

ЭЗОФАГЕАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

ESOPHAGEAL BLEEDING. MODERN APPROACHES TO TREATMENT

A. Babich

Summary. The article discusses modern approaches to the treatment of esophageal bleeding. Currently, surgical and minimally invasive methods, drug therapy, as well as their combinations are used for this purpose. However, to date, the generally accepted approach has not been developed, since each method has both advantages and disadvantages. In this regard, it is necessary to continue research in this area.

Keywords: esophageal bleeding, surgical treatment, endoscopic methods.

Бабич Александр Игоревич

*К.м.н., врач хирург, Санкт-Петербургский
Научно-исследовательский институт Скорой Помощи
им.И.И.Джанелидз
buldozeroms@gmail.com*

Аннотация. В статье обсуждаются современные подходы к лечению эзофагеальных кровотечений. В настоящее время с этой целью используют хирургические и мини-инвазивные методы, лекарственную терапию, а также их комбинации. Однако, до настоящего времени общепринятый подход не выработан, поскольку у каждого метода есть как достоинства, так и недостатки. В этой связи необходимо продолжение исследований в данной области.

Ключевые слова: эзофагеальное кровотечение, хирургическое лечение, эндоскопические методы.

Эзофагеальные кровотечения представляют собой весьма опасные, а в ряде случаев — даже жизнеугрожающие осложнения ряда заболеваний. В большинстве случаев их причиной служат варикозно расширенные вены пищевода и повреждение его стенки при синдроме Мэллори-Вейса [5]. По результатам ряда исследований, проведенных в странах Евросоюза, установлено, что частота острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ варьирует в пределах от 50 до 170 случаев на 100 тыс. населения, а смертность данного контингента пациентов достигает 10% [8].

Данные литературы свидетельствуют о различных подходах к лечению острых эзофагеальных кровотечений. Одни авторы отдают предпочтение эндоскопическим методам гемостаза, другие — применению медикаментозных методов, третьи — эмболизации варикозных вен [10, 18]. Все еще широко используются экстренные оперативные вмешательства, в том числе различные виды портокавальных анастомозов, а также прямые вмешательства на венах эзофагокардиальной области [12, 14]. Среди новых хирургических методов можно также назвать трансюгулярный внутривенный портокавальный анастомоз и ортотопическая трансплантация донорской печени [15, 16].

Между тем, в последние десятилетия «золотым стандартом» лечения эзофагеальных кровотечений из гастрозофагеальных варикозов стали эндоскопическое лигирование (ЭЛ) и эндоскопическая склеротерапия (ЭС) [3]. Однако, при сопоставимой эффективности в плане остановки кровотечения, снижении уровня смертно-

сти пациентов, ЭЛ характеризуется некоторыми преимуществами перед ЭС. Так, большинство авторов отмечают более низкую частоту осложнений при ЭЛ. Так, Д. В. Распереза и Е. А. Шишкова (2008) считают более предпочтительным метод лигирования, поскольку с его помощью был быстрее достигнут эффект эрадикации вен, для чего потребовалось меньшее количество сеансов. Авторы также отмечают более редкое развитие осложнений при ЭЛ, хотя отмечают при этом большую склонность к развитию рецидивов варикозных вен в отдаленном периоде, что чревато и рецидивом кровотечения.

В этой связи некоторые авторы предлагают использовать преимущества обоих методов. Тем не менее, эффективность одновременного комбинированного применения склерозирования и лигирования не была доказана. Более того, авторы указывают на пролонгирование сроков лечения при использовании комбинированного подхода и высокую частоту осложнений — в частности, формирования рубцовых стриктур пищевода [13]. В то же время, метакронная комбинированная терапия по принципу «отсроченная ЭС после ЭЛ» более эффективна, чем ЭЛ в отношении частоты рецидивных кровотечений и рецидива пищеводных варикозов в течение года [7].

