

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ И ОТСРОЧЕННЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Мазуркевич Д. А., Мрочко Л.А., Неверов П. С.

Белорусский государственный медицинский университет,
1-я кафедра хирургических болезней,
г. Минск

Ключевые слова: кровотечение, виды операций.

Резюме. В статье приведены результаты ретроспективного анализа медицинских карт пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Проанализированы методы остановки продолжающегося кровотечения и отсроченные хирургические вмешательства проводимые для профилактики последующих рецидивов. Изучена структура рецидивов после отдельных операций и летальность после первого эпизода и рецидивов кровотечения.

Resume. The article presents the results of a retrospective analysis of medical records of patients with bleeding gastric and esophageal varices. Long-term bleeding-techniques and delayed surgical treatment to prevent further relapses were analyzed. Relapses structure after specific surgeries and case fatality rate after first bleeding event and relapses were studied.

Актуальность. После первого эпизода кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) летальность составляет 30-50% , а у 70% пациентов, переживших один эпизод кровотечения из варикозных вен пищевода, при отсутствии терапии в течение года кровотечения возникают повторно[1,2]. Значительная часть пациентов с кровотечением из ВРВП при синдроме портальной гипертензии (СПГ) поступает в неспециализированные отделения. Тем не менее, в неспециализированных отделениях возможности для предотвращения рецидивов кровотечения из ВРВП ограничены.

Цель: Определить рациональный способ остановки продолжающегося кровотечения из варикозно расширенных вен в зависимости от клинической ситуации и уровня технического обеспечения учреждения здравоохранения.

Задачи:

- 1) Дать клиническую характеристику пациентам с кровотечением из ВРВП.
- 2) Провести анализ эффективности методов достижения гемостаза при кровотечении из ВРВП в условиях специализированного и общехирургического стационаров.
- 3) Оценить непосредственные исходы и отдаленные результаты лечения кровотечений из ВРВП.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 397 пациентов с СПГ, находившихся на стационарном лечении по поводу кровотечения из ВРВП в УЗ «10 ГКБ» и отделении портальной гипертензии УЗ «9 ГКБ» г. Минска в 2014-2016 годах. Учитывался возрастной и половой состав контингента, причины развития СПГ и ВРВП, кратность развития эпизодов

кровотечения, методы достижения гемостаза и их эффективность в ближайшем и отдаленном периоде. Запросы формировались с использованием АИАС «Клиника». Обработка данных проводилась с помощью программных пакетов MS Office 2010 и SPSS 6.1.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст исследуемой группы пациентов составил $51,8 \pm 22,75$ лет ($M \pm \sigma$). Женщины составили 24% (n=95), мужчины 76% (n=302). Более 2/3 пациентов (72,3% (n=287)) - это лица трудоспособного возраста, однако из них лишь 14,3 % (n=41) нуждалось в листах нетрудоспособности. Это указывает на высокую социальную значимость рассматриваемой проблемы.

Из 120 пациентов в 10 ГКБ по экстренным показаниям поступило 119 человек (99%), из них с продолжающимся кровотечением 43 (36%), летальность в этой группе составила 31,9 % (n=38), в 9 ГКБ экстренно госпитализировано 281 из 1163 (24,1%), с продолжающимся кровотечением 90 (32%), летальность 19,9% (n=56).

Методами остановки кровотечения являлись: эндоскопическое склерозирование и лигирование вен пищевода (65,5 % (n=57) в 9 ГКБ), установка зонда Блэкмора (95 % (n= 41) в 10 ГКБ, 34,5 % (n=30) в 9 ГКБ) и стента Даниша (5 % (n=2) в 10 ГКБ).

В 10 ГКБ рецидивы кровотечения после установки зонда Блэкмора в течение одной госпитализации возникали у 8% (n=3). После установки стента Даниша рецидивов кровотечения не было, однако у 1 пациента наблюдалась миграция стента в желудок и сложности с его экстракцией.

У части пациентов с состоявшимся кровотечением (n=107 (57 %)) в ОПГ 9 ГКБ проводилось хирургическое лечение на спавшихся венах в отсроченном порядке.



Рис. 1- Структуру проводимых вмешательств с целью профилактики рецидивов кровотечения у пациентов, поступивших с состоявшимся кровотечением.

В 10 ГКБ отсроченных хирургических вмешательств с целью профилактики рецидивов кровотечения не проводилось.

Имели место повторные эпизоды кровотечения в течение года (14,6% (n=12) в 10 ГКБ из 79 выживших после 1 эпизода кровотечения) и (27,2% (n=61) в 9 ГКБ из 224 выживших), обусловленные неадекватным консервативным лечением на амбулаторном этапе, нарушениями режима питания на фоне декомпенсированного цирроза печени.

