. Примененная в плановом порядке, она позволила практически безошибочно предсказать риск развития кровотечения у подавляющего большинства больных с портальной гипертензией. Как оказалось наличие варикозного расширения вен пищевода 3-й ст., сочетающегося, как правило, с эрозивным эзофагитом, является крайне неблагоприятным в аспекте возможного кровотечения. Ретроспективный анализ этих данных установил правомерность такого заключения у 90% исследованных больных (Д.Г. Шерцингер, 1986). Что касается описания варикозных вен желудка, об их состоянии мы судим по толщине и выбуханию складок слизистой кардиального и проксимального (при сегментарной внепеченочно) портальной гипертензии) отделов желудка, употребляя при этом термины "незначительно выраженные", "умеренно выраженные", "резко выраженные". Как правило, варикозному расширению вен пищевода 3-й ст. сопутствует резко выраженное варикозное расширение вен кардиального отдела желудка. Значительно реже встречается несоответствие степени ВРВ пищевода ВРВ желудка, когда при

ВРВ пищевода 1-й ст. в кардиальном отделе желудка может быть обнаружено резко выраженное варикозное расширение вен в виде крупных, напряженных, выбухающих в просвет желудка складок слизистой оболочки и наоборот. В большей степени это относится к больным с внепеченочной портальной гипертензией.

При поступлении больного в приемное отделение с диагнозом "пищеводно-желудочное кровотечение" хирург должен оценить степень кровопотери и тяжесть состояния пациента, а также информировать эндоскописта о возможном источнике кровотечения по данным анамнеза. Последний является большим подспорьем при дифференциальной диагностике, ибо 25-30% больных, доставляемых скорой помощью, сообщают об уже установленном у них диагнозе цирроза печени. У ряда больных можно найти признаки диффузного заболевания печени в виде желтухи, асцита, увеличения печени, селезенки, телеангиоэктазий на коже, что позволяет сразу же нацелить эндоскописта на поиск ВРВПЖ как источника кровотечения. Принципиально важным, как показали наши наблюдения, является то обстоятельство, что если эндоскопист при пищеводно-желудочном кровотечении диагностирует ВРВПЖ, то в 95-97% подобных наблюдений можно утверждать, что источник кровотечения располагается в пределах дистального отдела пищевода или кардиальном отделе желудка и представляет собой одну или несколько эрозий слизистой оболочки пищевода или кардии желудка, перфорировавших стенку варикозной вены. Остальные 3-5% при наличии ВРВПЖ приходится на эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки или, совсем редко, на изолированное варикозное расширение вен проксимального отдела желудка, что встречается только при сегментарной внепеченочной портальной гипертензии. Поэтому, несмотря на трудности эндоскопического исследования, следует по возможности осмотреть желудок и двенадцатиперстную кишку, хотя информативность полученных в таких условиях данных не всегда бывает достаточной.

Следующим важным вопросом диагностики является определение места проведения эндоскопического исследования: эндоскопический кабинет приемного отделения или операционная. При этом мы, как и многие авторы, сообщающие о диагностике и лечении кровотечений из ВРВПЖ, пользуемся удобным термином "стабильная гемодинамика" как критерием при выборе последовательности диагностических и лечебных мероприятий.

При стабильных показателях гемодинамики и полном сознании больного исследование производим в эндоскопическом кабинете приемного отделения.

При обнаружении ВРВ пищевода исследующий должен дать им оценку согласно вышеприведенным признакам, а затем дать оценку варикозным венам желудка. Обнаружив в желудке небольшое или умеренное количество темных сгустков крови без признаков свежей крови, исследующий делает заключение об остановившемся кровотечении, и больного направляют в палату хирургического отделения для проведения инфузионно-заместительной терапии. При наличии ВРВ пищевода 2-3-й степени и умеренно или резко выраженного ВРВ желудка за больным ведется пристальное наблюдение. Обязательным условием является введение пищевода зонда-обтуратора для контроля за содержимым желудка. Если кровотечение не рецидивирует, зонд извлекается через 10-12 ч и больного подвергают обследованию в плановом порядке для решения вопроса о дальнейшей тактике.