В работе А. Ю. Анисимова с соавт. (2016) описывается опыт лечения пациентов высоким риском рецидива кровотечения (или на высоте последнего) вследствие портальной гипертензии путем эндоскопического гемостаза саморасширяющимися нитиноловыми стентами Даниша. Полученные результаты позволили авторам исследования прийти к выводу, что этот подход представля-

ет собой весьма эффективную альтернативу баллонной тампонаде зондами-обтураторами Сенгстакена-Блэкмора. Однако, при этом авторы отмечают, что результаты исследования носят лишь предварительный характер, а для окончательных необходимо их подтверждение в дальнейших сравнительных рандомизированных контролируемых исследованиях.

Поскольку варикозное расширение вен пищевода, по сути, является развитием сети коллатерального кровообращения при портальной гипертензии, представляется вполне обоснованным, что важное значение в реализации мультимодального подхода к ведению пациентов с эзофагеальными кровотечениями имеет снижение давления в воротной вене. С этой целью, наряду с наложением внутрипеченочных портокавальных шунтов применяются вазоактивные вещества — такие как вазопрессин, октреотид, терлипрессин. При этом некоторые авторы полагают, что медикаментозная терапия имеет преимущество перед эндоскопической и инвазивной терапией поскольку сопряжено с меньшими временными и организационными издержками. Кроме того, эндоскопический гемостаз (например, путем склерозирования, либо лигирования варикозно-расширенных вен пищевода) не приводит к снижению портальной гипертензии, а также не оказывает влияния на объем циркулирующей крови. Как следствие сохраняется вероятность прогрессирования синдрома портальной гипертензии и рецидивирования эзофагеального кровотечения [4].

Поэтому достойной альтернативой эндоскопическим методам представляется комбинированный подход к лечению эзофагеальных кровотечений, включающий назначение препаратов группы β -блокаторов, нитроглицерина, вазопрессина, сандостатина, питуитрина и постановку зонда Блэкмора. Данные, полученные в ряде исследований, свидетельствуют о возможности достижения устойчивого гемостаза с помощью данно-

го подхода у 45–94% пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода [17]. В настоящее время привлекает внимание применение эффективно-го вазоактивного препарата талипрессина у данного контингента пациентов. В тех случаях, когда у больного с острым эзофагеальным кровотечением нет возможности немедленно выполнить эндоскопический гемостаз, весьма перспективной представляется комплексный подход, включающий проведение первоначальной эндоскопии в сочетании с применением талипрессина. При этом, по сравнению с плацебо, его использование у сопряжено с значимым снижением уровнем смертности пациентов. Кроме того, было показано, что по сравнению с другими вазоактивными препаратами (вазопрессин, соматостатином, октреотидом), талипрессин вызывает меньше нежелательных лекарственных реакций и превосходит их по влиянию на смертность пациентов [2]. Однако, по данным других исследователей, при использовании с целью гемостаза медикаментозной терапии риск развития рецидива кровотечения варьирует в пределах от 30 до 50% [3]. Сравнительный анализ эффективности ряда современных методов остановки эзофагеальных кровотечений позволил J. Bosch и соавт. (2003) прийти к выводу о том, что терлипрессин можно рассматривать в качестве препарата выбора, поскольку это единственный препарат, которое способствует повышению выживаемости у данного контингента пациентов при этом патологическом состоянии.

Таким образом, в настоящее время продолжают дискуссии относительно наиболее эффективного и безопасного метода лечения эзофагеальных кровотечений. Спектр используемых на сегодняшний день подходов весьма широк — от хирургических вмешательств до медикаментозной терапии, однако, ни одно из них пока не гарантирует 100% эффективности. В этой связи становится очевидной необходимость продолжения исследований в данном направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А.Ю., Мамкеев Э. Х., Амиров Н. Б. и др. Спорные вопросы хирургического лечения больных циррозом печени с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т 9, вып. 6. — С. 20–27.
2. Брюннлер Т., Мандрака Ф., Ланггартнер Ю. Талипрессин: клиническое применение, рациональное дозирование, сравнение эффективности различных режимов введения // Здоров'я України. — 2010. — № 5. — С. 4–6
3. Котив Б.Н., Дзидзава И. И., Алентьев С. А. и др. Хирургическое лечение и профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у больных циррозом печени // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. — 2008. — Т. 3. — С. 41–46
4. Пасечник И.Н., Сальников П. С. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2013. — № 8. — С. 76–80
5. Плаченова Т.С., Халявина В. А., Зибяев С. О. Распространенность кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода // Молодой ученый. — 2017. — № 10. — С. 154–158.
6. Распереза Д. В., Сишкова Е. А. Оценка эффективности эндоскопического лигирования и комбинированного лечения (лигирование+склерозирование) в профилактике варикозных кровотечений при циррозе печени // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. — 2008. — Сер. 11, прил. к вып. 1. — С. 140–149