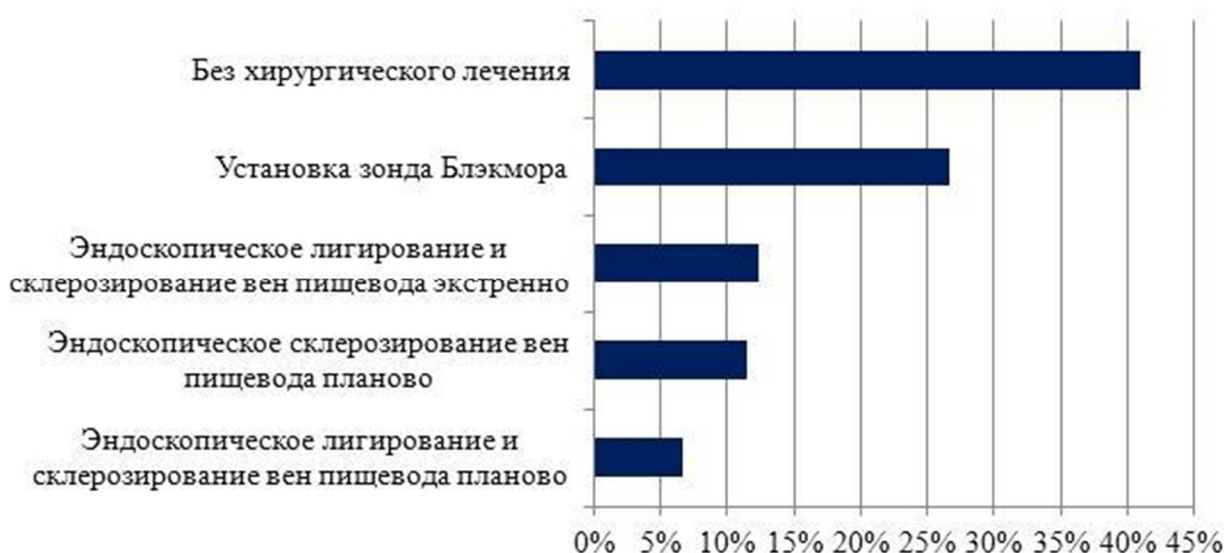


Рис. 2- Процентное соотношение рецидивов кровотечения после отдельных операций в течение года в 9 ГКБ.

После проведения операции TIPS рецидивов кровотечений в течение года не наблюдалось.

В 10 ГКБ повторные кровотечения из ВРВП и желудка в течение года после установки зонда Блэкмора наблюдались у 4 человек (11,8 %), при отсутствии хирургических манипуляций – у 8 (17,4%).

Проведен анализ диаметра воротной вены (УЗИ и КТ ОБП) у выживших и умерших после первого эпизода кровотечения пациентов (Таблица 1).

Таблица 1. Влияние диаметра воротной вены на исход кровотечения.

Дебют кровотечения из ВРВП	Выписан с улучшением n=291	Умер, после первого эпизода кровотечения n= 90
Диаметр воротной вены (M ± σ)	14,4 ±1,3 мм	14,9±1,4 мм
Различия недостоверны p>0,05		

Достоверных различий данного показателя между группами выявлено не было p>0,05. Следовательно, определение диаметра воротной вены не позволяет

прогнозировать исходы кровотечения из ВРВП, что требует применения более чувствительных критериев.

Летальность после первого эпизода кровотечения в 9 ГКБ составила 20,3% (n=57), из них 52,6 % (n=30) лица трудоспособного возраста, в 10 ГКБ 31,1% (n=37), из них лица трудоспособного возраста составили 67,6 % (n=25).

Летальность в течение года от рецидива кровотечения составила в 9 ГКБ 59% (n=35), трудоспособного возраста из них 82,8% (n=29), в 10 ГКБ соответственно 64% (n=8), трудоспособного возраста 62,5% (n=5).

Таким образом, летальность среди пациентов с СПГ значительно возрастает в случае повторного кровотечения и достоверно не отличается в специализированном и неспециализированном стационарах ($U=421$, $p>0,05$). Это подчеркивает необходимость выполнения дополнительных манипуляций для достижения облитерации ВРВ и снижения портального давления.

В связи с тяжестью кровопотери и нестабильностью гемостаза на фоне поражения печени проводилась гемоплазмотрансфузия. Средний объем гемотрансфузии составил 820 ± 50 мл ($M\pm m$), плазмотрансфузии – 1180 ± 75 мл ($M\pm m$), достигая при тяжелой степени кровопотери 2760мл эритроцитарной массы и 3500мл свежезамороженной плазмы.

Выводы:

1. Причиной развития СПГ и кровотечения из ВРВ у 79% пациентов являлся цирроз печени алкогольной этиологии, 72,3 % составили лица трудоспособного возраста. Вместе с тем, лечение таких пациентов требует значительных финансовых затрат, что подчеркивает не только социальную, но и экономическую значимость данной проблемы.

2. С целью улучшения отдаленных результатов лечения пациентов с СПГ показана госпитализация в специализированный хирургический стационар.

3. Оптимальным методом достижения гемостаза при кровотечении из ВРВП в условиях общехирургического стационара является постановка зонда Блекмора или стента Даниша с последующей заместительной, гемостатической и антисекреторной терапией. В специализированном стационаре следует по возможности выполнять гемостаз с помощью современных миниинвазивных методик (склеротерапия и/или лигирование ВРВ, установка стента Даниша, TIPS), позволяющих эффективно снизить риск рецидива кровотечения.

4. Определение диаметра воротной вены не позволяет прогнозировать исходы кровотечения из ВРВП, что требует применения более чувствительных критериев оценки портальной гипертензии.

5. Развитие повторного кровотечения в течение года ассоциируется со значительно большей вероятностью летального исхода.

Литература

1. Затевахин И.И., Цициашвили М.Х., Шиповский В.Н. и др. Миниинвазивные методы лечения осложнений портальной гипертензии // Вест. хир. гастроэнтерол. – 2009. – № 2. – С. 4–11

2. Complications of the medical treatment of portal hypertension. Portal Hypertension III, Proceedings of the Third Baveno International Consensus Workshop on Definitions, Methodology and

Therapeutic Strategies / M. Bolognesi, G. Balducci, G. Garcia-Tsao [et al.]; In M. Bolognesi (ed.) – UK, Oxford: Blackwell Science, 2001. – P. 180–203.

Репозиторий БГМУ