Если в течение ближайших часов или суток наступает рецидив кровотечения, то вновь вводится зонд-обтуратор. При этом для гемостаза бывает достаточно введения 100-120 см³ воздуха в желудочный баллон и до 100 см³ воздуха в пищеводный. Зонд с раздутыми баллонами оставляют в желудке на 4 ч, после чего следует выпустить воздух из пищевода баллона и понаблюдать 1.5-2 ч за больным. В течение этого времени проводится интенсивная инфузионно-заместительная терапия, желудок промывается до "чистой воды" через зонд-обтуратор и решается вопрос о дальнейших лечебных мероприятиях, которые в настоящее время достаточно стандартны.

Так, если речь идет о больном пожилого или старческого возраста, имеющем, как правило, сопутствующие заболевания, или о больном с наличием желтухи и асцита или обоих указанных симптомов, то последней надеждой на гемостаз может быть только попытка эндоскопического тромбирования варикозной вены - источника кровотечения. Для этого больного с зондом и раздутым желудочным баллоном доставляют в эндоскопический кабинет, где зонд удаляют и произ-

водят повторное исследование, во время которого нередко можно обнаружить тромб в ВРВ пищевода или области пищеводно-желудочного перехода. В таком случае в указанном месте пунктируется вена и в нее вводится 10 мл 1-2% раствора тромбовара. Если в качестве источника кровотечения распознаются эрозии желудка, то у подобных больных следует ограничиться назначением протекторов слизистой и препаратов, угнетающих секрецию желудка с одновременным продолжением инфузионной терапии с включением эритромазы, плазмы и аминокислотных составов. Хирургическое вмешательство в таких случаях влечет высокую послеоперационную летальность, достигающую 80%. В случаях повторного рецидива кровотечения у больных этой группы следует снова ввести зонд-обтуратор, оставляя его в желудке на срок не менее 24 ч.

Такую же лечебную тактику мы используем и у больных внепеченочной портальной гипертензией, неоднократно оперированных в прошлом по поводу рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений и поступивших в связи с очередным рецидивом. Повторные операции у таких больных, находящихся в критическом состоянии, достаточно травматичны, сопряжены с большой кровопотерей и тяжелым течением послеоперационного периода. При отсутствии эффекта от эндоскопического склерозирования и рецидиве кровотечения вновь вводится зонд-обтуратор и больной направляется в операционную. Операцией выбора, как правило, является прошивание ВРВПЖ из трансторакального доступа, и лишь у 10 больных были выполнены сосудистые порто-кавалевые анастомозы.

Если рецидив кровотечения возникает после удаления зонда-обтуратора у больного с сохранной функцией печени при наличии ВРВ пищевода 3-й ст., сопровождающегося эзофагитом, и резко выраженном расширении вен кардии желудка, то весь вышеописанный объем консервативных мероприятий повторяется вновь и в течение ближайших 1-1.5 ч больной должен быть оперирован. Операцией выбора для ранее не оперированных больных при продолжающемся кровотечении является чрезбрюшинная гастротомия и прошивание ВРВПЖ.

Если во время предварительного исследования было обнаружено ВРВ пищевода 1-й ст. и нерезко или умеренно выраженные вены кардии, то у больных с сохранной функцией печени при рецидиве кровотечения после повторного комплекса консервативных мероприятий следует произвести попытку эндоскопического тромбирования, чтобы в дальнейшем выполнить более радикальное вмешательство. При ее безуспешности больного следует оперировать.

Если в приемное отделение доставляется больной с продолжающимся пищеводно-желудочным кровотечением, проявляющимся постоянными срыгиваниями кровью и нестабильными показателями гемодинамики, то в первую очередь требуется проведение интенсивных лечебных мероприятий, которые лучше всего могут быть осуществлены в условиях операционной. Поскольку при продолжающемся кровотечении возможна повторная рвота и в операционной, нам представляется целесообразным проведение диагностических мероприятий в условиях общей анестезии и ИВЛ. Однако здесь возможны 2 варианта очередности лечебно-диагностических процедур.

Первый - когда, прежде чем ввести миорелаксанты и приступить к интубации трахеи, хирург должен попытаться провести трансназально зонд-обтуратор и раздуть желудочный баллон. Этим достигается профилактика регургитации и попадания содержимого переполненного желудка в трахею в момент интубации под миорелаксантами. Второй - когда проведение зонда через носовой ход по каким-либо причинам не удастся (возбуждение больного, бессознательное состояние, непереносимость зонда), больного приходится интубировать с приподнятым головным концом, в определенной степени рискуя получить аспирацию. Анализируя наши наблюдения за 18-летний период, мы отметили 2 случая подобных осложнений, которые закончились летально. Избежать этого помогает предварительное введение толстого желудочного зонда для эвакуации жидкой крови из просвета желудка. Обязательным условием в момент интубации является использование приема Селлика - пальцевое сдавление пищевода щитовидным хрящом гортани.