7. Самарцев В. А., Протасов В. В. Эндоскопический гемостаз при портальных пищеводных кровотечениях у больных циррозом печени // Пермский медицинский журнал. — 2014. — Т. XXXI, № 1. — С. 58–63
8. Тимербулатов В. М., Сагитов Р. Б., Тимербулатов Ш. В. и др. Оценка и прогноз эффективности методов гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Медицинский вестник Башкортостана. — 2010. — Т. 5, № 5. — С. 38–42.
9. Шерцингер А. Г., Жигалова С. Б., Лебезев В. М. и др. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных портальной гипертензией. // Хирургия. — 2013. — № 2. — С. 30–34.
10. Azam Z., Hamid S., Jafri W. et al. Short course adjuvant terlipressin in acute variceal bleeding: a randomized double blind dummy controlled trial // J. Hepatol. — 2012. — Vol. 56, № 4. — P. 819–824.
11. Bosch J., Abraldes J. G., Groszmann R. Current management of portal hypertension. // J Hepatol. — 2003. — Vol. 38, Suppl 1. — P. 54–68 Cardenas A., Baiges A., Hernandez-Gea V. et al. Endoscopic hemostasis in acute esophageal variceal bleeding // Gastroenterol. Clin. North. Am. — 2014. — Vol. 43, № 4. — P. 795–806.
12. Coelho F. F., Perini M. V., Kruger J. A. et al. Management of variceal hemorrhage: current concepts // Arq. Bras. Cir. Dig. — 2014. — Vol. 27, № 2. — P. 138–144.
13. Karsan H. A., Morton S. C., Shekelle P. G. et al. Combination endoscopic band ligation and sclerotherapy compared with endoscopic band ligation alone for the secondary prophylaxis of esophageal variceal hemorrhage: a meta-analysis. // Digestive Diseases and Sciences. — 2005. — Vol. 50 (2). — P. 399–406.
14. Orloff M. J., Isenberg J. I., Wheeler H. O. et al. Emergency portacaval shunt versus rescue portacaval shunt in a randomized controlled trial of emergency treatment of acutely bleeding esophageal varices in cirrhosis-part 3 // J. Gastrointest. Surg. — 2010. — Vol. 14, № 11. — P. 1782–1795
15. Orloff M. J., Isenberg J. I., Wheeler H. O. et al. Liver transplantation in a randomized controlled trial of emergency treatment of acutely bleeding esophageal varices in cirrhosis // Transplant. Proc. — 2010. — Vol. 42, № 10. — P. 4101–4108.
16. Qi X., Jia J., Bai M. et al. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt for Acute Variceal Bleeding: A Meta-analysis // J. Clin. Gastroenterol. — 2013. — № 48. — P. 771–784.
17. Turnes J., Garcia-Pagan J. C., Abraldes J. G. et al. Pharmacological reduction of portal pressure and long-term risk of first variceal bleeding in patients with cirrhosis. // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101(3). — P. 506–512.
18. Zhao J. R., Wang G. C., Hu J. H., Zhang C. Q. Risk factors for early rebleeding and mortality in acute variceal hemorrhage // World. J. Gastroenterol. — 2014. — Vol. 20, № 47. — P. 17941–17948.

© Бабич Александр Игоревич (buldozeroms@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт Скорой Помощи им.И.И.Джанелидзе