После раздувания манжетки интубационной трубки производится эндоскопическое исследование. При этом эндоскопист имеет возможность осмотреть пищевод и двенадцатиперстную кишку. Осмотр желудка в этой ситуации затруднен из-за большого количества сгустков крови. Выявив ВРВ пищевода 3-й ст. и исключив изменения двенадцатиперстной кишки, эндоскопист

прекращает исследование, после чего незамедлительно с помощью ларингоскопа вводится зонд-обтуратор. Раздуваются оба баллона, через центральный канал аспирируется содержимое желудка, после чего начинается промывание желудка до "чистой воды". Если по зонду нет поступления свежей крови, значит, гемостаз достигнут.

Действия анестезиолога в это время сводятся к восстановлению объема циркулирующей крови, о чем судят по показателям АД, пульса, Нв, Нт, количеству мочи, выделяемой по катетеру, ЦВД и нормализации газового состава крови. Коррекция этих показателей в критической ситуации крайне важна, ибо последствия их нарушений особенно губительны для больных циррозом печени и часто проявляются прогрессирующей печеночной недостаточностью и комой даже при остановленном кровотечении. После стабилизации показателей гемодинамики следует решить вопрос о дальнейшей тактике.

Массивность кровотечения, как показали наши наблюдения, как правило, предполагает варикозное расширение вен пищевода 3-й ст. и выраженное варикозное расширение вен кардии желудка. Риск его рецидива при выжидательной тактике достаточно высок. Поэтому при отсутствии желтухи и асцита, особенно у лиц молодого и среднего возраста, вопрос должен быть решен в пользу срочной операции - чрезбрюшинной гастротомии и прошивания ВРВПЖ. В подавляющем большинстве подобных случаев во время операции желудок напоминает футбольный мяч из-за переполнения его кровью и сгустками, стенки его растянуты, что ухудшает микроциркуляцию органа и усугубляет венозный стаз в нем, что особенно важно при локализации источника кровотечения в кардии желудка.

Если речь идет о больном с наличием асцита или желтухи, а тем более обоих симптомов, или о больном в пожилом или старческом возрасте, то при наличии ВРВПЖ зонд-обтуратор - единственная надежда на гемостаз. В таком случае больной переводится в отделение реанимации, где продолжается консервативная терапия. При этом зонд оставляют до 3 сут.

Если при обнаружении ВРВПЖ зонд-обтуратор с раздутыми манжетками не дает эффекта и по зонду при отмывании желудка поступает свежая кровь, это означает, что источник кровотечения находится ниже. В этом случае зонд следует удалить, а больного экстренно оперировать, тщательно исследуя желудок и двенадцатиперстную кишку во время операции. При наличии симптомов, указывающих на декомпенсацию функции печени, от операции следует отказаться, ибо такие больные умирают в раннем послеоперационном периоде от полиорганной недостаточности. В этой ситуации больного переводят в реанимационное отделение, где продолжают консервативные мероприятия.

Сформулированная нами концепция диагностического и лечебного алгоритмов основана на многолетнем опыте наблюдений за больными с кровотечениями из ВРВПЖ. Естественно, что формировалась она постепенно, менялись подходы к распознаванию источника кровотечения от настороженного и сдержанного отношения к активным диагностическим действиям до обязательного использования такого инвазивного метода исследования, как эндоскопия. Больше того, эндоскопия стала применяться в момент продолжающегося профузного кровотечения, причем выполненная на операционном столе в условиях общей анестезии и ИВЛ она позволяет в считанные минуты определить лечебную тактику. Сопоставляя наши диагностические и лечебные действия в 70, 80 и 90-е годы, мы пришли к выводу о пользе более агрессивного подхода при кровотечениях из ВРВПЖ. Так, в 70-80-е годы оперативное вмешательство чаще предпринималось после неоднократных попыток в течение 2-3-4 дней консервативными мероприятиями (включая зонд-обтуратор) добиться гемостаза, при этом тяжесть состояния больного усугублялась рецидивами кровотечения. Последние годы (начиная с 1990 г.) решение о возможности выполнения операции принимается в первые же часы после поступления больного в стационар. При наличии ВРВПЖ 3-й ст. с явлениями эзофагита риск рецидива особенно опасен, в связи с чем показания к операции становятся особенно настоятельными.

При наличии симптомов декомпенсации функции печени или у больных старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями от операции следует воздержаться, используя эндоскопическое тромбирование или повторное введение зонда-обтуратора как последний шанс достичь гемостаза.

Ранняя постановка показаний к операции с учетом всего вышеизложенного позволила значительно снизить послеоперационную летальность (таблица). Следует заметить, что подавляющее большинство летальных исходов обусловлено декомпенсированным циррозом печени или старческим возрастом и тяжелыми сопутствующими заболеваниями, в связи с чем мы и считаем оперативное вмешательство у таких больных малоперспективным.

	1978-1983 гг.	1984-1989 гг.	1990-1995 гг.
Кол-во оперированных больных	66	60	59
Летальные исходы	27 (45%)	24 (40%)	14 (23.7%)

Что касается эндоскопического тромбирования, то с 1978 г. по экстренным показаниям оно было проведено у 181 больного. Непосредственный гемостаз был достигнут у 132 больных (73%). В раннем периоде после эндоскопического тромбирования из них умерли 12 больных (17%) от различных причин, среди которых доминирующими были рецидивы кровотечения и прогрессирующая печеночная недостаточность.

У 49 больных (27%) тромбирование не дало гемостатического эффекта, спустя несколько часов возник рецидив кровотечения. Половина из них (с сохранной функцией печени) была экстренно оперирована, остальные больные умерли от повторных кровотечений и быстрого прогрессирования печеночной недостаточности.

В заключение следует подчеркнуть, что своевременное распознавание ВРВПЖ и их эндоскопическая оценка с учетом функции печени определяют выбор метода окончательного гемостаза, которым в одних случаях может быть только эндоскопическое тромбирование, в других же - только операция.

Список литературы

1. Прокубовский В.И., Овчининский М.Н., Капранов С.А. Чрескожная, чреспеченочная катетеризация воротной вены и ее притоков // Сов. медицина. 1985. №7. С. 53-57.
2. Шерцингер А.Г. Патогенез, диагностика, профилактика и лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1986.
3. Conn H.O. Transjugular Intrahepatic Portal-Systemic Shunts: the State of the Art //Hepatology.7:148.1993.
4. Idezuki Y., Kokudo N., Sanjo K. et al. Sugiura Procedure for Management of Variceal Bleeding in Japan // World J. Surg. 18 : 216. 1994.
5. Inokuchi K. Japanese Research Society for Portal Hypertension: Present Status of Surgical Treatment of Oesophageal Varices in Japan: a Nationwide Survey of 3588 Patients//World J. Surg. 9 : 171. 1985.
6. Jenkins S.A., Shields R., Jaser N., et al. The Management of Persistent or Recurrent Variceal Bleeding after Injection Sclerotherapy by Somatostation // World J. of Hepatico-pancreatico-biliary Surg. 5 : 221. 1992.
7. Johnson W.C., Nabseth D.C., Widrich W.C., etui. Bleeding Oesophageal Varices: Treatment with Vasopressin, Transhepatic Embolization and Selective Splenorenal Shunting//Ann. Surg. 195 : 393. 1982.
8. Paquet K.J. Prophylactic Endoscopic Sclerosing Treatment of the Oesophageal Wall in Varices - a Prospective Controlled Randomized Treal //Endoscopy 14 : 4. 1982.
9. Rikkers L.F., Jin G. Surgical Management of Acute Va-ricial Hemorrhage // World J. Surg. 18 : 193. 1994.
10. Ringe B., Long H., Tusch G., et al. Role of Liver Transplantation in Management of Esophageal Variceal Hemorrhage//World J. Surg. 18 : 233. 1994.
11. Terblanche J. Sclerotherapy for Emergency Variceal Hemorrhage // World J. Surg. 6 : 653. 1984.
12. Terblanche J., Stiegmann G.V., Krige J.E.J., et al. Longterm Management of Variceal Bleeding: the Place of Varix Injection and Ligation // World J. Surg. 18 : 185. 1994.

13. *Thulin L., Tyden J., Samnegard, et al.* Treatment of Bleeding Oesophageal Varices with SomoСтратостатин // ActaChir. Scand. 145 : 395. 1979.
14. *Warren W.D., Whilfhead J.B.* Resent Advances in the Management of Variceal Bleeding // Jap. J. Surg. 16:77. 1986.